



\*4008929999999999\*

### Formulario de Reclamación del caso *Schwartz v. State Farm*

**PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN VÁLIDA, ESTE FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DEBE TENER MATASELLOS FECHADO A MÁS TARDAR EL 2 DE JULIO DE 2026, Y DEBE ENVIARSE A:**

***Schwartz v. State Farm***  
**c/o Epiq Systems, Inc.**  
**P.O. Box 4359**  
**Portland, OR 97208-4359**

*TAMBIÉN PUEDE PRESENTAR SU RECLAMACIÓN EN LÍNEA EN SCHWARTZUIMCLASSSETTLEMENT.COM.*

*Toda la información que se indica a continuación es obligatoria. Utilizaremos esta información para comunicarnos con usted y procesar su reclamación. No se utilizará para ningún otro fin. Si la siguiente información cambia, usted debe notificar de inmediato al Administrador de la Conciliación utilizando la sección de contacto del Sitio web de la Conciliación o escribiendo a la dirección anterior.*

Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Calle:

Dirección 2:

Ciudad:	Estado:	Código postal:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Número telefónico:

 -  - 

Dirección de correo electrónico:

ID del miembro del Grupo\* (en el Aviso que se le envió por correo)

\*Deje en blanco si no puede encontrarlo o no tiene un ID de miembro del Grupo.

## FIRMA

Certifico en virtud de las leyes de los Estados Unidos que la información que suministré en este Formulario de Reclamación es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Firma

Fecha:  -  -

MM DD YYYY

Escribir nombre en letra de imprenta