

Class Action Claim Form

Michael Thoren, et al. v. Alliance United Insurance Company, et al., Case No. 37-2015-00020223-CU-BT-CTL

Name:
Address:

Tracking Number:
Unique Identifier:

Policy Number(s):

Initial Renewal Date(s):

First Renewal Billing Fee(s) paid:
Second Renewal Billing Fee(s) paid:
Subsequent Renewal Billing Fee(s) paid:

To participate in the Settlement, your Claim Form must be postmarked or submitted online by March 20, 2017. Please read the accompanying Class Notice before you complete this Claim Form. Additional information about the Lawsuit and the Settlement is available at: www.ThorenSettlement.com

To submit a claim by mail	<ol style="list-style-type: none">(1) If the three statements below are true and accurate, to the best of your knowledge, then please check the box below;(2) Place postage on this form;(3) Mail the completed form, to <i>Thoren Settlement</i>, Settlement Administrator, P.O. Box 4153, Portland, OR 97208-4153, postmarked by March 20, 2017.
To submit a claim online	<ol style="list-style-type: none">(1) Using a computer or mobile device, go to the settlement website at www.ThorenSettlement.com;(2) Follow the instructions for submitting a claim by March 20, 2017.

IF THE FOLLOWING THREE STATEMENTS ARE TRUE AND ACCURATE, TO THE BEST OF YOUR KNOWLEDGE, THEN PLEASE CHECK THE BOX BELOW:

- (1) Prior to paying my renewal bill, and throughout the term of my Policy, I did not read the disclosure of premiums and Renewal Billing Fees set forth in my renewal bill;
- (2) To determine my applicable premiums, I read and relied on my Policy, not my renewal bill; and
- (3) I would not have paid for and maintained coverage under my Policy if the Renewal Billing Fees had been set forth in my Policy.

Box:

If the three statements *are not* true and accurate, to the best of your knowledge, then do not check the box, as you are not entitled to recover under the Settlement. If you are opting out of this Settlement, then please do not submit this Claim Form.

Important Note: This Claim Form applies only to the Policy(ies) listed above. If you receive separate Claim Form(s) for Policy(ies) not listed above, then you must submit the additional Claim Form(s) to be eligible for payment on those Policy(ies).

Formulario de reclamo de demanda colectiva

Michael Thoren, et al. v. Alliance United Insurance Company, et al., Caso N.º 37-2015-00020223-CU-BT-CTL

Nombre:
Dirección:

Número de seguro:
Identificador único:

Número(s) de póliza:

Fecha(s) de renovación inicial:

Primer(os) cargo(s) de facturación de renovación pagado(s):
Segundo(s) cargo(s) de facturación de renovación pagado(s):
Siguiete(s) cargo(s) de facturación de renovación pagado(s):

Para participar en la Conciliación, su Formulario de reclamo debe tener sello postal fechado a más tardar el 20 de marzo de 2017 o haber sido enviado en línea a más tardar en dicha fecha. Sírvase leer el Aviso del grupo de la conciliación adjunto antes de completar este Formulario de reclamo. Podrá consultar en línea información adicional sobre la Demanda y la Conciliación en la dirección www.ThorenSettlement.com.

Cómo enviar un reclamo por correo postal	<ol style="list-style-type: none">(1) Si las siguientes tres declaraciones son veraces y precisas, a su leal saber y entender, marque la siguiente casilla;(2) Coloque el franqueo en el formulario;(3) Envíe el Formulario de reclamo completado a <i>Thoren Settlement</i>, Settlement Administrator, P.O. Box 4153, Portland, OR 97208-4153, con sello postal fechado a más tardar el 20 de marzo de 2017.
Cómo presentar un reclamo en línea	<ol style="list-style-type: none">(1) A través de una computadora o dispositivo móvil, visite el sitio web de la conciliación en www.ThorenSettlement.com;(2) Siga las instrucciones para presentar reclamos antes del 20 de marzo de 2017.

SI LAS SIGUIENTES TRES DECLARACIONES SON VERACES Y PRECISAS, A SU LEAL SABER Y ENTENDER, MARQUE LA SIGUIENTE CASILLA:

- (1) Antes de pagar mi factura de renovación, y a lo largo del periodo de mi póliza, no leí la información relativa a primas y Cargos de facturación de renovación que figuran en mi factura de renovación;
- (2) Para determinar mis primas correspondientes, leí y me base en mi Póliza, no en mi factura de renovación; y
- (3) No habría pagado ni mantenido la cobertura en virtud de mi Póliza si los Cargos de facturación de renovación hubieran sido establecidos en mi Póliza.

Casilla

Si las tres declaraciones *no son* veraces y precisas, a su leal saber y entender, entonces no marque la casilla puesto que usted no tiene derecho recibir compensación en virtud de la Conciliación. Si usted está solicitando ser excluido de esta Conciliación, no envíe este Formulario de reclamo.

Nota importante: Este Formulario de reclamo solo se aplica a la(s) Póliza(s) que se indica(n) al inicio de este documento. Si usted recibe un Formulario de reclamo por separado para Pólizas que no figuran en la parte superior de este documento, debe enviar el(los) Formulario(s) de reclamo adicional para poder recibir un pago sobre la(s) Póliza(s).