

## FORMULARIO DE RECLAMO

Este Formulario de Reclamo debe completarse en línea o enviarse por correo postal si usted es un Miembro Adulto del Subcolectivo y recibió una notificación de Cornerstone Healthcare Group Management Services LLC, que opera bajo la denominación comercial Cornerstone Specialty Hospitals ("**Cornerstone**"), indicando que su información personal se vio o pudo haberse visto comprometida en el "Incidente de Datos" descubierto en diciembre de 2023 o alrededor de esa fecha.

El Formulario de Reclamo debe completarse si usted es miembro del Colectivo del Acuerdo y: (i) ha tenido pérdidas de su propio bolsillo, (ii) desea cobrar un pago proporcional en efectivo alternativo, o (iii) desea reclamar servicios de monitoreo de crédito y restauración de identidad. Puede recibir un cheque si completa este Formulario de Reclamo, si se aprueba el acuerdo de conciliación y si se determina que usted reúne los requisitos para recibir un pago. El Acuerdo establece un fondo para compensar a los Miembros del Colectivo del Acuerdo por sus pérdidas de bolsillo, para ofrecer servicios de monitoreo de crédito, y/o para proporcionar a los Miembros del Colectivo del Acuerdo un pago proporcional en efectivo, así como para los costos de notificación y administración, ciertos impuestos, pagos en concepto de retribución por servicios, así como para el pago de los honorarios de abogados y costas que determine el Tribunal.

La notificación del acuerdo describe sus derechos y opciones legales. Visite el sitio web oficial de administración del acuerdo de conciliación, [www.CSHealthcareSettlement.com](http://www.CSHealthcareSettlement.com), o llame al 1-844-687-7014 para obtener más información.

Si desea presentar un reclamo por un pago en virtud del acuerdo, tiene que proporcionar la información que se solicita a continuación. Si lo presenta por correo, escriba en letra de imprenta clara con tinta azul o negra. La **FECHA LÍMITE** para presentar este formulario de reclamo en línea (o hacerlo estampar con el sello postal para su envío por correo) es el **8 de mayo de 2026**.

*Si necesita ayuda en español, comuníquese con el administrador al 1-844-687-7014.*

### 1. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO DEL COLECTIVO DEL ACUERDO (TODA LA INFORMACIÓN ES OBLIGATORIA):

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Identificador del reclamo (incluido en la tarjeta de notificación): \_\_\_\_\_

\*Si no puede encontrar su identificador del reclamo, comuníquese con el Administrador del Acuerdo a: [info@CSHealthcareSettlement.com](mailto:info@CSHealthcareSettlement.com).

### 2. INFORMACIÓN SOBRE LOS REQUISITOS PARA ACCEDER A UN PAGO.

Lea la notificación y la Sección IV del Acuerdo de Conciliación (disponible en [www.CSHealthcareSettlement.com](http://www.CSHealthcareSettlement.com)) para obtener más información sobre quién puede acceder a un pago y la naturaleza de los gastos o pérdidas que pueden reclamarse.

Indique toda la información que pueda para ayudarnos a determinar si tiene derecho a recibir un pago en virtud del acuerdo.

POR FAVOR, PROPORCIONE LA INFORMACIÓN QUE SE INDICA A CONTINUACIÓN:

**Servicios de Monitoreo:** Solo disponible para miembros del Subcolectivo de SSN.

\_\_\_\_\_ Marque esta casilla si es miembro del Subcolectivo de SSN y desea solicitar dos años de servicios de monitoreo de crédito y restauración de identidad de tres agencias. Los servicios ofrecidos incluyen un seguro contra fraude de identidad por valor de 1 millón de dólares.



