4008588799999999990

FORMULARIO DE RECLAMO

Lauren Reynolds, et al. v. Progressive Direct Ins. Co., et al.

Para presentar un reclamo, por favor: (1) proporcione su nombre completo; (2) confirme que es titular de una póliza de Progressive o que, de otro modo, tiene derecho a recibir un pago; (3) proporcione su dirección; (4) firme y feche este formulario; y (5) envíe el formulario completado en línea antes del **15 de octubre de 2025**, *o* envíe por correo este formulario completado con sello postal fechado el o antes del **15 de octubre de 2025**, a la siguiente dirección:

Reynolds v. Progressive Direct Ins. Co.
Settlement Administrator
P.O. Box 6490
Portland, OR 97228-6490

Nombre: Inicial del segundo nombre: Apellido:

Número de póliza de Progressive:

O

Número de reclamo por pérdida total de Progressive:

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal:

DECLARACIÓN (obligatorio): Al firmar a continuación, certifico, bajo juramento, que soy la persona que realizó el reclamo del seguro identificado antes, o que soy el representante personal, tutor o fideicomisario legalmente autorizado de la persona que realizó el reclamo del seguro identificado antes, y que la información que consta en este Formulario de Reclamo es fiel y veraz. Si esta afirmación no está firmada, se rechazará su reclamo.

Firma

Fechado: MM – DD – AAAA

Nombre (en letra de imprenta):

Para que pueda ser considerado, el Formulario de Reclamo debe ser enviado en línea antes del 15 de octubre de 2025 o ser enviado por correo postal a la dirección antes mencionada con fecha de sello postal a más tardar del 15 de octubre de 2025.