

Jeffrie Allan Summers II v. Sea Mar Community Health Centers, No. 2-2-00773-7-SEA
Acuerdo de Sea Mar Community Health Centers

**PÉRDIDAS ORDINARIAS, TIEMPO PERDIDO ATESTIGUADO, PAGO ALTERNATIVO
EN EFECTIVO FORMULARIO DE RECLAMO DE SERVICIOS DE PROTECCIÓN
CONTRA ROBOS Y RESTAURACIÓN DE LA IDENTIDAD**

**PARA SER VÁLIDO, ESTE FORMULARIO DE RECLAMO DEBE TENER MATASELLOS
O DEBE ENVIARSE EN LÍNEA A WWW.COMMUNITYHEALTHDATAINCIDENT.COM
A MÁS TARDAR EL 30 DE DICIEMBRE DE 2022.**

ATENCIÓN: Este formulario de reclamo se utilizará como resarcimiento relacionado con el Incidente de Datos que ocurrió entre diciembre de 2020 y marzo de 2021 y que potencialmente afectó a pacientes, empleados y garantes de sea Mar Community Health Centers (“Demandado”). Hay dos tipos de daños para los cuales estas personas pueden ser elegibles: 1) para todos los Miembros del Colectivo del Acuerdo, el reintegro de las pérdidas reales que sean razonablemente rastreables al Incidente de Datos, incluido el Tiempo Perdido Atestiguado, y 2) para todos los Miembros del Colectivo del Acuerdo, 36 meses de Servicios de Protección de Identidad de IDX, con monitoreo crediticio realizado por 3 burós de crédito, una póliza de seguro de \$1 millón de dólares y servicios de restauración de la identidad.

Para presentar un reclamo, debe haber sido identificado como una persona cuya información privada se mantuvo en los sistemas informáticos o en la red del Demandado que se vio potencialmente comprometida en el Incidente de Datos y recibió la Notificación de este Acuerdo con una **Identificación Única**.

Puede solicitar que se le haga un reintegro por las Pérdidas Ordinarias y las Pérdidas Extraordinarias. Las Pérdidas Ordinarias consisten en pérdidas reales por gastos de bolsillo incurridas como resultado del Incidente de Datos y tarifas por Gastos de protección de la identidad no reembolsados, hasta \$2,500. También se le puede reembolsar el tiempo perdido invertido para remediar los problemas relacionados con el Incidente de Datos (“Tiempo perdido atestiguado”), a \$30 por hora durante un máximo de 10 horas, como el tiempo dedicado a remediar el robo de identidad o el fraude, incluido el uso indebido de la información personal y la verificación de crédito o la congelación de informes de crédito. En lugar de que se le reembolsen las Pérdidas Ordinarias, simplemente puede hacer un Reclamo por un pago en efectivo de hasta \$100. Además de los beneficios antes mencionados, usted es elegible para recibir un reembolso por Pérdidas Extraordinarias documentadas, que no excedan los \$25,000 por Miembro del Colectivo del Acuerdo por pérdida monetaria documentada que, entre otras cosas, surja del fraude financiero o del robo de la identidad. **Tenga en cuenta que cualquier documentación que proporcione debe enviarse con este Formulario de Reclamo.**

Cabe observar que DEBE solicitar Pérdidas Ordinarias, Tiempo Perdido Atestiguado, el Pago Alternativo en Efectivo y Pérdidas Extraordinarias utilizando este Formulario de Reclamo.

VERIFICACIÓN DEL RECLAMO: todos los Reclamos están sujetos a verificación. Se le notificará si se necesita información adicional para verificar su Reclamo.

ASISTENCIA: si tiene preguntas sobre este Formulario de Reclamo, visite el sitio web del acuerdo en www.CommunityHealthDataIncident.com para obtener información adicional o llame al 1-833-512-2312.

