

INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO DE RECLAMO

<i>Debe presentar su reclamo en línea o con fecha de franqueo postal de, a más tardar el: 27 de agosto de 2021</i>	DG Infant Acetaminophen Settlement c/o JND Legal Administration P.O. Box 91394 Seattle, WA 98111 1-833-722-0894 Sitio web: www.DGinfantacetaminophensettlement.com	DG HEALTH INFANTS' ACETAMINOPHEN SETTLEMENT
---	--	--

Instrucciones para completar el Formulario de reclamo

Tiene derecho a presentar un Formulario de reclamo si hubiese comprado, en los Estados Unidos de Norteamérica, DG Health Infants' Acetaminophen entre el 15 de septiembre de 2016 y el 8 de junio de 2021 (el "Período de la demanda colectiva") para uso personal o doméstico.

Los Miembros del grupo de demandantes que presentasen un reclamo aprobado y válido dentro del plazo establecido tienen derecho a recibir una indemnización en virtud del Acuerdo de conciliación, según se detalla a continuación:

- (1) **Con comprobante de compra:** los Miembros del grupo de demandantes que tuviesen un comprobante de compra válido de todas las botellas de Infants' Acetaminophen, compradas durante el Período de la demanda colectiva, tendrán derecho a un reembolso parcial de USD 1.70 por cada botella de 1 fl. oz. y 2 fl. oz. de Infants' Acetaminophen, por cada una de las botellas, sin limitación, de la que tuviesen un comprobante de compra válido. Por comprobante de compra válido se entiende un recibo u otra documentación, entregado por una fuente comercial externa, que estableciera, de forma razonable, el hecho y la fecha de compra de Infants' Acetaminophen durante el Período de la demanda colectiva en los Estados Unidos de Norteamérica.
- (2) **Sin comprobante de compra:** los Miembros del grupo de demandantes que no tuviesen un comprobante de compra de las compras de Infants' Acetaminophen realizadas durante el Período de la demanda colectiva, tendrán derecho a un reembolso parcial de USD 1.70 por cada botella de 1 fl. oz. y 2 fl. oz. de Infants' Acetaminophen hasta un máximo de 3 unidades (es decir, un total de hasta USD 5.10 por hogar). Por consiguiente, no podrá recibir el reembolso de más de 3 botellas, a menos que tuviese y presentase un comprobante de compra para cada botella, incluidas las botellas que superasen el límite de 3 botellas.

Solo se puede presentar un (1) Formulario de reclamo por hogar, que son todas las personas que residen en la misma dirección física.

A más tardar, el **27 de agosto de 2021**, debe presentar su Formulario de reclamo completado en línea en www.DGinfantacetaminophensettlement.com o enviarlo por correo con fecha de franqueo postal anterior a dicha fecha, a la dirección siguiente:

DG Infant Acetaminophen Settlement
c/o JND Legal Administration
P.O. Box 91394
Seattle, WA 98111

Debe completar el Formulario de reclamo en su totalidad y firmarlo bajo pena de perjurio. Si presentase un comprobante de compra para respaldar su Formulario de reclamo, proporcione copias de la documentación. No envíe los originales, ya que no se le devolverán.

TODOS LOS RECLAMOS ESTÁN SUJETOS A VERIFICACIÓN.

CONSERVE UNA COPIA DE SU FORMULARIO DE RECLAMO COMPLETADO COMO CONSTANCIA.

FORMULARIO DE RECLAMO

Debe presentar su reclamo en línea o con fecha de franqueo postal de, a más tardar el:
27 de agosto de 2021

DG Infant Acetaminophen Settlement
c/o JND Legal Administration
P.O. Box 91394
Seattle, WA 98111
1-833-722-0894
Sitio web:
www.DGinfantacetaminophensettlement.com

**DG HEALTH INFANTS'
ACETAMINOPHEN
SETTLEMENT**

SECCIÓN A: NOMBRE E INFORMACIÓN DE CONTACTO

Proporcione su nombre e información de contacto a continuación. Es su responsabilidad informar al Administrador del acuerdo de conciliación sobre cualquier cambio en su información de contacto después del envío de su Formulario de reclamo.

Primer nombre	Apellido

Dirección física (calle, incluido el número de unidad o apartamento)

Ciudad	Estado	Código postal

Dirección de correo electrónico	Número de teléfono

Indique su dirección postal si difiriese de la dirección física:

Dirección física (apartado de correos, calle, incluido el número de unidad o apartamento)

Ciudad	Estado	Código postal

SECCIÓN B: INFORMACIÓN DE LA COMPRA

Indique en el cuadro siguiente las fechas de compra aproximadas y la cantidad de Productos * comprados en los Estados Unidos de Norteamérica durante el Período de la demanda colectiva:

<u>Cant. de Productos</u>	<u>Fechas de compra aproximadas</u>

- Marque esta casilla si proporcionase un comprobante de compra para respaldar su Formulario de reclamo. Puede presentar un reclamo por un máximo de 3 unidades sin comprobante de compra. No hay límite en la cantidad de unidades que puede reclamar para las que presentase el comprobante de compra. Por comprobante de compra se entiende un recibo u otra documentación, entregado por una fuente comercial externa, que estableciera, de forma razonable, el hecho y la fecha de compra de Infants' Acetaminophen durante el Período de la demanda colectiva en los Estados Unidos de Norteamérica.
- Marque esta casilla para indicar que cada uno de los Productos reclamados con anterioridad eran para uso personal o doméstico.
- Marque esta casilla para indicar que solo se ha presentado un Formulario de reclamo por hogar, que son todas las personas que residen en la misma dirección física.

SECCIÓN C: CERTIFICACIÓN BAJO PENA DE PERJURIO

Declaro bajo pena de perjurio de conformidad con el artículo 1746 del título 28 del Código de los Estados Unidos de Norteamérica que la información proporcionada en este Formulario de reclamo y cualquier documento adjunto, es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que el Administrador del acuerdo de conciliación puede comunicarse conmigo para solicitar una verificación adicional de la información proporcionada en este Formulario de reclamo.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre completo en letra de imprenta: _____

* "Producto" o "Productos" hace referencia a los analgésicos y antifebriles para bebés de venta libre con la etiqueta "DG™ health", incluidos DG Health Infants' Pain y Fever Acetaminophen—DG™ ("DG Health Infants' Acetaminophen").