

FORMULARIO DE PRUEBA DE RECLAMO

Por orden del Tribunal de Distrito de Denver, Caso No. 2023CV31646, fechado 16 de agosto de 2023, Friday Health Plans of Colorado, Inc. fue puesto en liquidación a partir del 1 de septiembre de 2023.

La prueba de todas las reclamaciones contra Friday Health Plans of Colorado, Inc. debe presentarse ante el liquidador utilizando el siguiente formulario de Prueba de Reclamo. La Prueba de Reclamo debe completarse en su totalidad y todas las preguntas deben ser respondidas. Si hay preguntas que no se aplican a su situación, simplemente complete cada espacio en blanco que no requiera una respuesta con "N / A" o "no aplicable". Asegúrese de que su formulario esté *firmado bajo juramento ante un notario público*. Envíelo por correo junto con toda la documentación de respaldo a la dirección que se muestra a continuación. Los formularios de Prueba de Reclamo deben ser recibidos *a más tardar el 1 de julio de 2024*. Envíe por correo el comprobante de reclamación a:

**Friday Health Plans of Colorado, Inc. En liquidación
P.O. Box 519
Stuart, VA 24171**

Todos los Reclamantes deben mantener informado al Liquidador de cualquier cambio de dirección después de someter la Prueba de Reclamo o recibir este aviso. Todas las comunicaciones al Liquidador deben identificar el Número de Reclamación si lo tiene disponible y/o conoce el número.

FRIDAY HEALTH PLAN OF COLORADO, INC., EN LIQUIDACIÓN - PRUEBA DE RECLAMO

LEA TODOS LOS MATERIALES CUIDADOSAMENTE ANTES DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO – COMPLETE TODAS LAS SECCIONES – COMPLETE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO – ESCRIBA CUIDADOSAMENTE O ESCRIBA A MAQUINA

SOLO PARA USO DEL LIQUIDADOR

PRUEBA DE LA RECLAMO) NO.: _____
FECHA RECIBIDA: _____

Alargar las líneas de esta sección: _____ Dirección de correo electrónico: _____
Dirección del reclamante: _____ Teléfono: _____

Si el reclamante está representado por un abogado, complete la siguiente casilla:

Alargar líneas: _____ Dirección de correo electrónico: _____
Dirección del abogado: _____ Teléfono: _____

Todos los Reclamantes deben mantener informado al Liquidador de cualquier cambio de dirección después de someter la Prueba de Reclamo o recibir este aviso. Todas las comunicaciones al Liquidador deben identificar el Número de Reclamación si lo tiene disponible y/o conoce el número.

Nombre del titular de la póliza: _____
Número de póliza: _____

Esta reclamación es para:

- Pérdida bajo la póliza (Reclamo del asegurado de FHPCO por beneficios de la póliza)
- Reembolso de primas no devengadas (parte de la prima pagada no devengada o ajuste retro o de auditoría)
- Acreedor general (honorarios de abogados, honorarios de ajustadores, proveedores, propietarios, arrendadores, consultores, cedentes y reaseguradores)
- Otro tipo de reclamo (describalo)

En el espacio a continuación, proporcione una descripción exacta de los hechos que dieron lugar a su Reclamación. A medida que sea aplicable, incluya en su declaración: (1) los detalles de la reclamación, incluyendo la prestación otorgada por ella; 2) la identidad y la cantidad de la seguridad sobre la reclamación; 3) los pagos efectuados sobre la deuda, si los hubiere; (4) que la suma reclamada es justamente debida y que no hay compensación, reconvencción o defensa a la reclamación; y (5) cualquier derecho de prioridad de pago u otro derecho específico que usted ejerza, si se conoce:

MONTO DE LA RECLAMACIÓN: \$ _____

ADJUNTE UNA COPIA DEL INSTRUMENTO ESCRITO QUE CONSTITUYE EL FUNDAMENTO DE LA RECLAMACIÓN. TAMBIÉN PUEDE ADJUNTAR COPIAS DE CUALQUIER DOCUMENTO DE RESPALDO, COMO CORRESPONDENCIA, DEMANDAS, SENTENCIAS, RECIBOS DE PRIMAS, CHEQUES CANCELADOS, ETC.

Estado de _____

Condado de _____

POR MEDIO DE LA PRESENTE JURO O AFIRMO BAJO PENA DE PERJURIO QUE, A MI LEAL SABER Y ENTENDER, LAS DECLARACIONES Y LOS DOCUMENTOS DE APOYO ADJUNTOS EN ESTA AFIRMACIÓN SON VERDADEROS Y CORRECTOS.

X _____

Fecha de firma del reclamante

Jurado y suscrito

Ante mí este _____ día de _____, 202_

____ [SELLO]

Notario Público, Estado de Colorado

Mi Comisión Expira _____

AVISO: TODAS LAS PRUEBAS DE RECLAMOS DEBEN SER RECIBIDAS POR EL LIQUIDADOR EN LA SIGUIENTE DIRECCIÓN EN O ANTES DEL 1 DE JULIO DE 2024, O PRESCRIBIRÁN PARA SIEMPRE.

FRIDAY HEALTH PLANS OF COLORADO, INC., EN LIQUIDACIÓN

P.O. Box 519

Stuart, VA 24171

DEVOLUCIÓN DE PRIMAS NO DEVENGADAS U OTROS REEMBOLSOS DE PRIMAS:

Si su Reclamo es para la **devolución de primas no devengadas u otros reembolsos de primas**, complete el frente de este formulario. Por favor, adjunte la documentación apropiada para respaldar su Reclamación.

AFIRMACIÓN GENERAL DEL CREDITOR:

Si su reclamación es la de un **Acreedor general**, adjunte copias de todas las facturas pendientes a este formulario.

TODOS LOS DEMÁS:

Si tiene **Cualquier otro** tipo de Reclamo, describa su Reclamo, es decir, Accionista, Empleado, impuestos, tarifas de licencia, evaluaciones. Adjunte copias de la información para respaldar su reclamo.