

FORMULARIO DE DEMANDA DE ACELERACIÓN DE PAGOS DE LIQUIDACIÓN DE 700 DÓLARES ESTADOUNIDENSES O DE PAGO DE INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD, OPCIÓN 1

I n s t r u c c i o n e s

DEMANDANTES POR IMPLANTE DE PRÓTESIS MAMARIAS COMERCIALIZADAS POR DOW CORNING (GRUPO 6.2)

Utilice este formulario para solicitar o bien 1) la Aceleración de pagos de liquidación de 700 dólares estadounidenses o bien 2) un Pago de indemnización por enfermedad comprendido entre los 4,200 y los 105,000 dólares estadounidenses (incluyendo un Pago de primas). Lea estas Instrucciones, la “Guía informativa para el demandante de la Opción 1” y la “Guía informativa para el demandante por enfermedad de la Opción 1” para obtener más información.

A. ¿QUÉ ES LA ACELERACIÓN DE PAGOS DE LIQUIDACIÓN DE 700 DÓLARES ESTADOUNIDENSES, OPCIÓN 1?

1. ¿QUÉ ES LA ACELERACIÓN DE PAGOS DE LIQUIDACIÓN DE 700 DÓLARES ESTADOUNIDENSES, OPCIÓN 1?

Podrá disfrutar de la Aceleración de pagos de liquidación de 700 dólares estadounidenses demostrando únicamente que recibió un implante de prótesis mamaria comercializada por Dow Corning. Si acepta este pago, no podrá recibir ningún Pago de indemnización por enfermedad.

2. ¿QUÉ TENGO QUE HACER PARA RECIBIR LA ACELERACIÓN DE PAGOS DE LIQUIDACIÓN DE 700 DÓLARES ESTADOUNIDENSES?

En primer lugar, complete y presente el Formulario de prueba del fabricante (borde azul), Opción 1, y el historial o documentos clínicos que demuestren que recibió un implante de prótesis mamaria comercializada por Dow Corning.

En segundo lugar, marque la casilla 2A del Formulario de aceleración de pagos de liquidación (borde rojo) y devuélvalo al Organismo instrumental de ejecución de liquidaciones antes de la fecha límite.

3. ¿CUÁL ES LA FECHA LÍMITE PARA SOLICITAR LA ACELERACIÓN DE PAGOS DE LIQUIDACIÓN DE 700 DÓLARES ESTADOUNIDENSES?

Debe presentar el Formulario de demanda de aceleración de pagos de liquidación (borde rojo) a los o antes de tres (3) años a partir de la “Fecha de entrada en vigor”. (Lea la pregunta P9-5 de la Guía informativa para el demandante de la Opción 1 para obtener una mayor información relativa a la Fecha de entrada en vigor.)

B. ¿QUÉ ES EL PAGO DE INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD, OPCIÓN 1?

4. ¿QUÉ ES EL PAGO DE INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD, OPCIÓN 1?

El Pago de indemnización por enfermedad ofrece pagos comprendidos entre los 4,200 y los 105,000 dólares estadounidenses (incluyendo un Pago de primas) si presenta el historial y los documentos clínicos que demuestren que usted presenta una (1) de las enfermedades o condiciones físicas que se enumeran a continuación además de tener una invalidez que se encuentre relacionada con o cumpla los criterios de gravedad de dicha enfermedad o condición físicas.

Existen nueve (9) enfermedades y condiciones que cumplen los requisitos de las Opciones de enfermedad 1 y 2. Las enfermedades y condiciones que pueden cumplir los requisitos son:

- Enfermedad atípica de los tejidos conectores (EATC)
- Síndrome atípico de enfermedad neurológica (SAEN)
- Síndrome primario de Sjogren (SPS)
- Enfermedad de los tejidos conectores mixtos (EMTC)/Síndrome coincidente
- Esclerosis sistémica/Esclerodermia (ES)

NO DEVUELVA LAS INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO

Para más información o si tiene alguna duda, llame al n° de teléfono gratuito del Programa de ayudas a la resolución de demandas: +1 (866) 874-6099 o visite www.dcssettlement.com en Internet.

Lupus eritematoso sistémico (LES)
 Polimiositis (PM)
 Dermatomiositis (DM)
 Síntomas generales de los tejidos conectores (SGTC)

5. ¿CUÁL ES LA DIFERENCIA ENTRE LA OPCIÓN DE ENFERMEDAD 1 Y LA OPCIÓN DE ENFERMEDAD 2?

