

# 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 nº de teléfono gratuito del Programa de ayudas a la resolución de demandas: +1 (866) 874-6099 o visite [www.dcsettlement.com](http://www.dcsettlement.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](tel:+18668746099) del Programa de ayudas a la resolución de demandas: +1 (866) 874-6099 o visite [www.dcsettlement.com](http://www.dcsettlement.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](http://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 **nº de teléfono gratuito +1 (866) 874-6099**  
o visite **[www.dcsettlement.com](http://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](http://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**

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

1. Número de demanda o  
Número de la Seguridad Social:

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

2. Fecha de nacimiento:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Mes / Día / Año

3. \_\_\_\_\_  
Nuevo apellido

4. \_\_\_\_\_  
Nueva dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal

5. Teléfono de contacto durante el día: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

6. Teléfono de contacto durante la noche: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

7. Nombre/Dirección/Teléfono/Fax de su abogado:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. 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 nº de teléfono gratuito del Programa de ayudas a la resolución de demandas: +1 (866) 874-6099 o visite [www.dcsettlement.com](http://www.dcsettlement.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 nº de teléfono gratuito del Programa de ayudas a la resolución de demandas: +1 (866) 874-6099 o visite [www.dcsettlement.com](http://www.dcsettlement.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

# FORMULARIO DE DEMANDA DE ACELERACIÓN DE PAGOS DE LIQUIDACIÓN DE 1,200 DÓLARES ESTADOUNIDENSES, OPCIÓN 2

## Instrucciones

### 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 1,200 dólares estadounidenses. Lea estas Instrucciones y la Guía informativa para el demandante de la Opción 2 para obtener una mayor información.

#### 1. ¿QUÉ ES LA ACELERACIÓN DE PAGOS DE LIQUIDACIÓN DE 1,200 DÓLARES ESTADOUNIDENSES, OPCIÓN 2?

Podrá disfrutar de la Aceleración de pagos de liquidación de 1,200 dólares estadounidenses demostrando únicamente que recibió un implante de prótesis mamaria comercializada por Dow Corning.

#### 2. ¿QUÉ TENGO QUE HACER PARA RECIBIR LA ACELERACIÓN DE PAGOS DE LIQUIDACIÓN DE 1,200 DÓLARES ESTADOUNIDENSES?

Complete y presente este formulario de demanda. Además, remita cualquiera de los siguientes historiales o documentos clínicos que demuestren que recibió un implante de prótesis mamaria comercializada por Dow Corning:

- A. Expediente hospitalario del informe realizado por el cirujano encargado de ejecutar la operación de implante de prótesis mamaria, escrito en el preciso momento o poco antes o después de la operación de implante, que especifique una marca de Dow Corning o Dow Corning como fabricante. En la pregunta 4 figura la lista de las marcas de Dow Corning.
- B. "Copia certificada" de su historial clínico que contenga la etiqueta del paquete de la prótesis mamaria que demuestre que se trata de una prótesis mamaria comercializada por Dow Corning. (Lea la pregunta 3 para obtener una definición de "copia certificada".) Nota: se precisará copia certificada *exclusivamente si*:
  - 1. La etiqueta se encuentra sobre una página que no demuestra afirmativamente ser parte de su historial clínico u hospitalario y no lleva número de lote, número de serie o número de catálogo impreso; o
  - 2. El historial hospitalario se encuentra organizado de tal modo que la etiqueta/sticker del implante se puso en una página aparte. Si la página que contiene la etiqueta/sticker del implante de prótesis mamaria procede claramente del historial del hospital contemporáneo a la operación de implante de prótesis mamaria, presenta en dicha página otra información relativa a su hospitalización y dispone de suficientes datos de identificación del paciente para que el Organismo instrumental de ejecución de liquidaciones pueda asegurar que procede de su historial, se encontrará dentro de la categoría de prueba aceptable del historial hospitalario del momento y no necesitará certificarse.
- C. Etiquetas de implantes de prótesis mamarias que presenten indicaciones claras de un número de lote, serie o catálogo. (Lea la pregunta P5-9 de la Guía informativa para el demandante de la Opción 2 para obtener información relativa a los números de lote, serie y catálogo de los implantes de prótesis mamarias comercializadas por Dow Corning.) Dichas etiquetas no han de certificarse.
- D. Historial clínico del cirujano que efectuó la operación de implante, escrito en el preciso momento de la operación de implante de prótesis mamaria, que especifique una marca de Dow Corning o Dow Corning como fabricante. En la pregunta 4 figura la lista de las marcas de Dow Corning.

