

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 2021**

### Formulario de demanda de pérdidas no reembolsadas

Utilice este Formulario de demanda si ha incurrido en pérdidas como resultado del robo de identidad o del uso no autorizado de su información de identificación personal, incluida su información médica. Puede tener derecho a recibir hasta \$20,000 por pérdidas no reembolsadas. Algunos ejemplos de pérdidas reembolsables incluyen cargos, cargos por pagos atrasados, cargos por pagos rechazados, cargos por sobregiro, cargos por cheques devueltos y cualquier otra pérdida que pudiera haber resultado del ataque cibernético a la red de UCLA Health. Se le puede reembolsar por el tiempo que dedicó a estos asuntos, hasta seis horas a \$15 por hora.

Debe haber incurrido en estas pérdidas entre el **1 de septiembre de 2014** y una fecha a determinar, que no será antes del **18 de junio de 2021**.

<b>NOMBRE</b>	<b>ISN</b>	<b>APELLIDO</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**DIRECCIÓN PRINCIPAL**

<input type="text"/>
----------------------

**MÁS ESPACIO PARA LA DIRECCIÓN PRINCIPAL**

<input type="text"/>
----------------------

<b>CIUDAD</b>	<b>ESTADO</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

<input type="text"/>
----------------------

<b>NÚMERO DE TELÉFONO DIURNO</b>	<b>NÚMERO DE TELÉFONO NOCTURNO</b>
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

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

<input type="text"/>
----------------------

**Parte A.** Describa, a continuación, las pérdidas que sufrió como resultado del robo de identidad o el uso no autorizado de su información de identificación personal y/o su información médica personal. Incluya el monto de las pérdidas.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Si tiene algún documento que respalde las pérdidas en las que incurrió, envíelo junto con este Formulario de demanda. Se deben presentar los documentos que respaldan la demanda de pérdidas si estos estuvieran razonablemente disponibles para usted.

Marque aquí si presenta algún documento.

**Parte B.** Por cada pérdida descrita anteriormente, si desea recibir un reembolso por el tiempo que dedicó a estos asuntos, describa e indique la cantidad de tiempo que dedicó a tratar la situación.

---

---

---

---

---

---

---

---

Cantidad total de horas reclamadas:

Afirmo bajo pena de perjurio que las pérdidas enumeradas en este Formulario de demanda ocurrieron el **1.º de septiembre de 2014** o posteriormente, y no se me ha reembolsado por estas pérdidas. 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](http://www.UCLAHealthCyberSettlement.com), o bien envíe este Formulario de demanda completo por correo, matasellado, antes del **18 de junio de 2021**:

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