La **Opción de enfermedad 1** utiliza los mismos criterios y definiciones clínicas que se establecieron en el acuerdo global original. Si está familiarizado con el Programa de liquidaciones revisado (PLR) o con el Programa de liquidaciones a demandantes extranjeros (PLE), estos mismos criterios se incluyen también en el Programa de prestaciones fijas. Estas enfermedades incluyen tanto las variantes normales como atípicas de algunas de las enfermedades reumáticas mencionadas anteriormente. También incluyen dos (2) condiciones, el Síndrome atípico de enfermedad neurológica (SAEN) y la Enfermedad atípica de los tejidos conectores (EATC), que se encontraban definidas en el acuerdo global original. La Opción de enfermedad 1 precisa que usted aporte documentación que pruebe una invalidez o gravedad que se encuentre relacionada con su enfermedad o condición con derecho a indemnización.

Las enfermedades por las que se puede recibir indemnización dentro de la **la Opción de enfermedad 2** no formaban parte del acuerdo global original. Éstas fueron incluidas en el PLR como "Programa de prestaciones a largo plazo". Por lo general, los criterios médicos necesarios para poder interponer una demanda por Opción de enfermedad 2 son más restrictivos y precisan de una documentación clínica más exhaustiva, así como de un mayor número de pruebas de laboratorio que los de la Opción de enfermedad 1. Además, existen ciertas enfermedades que pueden recibir indemnización en la Opción de enfermedad 1 pero que no la reciben en la Opción de enfermedad 2, como por ejemplo el Síndrome primario de Sjogren, la EMTC/Síndrome coincidente, el SAEN y la EATC. La Opción de enfermedad 2 le proporciona indemnizaciones en base al nivel de gravedad de la enfermedad o condición con derecho a indemnización. Los pagos de la Opción de enfermedad 2 son superiores a los de la Opción de enfermedad 1.

6. ¿CUÁLES SON LAS PRESTACIONES DE LOS PAGOS DE DEMANDAS POR ENFERMEDAD APROBADAS?

Las cantidades de los pagos por la Opción de enfermedad 1 vienen determinados por el grado de gravedad o invalidez que tenga aprobado.

PROGRAMA DE PAGOS PARA LA OPCIÓN DE ENFERMEDAD 1

Toda enfermedad aprobada dentro de la Opción de enfermedad 1 con un nivel de gravedad o invalidez de A, B, C o D	Debe tener pruebas de que tiene o ha tenido implantada una prótesis mamaria comercializada por Dow Corning y no una prótesis mamaria de gel de silicona de Bristol, Baxter o 3M**		
	Pago básico	+ Pago de primas	= Pago total
Nivel de gravedad / invalidez A	17,500 dólares EE.UU.	+ 3,500 dólares EE.UU.	= 21,000 dólares EE.UU.
Nivel de gravedad / invalidez B	7,000 dólares EE.UU.	+ 1,400 dólares EE.UU.	= 8,400 dólares EE.UU.
Nivel de gravedad / invalidez C o D	3,500 dólares EE.UU.	+ 700 dólares EE.UU.	= 4,200 dólares EE.UU.

** Si dispone de pruebas aceptables de que tiene o ha tenido implantada una prótesis mamaria de gel de silicona de Bristol, Baxter o 3M, la cantidad total del pago se verá reducida en un 50%.

NO DEVUELVA LAS INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO

Para más información o si tiene alguna duda, llame al nº de teléfono gratuito del Programa de ayudas a la resolución de demandas: +1 (866) 874-6099 o visite www.dcssettlement.com en Internet.

El importe de los pagos de la Opción de enfermedad 2 está determinado por el nivel de gravedad de su enfermedad o condición aprobada con derecho a indemnización.

