

ACUERDO DE DEMANDA CIVIL CONJUNTA - HARBOUR HOUSE SOUTH

FORMULARIO DE RECLAMOS PARA
BENEFICIOS DEL PERÍODO CRÍTICO: OPCIÓN 2

Para efectuar un reclamo por Beneficios del Período Crítico conforme a la Opción 2, deberá llenar todo el Formulario de Reclamo, firmarlo en la última página y

ANTES DEL 18 DE MARZO DE 2004

Enviarlo a:

Harbour House South Claims Office
c/o Hamlin & Burton Liability Management
111 Magnolia Avenue
Suite 1000
Longwood, Florida 32750
1-866-332-4256

Agregue más hojas si no alcanza el espacio. Escriba a máquina o con tinta y en letra de molde legible.

Si presenta este Formulario de Reclamo por los Beneficios correspondientes a la Opción 2 y su reclamo es aprobado, recibirá lo siguiente:

1. Un Pago de \$ 3,000.00 por persona (individualmente);
2. Un Pago Por Apartamento del 65% de su obligación de alquiler de Harbour House South durante el Período Crítico (sujeto a los términos y condiciones estipulados en el Aviso de la Corte); Y
3. En el caso de Reclamos de la Propiedad, el reembolso en un monto determinado conforme al Protocolo de Procesamiento de Reclamos; Y/O
4. En el caso de Reclamos por Condición Médica resultante durante el Período Crítico, el reembolso en un monto determinado conforme al Protocolo de Procesamiento de Reclamos.

PARTE A: IDENTIFICACIÓN DEL RECLAMANTE INDIVIDUAL

<i>Primer Nombre</i>				<i>Segundo Nombre/Inicial</i>		<i>Apellido</i>		<i>Número de Seguro Social</i>	
<i>Otros Nombres por los Cuales se le Conoce o Conoció (Por ej.: Apellido de Soltera)</i>								<i>Fecha de Nacimiento</i>	
<i>Domicilio Postal Actual (Calle o Casilla de Correo/P.O. Box)</i>						<i>Dirección de Correo Electrónico</i>			
<i>Ciudad</i>		<i>Estado</i>		<i>Código Postal</i>		<i>Número de Teléfono (con Código de Área)</i>			

PARTE B: RESIDENCIA/MEMBRESÍA DEL GRUPO

1. Para indicar el motivo por el cual usted tiene derecho a Beneficios del Período Crítico, marque una de las casillas que se presentan a continuación:

- Soy Firmante del Arrendamiento, pues firmé un contrato de arrendamiento con HHS mediante el cual tengo derecho a ocupar, y así lo hice, un a unidad residencial en Harbour House South, durante el período comprendido entre el 4 de junio de 2002 y el 9 de enero de 2003.
- Soy Huésped, aunque no firmé un contrato de arrendamiento con HHS, sí residí en una unidad residencial en Harbour House South durante un período continuo de, por lo menos, treinta (30) días y, al menos, una parte de dicho período estuvo comprendido entre el 4 de junio de 2002 y el 9 de enero de 2003.

2. Identifique la(s) unidad(es) residencial de Harbour House South que usted ocupó y el(los) período(s) durante el(los) cual(es) usted la(s) ocupó entre el 4 de junio de 2002 y el 9 de enero de 2003:

Unidad No. _____ del _____ de 200__ al _____ de 200__

Unidad No. _____ del _____ de 200__ al _____ de 200__

3. Como prueba de mi residencia y membresía en el Grupo del Acuerdo, también remito adjunto a este Formulario de Reclamo uno o varios de los siguientes documentos REQUERIDOS:

- Copia o copias del(de los) contrato de arrendamiento(s) que firmé con HHS.
- Copia o copias de las facturas a mi nombre por servicios públicos tales como electricidad, teléfono o televisión por cable, provistos a mí en Harbour House South, entre el 4 de junio de 2002 y el 9 de enero de 2003.
- Copia notariada de una carta firmada, como mínimo, por un Firmante del Arrendamiento con calificación, que da fe de las fechas durante las cuales residí en un apartamento en Harbour House South arrendando a dicho Firmante del Arrendamiento.
- No adjunto documentos porque soy un Firmante del Arrendamiento listado en el Anexo A del Acuerdo.

PARTE C: SU GRUPO DE RECLAMANTES

4. Para identificar a otros miembros de su(s) Grupo(s) de Reclamantes, si lo(s) hubiere, marque una casilla de las que se presentan a continuación y, de ser aplicable, indique los nombres de los demás miembros de su(s) Grupo(s) de Reclamantes.