**Descripción de las Pérdidas Extraordinarias Documentadas:** Si usted es miembro del Subcolectivo de SSN, puede recibir un reembolso por las Pérdidas Extraordinarias Documentadas incurridas a partir del 1.º de diciembre de 2023 hasta la presentación de este reclamo. Estas pérdidas deben estar respaldadas por documentación y descripciones que demuestren: (i) que la pérdida es real, está documentada y no ha sido reembolsada; (ii) que es altamente probable que la pérdida haya sido causada por el Incidente de Datos; (iii) que la pérdida se produjo entre el 1.º de diciembre de 2023 y la fecha de presentación del reclamo; (iv) que la pérdida no está ya cubierta por una o más de las categorías de reembolso de Pérdidas Ordinarias Documentadas; (v) que el Reclamante realizó esfuerzos razonables para evitar la pérdida o solicitar el reembolso de la misma, incluyendo, entre otros, el agotamiento de todos los seguros de monitoreo de crédito y de robo de identidad disponibles. Las Pérdidas Extraordinarias pueden incluir, entre otras, los costos, gastos, pérdidas o cargos no reembolsados en los que haya incurrido como consecuencia del robo o fraude de identidad, declaraciones de impuestos falsificadas u otros posibles usos indebidos de la Información Privada.

Importe total para esta categoría: \$ \_\_\_\_\_ (máximo \$10.000 en combinación con las pérdidas ordinarias documentadas. Solo disponible para Miembros del Subcolectivo de SSN)


**Pago proporcional en efectivo**

\_\_\_\_\_ Marque esta casilla si desea solicitar un pago proporcional en efectivo en lugar de un reembolso por pérdidas documentadas. Los Pagos Proporcionales en Efectivo se calcularán en función de si usted es miembro del Subcolectivo de SSN o no. Los Pagos en Efectivo de los miembros del Subcolectivo de SSN serán iguales a tres veces (3x) el importe de los Miembros del Colectivo del Acuerdo que no pertenezcan también al Subcolectivo de SSN. Los pagos se calcularán dividiendo los fondos restantes en el Fondo del Acuerdo después del pago de los Honorarios de Administración del Acuerdo, la Adjudicación de Honorarios y Gastos, las Retribuciones por Servicios, los Servicios de Monitoreo de Menores, Monitoreo de Crédito y Restauración de Identidad, y las Pérdidas Monetarias Documentadas.

**3. FIRME Y FECHÉ SU FORMULARIO DE RECLAMO.**

Al enviar este Formulario de Reclamo, certifico que cumplo con los requisitos para presentar un reclamo en este Acuerdo, y que la información proporcionada en este Formulario de Reclamo y en cualquier anexo es verdadera y correcta. Declaro bajo pena de perjurio, conforme a leyes de los Estados Unidos de América, que lo anterior es verdadero y correcto.

Reconozco que, a partir de la Fecha de Entrada en Vigencia del Acuerdo, de conformidad con los términos establecidos en el Acuerdo de Conciliación, y por imperio de la ley y la Sentencia Definitiva, se considerará que renuncio y libero para siempre, y tendré vedado para siempre presentar cualquier reclamo relacionado con la Violación de Datos y los Reclamos Exonerados contra JKD y las Personas Exoneradas (tal como se define con mayor detalle en el Acuerdo de Conciliación y/o la Sentencia Definitiva).

Entiendo que este reclamo puede estar sujeto a auditoría, verificación y revisión judicial, y que el Administrador del Acuerdo podrá solicitar que complemente este Reclamo o que proporcione información adicional. Asimismo, entiendo que todos los pagos de reclamos están sujetos a la disponibilidad de los fondos del acuerdo y podrán reducirse en su totalidad o en parte, en función del tipo de reclamo y de lo que determine el Administrador del Acuerdo.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha

4. ENVÍE SU FORMULARIO DE RECLAMO POR CORREO O PRESENTELO EN LÍNEA.

Este formulario de reclamo debe:

Tener el sello postal fechado a más tardar el 8 de mayo de 2026 y enviarse por correo a: Cornerstone Data Incident Settlement Administrator, PO Box 2271, Baton Rouge, LA 70821; O BIEN

Enviarse por correo electrónico antes de la medianoche del 8 de mayo de 2026 a [info@CSHealthcareSettlement.com](mailto:info@CSHealthcareSettlement.com); O BIEN

Presentarse a través del Sitio Web del Acuerdo antes de la medianoche del 8 de mayo de 2026 en [www.CSHealthcareSettlement.com](http://www.CSHealthcareSettlement.com).