PROGRAMA DE PAGOS PARA LA OPCIÓN DE ENFERMEDAD 2

Localice la enfermedad o condición que tenga aprobada dentro de la Opción de enfermedad 2 y el nivel de gravedad de dicha enfermedad o condición	Debe tener pruebas de que tiene o ha tenido implantada una prótesis mamaria comercializada por Dow Corning y no una prótesis mamaria de gel de silicona de Bristol, Baxter o 3M**		
	Pago básico	+ Pago de primas	= Pago total
Esclerodermia (ES) o Lupus (LES); Nivel de gravedad A	87,500 dólares estadounidenses	+ 17,500 dólares estadounidenses	= 105,000 dólares estadounidenses
Esclerodermia (ES) o Lupus (LES); Nivel de gravedad B	70,000 dólares estadounidenses	+ 14,000 dólares estadounidenses	= 84,000 dólares estadounidenses
Esclerodermia (ES) o Lupus (LES); Nivel de gravedad C	52,500 dólares estadounidenses	+ 10,500 dólares estadounidenses	= 63,000 dólares estadounidenses
Polimiositis (PM) o Dermatomiositis (DM) (sólo existe un nivel de gravedad para la PM y la DM); Síntomas generales de los tejidos conectores (SGTC), Nivel de gravedad A	38,500 dólares estadounidenses	+ 7,700 dólares estadounidenses	= 46,200 dólares estadounidenses
Síntomas generales de los tejidos conectores (SGTC); Nivel de gravedad B	26,250 dólares estadounidenses	+ 5,250 dólares estadounidenses	= 31,500 dólares estadounidenses

** Si dispone de pruebas aceptables de que tiene o ha tenido implantada una prótesis mamaria de gel de silicona de Bristol, Baxter o 3M, la cantidad total del pago se verá reducida en un 50%.

7. ¿PUEDO COMPLETAR EL FORMULARIO DE PAGO DE INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD Y ENVIAR MI HISTORIAL Y DOCUMENTOS CLÍNICOS EN MI LENGUA MATERNA O TIENEN QUE ESTAR EN INGLÉS?

Tiene la posibilidad de presentar el Formulario de pago de indemnización por enfermedad (borde rojo) y el historial y documentos clínicos en su propio idioma. Podremos procesar su demanda con mayor rapidez si completa el formulario de demanda en inglés y traduce su historial clínico a esta lengua. (Lea la pregunta P2-6 de la Guía informativa para el demandante de la Opción 1 para obtener una mayor información.)

8. NO ESTOY SEGURO DE SI TENGO LUPUS O EATC. EN EL FORMULARIO DE DEMANDA DE PAGO DE INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD SE INDICA QUE SÓLO SE PUEDE ESCOGER UNA (1) ENFERMEDAD. ¿CÓMO PUEDO DECIDIR CUÁL ELEGIR?

Consulte con su médico antes de completar el Formulario de demanda de pago de indemnización por enfermedad para saber qué enfermedad o condición le ha diagnosticado.

NO DEVUELVA LAS INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO

Para más información o si tiene alguna duda, llame al nº de teléfono gratuito del Programa de ayudas a la resolución de demandas: +1 (866) 874-6099 o visite www.dcsettlement.com en Internet.

Marque la casilla que corresponda a su diagnóstico y al historial clínico que lo justifique. Si marca la casilla correspondiente a lupus, esclerodermia, polimiositis, dermatomiositis o SGTC y no cumple los requisitos para dicha enfermedad, el Organismo instrumental de ejecución de liquidaciones revisará su demanda por EATC y/o SAEN si, a juicio del Organismo instrumental de ejecución de liquidaciones, usted puede tener derecho a una (1) de estas condiciones.

9. ¿CUÁL ES LA FECHA LÍMITE PARA PRESENTAR UNA DEMANDA POR ENFERMEDAD?

Debe presentar el Formulario de demanda de pago de indemnización por enfermedad (borde rojo) y el historial clínico que le sirva de apoyo antes de quince (15) años a partir de la "Fecha de entrada en vigor". (Lea la pregunta P9-5 de la Guía informativa para el demandante de la Opción 1 para obtener una mayor información relativa a la Fecha de entrada en vigor.) Antes de que se pueda proceder a la revisión o pago de una demanda por enfermedad, debe formalizar y presentar también el Formulario de prueba del fabricante (borde azul) y el historial o documentos clínicos que demuestren que se sometió a una intervención de implante de prótesis mamaria comercializada por Dow Corning.

10. ¿QUÉ OCURRE SI TENGO UN PROBLEMA O RECIBO UN "AVISO DE DEMANDA DEFECTUOSA" RELATIVO A MI DEMANDA DE INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD? ¿EXISTE UNA FECHA LÍMITE PARA ENTREGAR LA DOCUMENTACIÓN ADICIONAL PARA CORREGIR EL PROBLEMA?

