

ACUERDO DE LA DEMANDA COLECTIVA FLUSHMATE FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR DAÑOS NO RELACIONADOS CON BIENES

A fin de recibir un pago, debe completar el presente Formulario de reclamación y presentarlo antes del **24 de septiembre de 2020**. Si ha sufrido daños sobre bienes, debe completar un Formulario de reclamación por daños a bienes por separado. Ambos formularios pueden presentarse en línea, o por correo electrónico, correo postal de los EE. UU. o facsímil, a las direcciones indicadas al final de este formulario.

A. INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE Y DE LOS BIENES

(La información del Demandante debe coincidir con la propiedad de los bienes)

Nombre del Reclamante:

Dirección de la propiedad:

Calle Ciudad Estado Código postal

Dirección postal actual: _____
(si es diferente a la anterior). Calle Ciudad Estado
Código postal

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Número de identificación del cliente (opcional):

(Su número de identificación del cliente figura arriba de su dirección en este aviso postal que puede haber recibido con respecto a este acuerdo de la demanda colectiva).

B. INFORMACIÓN SOBRE EL INODORO FLUSHMATE

Por cada inodoro Flushmate que sea o haya sido de su propiedad, ¿instaló un Kit de reparación, un recipiente a presión o un inodoro de repuesto? Sí No

Si su respuesta es “No”, no complete este formulario. No tiene derecho a obtener un reembolso en virtud del acuerdo, a menos que haya instalado un Kit de reparación, un recipiente a presión o un inodoro de repuesto.

Si su respuesta es sí, enumere el número de serie de cada Sistema Flushmate por el cual intenta obtener un pago, indique las medidas que tomó y establezca el monto de los gastos directos en los que haya incurrido, si los hubiera, relacionados con la instalación.

ACUERDO DE LA DEMANDA COLECTIVA FLUSHMATE FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR DAÑOS NO RELACIONADOS CON BIENES

	<u>Kit de reparación instalado</u>	<u>Recipient e a presión instalado</u>	<u>Inodoro reemplaza do</u>	<u>Gastos de bolsillo*</u>
<u>Número de serie del Sistema Flushmate</u>				
1. _____ - F ____ - _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____
2. _____ - F ____ - _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____
3. _____ - F ____ - _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____
4. _____ - F ____ - _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____

*Si realizó la instalación usted mismo, coloque "0" en esta columna.

Si incurrió en gastos directos de instalación que no fueron reembolsados, envíe copias de sus facturas o recibos junto con esta Reclamación. Si no tiene facturas o recibos, aún puede presentar su Reclamación indicando el número de serie o proporcionando otro comprobante de propiedad del Sistema Flushmate por el que está solicitando el reembolso.

Si necesita incluir unidades adicionales, use el Apéndice del Formulario de Reclamación del Acuerdo de la demanda colectiva por daños no relacionados con bienes disponible en línea en www.FlushmateClaims.com.

C. DAÑOS A BIENES

¿Está presentando una reclamación por daño a bienes directo causado por un goteo o la separación de un Sistema Flushmate? Sí No

Si su respuesta es sí, complete el Formulario de reclamación por daños a bienes, disponible en línea en www.FlushmateClaims.com o llame al Administrador de reclamaciones al (877) 412-5277.

D. OTROS PAGOS O REEMBOLSOS POR GASTOS DIRECTOS DE INSTALACIÓN

¿Ha instalado, por cargo de Flushmate, un Kit de reparación en su inodoro Flushmate, un recipiente a presión en su inodoro Flushmate o un inodoro Flushmate de repuesto a causa de un goteo o separación? Sí No

¿Alguna vez recibió un pago o reembolso (*p. ej.*, de una aseguradora, un fabricante, un distribuidor, un proveedor, un contratista o un instalador) por instalar un Kit de reparación, un recipiente a presión o un inodoro de repuesto en lugar de su inodoro Flushmate? Sí No
Si su respuesta es sí, indique:

**ACUERDO DE LA DEMANDA COLECTIVA
FLUSHMATE
FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR DAÑOS NO
RELACIONADOS CON BIENES**

El monto total de su(s) pago(s) o reembolso(s): \$ _____
La fuente del (de los) pago(s) o reembolso(s): _____

E. CERTIFICACIÓN

Declaro/declaramos bajo pena de perjurio, conforme a las leyes de los Estados Unidos de América, que la información incluida en el presente Formulario de reclamación y presentada junto con este es verdadera y correcta a mi/nuestro leal saber y entender. Autorizo/autorizamos al Administrador de reclamaciones a comunicarse con cualquier otra persona que haya suministrado información o documentación acerca de esta reclamación, tal como contratistas, proveedores de materiales o declarantes.

Firma del Demandante

Fecha

Firma del Demandante

Fecha

Envíe este Formulario de reclamación completado junto con sus documentos de apoyo, si los hubiera, utilizando uno de los siguientes métodos:

Por correo postal: Flushmate Claims Administrator
P.O. Box 1272
Lancaster, CA 93584

En línea: www.FlushmateClaims.com

Por correo electrónico: CSR@flushmateclaims.com

Por fax: (661) 951-0978

Si tiene preguntas, llame al 1-877-412-5277 o visite www.FlushmateClaims.com.