Envíe a:
Adlouni v. Regents of University of California
UCLA Health System Claims Administrator
P.O. Box 3058
Portland, OR 97208-3058

Debe estar matasellado o enviarse en línea a más tardar el 16 de septiembre de 2019

Formulario de inscripción

Para obtener dos años de control de crédito gratuito, protección contra el robo de identidad y seguro, debe completar, firmar y enviar este formulario a más tardar el **16 de septiembre de 2019**, o puede completar y enviar su Formulario de inscripción en línea antes de las **11:59 p. m., hora del Pacífico, el 16 de septiembre de 2019**, en www.UCLAHealthCyberSettlement.com.

NOMBRE: ISN: APELLIDO:

DIRECCIÓN ACTUAL:

CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL:

NÚMERO DE TELÉFONO: – –

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

NÚM. DE ID ÚNICO/DE DEMANDA (SE ESPECIFICA EN SU AVISO):

FIRMA: FECHA: – – MM / DD / AA

Envíe su Formulario de inscripción en línea, en www.UCLAHealthCyberSettlement.com o envíe por correo este Formulario de inscripción completo, matasellado, a más tardar el **16 de septiembre de 2019**, a la siguiente dirección:

UCLA Health System Claims Administrator
P.O. Box 3058
Portland, OR 97208-3058