Si existe algún problema con su demanda por enfermedad, el Organismo instrumental de ejecución de liquidaciones le informará de dicho problema. Dispondrá de un (1) año a partir de la fecha de la carta que le informaba del defecto para corregir el problema. **Si no corrige el problema en ese periodo de un (1) año, entonces su demanda por enfermedad será rechazada y estará limitado en el futuro a la hora de solicitar una nueva condición con derecho a indemnización que se manifieste tras la conclusión del periodo de un (1) año destinado a subsanar el defecto.**

Debido a la corta duración de este periodo de corrección de problemas, es importante que revise su historial clínico con detenimiento antes de remitirlo para su revisión. No envíe su historial al Organismo instrumental de ejecución de liquidaciones de forma gradual. Una vez recibida su demanda por enfermedad, el Organismo instrumental de ejecución de liquidaciones revisará y evaluará la demanda en función del historial y documentos clínicos incluidos en su expediente en ese momento. Si no ha presentado todo el historial y documentos clínicos que sirven de apoyo a su demanda, recibirá entonces una carta de aviso de demanda defectuosa informándole de que su demanda ha sido denegada.

Si su historial clínico cumple los requisitos de prueba anteriormente descritos en la Guía informativa para el demandante de la Opción 1, entonces recibirá una carta del Organismo instrumental de ejecución de liquidaciones informándole de que la demanda ha sido aprobada. Las demandas aprobadas serán pagadas después de la Fecha de entrada en vigor.

11. ¿A QUIÉN PUEDO DIRIGIRME SI TENGO DUDAS O NECESITO AYUDA?

El Programa de ayudas a la resolución de demandas se encuentra disponible para responder a preguntas relativas al modo de cumplimentar los formularios de su Paquete de demandas. Aquí también le pueden ayudar proporcionándole información sobre el modo de obtener el historial y los documentos clínicos que sirvan de apoyo a la demanda. Este servicio no le significará costo alguno.

**Llame al n° de teléfono gratuito +1 (866) 874-6099
o visite www.dcsettlement.com en Internet.**

NO DEVUELVA LAS INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO

Para más información o si tiene alguna duda, llame al n° de teléfono gratuito del Programa de ayudas a la resolución de demandas: +1 (866) 874-6099 o visite www.dcsettlement.com en Internet.

FORMULARIO DE DEMANDA DE ACELERACIÓN DE PAGOS DE LIQUIDACIÓN DE 700 DÓLARES ESTADOUNIDENSES O DE PAGO DE INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD, OPCIÓN 1

DEMANDANTES POR IMPLANTE DE PRÓTESIS MAMARIAS COMERCIALIZADAS POR DOW CORNING (GRUPO 6.2)

Utilice este formulario para solicitar la Aceleración de pagos de liquidación de 700 dólares estadounidenses O un Pago de indemnización por enfermedad comprendido entre los 4,200 y los 105,000 dólares estadounidenses.

1. Utilice la etiqueta autoadhesiva que se suministra con el paquete.

**PEGUE AQUÍ SU ETIQUETA
IDENTIFICATIVA**

PUEDEN INCLUIR LAS CORRESPONDIENTES ACTUALIZACIONES O CORRECCIONES DE SUS DATOS A CONTINUACIÓN:

- Número de demanda o
Número de la Seguridad Social:
_____ - _____ - _____
- Fecha de nacimiento:
____/____/____
Mes / Día / Año
- Nuevo apellido

- Nueva dirección

Ciudad Estado Código postal
- Teléfono de contacto durante el día: (____) _____
- Teléfono de contacto durante la noche: (____) _____
- Nombre/Dirección/Teléfono/Fax de su abogado:

- Si desea recibir boletines informativos o información
relativa a su demanda por correo electrónico, incluya su
dirección de correo electrónico:

2. Marque la casilla 2A para solicitar la Aceleración de pagos de liquidación de 700 dólares estadounidenses o la casilla 2B para solicitar el Pago de indemnización por enfermedad. No marque ambas casillas.

- 2A. ☐ Presento demanda de Aceleración de pagos de liquidación de 700 dólares estadounidenses. Entiendo que abandono mi derecho a solicitar el Pago de indemnización por enfermedad en la actualidad o en el futuro. La fecha límite para solicitar este pago es de tres (3) años a partir de la Fecha de entrada en vigor. (Si marca esta casilla, vaya directamente a la pregunta 6 y firme el formulario.)

