

Debe enviarse por
correo con matasellos
no posterior al 12 de
septiembre de 2025

SUTTER HEALTH PREMIUM OVERPAYMENT SETTLEMENT
C/O JND LEGAL ADMINISTRATION
PO BOX 91350
SEATTLE, WA 98111
www.SutterHealthPremiumLawsuit.com

FORMULARIO DE RECLAMO PARA EL ACUERDO DE CONCILIACIÓN POR SOBREPAGO DE PRIMAS DE SUTTER HEALTH

Usted podría reunir los requisitos para recibir un pago en efectivo si:

1. Usted pagó primas por una póliza totalmente asegurada a Aetna, Anthem Blue Cross, Blue Shield of California, Health Net o United Healthcare (en conjunto, "Planes de Salud").
2. Usted pagó estas primas en algún momento entre el 1 de enero de 2011 y el 8 de marzo de 2021.
3. Mientras pagaba las primas, usted vivía o trabajaba (o, si es empleador, tenía una oficina) en cualquiera de los siguientes condados: Alameda, Alpine, Amador, Butte, Calaveras, Colusa, Contra Costa, Del Norte, El Dorado, Glenn, Humboldt, Lake, Lassen, Marin, Mendocino, Merced, Modoc, Napa, Nevada, Placer, Plumas, Sacramento, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Cruz, Shasta, Sierra, Siskiyou, Solano, Sonoma, Stanislaus, Sutter, Tehama, Trinity, Tuolumne, Yolo o Yuba.

La forma más fácil de presentar un reclamo es hacerlo en línea en www.SutterHealthPremiumLawsuit.com.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO DE RECLAMO

1. **Indique a continuación, y en la página 7, la ID. única que figura en el correo electrónico o en el aviso postal que recibió.** Si no recibió un correo electrónico o un aviso postal, o si no puede localizar su correo electrónico/aviso postal, escriba “no disponible”.

ID. ÚNICA	
-----------	--

2. **Sección A:** Proporcione su información de contacto.
3. **Sección B:** Todos los demandantes deben proporcionar la información de su póliza de seguro médico.
4. **Sección C:** Los demandantes empleados y colectivos pueden revisar esta sección para ver opciones adicionales con respecto al pago del reclamo.
5. **Sección D:** Todos los demandantes deben completar y proporcionar la elección de pago.
6. **Sección E:** Debe firmar la certificación del formulario de reclamo y enviarlo por correo a la dirección que figura a continuación, con matasellos anterior al **12 de septiembre de 2025**, para que su reclamo sea considerado. O puede completar rápidamente este formulario de reclamo en línea en www.SutterHealthPremiumLawsuit.com.

Sutter Health Premium Overpayment Settlement
C/O JND Legal Administration
PO Box 91350
Seattle, WA 98111

7. Revise la lista de verificación de la página 8 antes de enviar su reclamo.

Al enviar este formulario de reclamo, usted da su consentimiento para que el Administrador de Reclamos divulgue y utilice su información. La información que proporcione en este reclamo es confidencial y se utilizará únicamente para ponerse en contacto con usted y tramitar su reclamo. No se utilizará para ningún otro fin.

8. *Para tener derecho a un pago, **debe** enviar su formulario de reclamo en línea o por correo postal con matasellos anterior al **12 de septiembre de 2025**. No envíe por correo electrónico ni entregue este formulario de reclamo al Tribunal.*



SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

1 NOMBRE COMPLETO DEL SUScriptor/LA COMPAÑÍA:			
2. DOMICILIO POSTAL:	Dirección física, línea 1		
	Dirección física, línea 2		
	Ciudad	Estado	Código postal
3. CONTACTO DE LA COMPAÑÍA: (NOMBRE Y CARGO) (SI CORRESPONDE)			
4. NÚMERO DE TELÉFONO:			
5. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:			
6. SI ES UN DEMANDANTE COLECTIVO, SELECCIONE UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:	<input type="checkbox"/> Su compañía/empresa/entidad pagó la prima a través de otra entidad adquirente, como una organización profesional de empleadores. Indique el nombre de la entidad adquirente: <hr/>		
	<input type="checkbox"/> Usted es una organización profesional de empleadores, un sindicato o una asociación comercial, u otra entidad de asociación que cobró, contrató o compró una o más pólizas de un Plan de Salud en nombre de sus empresas cliente, clientes o miembros.		
	<input type="checkbox"/> Ninguna de opciones las anteriores.		



SECCIÓN C: EXPLICACIÓN DE LOS PORCENTAJES DE LAS PRIMAS DEL EMPLEADOR/EMPLEADO

Esta sección solo se aplica a los Demandantes empleados o colectivos.

El Acuerdo de Conciliación establece que los pagos se basarán, en parte, en las primas pagadas a los Planes de Salud entre el 1 de enero de 2011 y el 8 de marzo de 2021.

El Acuerdo de Conciliación también establece fórmulas predeterminadas que el Administrador de Reclamos utilizará para determinar qué porcentaje de la prima fue pagado por un empleador/entidad y qué porcentaje fue aportado por sus empleados/miembros.