#### 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](http://www.dcsettlement.com) en Internet

- E. Declaración afirmativa efectuada por el médico encargado de realizar el implante (o persona responsable de las instalaciones sanitarias en las que se realizó la operación quirúrgica de implante de prótesis mamaria) que acredite que usted recibió un implante de prótesis mamaria comercializada por Dow Corning. La persona que realice dicha declaración afirmativa debe proporcionar también los fundamentos de dicha conclusión. Este tipo de prueba es aceptable exclusivamente si:
1. El historial que figura en los anteriores subpárrafos 2A y 2B no se encuentra disponible; y
  2. Debe incluirse una descripción de los pasos efectuados para intentar obtener aquellos tipos de pruebas que se resumen en los anteriores subpárrafos 2A y 2B; y
  3. Deben explicarse los motivos por los que dicho historial no se encontraba disponible. La declaración de los pasos efectuados puede ser proporcionada por su abogado si usted dispone de asesoría legal. Dicha declaración no puede fundamentarse en “pruebas no aceptables” siguiendo la definición que se ofrece en la pregunta P5-11 de la Guía informativa para el demandante de la Opción 2.
- F. Formulario de demanda de seguro de asistencia sanitaria, firmado por el cirujano que efectuó la operación de implante en fecha razonablemente cercana a la de ejecución de la operación de implante de prótesis mamaria, que incluya el nombre del implante de prótesis mamaria utilizado.
- G. Historial clínico del médico que efectuó el retiro del implante de prótesis mamaria (o de otro médico o profesional pertinente que examinase el implante durante su extracción o con posterioridad a dicha operación), redactado en el momento del examen del implante de prótesis mamaria, si dicho médico o profesional pertinente señala una de las características específicas del implante de prótesis mamarias que figuran en la lista de “Identificadores exclusivos” de los implantes de prótesis mamarias comercializadas por Dow Corning. La lista de “Identificadores exclusivos” de los implantes de prótesis mamarias comercializadas por Dow Corning se encuentra en la pregunta P5-8 de la Guía informativa para el demandante de la Opción 2.
- H. Fotografía del implante de la prótesis mamaria que haya sido retirado que muestre uno (1) de los “Identificadores exclusivos” de los implantes de prótesis mamarias comercializadas por Dow Corning, según lo indicado en la pregunta P5-8 de la Guía informativa para el demandante de la Opción 2, si:
1. La fotografía va acompañada de declaración del médico que retiró su implante de prótesis mamaria; y
  2. El médico identifica el implante de prótesis mamaria de la fotografía como el que le extrajo a usted.
- I. “Hojas de control” de implante de una marca en particular o de Dow Corning que se remitan a su caso y que parezcan razonablemente registros guardados de forma contemporánea en el historial del hospital o de la consulta del médico que efectuó el implante. (*Lea la pregunta P5-10 de la Guía informativa para el demandante de la Opción 2 para obtener una descripción del concepto “hojas de control”.*)
- J. Factura de Dow Corning o especificaciones de embalaje que se encuentren en su historial clínico o del hospital relativo a la operación de implante de la prótesis mamaria. Si el Organismo instrumental de ejecución de liquidaciones no puede determinar que la factura o especificaciones de embalaje hayan sido realmente incluidas en dicho historial, es posible que se precise una “copia certificada” del historial o una declaración complementaria por parte del responsable de la custodia del historial.
- K. Catálogo de Dow Corning con un tipo o modalidad específica de implante de prótesis mamaria marcado con un círculo u otros elementos, si se encontrase dentro de una “copia certificada” de su historial clínico u hospitalario relacionado con la operación de implante, que fuese redactado y/o elaborado con anterioridad o casi en el momento de realizarse dicha intervención quirúrgica.

