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 se debe enviar en línea antes del 18 de junio de 2019**

## Formulario de demanda de medidas preventivas

Use este Formulario de demanda si, después de enterarse del ataque cibernético a la red de UCLA Health, usted incurrió en gastos para evitar el robo de identidad. Puede tener derecho a recibir hasta $5,000 para gastos reembolsables. Algunos ejemplos de gastos reembolsables incluyen los gastos incurridos por control o informe de crédito, la compra de protección contra el robo de identidad, la cancelación o el reemplazo de la tarjeta, la congelación o alertas de los informes de crédito y los gastos de reemplazar la licencia de conducir, la tarjeta de identificación o el número de Seguro Social.

Debe haber tomado las medidas preventivas entre el **17 de julio de 2015** y el **20 de marzo de 2019**.

**NOMBRE** **ISN** **APELLIDO**

**DIRECCIÓN PRINCIPAL**

**MÁS ESPACIO PARA LA DIRECCIÓN PRINCIPAL**

**CIUDAD** **ESTADO** **CÓDIGO POSTAL**

**DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PARA QUE EL ADMINISTRADOR SE COMUNIQUE CON USTED EN RELACIÓN CON SU DEMANDA**

**NÚMERO DE TELÉFONO DIURNO** **NÚMERO DE TELÉFONO NOCTURNO**

– – – – –

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

Describa a continuación las medidas preventivas que tomó y los gastos en los que incurrió para cada medida preventiva.

Si tiene algún documento que respalde los gastos en los que incurrió, envíelo junto con este Formulario de demanda. Se deben presentar los documentos que respaldan su demanda si estos estuvieran razonablemente disponibles para usted. Los documentos que respaldan su demanda pueden incluir estados de cuenta de tarjetas de crédito, estados de cuenta bancarios, facturas o recibos, registros telefónicos o cualquier otro documento escrito que respalde su demanda.

☐ Marque aquí si presenta algún documento.

Afirmo bajo pena de perjurio que incurrí en los gastos mencionados anteriormente en la(s) fecha(s) entre el **17 de julio de 2015** y el **20 de marzo de 2019**, y que no he recibido ningún otro reembolso por estos gastos. Si se me reembolsa en el futuro, informaré al Administrador de demandas. Entiendo que mi demanda puede ser auditada y, si este fuera el caso, proporcionaré la información solicitada y disponible, que puede ser necesaria para procesar la demanda.

FIRMA

FECHA – – 
MM DD AA

Envíe su demanda en línea, en www.UCLAHealthCyberSettlement.com, o bien envíe este Formulario de demanda completo por correo, matasellado, antes del **18 de junio de 2019**:

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