O BIEN

- 2B. ☐ IPresento demanda de Pago de indemnización por enfermedad. Tengo en mi poder todo el historial y los documentos clínicos necesarios para dar apoyo a mi demanda, por lo que me encuentro preparado para la evaluación de mi demanda por enfermedad. La fecha límite para solicitar este pago es de quince (15) años a partir de la Fecha de entrada en vigor. (Si marca esta casilla, pase a la pregunta 3.)

♦ Formulario de demanda de aceleración de pagos de liquidación de 700 dólares estadounidenses o de pago de indemnización por enfermedad, Opción 1 ♦

Para más información o si tiene alguna duda, llame al n° de teléfono gratuito del Programa de ayudas a la resolución de demandas: +1 (866) 874-6099 o visite www.dcssettlement.com en Internet.

3. ☐ Marque esta casilla solamente en caso de haber recibido la evaluación de su demanda por enfermedad dentro del Programa de liquidaciones revisado (PLR) o del Programa de liquidaciones a demandantes extranjeros (PLE) y su intención es fundamentarse en dicha evaluación existente sin necesidad de presentar otros historiales o documentos clínicos. Si es este el caso, vaya directamente a la pregunta 6 y firme el formulario. No obstante, si desea solicitar un nivel de invalidez/gravedad distinto al que se aprobó en su demanda por enfermedad dentro del PLR o del PLE, pase entonces a la pregunta 4.

4. Escoja sólo una (1) de las enfermedades o condiciones que se enumeran a continuación en los puntos 4A - 4I. Si marca más de una (1) de estas casillas, el Organismo instrumental de ejecución de liquidaciones no procesará su demanda por enfermedad hasta que escoja sólo una (1).

4A. ☐ Presento demanda por Enfermedad atípica de los tejidos conectores (EATC), también conocida como Síndrome reumático atípico (SRA) o Enfermedad autoinmune no específica (EANE).

o

4B. ☐ Presento demanda por Síndrome atípico de enfermedad neurológica (SAEN).

o

4C. ☐ Presento demanda por Síndrome primario de Sjogren (SPS).

o

4D. ☐ Presento demanda por Enfermedad de los tejidos conectores mixtos/Síndrome coincidente (EMTC).

o

4E. ☐ Presento demanda por Esclerosis sistémica/Esclerodermia (ES).

o

4F. ☐ Presento demanda por Lupus eritematoso sistémico (LES).

o

4G. ☐ Presento demanda por Polimiositis (PM).

o

4H. ☐ Presento demanda por Dermatomiositis (DM).

o

4I. ☐ Presento demanda por Síntomas generales de los tejidos conectores (SGTC).

Si no cumple los requisitos de la enfermedad o condición que haya marcado en las preguntas 4C-4I, el Organismo instrumental de ejecución de liquidaciones evaluará su demanda por enfermedad para determinar si cumple los requisitos de la Enfermedad atípica de los tejidos conectores (EATC) y/o el Síndrome atípico de enfermedad neurológica (SAEN).

♦ Formulario de demanda de aceleración de pagos de liquidación de 700 dólares estadounidenses o de pago de indemnización por enfermedad, Opción 1 ♦

Para más información o si tiene alguna duda, llame al n° de teléfono gratuito del Programa de ayudas a la resolución de demandas: +1 (866) 874-6099 o visite www.dcssettlement.com en Internet.

5. Marque a continuación la casilla 5A o la casilla 5B:

- 5A. ☐ Adjunto con este formulario el historial clínico nuevo o adicional que pueda servir de apoyo a mi demanda por enfermedad. *(Guarde una copia para su archivo.)*
- 5B. ☐ Ya he presentado el historial y los documentos clínicos que sirven de apoyo a mi demanda por enfermedad y no tengo otros historiales que presentar.

6. A continuación, firme el formulario. Si solicita la Aceleración de pagos de liquidación, debe devolver firmado este formulario antes de tres (3) años a partir de la Fecha de entrada en vigor.

Si solicita un Pago de indemnización por enfermedad, debe devolver firmado este formulario junto con su historial clínico antes de quince (15) años a partir de la Fecha de entrada en vigor.

Declaro bajo pena de perjurio que la información de esta demanda es cierta, correcta y completa según mi leal saber y entender.

Fecha de la firma

Firma del demandante, albacea/administrador o custodio