**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](http://www.dcsettlement.com) en Internet

- L. Formularios de "Consentimiento con conocimiento del paciente" que usted haya firmado y que lleven una fecha cercana a la de su operación de implante de prótesis mamaria, acompañados de otros historiales clínicos u hospitalarios del momento que verifiquen que la operación de implante de prótesis mamaria se efectuó realmente y que identifiquen a Dow Corning como el fabricante de la prótesis mamaria.
- M. Admisiones de las alegaciones o escritos redactados por Dow Corning para usted, su representante o su médico en los que se reconozca que sus implantes de prótesis mamarias fueron fabricados por Dow Corning.
- N. Para aquellas prótesis mamarias implantadas con posterioridad al mes de julio de 1986, participación en el "Programa de extracción de implantes y sustitución de productos" ("PESP") puesto en marcha por Dow Corning según se ha documentado mediante catálogo del PESP, declaración o documento similar que vaya firmado si va incluido dentro de una "copia certificada" de su historial clínico u hospitalario del momento.
- O. Participación en el "Programa de ayuda al retiro de productos" puesto en marcha por Dow Corning con posterioridad al mes de marzo de 1992 documentada mediante correspondencia que incluya el pago de los gastos médicos que no se encontrasen asegurados emitida de acuerdo con el programa en base a la recepción de la documentación pertinente. Dow Corning proporcionará los nombres de aquellas personas cuya participación en el Programa de ayuda al retiro de productos pueda documentar. Si Dow Corning le identifica como participante en el Programa de ayuda al retiro de productos, el Organismo instrumental de ejecución de liquidaciones le informará de ello, no siendo necesario que usted tenga que presentar otros documentos de pruebas del fabricante.
- P. Si se basa en la norma siguiente, deberá presentar toda la siguiente documentación:
  - 1. Factura, recibo de venta, especificación de embalaje o recibo de importación de Dow Corning que normalmente acompañase a las prótesis mamarias que se vendiesen para su implantación, siempre que dicha factura, recibo o declaración haga referencia a un implante de prótesis mamaria comercializada por Dow Corning; *y*
  - 2. Debe incluir el nombre del demandante u otra información que sirva para identificar a éste; *y*
  - 3. Debe ir acompañada del historial clínico que demuestre que el demandante fue posteriormente sometido a una intervención de implante de prótesis mamaria comercializada por Dow Corning dentro de unos límites de tiempo razonables tras la fecha de la factura, recibo de venta, declaración o recibo de importación.

### **3. ¿QUÉ ES UNA "COPIA CERTIFICADA" DE UN HISTORIAL CLÍNICO?**

Una copia certificada es una copia del historial con un certificado adjunto, normalmente firmado por el encargado de la custodia de los historiales del consultorio o centro en cuestión, afirmando que las páginas adjuntas son copias fieles y auténticas del historial del archivo de un paciente determinado.

### **4. ¿CUÁLES SON LAS MARCAS ACEPTABLES DE IMPLANTES DE PRÓTESIS MAMARIAS COMERCIALIZADAS POR DOW CORNING?**

Si el historial clínico o demás documentación de carácter clínico se fundamenta en la pregunta 2, párrafos descritos anteriormente A-F o I-P, entonces cualquiera de las siguientes marcas de prótesis mamarias comercializadas por Dow Corning serán aceptables (*para obtener información sobre los párrafos G y H de la pregunta 2, lea la Sección 5 de la Guía informativa para el demandante de la Opción 2*):

#### **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](http://www.dcsettlement.com) en Internet

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

**5. ¿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 P2-3 de la Guía informativa para el demandante de la Opción 2 para obtener una mayor información.)*

**6. SI RECIBO LA ACELERACIÓN DE PAGOS DE LIQUIDACIÓN DE 1,200 DÓLARES ESTADOUNIDENSES, ¿PUEDO RECIBIR OTROS PAGOS DE LA LIQUIDACIÓN?**

No.

