

FORMULARIO DE RECLAMO DE LIQUIDACIÓN DEMANDA COLECTIVA

Nombre: _____

Dirección: _____

IMPORTANTE: Se le ha identificado como un reclamante que probablemente es Miembro del Grupo de Demandantes. Si usted es Miembro del Grupo de Demandantes y no envía este Formulario de Reclamo no recibirá nada, pero aun quedará vinculado por el acuerdo de liquidación. Si usted es Miembro del Grupo de Demandantes y envía este Formulario de Reclamo recibirá un cheque. Únicamente los asegurados que correspondan a la definición de "Miembro del Grupo de Demandantes" que se expone en la Notificación sobre la Demanda Colectiva adjunta recibirán un cheque; no todos quienes reciban la Notificación sobre la Demanda Colectiva son Miembros del Grupo de Demandantes. Presentar un Formulario de Reclamo no tiene costo para usted.

Los expedientes de Frontier – Mt Carroll Mutual Insurance indican que usted podría ser miembro del Grupo de Demandantes del caso *Gentes Trust #1 and Gentes Trust #2 v. Frontier-Mt Carroll Mutual Insurance*, Número de caso 2022-LA-000269, Tribunal de Circuito para el Tercer Circuito Judicial del condado Madison, Illinois. Sin embargo, aún es necesario revisar información en los expedientes de Frontier para determinar si usted es de hecho miembro del Grupo de Demandantes y, de ser así, cuánto dinero podría tener derecho de recibir.

Por favor lea la Notificación sobre la Demanda Colectiva adjunta antes de completar este Formulario de Reclamo. Para participar en este Acuerdo, su Formulario de Reclamación debe llenarse según su leal saber y entender, firmarse y: (1) enviarse por correo postal con matasellos de, a más tardar, el **15 de diciembre de 2023** a Gentes Trust v. Frontier Settlement, c/o Atticus Administration, PO Box 64053, Saint Paul, MN 55164; (2) escanearse o fotografiarse y cargarse a más tardar el **15 de diciembre de 2023** a www.FrontierDepreciationSettlement.com; O (3) enviarse por correo electrónico a más tardar el **15 de diciembre de 2023** a FrontierDepreciationSettlement@atticusadmin.com.

Los expedientes de Frontier indican que la siguiente reclamación podría estar involucrada:

Número de póliza: _____

Número de reclamo: _____

Fecha de pérdida: _____

Dirección del local asegurado: _____

Este Formulario de Reclamo únicamente aplica a la Pérdida Cubierta indicada previamente. Si tuvo más de una Pérdida Cubierta durante el Periodo de la Clase, podría recibir Formularios de Reclamo separados para esas pérdidas y deberá completar y enviar esos Formularios de Reclamo para ser elegible para recibir pago por esas pérdidas.

Por favor no llame a Frontier ni a su agente de seguros para hablar sobre esta demanda o el Formulario de Reclamo. Por otra parte, siéntase libre de seguir en contacto con Frontier o su agente para abordar otros asuntos de seguros.

Si tiene alguna duda, por favor visite www.FrontierDepreciationSettlement.com o llame al 1-800-227-7163.

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SI APLICAN:

1. Por favor proporcione su dirección postal actual **solo si** la dirección indicada previamente es incorrecta.

2. *Deje esta sección en blanco si todos los titulares de póliza nombrados están vivos y son capaces de llenar este formulario.* Si todos los titulares de pólizas nombrados en el reclamo identificado previamente han fallecido o son incapaces de llenar el formulario y usted ha presentado este Formulario de Reclamo como representante legal autorizado, por favor indique cómo y cuándo se convirtió en representante legal autorizado y proporcione una copia de cualquier documentación que pueda tener para respaldar el hecho de que usted es el representante legalmente autorizado.

3. *Deje esta sección en blanco si no ha firmado un contrato en el que ceda su reclamación de seguro a alguien más.* Si ha firmado un contrato a través del cual otorga su reclamación de seguro a alguien más (una "cesión"), por favor adjunte una copia por escrito del contrato o, si la reclamación de seguros se le cedió y usted es el contratista, por favor indique el nombre y dirección del contratista a quien se le cedió la reclamación de seguros, cuándo y por qué, a menos que esto se identifique claramente en el contrato adjunto. Una cesión es un acuerdo por escrito que le permite a otra parte, como un techador o contratista, recuperar y conservar sus beneficios de seguro.

FIRME Y FECHA SU FORMULARIO DE RECLAMO:

Deseo realizar un reclamo asociado con el acuerdo de liquidación de la demanda colectiva y toda la información proporcionada previamente es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Firma

Nombre

Fecha

ENVÍE SU FORMULARIO DE RECLAMO POR CORREO O PRESÉNTELO EN LÍNEA:

Una vez que lo haya firmado, este Formulario de Reclamo y los demás materiales adjuntos deben:

(1) escanearse o fotografiarse y cargarse a más tardar el **15 de diciembre de 2023** al sitio:

www.FrontierDepreciationSettlement.com;

o

(2) con matasellos de, a más tardar, el **15 de diciembre de 2023**, enviarse a:

Gentes Trust v. Frontier Settlement
c/o Atticus Administration
PO Box 64053
Saint Paul, MN 55164

o

(3) enviado por correo electrónico a más tardar el **15 de diciembre de 2023** a:

FrontierDepreciationSettlement@atticusadmin.com

ADMINISTRACIÓN DEL GRUPO DE DEMANDANTES:

Por favor sea paciente. Si califica para recibir un pago bajo el Acuerdo, se le enviará un Cheque de Liquidación por correo. Si no califica, se le enviará una carta con una explicación.