**GUARDE UNA COPIA DEL FORMULARIO DE RECLAMO Y DE LA PRUEBA DE ENVÍO POR CORREO
PARA SUS REGISTROS.**

El hecho de no presentar la documentación requerida, o de no completar todas las partes del Formulario de Reclamo, puede resultar en la denegación del Reclamo, en el retraso de su procesamiento o puede afectarlo negativamente.

Sección B. Reembolso de Pérdidas Ordinarias y Tiempo Perdido Atestiguado

Si sufrió pérdidas financieras verificables que probablemente fueron causadas por el Incidente de Datos o pasó tiempo remediando problemas relacionados con este incidente de datos, puede ser elegible para recibir un pago para compensarlo por estas pérdidas financieras y el tiempo perdido invertido.

Pérdidas Ordinarias

*Si se comprueba que usted cumple con todos los criterios descritos en el Acuerdo de Conciliación, y usted **envía** pruebas de las pérdidas y el monto en dólares de esas pérdidas, será elegible para recibir un pago que lo compense por sus Pérdidas Ordinarias documentadas de hasta **\$2,500**. Las Pérdidas Ordinarias incluyen: (1) pérdidas por gastos de bolsillo; y (2) para gastos de protección de identidad no reembolsados, como por ejemplo, informes de crédito, monitoreo de crédito u otros productos de seguro de robo de identidad comprados entre el 1 de diciembre de 2020 y el 30 de diciembre de 2022. Las pérdidas de bolsillo incurridas como resultado del Incidente de Datos pueden incluir, entre otros, gastos no reembolsados asociados con fraude o robo de identidad, incluidos honorarios profesionales y honorarios por servicios de reparación de crédito y gastos varios, como (i) notario, (ii) fax, (iii) franqueo, (iii) copia, (iii) gastos de transporte y (iv) cargos telefónicos de larga distancia, así como costos de verificación de crédito u otros servicios de mitigación en los que se incurrió entre el 1 de diciembre de 2020 y el 30 de diciembre de 2022. Los ejemplos de lo que se puede usar para comprobar las pérdidas incluyen: recibos, estados de cuenta, facturas, etc.*

Tiempo Perdido Atestiguado

Usted también puede ser elegible para recibir un pago que le reembolsará el tiempo perdido invertido remediando problemas relacionados con el Incidente de Datos, a \$30 por hora, por hasta 10 horas, pero solo si se dedicó un mínimo de una hora completa. Debe dar fe de que se pasó cualquier tiempo perdido relacionado con el incidente de datos. Los ejemplos de tiempo perdido incluyen: tiempo dedicado a monitorear el crédito, resolver disputas por transacciones no autorizadas, congelar o descongelar su crédito, remediar una declaración de impuestos falsificada, etc.

Proporcionar una prueba adecuada de sus pérdidas no garantiza que tendrá derecho a recibir el monto total reclamado. Todos los Reclamos también estarán sujetos a un monto de pago máximo agregado, como se explica en el Acuerdo de Conciliación. Si la cantidad de pérdidas reclamadas excede la cantidad máxima de dinero disponible en virtud del Acuerdo de Conciliación, entonces el pago de su Reclamo se reducirá a prorrata. Si desea obtener más información, revise el Acuerdo de Conciliación para obtener más detalles.

El pago de las pérdidas se le pagará directamente a usted de manera electrónica, a menos que solicite que se lo haga con cheque como se indica a continuación.

Para cada pérdida que crea que se incurrió como resultado del Incidente de Datos, proporcione una descripción de la pérdida, fecha, monto en dólares y el tipo de documentación que presentará para respaldarla. **Debe proporcionar TODA esta información para que este Reclamo sea procesado.** Los documentos de respaldo deben presentarse como parte de este Formulario de Reclamo. **Si no proporciona suficientes documentos de respaldo, el Administrador del Acuerdo denegará el Reclamo.** Proporcione solo copias de los documentos de respaldo y guarde todos los originales para sus archivos personales. El Administrador del Acuerdo no tendrá la obligación de devolverle ninguna documentación de respaldo. Hay una copia de la política de privacidad del Administrador del Acuerdo disponible en **<https://www.kroll.com/en/settlement-administration>**. No se proporcionará documentación de respaldo al Demandado en esta Acción, excepto su nombre, dirección postal, dirección de correo electrónico y número de teléfono de Sea Mar Community Health Centers. No se comunique directamente con sea Mar Community Health Centers con respecto a este asunto. Todas las consultas deben enviarse al Administrador del Acuerdo.



