

DEBE TENER SELLO
POSTAL A MÁS TARDAR EL
23 DE OCTUBRE DE 2009

SÓLO PARA USO OFICIAL

ACUERDO SOBRE BEXTRA Y CELEBREX FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DEL CONSUMIDOR

In re Bextra and Celebrex Marketing, Sales Practices and Products Liability Litigation
(Concerniente a la demanda sobre responsabilidad civil de comercialización, prácticas de venta y productos Bextra y Celebrex)
No. M:05-cv-01699-CRB

Cómo Solicitar Un Pago Del Acuerdo Propuesto.

Si desea presentar una reclamación en el Acuerdo, complete este formulario y envíelo a la siguiente dirección, junto con un comprobante de pago para Bextra o Celebrex (consulte la Sección D más adelante). Es posible que posteriormente se le solicite más información.

Su reclamación debe tener sello postal a más tardar el 23 de octubre de 2009.

Se debe enviar a: Bextra and Celebrex Claims Administrator
c/o Rust Consulting, Inc.
PO Box 24675
West Palm Beach, FL 33416

La información que proporcione se mantendrá en confidencialidad y se utilizará sólo para la administración de este acuerdo. Si tiene alguna pregunta, llame al Administrador de Reclamaciones al **1-800-547-9360**.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE

Indique si está presentando una demanda en su propio nombre como un Miembro de la Clase o en nombre de otra persona que es Miembro de la Clase.

Si presenta Formularios de reclamación en su nombre o en nombre de uno o más Miembros de la Clase, que lo han autorizado a hacerlo, debe presentar una reclamación individual para usted y para cada Miembro de la Clase. **No envíe reclamaciones para más de un Miembro de la Clase en este formulario.**

- Soy un Miembro de la Clase
- Soy el cónyuge de un Miembro de la Clase que falleció
- Soy el representante legal de los herederos de un Miembro de la Clase que falleció
- Soy el representante legal de un Miembro de la Clase menor de edad

SECCIÓN B: INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre del Miembro de la Clase:

Nombre del solicitante (si fuera otro):

Relación con el Miembro de la Clase:

Dirección del Miembro de la Clase:

Departamento:

Ciudad:

Estado:

Código postal:



SECCIÓN C: INFORMACIÓN DE COMPRA

Sólo marque una:

- Pagué por Bextra solamente, o por Bextra y Celebrex en algún momento durante el periodo comprendido entre el 16 de noviembre de 2001 y el 7 de abril de 2005.

El monto que pagué por Bextra es:

\$

No incluya montos pagados por Celebrex si compró Bextra con receta.

- Pagué sólo por Celebrex. No compré Bextra.

El monto que pagué por Celebrex antes del 29 de julio de 2005 es:

\$

Si el monto de las reclamaciones excede los fondos disponibles para pagar todas las reclamaciones de los consumidores en su totalidad, el pago del Acuerdo a cada consumidor se reducirá en forma proporcional.

SECCIÓN D: COMPROBANTE DE PAGO

Como parte de su reclamación, el Administrador de Reclamaciones puede solicitar que envíe un comprobante de que efectuó un pago por Bextra o Celebrex.

Si se le solicita, cualquiera de los siguientes documentos se acepta como comprobante de pago:

- (1) Un recibo, cheque cancelado o estado de tarjeta de crédito que indique el pago por uno de estos fármacos o
- (2) Una carta de un médico que indique que le recetó uno de estos fármacos y que usted pagó una parte del costo de uno de ellos al menos una vez o
- (3) Cualquiera de los anteriores del cónyuge de un Miembro de la Clase que ha fallecido, un representante legal de los herederos de un Miembro de la Clase que ha fallecido o un representante legal de un Miembro de la Clase menor de edad.

No tiene que enviar dicha documentación con este Formulario de reclamación. Sin embargo, debe conservar los comprobantes de sus pagos en caso de que se los soliciten.

SECCIÓN E: DECLARACIÓN JURADA RESPECTO DE LOS PAGOS EFECTUADOS

Declaro so pena de condena por falso testimonio que, a mi leal saber y entender, la información aquí proporcionada es correcta, que yo o la persona en cuyo nombre presento esta reclamación pagó por uno o más de los fármacos indicados en este Formulario de reclamación en algún momento durante el periodo comprendido entre el 31 de diciembre de 1998 y el 29 de julio de 2005.

Si no presento este formulario en mi nombre, cuento con la debida autorización para hacerlo en nombre del Miembro de la Clase identificado anteriormente debido a que soy el cónyuge de un Miembro de la Clase que ha fallecido o el representante legal de los herederos de un Miembro de la Clase que ha fallecido o el representante legal de un Miembro de la Clase menor de edad.¹

Firma

Fecha

¹ Cabe señalar que su firma en este Formulario de reclamación indica que usted declara, so pena de condena por falso testimonio, que usted (u otra persona en cuyo nombre usted actúa) efectuó un pago por uno o más de los fármacos en algún momento durante el Periodo de la Demanda Colectiva. En consecuencia, el suministro de información falsa en el presente formulario puede constituir un falso testimonio.