**7. ¿EXISTE UNA FECHA LÍMITE PARA ENTREGAR EL FORMULARIO DE DEMANDA Y EL HISTORIAL O DOCUMENTOS CLÍNICOS?**

Debe presentar el formulario de demanda y el historial o documentos clínicos en o antes de tres (3) años a partir de la "Fecha de entrada en vigor". *(Lea la pregunta P6-5 de la Guía informativa para el demandante de la Opción 2 para obtener una mayor información sobre la Fecha de entrada en vigor.)*

**8. ¿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](http://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](http://www.dcsettlement.com) en Internet



**4. Formalice el cuadro incluido a continuación para proporcionar información relativa a todos los implantes de prótesis mamarias que haya recibido. Si precisa más espacio, utilice un folio en blanco, imprimiendo con claridad su nombre y número de la Seguridad Social o número de demanda en cada uno de los folios.**

Fecha aproximada de la intervención quirúrgica de implante de prótesis mamaria	Marca o nombre del fabricante de la prótesis	País en el que recibió el implante	Fecha aproximada de retiro del implante
____/____/____ (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
____/____/____ (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

**5. Devuelva firmado este formulario antes de tres (3) años a partir de la fecha de entrada en vigor.**

Declaro bajo pena de perjurio que recibí un implante de prótesis mamaria comercializada por Dow Corning y que la información que aparece en este formulario es cierta, correcta y completa según mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
Firma del demandante, albacea/administrador o custodio

# FORMULARIO DE PRUEBA DEL FABRICANTE DE 600 DÓLARES ESTADOUNIDENSES, OPCIÓN 3

## *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 el Pago de prueba del fabricante de 600 dólares estadounidenses. Lea estas Instrucciones y la Guía informativa para el demandante de la Opción 3 para obtener una mayor información.

#### 1. **¿QUÉ ES EL PAGO DE PRUEBA DEL FABRICANTE DE 600 DÓLARES ESTADOUNIDENSES, OPCIÓN 3?**

Si ha cursado un formulario de "Prueba de la demanda" en el tribunal de quiebras de los Estados Unidos en Michigan antes del 14 de febrero de 1997, recibirá un pago de 600 dólares estadounidenses si devuelve completo este formulario antes de quince (15) años a partir de la Fecha de entrada en vigor. (Lea la pregunta P5-5 de la Guía informativa para el demandante de la Opción 3 para obtener una mayor información sobre la Fecha de entrada en vigor.)

#### 2. **¿TENGO QUE PRESENTAR DOCUMENTACIÓN ADICIONAL JUNTO CON EL FORMULARIO DE DEMANDA PARA RECIBIR EL PAGO DE PRUEBA DEL FABRICANTE DE 600 DÓLARES ESTADOUNIDENSES?**

No.

#### 3. **¿CUÁLES SON LAS MARCAS DE PRÓTESIS MAMARIAS COMERCIALIZADAS POR DOW CORNING?**

Si se le implantó cualquiera de las siguientes marcas, podrá optar al Pago de prueba del fabricante de 600 dólares estadounidenses:

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

**4. ¿PUEDO COMPLETAR ESTE FORMULARIO DE DEMANDA EN MI LENGUA MATERNA O TIENE QUE ESTAR EN INGLÉS?**

Tiene la posibilidad de presentar este formulario de demanda en su propio idioma. No obstante, podremos procesar la demanda con mayor rapidez si completa el formulario en inglés.

**5. SI RECIBO EL PAGO DE PRUEBA DEL FABRICANTE DE 600 DÓLARES ESTADOUNIDENSES, ¿PUEDO RECIBIR OTROS PAGOS DE LA LIQUIDACIÓN?**

No.

**6. ¿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](http://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](http://www.dcsettlement.com) en Internet

## FORMULARIO DE PRUEBA DEL FABRICANTE DE 600 DÓLARES ESTADOUNIDENSES, OPCIÓN 3

### PARA DEMANDANTES POR IMPLANTES DE PRÓTESIS MAMARIAS COMERCIALIZADAS POR DOW CORNING (GRUPO 6.2)

Utilice este formulario para solicitar el Pago de prueba del fabricante de 600 dólares estadounidenses.