Algunos ejemplos de tales pérdidas incluyen pagos por protección contra robo de identidad o servicios de verificación de crédito y pérdidas financieras debidos al robo de identidad incurridos como resultado del Incidente de Datos, etc. Estos son solo ejemplos y no representan una lista completa de pérdidas elegibles para la compensación. Proporcione una descripción de toda pérdida en la que usted afirme que se incurrió como resultado del Incidente de Datos.

Algunos ejemplos de documentación incluyen recibos de servicios de protección contra el robo de identidad, honorarios pagados a un profesional para remediar una declaración de impuestos falsificada, etc.

Descripción de la Pérdida	Fecha de la Pérdida	Importe	Descripción de los Documentos de Respaldo
Ejemplo: Servicio de protección contra robo de identidad	0 7 - 1 7 - 2 0 Mes Día Año	\$50.00	Copia de la factura del servicio de protección contra robo de identidad
Ejemplo: Honorarios pagados a un profesional para remediar una declaración de impuestos falsificada	0 2 - 3 0 - 2 1 Mes Día Año	\$25.00	Copia de la factura de los servicios profesionales
	□ □ - □ □ - □ □ Mes Día Año	\$ □ □ □ □ . □ □	
	□ □ - □ □ - □ □ Mes Día Año	\$ □ □ □ □ . □ □	
	□ □ □ □ □ □ \$.	\$ □ □ □ □ . □ □	
	□ □ - □ □ - □ □ Mes Día Año	\$ □ □ □ □ . □ □	
	□ □ - □ □ - □ □ Mes Día Año	\$ □ □ □ □ . □ □	
	□ □ - □ □ - □ □ Mes Día Año	\$ □ □ □ □ . □ □	
	□ □ - □ □ - □ □ Mes Día Año	\$ □ □ □ □ . □ □	
	□ □ - □ □ - □ □ Mes Día Año	\$ □ □ □ □ . □ □	
	□ □ - □ □ - □ □ Mes Día Año	\$ □ □ □ □ . □ □	
	□ □ - □ □ - □ □ Mes Día Año	\$ □ □ □ □ . □ □	
	□ □ - □ □ - □ □ Mes Día Año	\$ □ □ □ □ . □ □	

Reembolso por el Tiempo Perdido Atestiguado:

Los Miembros del Colectivo del Acuerdo pueden presentar un Reclamo por hasta diez (10) horas de tiempo dedicado a remediar los problemas relacionados con el Incidente de Datos, si es que se dedicó al menos una (1) hora completa a remediar los problemas relacionados con el Incidente de Datos. Se pueden reembolsar diez (10) horas de tiempo perdido, a \$30 por hora, si certifica el tiempo que pasó remediando los problemas relacionados con el Incidente de Datos. Los ejemplos de tiempo perdido dedicado a remediar los problemas relacionados con el Incidente de Datos pueden incluir el tiempo dedicado a remediar el robo de identidad, el fraude, el uso indebido de información personal, la verificación de crédito o la congelación de informes de crédito.

Si dedicó tiempo a solucionar los problemas relacionados con el Incidente de Datos, incluida al menos una (1) hora completa, indique el número de horas que pasó aquí: _____.

Al marcar la siguiente casilla, por la presente declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de Washington que la información proporcionada en este Formulario de Reclamo para respaldar mi búsqueda de alivio por el Tiempo Perdido Atestiguado (hasta \$300) es verdadera y correcta.

