



6 7 1 5 8 0 0 0 0 0 0 0

FORMULARIO DE RECLAMO

Sección I - Instrucciones

El Administrador del Acuerdo debe recibir este Formulario de Reclamo, o el formulario debe llevar el sello postal, a más tardar el 4 de septiembre de 2023.

Este Formulario de Reclamo se puede enviar de tres maneras:

1. Electrónicamente en **www.LiftChairsTCPASettlement.com**.
2. Por correo electrónico a claims@LiftChairsTCPASettlement.com. Complete las páginas adjuntas, escanee el documento en su totalidad si es necesario e incluya el formulario como archivo adjunto.
3. Envíe este formulario completo a:

Chapman v. America's Lift Chairs
 c/o Kroll Settlement Administration
 P.O. Box 5324
 New York, NY 10150-5324

Para ser efectivo como reclamo en virtud del Acuerdo propuesto, se debe completar, firmar y enviar este formulario como se describió anteriormente, **a más tardar el 4 de septiembre de 2023**. Si este Formulario de Reclamo no tiene sello postal o no se envía para esa fecha, usted seguirá siendo miembro del Colectivo, pero no recibirá ningún pago del Acuerdo.

Sección II - Información para miembros del colectivo

ID de Miembro del Colectivo: 6 7 1 5 8 _____

Nombre del demandante (requerido)

Apellido del demandante (requerido)

Dirección 1 (requerido)

Dirección 2

Ciudad (requerido)

Estado (requerido)

Código postal (requerido)

Correo electrónico (opcional)

Número de teléfono preferido (requerido): (_____) _____ - _____

El Administrador del Acuerdo utilizará su información de contacto para comunicarse con usted, si es necesario, sobre su reclamo. Brindar su dirección de correo electrónico es opcional. Al



67158



CF



Página 1 de 2



671580000000

proporcionar información de contacto, usted acepta que el Administrador del Acuerdo puede comunicarse con usted por su Reclamo.

Sección III – Confirmación de membresía del Colectivo

Números de teléfono para los cuales usted era el usuario o suscriptor regular entre el 31 de agosto de 2017 y el 6 de junio de 2023, en los que recibió una o más llamadas promocionando America’s Lift Chairs:

Número de teléfono 1: (____) _____ - _____

Número de teléfono 2: (____) _____ - _____

Número de teléfono 3: (____) _____ - _____

Número de teléfono 4: (____) _____ - _____

Sección IV – Afirmaciones requeridas

Acepto que, al enviar este Formulario de Reclamo, la información contenida en este Formulario de Reclamo es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que mi Formulario de Reclamo puede estar sometido a auditoría, verificación y revisión judicial. Soy consciente de que puedo obtener una copia del aviso completo y del Acuerdo de Conciliación en www.LiftChairsTCPASettlement.com o escribiendo al Administrador del Acuerdo a *Chapman contra America’s Lift Chairs*, c/o Kroll Settlement Administration, P.O. Box 5324, New York, NY 10150-5324.

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

DIRECCIÓN DEL ADMINISTRADOR DEL ACUERDO (Dónde enviar el formulario completado si se envía por correo):

Chapman v. America’s Lift Chairs
c/o Kroll Settlement Administration
P.O. Box 5324
New York, NY 10150-5324



67158



CF



Página 2 de 2