

FORMULARIO DE DEMANDA DE ACELERACIÓN DE PAGOS DE LIQUIDACIÓN DE 750 DÓLARES ESTADOUNIDENSES O DE PAGO LIMITADO DE INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD, OPCIÓN 4

Instrucciones

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 750 dólares estadounidenses o bien 2) un Pago limitado de indemnización por enfermedad comprendido entre los 3,600 y los 18,000 dólares estadounidenses (incluyendo un Pago de primas). Lea con detenimiento estas Instrucciones y la Guía informativa para el demandante de la Opción 4.

1. ¿QUÉ ES LA ACELERACIÓN DE PAGOS DE LIQUIDACIÓN DE 750 DÓLARES ESTADOUNIDENSES O EL PAGO LIMITADO DE INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD DE LA OPCIÓN 4?

La Opción 4 le posibilita la recepción de pagos, de cantidad reducida, en el caso de no cumplir los requisitos de prueba del fabricante del resto de las Opciones (Opciones 1, 2 y 3). Si su historial clínico relativo a la operación realizada para efectuar el implante se hubiera destruido por motivos relacionados con conflictos bélicos o desastres naturales que puedan verificarse, puede solicitar una Aceleración de pagos de liquidación de 750 dólares estadounidenses o un Pago limitado de indemnización por enfermedad. Para poder recibir dicho pago, el nombre del médico, hospital o clínica, así como la fecha de ejecución de la intervención de implante debe corresponderse con la información del registro de ventas que proporcione Dow Corning.

2. ¿CUÁLES SON LAS MARCAS DE PRÓTESIS MAMARIAS COMERCIALIZADAS POR DOW CORNING?

Cualquiera de las siguientes marcas de implantes de prótesis mamarias comercializadas por Dow Corning son aceptables:

MARCA	ESTADO
Cronin	Aceptable si las prótesis mamarias fueron implantadas en o a partir de 1963 - 1971
Dow Corning	Aceptable
Dow Corning Wright	Aceptable
DC o DCW	Aceptable
Mueller, V. o V. Mueller	Aceptable si las prótesis mamarias fueron implantadas después del 1 de enero de 1968 y antes del 31 de agosto de 1974
SILASTIC o Silastic	Aceptable
SILASTIC II o Silastic II	Aceptable
SILASTIC MSI o Silastic MSI	Aceptable
"silastic" - con todas las letras en minúsculas	Aceptable si se incluye dentro de un informe de intervención del momento de la implantación de la prótesis mamaria con anterioridad al año 1969, siempre que no exista otra información en su historial que sea irregular en lo que respecta a un producto comercializado por Dow Corning. Este tipo de pruebas se utilizará exclusivamente si no dispone de un historial de extracción que demuestre la existencia de un "Identificador exclusivo".
Varifil	Aceptable

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

3. ¿QUÉ ES LA ACCELERACIÓN DE PAGOS DE LIQUIDACIÓN DE 750 DÓLARES ESTADOUNIDENSES, OPCIÓN 4?

Podrá disfrutar de la Aceleración de pagos de liquidación de 750 dólares estadounidenses solamente con completar las preguntas 2-4 del formulario de demanda y suministrar información suficiente para que el Organismo instrumental de ejecución de liquidaciones determine que usted cumple los requisitos de la anterior pregunta 1.

4. SI RECIBO LA ACCELERACIÓN DE PAGOS DE LIQUIDACIÓN DE 750 DÓLARES ESTADOUNIDENSES, ¿PUEDO RECIBIR OTROS PAGOS DE LA LIQUIDACIÓN?

No.

5. ¿QUÉ ES EL PAGO LIMITADO DE INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD, OPCIÓN 4

El Pago limitado por enfermedad ofrece pagos comprendidos entre los 3,600 y los 18,000 dólares estadounidenses (incluyendo un Pago de primas). Debe presentar su historial y documentos clínicos que demuestren que usted tiene una (1) de las enfermedades o condiciones que se enumeran a continuación y que usted tiene una invalidez relacionada o cumple los criterios de gravedad de dicha enfermedad o condición. Además, debe cumplir los requisitos de la pregunta 1.

Existen ocho (8) enfermedades y condiciones que cumplen dichos requisitos. Las enfermedades y condiciones adecuadas 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)
- Lupus eritematoso sistémico (LES)
- Polimiositis (PM)
- Dermatomiositis (DM)

6. ¿A CUÁNTO ASCIENDE EL PAGO LIMITADO DE INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD?

El Pago limitado de indemnización por enfermedad viene determinado por el nivel de gravedad o invalidez aprobado para la enfermedad o condición en que usted se encuentre. Siempre que usted padezca al menos una (1) de las enfermedades o se encuentre en una (1) de las condiciones anteriormente enumeradas en la pregunta 5, puede utilizar la siguiente tabla para buscar el nivel de invalidez o gravedad que determina el pago.

Opción de pago de la liquidación	Pago básico (en dólares estadounidenses)	Pago de primas (en dólares estadounidenses)
Pago limitado de indemnización por enfermedad		
Nivel Uno C o D	3,000	600
Nivel Uno B	6,000	1,200
Nivel Uno A	15,000	3,000

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

7. ¿CUÁL ES LA FECHA LÍMITE PARA SOLICITAR LA ACELERACIÓN DE PAGOS DE LIQUIDACIÓN DE 750 DÓLARES ESTADOUNIDENSES Y EL PAGO LIMITADO DE INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD?