- Yo soy el único miembro en mi Grupo de Reclamantes, porque ninguna otra persona ocupó ni residió en ninguna unidad residencial de Harbour House South conmigo continuamente durante un período de, por lo menos, treinta (30) días de los cuales, al menos una parte estuvo comprendida entre el 4 de junio de 2002 y el 9 de enero de 2003.
- Otros Residentes también pertenecen a mi(s) Grupo(s) de Reclamantes. Las personas listadas a continuación son Co-Firmantes del Contrato de Arrendamiento o Huéspedes que también pertenecen al (a los) Grupo(s) de Reclamantes respecto de la(s) unidad(es) listadas más abajo.

Apartamento No. _____ : _____

Apartamento No. _____ : _____

PARTE D: DATOS DE PAGOS POR APARTAMENTO

5. Para asistir a la Oficina de Reclamos en el cálculo del Pago Por Apartamento correspondiente que se le abonará si usted es el único Firmante del Arrendamiento, o conjuntamente a usted y a sus Co-Firmantes del Arrendamiento, proporcione los datos que se solicitan a continuación.

En el caso del Apartamento No. _____ del _____ de 200__ al _____ de 200__, la obligación básica de alquiler mensual fue de \$ _____ / _____
Dólares.

Si bien residí en este apartamento durante dicho período, retuve el alquiler a HHS

Nunca Entre el _____ de 200__ y el _____ de 200__, porque

En el caso del apartamento No. _____ del _____ de 200__ al _____ de 200__, la obligación básica de alquiler mensual fue de \$ _____ / _____
Dólares.

Si bien residí en este apartamento durante dicho período, retuve el alquiler de HHS

Nunca Entre el _____ de 200__ y el _____ de 200__, porque

PARTE E: RECLAMOS POR BIENES PERSONALES

6. Si cualquiera de sus bienes y efectos ubicados en Harbour House South se perdió o sufrió daños o si incurrió en gastos por servicios públicos como resultado del cierre del aire acondicionado y/u el mantenimiento de Harbour House South, y no ha recibido compensación de HHS ni ha resuelto su reclamo de daños a la propiedad con HHS,

TENGA A BIEN PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN SOLICITADA MÁS ABAJO PARA CADA ÍTEM DE LOS BIENES PERSONALES DAÑADOS RESPECTO DE LOS CUALES PROCURA OBTENER BENEFICIOS.

Para cada ítem para el cual se efectúa un reclamo, deberá proporcionar prueba documental de sus daños y/o convenir en una inspección del ítem en cuestión por parte de la Oficina de Reclamos.

La prueba documental puede incluir: cintas de video o fotografías del bien; recibos o facturas por limpieza, reparación, restauración, o aumento en el uso de los servicios públicos; tasaciones; un listado de Inventario No Salvable de BMS y/u informes policiales.

EN CADA PIEZA DE PRUEBA DOCUMENTAL ADJUNTA A O PRESENTADA CON ESTE FORMULARIO DE RECLAMO, IDENTIFIQUE POR NO. DE ÍTEM, EL ÍTEM DE PROPIEDAD PERSONAL AL CUAL SE REFIERE LA PRUEBA.

Si necesita más espacio, agregue más hojas para continuar con la lista detallada.

Ítem No.	Descripción del Ítem	Doc. Adjuntos	Acuerdo de Inspección	Importe Reclamado
6-1		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____,____
6-2		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____,____
6-3		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____,____
6-4		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____,____
6-5		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____,____
6-6		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____,____
6-7		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____,____
6-8		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____,____
6-9		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____,____
6-10		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____,____
6-11		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____,____
6-12		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____,____
6-13		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____,____
6-14		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____,____
6-15		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____,____
6-16		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____,____
6-17		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____,____
6-18		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____,____
6-19		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____,____
6-20		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____,____
	Total de Reclamos por Bienes Personales			\$ _____,____

PARTE F: RECLAMOS POR CONDICIÓN MÉDICA - PROCESO DE RESOLUCIÓN

7. Para recibir compensación por Reclamos por Condición Médica resultantes de la exposición a moho en Harbour House South entre el 4 de junio de 2002 y el 9 de enero de 2003, usted puede optar por,

MARCANDO LA CASILLA A O LA CASILLA B QUE SE INDICAN MÁS ABAJO,

Ó

Casilla A Recibir un pago equivalente a 2,5 (dos y media) veces el total de todos los gastos médicos incurridos por usted entre el 4 de junio de 2002 y el 26 de agosto de 2003 por Condiciones Médicas Cubiertas, que son las condiciones de salud que, de acuerdo con el *American College of Occupational and Environmental Medicine* (Colegio Estadounidense de Medicina Ambiental y del Trabajo) (en adelante, "ACOEM"), pueden producirse por inhalación de y/o contacto de la piel con moho común de interiores. Estas condiciones se describen en los "Efectos Adversos para la Salud Asociados al Moho en Interiores", emitidos por el ACOEM el 27 de octubre de 2002, adjuntos al Acuerdo y disponibles en la Oficina de Reclamos.