Sí, entiendo que estoy presentando este Formulario de Reclamo y la afirmación que hace con respecto a mi búsqueda de alivio por el Tiempo Perdido Atestiguado bajo pena de perjurio. Además, entiendo que el no marcar esta casilla puede hacer que mi Reclamo por el Tiempo Perdido Atestiguado sea nulo y sin efecto.

Pago Alternativo en Efectivo

En lugar de la compensación por Pérdidas Ordinarias y Tiempo Perdido Atestiguado, los Miembros del Colectivo pueden simplemente hacer un Reclamo por un pago en efectivo de cien dólares (\$100).

Al marcar la siguiente casilla, elijo un pago en efectivo de \$100 en lugar de la compensación por Pérdidas Ordinarias y Tiempo Perdido Atestiguado.

NOTA: NO PUEDE DEMANDAR POR PÉRDIDAS ORDINARIAS O TIEMPO PERDIDO ATESTIGUADO SI SOLICITA EL PAGO ALTERNATIVO EN EFECTIVO EN ESTA SECCIÓN.

Sí, elijo un pago en efectivo de \$100 en lugar de la compensación por Pérdidas Ordinarias y Tiempo Perdido Atestiguado.

Indemnización por Pérdidas Extraordinarias

Además de la compensación por Pérdidas Ordinarias y Tiempo Perdido Atestiguado (o el pago alternativo en efectivo), usted es elegible para recibir un reembolso por Pérdidas Extraordinarias documentadas, que no excedan los \$25,000 por pérdida monetaria documentada que, entre otras cosas, surja del fraude financiero o del robo de la identidad si:

- (1) La pérdida es una pérdida monetaria real, documentada y no reembolsada;
- (2) Es más probable que la pérdida haya sido causada por el Incidente de Datos;
- (3) La pérdida ocurrió durante el período comprendido entre el 1 de diciembre de 2020 y el 30 de diciembre de 2022;
- (4) La pérdida no está cubierta como una “pérdida ordinaria” como se describió anteriormente; y
- (5) Usted proporciona documentación de que realizó esfuerzos razonables para evitar, o buscar el reembolso de, las pérdidas, incluido pero no limitado al agotamiento de todos los seguros de verificación de crédito disponibles y el seguro contra robo de identidad.

Para cada pérdida que usted crea que se incurrió como resultado del Incidente de Datos, proporcione una descripción de la pérdida, fecha, monto en dólares y el tipo de documentación que presentará para respaldarla. **Debe proporcionar TODA esta información para que este Reclamo sea procesado.** Los documentos de respaldo deben presentarse como parte de este Formulario de Reclamo. **Si no proporciona suficientes documentos de respaldo, el Administrador del Acuerdo denegará el Reclamo.** Proporcione solo copias de los documentos de respaldo y guarde todos los originales para sus archivos personales. El Administrador del Acuerdo no tendrá la obligación de devolverle ninguna documentación de respaldo. Hay una copia de la política de privacidad del Administrador del Acuerdo disponible en <https://www.krroll.com/en/settlement-administration>. No se proporcionará documentación de respaldo al Demandado en esta Acción, excepto su nombre, dirección postal, dirección de correo electrónico y número de teléfono de Sea Mar Community Health Centers. No se comunique directamente con sea Mar Community Health Centers con respecto a este asunto. Todas las consultas deben enviarse al Administrador del Acuerdo.

