

# FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

## Sección I: Instrucciones

**El Administrador de la Conciliación debe recibir este Formulario a más tardar el 20 de mayo de 2024.**

Este Formulario de reclamación puede presentarse de dos maneras:

1. Si recibió un aviso con una ID única, puede presentar su reclamación en forma electrónica a través de [www.choicehealthtcpasettlement.com](http://www.choicehealthtcpasettlement.com)
2. Enviar por correo a: Choice Health TCPA Settlement, c/o A.B. Data, Ltd., P.O. Box 170600, Milwaukee, WI 53217.

Para entrar en vigor como Reclamación en virtud de la conciliación propuesta, este formulario debe completarse, firmarse y enviarse, como se describe anteriormente, **a más tardar el 20 de mayo de 2024**. Si este Formulario no tiene sello postal ni se envía a más tardar en esta fecha, seguirá siendo miembro del Grupo, pero no recibirá ningún pago de la Conciliación.

## Sección II: Información del Miembro del Grupo

**Nombre del reclamante (obligatorio):**

**Número de ID único: (Obligatorio):**

### Información de contacto actual

**Dirección (obligatorio):**

**Ciudad (obligatorio):**

**Estado (obligatorio): Código postal (obligatorio)**

**Número de teléfono preferido (obligatorio):**

( ) -

*El Administrador de la Conciliación utilizará su información de contacto para comunicarse con usted, si es necesario, en relación con su Reclamación. El suministro de su dirección de correo electrónico es opcional. Al proporcionar información de contacto, acepta que el Administrador de la Conciliación pueda comunicarse con usted en relación con su Reclamación.*

## Sección III: Confirmación de la membresía del Grupo

Número(s) de teléfono del(de los) que usted era el usuario o suscriptor habitual del 2 de mayo de 2019 al 20 de febrero de 2024:

( ) -  
( ) -

( ) -  
( ) -

#### Sección IV: Afirmaciones requeridas

SI SE ENVÍA POR CORREO POSTAL DE LOS EE. UU.:

Acepto que, al presentar este Formulario de reclamación, la información contenida en este Formulario de reclamación es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que mi Formulario de reclamación puede estar sujeto a auditoría, verificación y revisión judicial. Soy consciente de que puedo obtener una copia del Aviso y Acuerdo de Conciliación completo en [www.ChoiceHealthTCPASettlement.com](http://www.ChoiceHealthTCPASettlement.com), escribiendo al Administrador de la Conciliación, Choice Health TCPA Settlement, c/o A.B. Data, Ltd., P.O. Box 170600, Milwaukee, WI 53217, o llamando al 1-877-388-1712

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DEL ADMINISTRADOR DE LA CONCILIACIÓN (dónde enviar el formulario completado si se envía por correo postal):**

**Choice Health TCPA Settlement  
c/o A.B. Data, Ltd  
P.O. Box 170600  
Milwaukee, WI 53217**