Ó

Casilla B Resolver todos sus Reclamos por Condición Médica a través de la mediación de un mediador independiente de terceros compensado de la Cuenta Administrativa (*siempre y cuando*, en caso de no resolver sus Reclamos por Condición Médica por mediación, conserve su derecho a procurar compensación por dichos reclamos a través de un juicio por jurado celebrado por una Corte de la Florida, conforme a los términos y condiciones del Protocolo de Procesamiento de Reclamos).

INDEPENDIENTEMENTE DE QUE OPTE POR LA CASILLA A O POR LA CASILLA B, VAYA A LA PREGUNTA 8 PARA DETALLAR SUS RECLAMOS.

PARTE G: RECLAMOS POR CONDICIÓN MÉDICA - DETALLE

8. PARA CADA RECLAMO POR CONDICIÓN MÉDICA PARA EL CUAL PROCURE OBTENER BENEFICIOS, PROPORCIONE LA INFORMACIÓN QUE SE SOLICITA A CONTINUACIÓN.

Si usted selecciona la Casilla A, para cada Condición Médica Cubierta respecto de la cual efectúa un reclamo, proporcione prueba documental de los gastos médicos incurridos.

La prueba documental puede incluir: Registros médicos del(de los) profesional(es) de Cuidados Médicos en relación con su tratamiento por una Condición Médica Cubierta, recibos de tratamientos de cuidados médicos que indiquen un diagnóstico de una Condición Médica Cubierta; y/o recibos por medicamentos generalmente aceptados y utilizados para el tratamiento de Condiciones Médicas Cubiertas.

EN CADA PIEZA DE PRUEBA DOCUMENTAL ADJUNTA A O PRESENTADA CON ESTE FORMULARIO, IDENTIFIQUE, POR NO. DE ÍTEM, LA CONDICIÓN MÉDICA CUBIERTA A LA CUAL PERTENECE LA PRUEBA.

(Si opta por la Casilla B, igualmente deberá proporcionar la mayor cantidad de información que pueda - con documentación respaldatoria - para facilitar una mediación razonable.)

ADEMÁS, para cada Reclamo por Condición Médica para el cual procure obtener beneficios, proporcione un resumen explicando los motivos por los cuales considera que la condición se originó como resultado de su exposición a moho en Harbour House South entre el 4 de junio de 2002 y el 9 de enero de 2003.

Si necesita más espacio, agregue más hojas a continuación de la lista detallada.

Ítem No.	Condición Médica	Doc. Adjuntos		Importe Reclamado
8-1	<i>Nombre de la Condición</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$ _____,____
	<i>Explicación</i>			
8-2	<i>Nombre de la Condición</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$ _____,____
	<i>Explicación</i>			
8-3	<i>Nombre de la Condición</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$ _____,____
	<i>Explicación</i>			
8-4	<i>Nombre de la Condición</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$ _____,____
	<i>Explicación</i>			
	Total de Reclamos por Condición Médica			\$ _____,____

PARTE H: FIRMA

TODOS LOS INTEGRANTES DEL GRUPO QUE RECLAMEN BENEFICIOS DEBERÁN COMPLETAR Y FIRMAR MÁS ABAJO

Declaro, bajo pena de cometer perjurio, que la información en este Formulario de Reclamo es fiel, correcta y completa según mi leal saber y entender, información y convicción.

Firmado el (Fecha)

Firma (Integrante del Grupo o Representante)*

*Si usted NO es el Integrante del Grupo identificado en la Parte A, más arriba, sino un representante que llena este Formulario de Reclamo en representación de ese Integrante del Grupo, DEBERÁ remitir adjunto a la presente evidencia escrita de que tiene autoridad legal para actuar como representante del Integrante del Grupo a los propósitos de reclamar beneficios conforme al Acuerdo.

NOTA: Para preservar la elegibilidad por los Beneficios de la Opción 2 conforme al Acuerdo, este Formulario de Reclamo deberá ser completado, firmado y enviado al Administrador de Reclamos con fecha no posterior al 18 de marzo de 2004.