El presente Formulario de reclamo debe enviarse en línea o por correo con franqueo postal antes del 2**5 de noviembre de 2011** a más tardar.
Solo un reclamo por hogar.

FORMULARIO DE RECLAMO

ACUERDO DE LA FÓRMULA PARA INFANTES

Escriba claramente en letra de imprenta (o a máquina) en tinta negra o azul

FOR OFFICIAL USE ONLY

01

* 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 *

Los Formularios de reclamo deben enviarse por Internet o por correo con franqueo postal antes del **25 de noviembre de 2011** a más tardar y enviarse a:

Infant Formula Settlement
P.O. Box 2472
Faribault, MN 55021-9172

1. INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE COLECTIVO

Su nombre _____

Su dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: __ __ Código postal: __ __ __ __ __

Teléfono: (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __ Dirección de correo electrónico *(opcional)*: _____

2. INFORMACIÓN DE LA SECCIÓN DE BENEFICIOS

A. ¿Durante cuántos meses compró Enfamil LIPIL® entre el 13 de octubre de 2005 y el 31 de marzo de 2010? ***(marque solo una casilla)***	☐ Seis meses o menos ☐ Más de seis meses
B. ¿En qué meses y años compró Enfamil LIPIL®? ***(Enumere por mes y año, por ejemplo, 05/2006 - 09/2006)***	MES / AÑO — MES / AÑO __ __ / __ __ __ __ - __ __ / __ __ __ __ __ __ / __ __ __ __ - __ __ / __ __ __ __ __ __ / __ __ __ __ - __ __ / __ __ __ __
C. Por cada niño que alimentó con Enfamil LIPIL® comprado entre el 13 de octubre de 2005 y el 31 de marzo de 2010, enumere el mes y año de nacimiento del niño*	MES / AÑO DE NACIMIENTO __ __ / __ __ __ __ __ __ / __ __ __ __ __ __ / __ __ __ __
D. ¿Cuál de los siguientes beneficios del Acuerdo desea recibir? ***(marque solo una casilla)***	☐ Efectivo ☐ Fórmula para infantes Enfamil Premium®
E. Para el niño o los niños identificados arriba, ¿recibió Enfamil LIPIL® a través del programa Mujeres, Infantes y Niños (Woman, Infants and Children, WIC) del Departamento de Agricultura de los EE. UU. *(United States Department of Agriculture, U.S.D.A.)? (Si identificó a varios niños arriba, solo responda "sí", si se aplica a cada uno de ellos).*	☐ Sí ☐ No

3. FIRMA Y FECHA DE SU FORMULARIO DE RECLAMO

Afirmo, bajo pena de perjurio, que compré la fórmula para infantes Enfamil LIPIL® en los Estados Unidos entre el 13 de octubre de 2005 y el 31 de marzo de 2010, que no recibí la fórmula para infantes Enfamil LIPIL® a través del programa WIC del U.S.D.A. ni compré el mismo con el propósito de revenderlo, y que toda la información en el presente Formulario de reclamo es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

_____ _____ __ __ / __ __ / __ __

Firma *Nombre en letra de imprenta* *Mes/ Día /Año*

*Su información personal es recopilada en relación con el Acuerdo propuesto y no será utilizada para ningún otro fin sin su autorización.

* 2 8 7 0 * * C F W 2 * * 1 - 1 *