Devuelva completado el formulario de demanda y el historial que lo apoye 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 4 para obtener una mayor información sobre la Fecha de entrada en vigor.)

8. SI RECIBO UN PAGO LIMITADO DE INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD, ¿PUEDO SOLICITAR OTRAS PRESTACIONES DE LA LIQUIDACIÓN?

No.

9. ¿PUEDO COMPLETAR ESTE FORMULARIO DE DEMANDA Y ENVIAR MI HISTORIAL Y DOCUMENTOS CLÍNICOS EN MI LENGUA MATERNA O TIENEN QUE ESTAR EN INGLÉS?

Tiene la posibilidad de presentar este formulario de demanda 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 4 para obtener una mayor información.)

10. ¿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 **nº 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 **nº de teléfono gratuito** del Programa de ayudas a la resolución de demandas: +1 (866) 874-6099 o visite **www.dcsettlement.com** en Internet

3. Para poder optar al pago de la liquidación de la Opción 4, debe marcar las casillas 3A y 3B y proporcionar la información de 3C-3F:

3A. Todos los historiales de mi operación de implante de prótesis mamaria han sido destruidos por motivos relacionados con conflictos bélicos o desastres naturales que pueden verificarse; y

3B. El médico que me implantó las prótesis mamarias comercializadas por Dow Corning ha fallecido o es imposible localizarlo.

3C. Describa los conflictos bélicos o los desastres naturales que provocaron la destrucción del historial clínico de su operación de implante de prótesis mamaria. Incluya información suficiente sobre el lugar en el que se encontraba su historial y sobre el modo en que fue destruido para poder verificar el conflicto bélico o desastre natural y así poder determinar que dicho conflicto o desastre natural está relacionado con la pérdida de su historial:

3D. Complete la siguiente tabla relacionada con el historial de su implante de prótesis mamaria

Fecha de la intervención quirúrgica de implante de prótesis mamaria	Nombre del médico, hospital o clínica encargados de ejecutar la intervención de implante de prótesis mamaria	Ciudad y país donde se realizó el implante	Fabricante de la prótesis mamaria (si se desconoce el fabricante, escriba "Desconocido")	Fecha de retiro del implante de prótesis mamaria
____/____/____ (Mes/Día/Año)	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Retirado ____/____/____ (Mes/Día/Año) <input type="checkbox"/> Sin retirar
____/____/____ (Mes/Día/Año)	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Retirado ____/____/____ (Mes/Día/Año) <input type="checkbox"/> Sin retirar
____/____/____ (Mes/Día/Año)	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Retirado ____/____/____ (Mes/Día/Año) <input type="checkbox"/> Sin retirar

3E. Describa lo que ha tenido que hacer para localizar al médico o encontrar el hospital o clínica en la que le implantaron su prótesis mamaria comercializada por Dow Corning y los resultados obtenidos:

3F. Señale los motivos por los que cree que sus implantes fueron fabricados por Dow Corning:

4. Responda a la pregunta 4 sólo si solicita un Pago limitado de indemnización por enfermedad:

4A. Mi demanda por enfermedad ha sido evaluada dentro del Programa de liquidaciones a demandantes extranjeros (PLE) o dentro del Programa de liquidaciones revisado (PLR), y deseo fundamentarme en dicha evaluación existente. Vaya directamente a la pregunta 7 y devuelva el formulario firmado. Si desea solicitar una enfermedad o nivel de invalidez/gravedad distintos a los de la demanda por enfermedad que tiene dentro del PLE o PLR, pase a la pregunta 5.

5. Escoja sólo una (1) de las enfermedades o condiciones que se enumeran a continuación en los puntos 5A - 5H. 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).

5A. Presento demanda por Enfermedad atípica de los tejidos conectores (EATC), también conocida como Síndrome reumático atípico (SRA) o Enfermedad autoinmune no específica (EANE).

o

5B. Presento demanda por Síndrome atípico de enfermedad neurológica (SAEN).

o

5C. Presento demanda por Síndrome primario de Sjogren (SPS).

◆ FORMULARIO DE DEMANDA DE ACELERACIÓN DE PAGOS DE LIQUIDACIÓN DE 750 DÓLARES ESTADOUNIDENSES O DE PAGO LIMITADO DE INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD, OPCIÓN 4 ◆

○

5D. Presento demanda por Enfermedad de los tejidos conectores mixtos/Síndrome coincidente (EMTC).

○

5E. Presento demanda por Esclerosis sistémica / Esclerodermia (ES).

○

5F. Presento demanda por Lupus eritematoso sistémico (LES).

○

5G. Presento demanda por Polimiositis (PM).

○

5H. Presento demanda por Dermatomiositis (DM).

Si no cumple los requisitos de la enfermedad o condición que haya marcado en las preguntas 5C-5H, 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).

6. Marque a continuación la casilla 6A o la casilla 6B:

6A. 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.)*

6B. Ya he presentado el historial y los documentos clínicos que sirven de apoyo a mi demanda por enfermedad, no adjuntando ningún otro historial.

7. Devuelva firmado el formulario 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