

**ESTE FORMULARIO DEBE SER FIRMADO Y ENVIADO ANTES DEL 24 DE AGOSTO DE 2023.  
VEA LAS INSTRUCCIONES QUE SE INCLUYEN MÁS ADELANTE.**

**FORMULARIO DE RECLAMO PARA LA CONCILIACIÓN DE LA DEMANDA COLECTIVA**

Nombre:  
Dirección:  
Identificación única:

Si usted es un miembro del grupo de demandantes y completa y envía de manera oportuna este Formulario de Reclamo antes del 24 de agosto de 2023, es posible que reciba un cheque. Si no completa el Formulario de Reclamo, no recibirá pago alguno.

Usted está recibiendo este Formulario de Reclamo como parte de la conciliación de una demanda colectiva por el caso de *The Condominiums at Northpointe Association, et al. v. State Farm Fire and Cas. Co.*, Caso N.º 1:16-cv-01273 (N.D. Ohio). Los registros de State Farm Fire and Casualty Company (“State Farm”) indican que posiblemente cumple los requisitos para recibir dinero de la conciliación porque presentó un reclamo de seguro ante State Farm para recibir los beneficios por daños a la propiedad para el reclamo identificado más adelante. Si presenta un Formulario de Reclamo completo y firmado en el plazo establecido, se revisará con más detalle la información que obra en los registros de State Farm para determinar si es miembro del Grupo de Demandantes, y de ser así, el monto de cualquier pago de la conciliación al que podría tener derecho si el Tribunal aprobase la conciliación.

Los registros de State Farm reflejan que el reclamo siguiente puede estar en curso en la conciliación de la demanda colectiva:

Número de póliza: \_\_\_\_\_  
Número de reclamo: \_\_\_\_\_  
Fecha del siniestro: \_\_\_\_\_  
Dirección de las propiedades aseguradas: \_\_\_\_\_

***Este Formulario de Reclamo se aplica solo al Siniestro Cubierto<sup>1</sup> enunciado antes.*** Si tiene más de un Siniestro Cubierto durante el Período de la Demanda Colectiva (a partir del 22 de abril de 2015, inclusive, hasta aproximadamente agosto de 2017), en ese caso puede enviar Formularios de Reclamo independientes para dichos siniestros, pero debe completar por separado, firmar y oportunamente enviar por separado un Formulario de Reclamo para ser elegible para el pago en cada uno de estos otros siniestros en caso de que la conciliación sea aprobada por el Tribunal.

***No llame a State Farm o su agente de State Farm para hablar sobre esta demanda o este Formulario de Reclamo. Sin embargo, puede seguir llamando a State Farm o a su agente de State Farm con respecto a cualquier otro asunto relacionado con el seguro.***

<sup>1</sup> Por “Siniestro Cubierto” se entiende una reclamación de seguro de una parte por un Siniestro Estructural (daño físico a una vivienda, negocio u otra estructura en el Estado de Ohio mientras esté cubierto por una póliza de seguro contra daños estructurales emitida por State Farm) que se haya producido a partir del 22 de abril de 2015 hasta aproximadamente agosto de 2017, que State Farm o un tribunal de jurisdicción competente haya determinado que es un siniestro cubierto.

Si tiene alguna pregunta, visite [www.Northpointe-v-StateFarm.com](http://www.Northpointe-v-StateFarm.com), envíe un correo electrónico a [info@Northpointe-v-StateFarm.com](mailto:info@Northpointe-v-StateFarm.com) o llame al 1-844-798-0747.

**SIGA LAS INDICACIONES QUE SE INCLUYEN EN LA PÁGINA SIGUIENTE PARA PRESENTAR UN RECLAMO.**

**PARA PRESENTAR UN RECLAMO, HAGA LO SIGUIENTE:**

**1. RESPONDA LAS DOS PREGUNTAS QUE SIGUEN SOLO SI CORRESPONDE:**

Tenga a bien proporcionar su dirección postal actual solo si la dirección mencionada con anterioridad no es correcta (*deje esta respuesta en blanco si la dirección anterior fuese correcta*):

---

---

Si todos los titulares de póliza nombrados por State Farm para el reclamo identificados anteriormente han fallecido o están incapacitados, y usted presenta este Formulario de Reclamo como representante legalmente autorizado, indique cómo y cuándo se convirtió en el representante legalmente autorizado y proporcione una copia de cualquier documentación que pueda tener que acredite que usted es el representante legalmente autorizado (*deje esta respuesta en blanco si los asegurados designados no han fallecido ni están incapacitados*).

---

---

**2. FIRME Y FECHE SU FORMULARIO DE RECLAMO:**

Al firmar a continuación, deseo reclamar cualquier dinero que se me adeude en virtud de la conciliación. No he cedido mis derechos de pago en virtud de esta conciliación a ninguna persona que no sea mi prestamista hipotecario (si lo hubiera). La información en este Formulario de Reclamo es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

---

Firma	Nombre	Fecha
-------	--------	-------

**3. ENVÍE POR CORREO POSTAL SU FORMULARIO DE RECLAMO O PRÉSENTELO EN LÍNEA:**

Una vez firmado, este Formulario de Reclamo debe:

(1) ser escaneado y cargado antes del 24 de agosto de 2023 (inclusive) en el sitio web [www.Northpointe-v-StateFarm.com](http://www.Northpointe-v-StateFarm.com):

**O BIEN**

(2) ser enviado por correo postal con fecha de franqueo postal anterior al 24 de agosto de 2023 (inclusive) a:

Northpointe v. State Farm Settlement  
c/o JND Legal Administration  
PO Box 91458  
Seattle, WA 98111

**ADMINISTRACIÓN DE RECLAMOS:**

Tenga paciencia. Recibirá una carta en la que se le indicará que cumple con los requisitos para recibir un pago. Si la conciliación es aprobada por el Tribunal y si usted en efecto cumple los requisitos para recibir un pago en virtud de la conciliación, su cheque de la conciliación se incluirá en esa carta.