

8302900000000

8302900000000

La **FECHA LÍMITE**
para presentar o enviar
por correo este Formulario
de Reclamo es:
20 de octubre de 2024

**En los autos caratulados: Incidente de seguridad de datos
de Vivendi Ticketing US LLC, que opera bajo el nombre See
Tickets, N.º 2:23-cv-07498 (Distrito Central de Cal.)**

Para uso
administrativo
solamente

FORMULARIO DE RECLAMO

Importante: Debe enviar su Formulario de Reclamo en línea antes del **20 de octubre de 2024** para que sea oportuno y válido. Puede enviar un Formulario de Reclamo completando el formulario a continuación.

Si no presenta el Formulario de Reclamo a tiempo, perderá todos los pagos y beneficios a los que pueda tener derecho en virtud del acuerdo.

Para comenzar a completar su Formulario de Reclamo, ingrese su ID de Reclamante a continuación. Su ID de Reclamante se encuentra en la parte superior del frente del Aviso de Demanda Colectiva que se le envió por correo electrónico. Si no recibió un Aviso, pero cree que es un Miembro de la Demanda Colectiva, o si ha extraviado su Aviso de Demanda Colectiva, puede llamar al (833) 522-2574 para obtener información sobre su reclamo.

ID de Reclamante: 8 3 0 2 9 _____

(Obligatorio, debe ser un número válido)

O

(Obligatorio si no se dispone del ID de Reclamante)

Dirección de correo electrónico: _____@_____ Y

Nombre: _____
Nombre Apellido

Formulario de Reclamo:

Debe completar este formulario de reclamo en línea si recibió el aviso de incidente de seguridad de datos que Vivendi Ticketing US, LLC, que opera bajo el nombre de See Tickets ("See Tickets") divulgó en septiembre de 2023, relativo al ciberataque contra See Tickets. Es posible que reciba dinero si completa este formulario de reclamo, si se aprueba el acuerdo y si se determina que cumple los requisitos para recibir para un pago.

El Aviso de Demanda Colectiva que recibió, que también está disponible en:
www.SeeTicketsUSDataIncidentSettlement.com, describe sus derechos y opciones legales.

Si desea presentar un Formulario de Reclamo para recibir un pago bajo el acuerdo, deberá facilitar la información que se solicita a continuación.

PARA RECIBIR LOS BENEFICIOS DE ESTE ACUERDO, DEBE PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN REQUERIDA A CONTINUACIÓN Y DEBE COLOCAR SU FIRMA ELECTRÓNICA EN ESTE FORMULARIO DE RECLAMO.

8302900000000

8302900000000

Nombre *(obligatorio)*

Inicial del
segundo nombre

Apellido *(obligatorio)*

Dirección postal *(obligatorio)*

Ciudad *(obligatorio)*

Estado *(obligatorio)*

Código postal *(obligatorio)*

País *(obligatorio, el valor predeterminado es Estados Unidos)*

(_____) _____ - _____

Número de teléfono *(obligatorio, debe tener un mínimo de 10 dígitos)*

@

Dirección de correo electrónico *(obligatorio, debe tener un formato de dirección de correo electrónico válido)*

1. PAGO ALTERNATIVO EN EFECTIVO O SUPERVISIÓN DE CRÉDITO

Todos los miembros del Colectivo del Acuerdo pueden elegir una de las siguientes opciones:

Envíenme mi código de activación para la supervisión de crédito de tres agencias durante tres años a través de IDX para que pueda inscribirme en los servicios de supervisión de crédito; O

Envíenme un cheque a la dirección postal arriba indicada por mi pago *prorrateado* en efectivo de hasta \$100 de los fondos restantes en el Importe Neto del Acuerdo tras el pago de la supervisión del crédito y las siguientes categorías de indemnizaciones.

2. INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA REEMBOLSOS.

Marque la casilla correspondiente a cada categoría de gastos en los que haya incurrido como consecuencia del incidente de seguridad de los datos. Complete el monto total que está reclamando para cada categoría y adjunte la documentación de los cargos marcada en negrita (si se le pide que proporcione estados de cuenta como parte de las pruebas requeridas para cualquier parte de su reclamo, puede tachar cualquier transacción no relacionada si lo desea). Proporcione toda la información que pueda para ayudarnos a determinar si cumple los requisitos para recibir un pago del Acuerdo. Puede tachar las transacciones no relacionadas con su reclamo antes de enviar la documentación.

8302900000000

8302900000000

Indemnización por pérdidas ordinarias como consecuencia del incidente de seguridad de datos. Esta categoría tiene un límite de \$2,000.

Debe proporcionar documentación de respaldo. Ejemplos: comisiones bancarias, gastos telefónicos de larga distancia, gastos de teléfono móvil (si se cobran por minuto), gastos de datos (si se cobran en función de la cantidad de datos utilizados), franqueo o gasolina para viajes.

Importe total de esta categoría: \$_____

Indemnización por pérdidas extraordinarias documentadas como consecuencia del incidente de seguridad de datos. Esta categoría tiene un límite máximo de \$5,000.

Debe proporcionar documentación de respaldo. Ejemplos: tasas por informes de crédito, supervisión del crédito u otros seguros contra el robo de identidad, adquiridos después del 28 de febrero de 2023 y antes del **20 de octubre de 2024**. Los reembolsos de esta categoría deben proceder, con toda probabilidad, del incidente de seguridad de datos y no estar ya cubiertos y mitigados por el reclamante a través de reembolsos bancarios, seguros de seguimiento de crédito o seguros de robo de identidad existentes.

Importe total de esta categoría: \$_____

3. Beneficios legales de reclamación de California.

Además de las siguientes indemnizaciones, cada miembro de la Subcolectivo del Acuerdo de California que presente a tiempo un Formulario de Reclamo válido tendrá derecho a una Indemnización Legal de California de hasta \$100.

Firma (*obligatoria*)

____/____/_____
Fecha (MM/DD/AAAA)