Descripción de la Pérdida	Fecha de la Pérdida	Importe	Descripción de los Documentos de Respaldo																									
Ejemplo: Cargo no autorizado en la tarjeta de crédito	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>7</td><td>-</td><td>1</td><td>7</td><td>-</td><td>2</td><td>0</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Mes</td> <td colspan="2">Día</td> <td colspan="2">Año</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Mes</td> <td colspan="2">Día</td> <td colspan="2">Año</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	0	7	-	1	7	-	2	0	Mes		Día		Año				Mes		Día		Año				\$50.00	Carta del Banco	
0	7	-	1	7	-	2	0																					
Mes		Día		Año																								
Mes		Día		Año																								
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Mes</td> <td colspan="2">Día</td> <td colspan="2">Año</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			-			-			Mes		Día		Año				\$ <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>							.			
		-			-																							
Mes		Día		Año																								
						.																						
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Mes</td> <td colspan="2">Día</td> <td colspan="2">Año</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			-			-			Mes		Día		Año				\$ <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>							.			
		-			-																							
Mes		Día		Año																								
						.																						
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Mes</td> <td colspan="2">Día</td> <td colspan="2">Año</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			-			-			Mes		Día		Año				\$ <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>							.			
		-			-																							
Mes		Día		Año																								
						.																						
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Mes</td> <td colspan="2">Día</td> <td colspan="2">Año</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			-			-			Mes		Día		Año				\$ <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>							.			
		-			-																							
Mes		Día		Año																								
						.																						
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Mes</td> <td colspan="2">Día</td> <td colspan="2">Año</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			-			-			Mes		Día		Año				\$ <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>							.			
		-			-																							
Mes		Día		Año																								
						.																						
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Mes</td> <td colspan="2">Día</td> <td colspan="2">Año</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			-			-			Mes		Día		Año				\$ <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>							.			
		-			-																							
Mes		Día		Año																								
						.																						
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Mes</td> <td colspan="2">Día</td> <td colspan="2">Año</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			-			-			Mes		Día		Año				\$ <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>							.			
		-			-																							
Mes		Día		Año																								
						.																						
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Mes</td> <td colspan="2">Día</td> <td colspan="2">Año</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			-			-			Mes		Día		Año				\$ <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>							.			
		-			-																							
Mes		Día		Año																								
						.																						
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Mes</td> <td colspan="2">Día</td> <td colspan="2">Año</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			-			-			Mes		Día		Año				\$ <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>							.			
		-			-																							
Mes		Día		Año																								
						.																						

Sección C. Pago

Al enviar este formulario por correo al Administrador del Acuerdo, usted recibirá el pago por las pérdidas en virtud de este Acuerdo en forma de cheque. Si desea recibir un pago electrónico, debe enviar el Formulario de Reclamo en línea en www.CommunityHealthDataIncident.com.

Sección D. Afirmación del Miembro del Colectivo del Acuerdo

Al enviar este Formulario de Reclamo y marcar la casilla a continuación, declaro que recibí una notificación de Sea Mar Community Health Centers de que he sido identificado como un posible Miembro del Colectivo del Acuerdo. Como he presentado reclamos de pérdidas debido al Incidente de Datos, declaro haber sufrido estas pérdidas.

Entiendo que mi Reclamo y la información proporcionada anteriormente estarán sujetos a verificación.

También entiendo que es posible que no tenga derecho a recuperar en virtud de este Acuerdo si soy empleado de o estoy afiliado al Juez o Magistrado que preside esta Acción, o si estoy empleado por los Demandados o por cualquier otra persona que actúe en su nombre.

Al enviar este Formulario de Reclamo, certifico que toda la documentación que he presentado en respaldo a mi Reclamo consiste en documentos inalterados en mi poder.

Sí, entiendo que el no marcar esta casilla puede hacer que mi Reclamo sea nulo y sin efecto.

Proporcione su nombre en los campos Firma y Nombre impreso a continuación y feche su firma abajo.

Firma: Fecha: – –
Mes Día Año

Nombre impreso:

PARA SER VÁLIDO, ESTE FORMULARIO DE RECLAMO DEBE TENER MATASELLOS O DEBE ENVIARSE EN LÍNEA A WWW.COMMUNITYHEALTHDATAINCIDENT.COM A MÁS TARDAR EL 30 DE DICIEMBRE DE 2022.