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

**PEGUE AQUÍ SU ETIQUETA  
IDENTIFICATIVA**

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

1. Número de demanda o  
Número de la Seguridad Social: \_\_\_\_\_
2. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Mes / Día / Año
3. \_\_\_\_\_  
Nuevo apellido
4. \_\_\_\_\_  
Nueva dirección
- \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal
5. Teléfono de contacto durante el día: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
6. Teléfono de contacto durante la noche: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
7. Nombre/Dirección/Teléfono/Fax de su abogado:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Si desea recibir boletines informativos o información  
relativa a su demanda por correo electrónico, incluya su  
dirección de correo electrónico:  
\_\_\_\_\_

#### 2. Solicito el Pago de prueba del fabricante de 600 dólares estadounidenses.

Declaro bajo juramento que he recibido un implante de prótesis mamaria comercializada por Dow Corning. Entiendo y asumo que si acepto el Pago de prueba del fabricante de 600 dólares estadounidenses, no podré recibir ningún otro pago.

#### 3. **Devuelva firmado este formulario antes de quince (15) años a partir de la Fecha de entrada en vigor.**

Declaro bajo pena de perjurio que recibí un implante de prótesis mamaria comercializada por Dow Corning y que la información que aparece en este formulario es cierta, correcta y completa según mi leal saber y entender. Retiro toda demanda contra Dow Corning, las Partes con su liquidación efectuada y el Organismo instrumental de ejecución de liquidaciones que tenga en la actualidad o pueda tener en un futuro derivada de mis implantes de prótesis mamarias comercializadas por Dow Corning o de cualquier componente que forme parte de mis implantes.

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
Firma del demandante, albacea/administrador o custodio

#### ● FORMULARIO DE PRUEBA DEL FABRICANTE DE 600 DÓLARES ESTADOUNIDENSES, OPCIÓN 3 ●

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](http://www.dcsettlement.com) en Internet

# 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 [nº de teléfono gratuito](tel:+18668746099) del Programa de ayudas a la resolución de demandas: +1 (866) 874-6099 o visite [www.dcsettlement.com](http://www.dcsettlement.com) en Internet

**3. ¿QUÉ ES LA ACELERACIÓN 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 ACELERACIÓN 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)
<b>Pago limitado de indemnización por enfermedad</b>		
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 [nº de teléfono gratuito](tel:18668746099) del Programa de ayudas a la resolución de demandas: +1 (866) 874-6099 o visite [www.dcsettlement.com](http://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](http://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](http://www.dcsettlement.com)** en Internet

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

### 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).

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

**PEGUE AQUÍ SU ETIQUETA  
IDENTIFICATIVA**

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

1. Número de demanda o  
Número de la Seguridad Social: \_\_\_\_\_
2. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Mes / Día / Año
3. \_\_\_\_\_  
Nuevo apellido
4. \_\_\_\_\_  
Nueva dirección
- \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal
5. Teléfono de contacto durante el día: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
6. Teléfono de contacto durante la noche: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
7. Nombre/Dirección/Teléfono/Fax de su abogado:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. 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 750 dólares estadounidenses o la casilla 2B para solicitar un Pago limitado de indemnización por enfermedad. No marque ambas casillas.

- 2A.  Presento la demanda de Aceleración de pagos de liquidación de 750 dólares estadounidenses. Conteste las preguntas 3A-F (éstas deben cumplimentarse con anterioridad a que la demanda sea revisada o pagada) y firme la pregunta 7 del formulario.

**O BIEN**

- 2B.  Solicito el Pago limitado de indemnización por enfermedad. Pase a la pregunta 3.

**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** ◆

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](http://www.dcsettlement.com) en Internet

o

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

o

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

o

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

o

5G.  Presento demanda por Polimiositis (PM).

o

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. *(Guardé 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