El 100 % de las primas para empleados que no presenten reclamos será asignado al empleador demandante. Cuando un empleado presenta un reclamo, su parte de la prima se determina mediante las fórmulas predeterminadas, que establecen que a los empleados con cobertura individual se les asigna el 18 % del total de la prima pagada en su nombre por su empleador, y a los empleados con cobertura familiar se les asigna el 29 %, y el resto se asigna al empleador. Para obtener información detallada sobre cómo se utilizarán estas fórmulas para calcular los reclamos, consulte el Plan de Distribución en www.SutterHealthPremiumLawsuit.com.

OPCIÓN PREDETERMINADA

- **Si acepta la Opción Predeterminada, NO** es necesario que proporcione datos o pruebas adicionales en este momento para respaldar su reclamo.
- Si la presentación de un reclamo de otro demandante afecta su reclamo, se le brindará la oportunidad de responder en una fecha posterior.

OPCIÓN ALTERNATIVA

- Si desea reclamar una contribución de prima alternativa en lugar de utilizar la Opción Predeterminada, debe completar la tabla de la página 6 Y proporcionar documentos que respalden los porcentajes y los montos que usted incluye en la tabla.
- El Administrador de Reclamos revisará los documentos y tomará una decisión final. Se aplicará la Opción Predeterminada antes mencionada en aquellos periodos para los cuales no se hayan presentado datos o pruebas de respaldo.
- La selección de la Opción Alternativa no garantiza un porcentaje de contribución superior o igual a la Opción Predeterminada. Su porcentaje dependerá de un proceso de revisión que incluye una revisión de todo el material presentado relacionado con sus primas.



SECCIÓN C (CONTINUACIÓN)

DETÉNGASE: Si desea usar la **OPCIÓN PREDETERMINADA**, **NO COMPLETE ESTA SECCIÓN.**

Si desea utilizar la **OPCIÓN ALTERNATIVA** en lugar de recibir la Opción Predeterminada, indique el porcentaje de contribución que cree que ha aportado cada año que ha estado inscrito en un seguro médico del Plan de Salud.

Año	Porcentaje (%)	Importe pagado (\$)
2011		
2012		
2013		
2014		
2015		
2016		
2017		
2018		
2019		
2020		
2021		

RECORDATORIO: Si decide solicitar un porcentaje de contribución alternativo, debe proporcionar documentación junto con este formulario de reclamo que respalde el porcentaje que afirma haber contribuido y una prueba del importe que pagó. Si completa este cuadro para solicitar un porcentaje de contribución alternativo sin proporcionar documentación adicional, se aplicará la Opción Predeterminada a su reclamo.



SECCIÓN D: OPCIÓN DE PAGO

Infórmenos cómo le gustaría recibir el pago del Acuerdo de Conciliación, si su reclamo fuese considerado válido. **Solo puede marcar una casilla a continuación.**

Las determinaciones finales en cuanto a los montos del reclamo estarán disponibles después de que el Administrador de Reclamos haya completado todo el proceso. No se pagarán reclamos cuyo valor sea igual o inferior a \$5.00.

Los demandantes que presenten reclamos válidos y aprobados recibirán un porcentaje prorrateado del Fondo Neto del Acuerdo de Conciliación en función de la proporción estimada del total acumulado de las primas pagadas por todos los demandantes.

Deseo recibir mi pago mediante...

- Tarjeta de débito electrónica → Correo electrónico: _____
- Cheque

DEBE FIRMAR Y COLOCAR LA FECHA A CONTINUACIÓN EN SU FORMULARIO DE RECLAMO PARA SER ELEGIBLE Y RECIBIR UN PAGO EN VIRTUD DE ESTE ACUERDO DE CONCILIACIÓN



SECCIÓN E: FIRMA

Afirmo en virtud de las leyes de los Estados Unidos y las leyes del estado en el que resido que, a mi leal saber y entender, la información suministrada en este Formulario de Reclamo por el abajo firmante es fiel y exacta, y que este formulario se firmó en la fecha que figura a continuación.

Entiendo que me puede solicitar que proporcione información adicional al Administrador de Reclamos antes de que mi reclamo se considere completo y válido.

ID. ÚNICA

Firma:	Fecha:
Nombre en letra de imprenta:	Cargo (si firma en nombre de una compañía/negocio/entidad):

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ✓ ¿Incluyó su ID. única en la página 2 y en la página 7? O bien, si no tiene una ID. única, ¿escribió “No disponible”?
- ✓ ¿Ha completado todos los campos de las secciones A, B y C, según corresponda?
- ✓ Si ha elegido la Opción Alternativa de la sección C, ¿ha incluido la documentación o información de respaldo?
- ✓ ¿Ha completado la sección D y nos ha indicado cómo desea recibir el pago?
- ✓ ¿Firmó y colocó la fecha en la sección E del Formulario de Reclamo?
- ✓ ¿Envió su formulario antes de la fecha límite?

Si se modifica alguno de sus datos de contacto, debe notificarnos de inmediato por correo electrónico a info@SutterHealthPremiumLawsuit.com.

Tenga en cuenta que los beneficios del Acuerdo de Conciliación se distribuirán después de que el Tribunal lo apruebe y sea definitivo.

Le solicitamos que tenga paciencia.