

Dr. Squatch Settlement Administrator
P.O. Box 1389
Baton Rouge, LA 70821

**Su formulario de reclamación debe tener un matasello
con fecha del 27 de noviembre de 2026 a más tardar.**

Guzmán et al. contra Dr. Squatch, LLC
Tribunal Superior de California, Los Ángeles, caso n.º 25STCV03523

Formulario de reclamación

**AHORRE TIEMPO Y SELECCIONE LA FORMA DE PAGO DE SU
PREFERENCIA**

- Envíelo en línea en www.PersonalCareProductsSettlement.com

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Si **compró** uno o más Productos en los Estados Unidos entre el 1 de noviembre de 2018 y el 29 de agosto de 2026 (el “**Colectivo del acuerdo**”), podría ser elegible para recibir beneficios de este Acuerdo. Cada grupo familiar está limitado y solo puede presentar un único formulario de reclamación y está sujeto a los límites para un solo Miembro del Colectivo. Quedan excluidas del Colectivo del Acuerdo todas las personas que compraron o adquirieron el Producto para su reventa. Consulte el sitio web del Acuerdo, www.PersonalCareProductsSettlement.com, para ver la lista completa de las exclusiones.

“**Grupo familiar**” se refiere a todas las personas que viven en la misma dirección física.

“**Producto**” o “**Productos**” se refiere a todos los productos fabricados, vendidos o distribuidos por Dr. Squatch actualmente o en el pasado que incluyan la declaración “natural” en su etiqueta. Encontrará una lista completa de los Productos en el sitio web del Acuerdo, www.PersonalCareProductsSettlement.com.

“**Comprobante de compra**” se refiere a un recibo de un punto de compra de una fuente minorista de terceros (incluidas las fuentes minoristas físicas y en línea), que establezca razonablemente el hecho y la fecha de compra del Producto durante el Período de la Demanda Colectiva en los Estados Unidos.

Lea atentamente el aviso completo de este Acuerdo en www.PersonalCareProductsSettlement.com antes de completar este formulario.

Para participar, debe completar este formulario de reclamación en su totalidad y enviarlo por correo a **Dr. Squatch Settlement Administrator, P.O. Box 1389, Baton Rouge, LA 70821**. Este formulario de reclamación debe tener matasellos con fecha del **27 de noviembre de 2026** a más tardar. Si proporciona información incompleta o inexacta, es probable que se rechace su reclamación.

Conserve una copia del formulario de reclamación completado para sus registros. No se puede devolver ningún comprobante de compra ni ningún otro documento que presente con su formulario de reclamación.

Si se rechaza su reclamación por cualquier motivo, el administrador del Acuerdo le notificará sobre el rechazo y las razones correspondientes.

Parte A: Información del reclamante

Primer nombre

Inicial del segundo
nombre

Apellidos

Sufijo

Dirección postal: dirección física/apartado postal (incluya el número de apartamento/suite/piso)

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección de correo electrónico

_____-_____-_____
Número de teléfono de contacto

¿Tiene alguna pregunta? Visite www.PersonalCareProductsSettlement.com O llame sin cargo al 1-855-706-1956

Formulario de reclamación

Parte B: Información de la compra

Para ver la lista completa de los productos incluidos en el Acuerdo, visite www.PersonalCareProductsSettlement.com.

Puede reclamar hasta cinco (5) Productos sin Comprobante de Compra. Puede reclamar hasta veinte (20) Productos con Comprobante de Compra. Su reclamación puede incluir compras con y sin Comprobante de Compra.

Beneficios del Acuerdo disponibles para los Miembros del Colectivo:

Sujeto al límite total en dólares de los beneficios del Acuerdo, según lo dispuesto en la Sección 2.48 del Acuerdo de Conciliación, cada Miembro del Colectivo del Acuerdo que presente una reclamación válida, según lo determine el administrador del Acuerdo, recibirá un beneficio de este de la siguiente manera:

- El Miembro del Colectivo del Acuerdo que presente una reclamación válida con Comprobante de Compra recibirá un pago de \$0.50 por Producto por el cual presente su Comprobante de Compra, hasta un máximo de veinte (20) unidades.
- El Miembro del Colectivo del Acuerdo que presente una reclamación válida sin Comprobante de Compra recibirá un pago de \$0.50 por Producto, hasta un máximo de cinco (5) unidades.
- Las reclamaciones con y sin Comprobante de Compra serán acumulativas; por ejemplo, si un reclamante presenta una reclamación válida por veinte unidades con Comprobante de Compra y por cinco unidades sin Comprobante de Compra, recibirá una indemnización de \$12.50 por veinticinco unidades.

Si el valor total en dólares de las reclamaciones válidas presentadas superara o fuera inferior al monto del Acuerdo, el beneficio del Acuerdo de \$0.50 por Producto se ajustará a prorrata.

Número total de Productos de la Demanda Colectiva

Escriba la **cantidad total** de Productos que compró en los Estados Unidos entre el 1 de noviembre de 2018 y el 29 de agosto de 2026 en el siguiente cuadro:

Productos comprados	Marque todas las opciones que correspondan	Cantidad de productos
Productos con comprobante de compra	☐	
Productos sin comprobante de compra	☐	

* El no incluir el Comprobante de Compra para las reclamaciones para las que se requiere uno, dará lugar a que se reduzcan sus reclamaciones.

* El envío de información falsa o fraudulenta dará lugar al rechazo de la reclamación en su totalidad.

Parte C: Certificación bajo pena de perjurio

Declaro bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América que compré los Productos indicados entre el 1 de noviembre de 2018 y el 29 de agosto de 2026, y que toda la información indicada en este formulario de reclamación es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que mi formulario de reclamación puede estar sujeto a auditoría, verificación y revisión judicial y que es posible que deba proporcionar información adicional para establecer que mi reclamación es válida. También comprendo que, al presentar esta reclamación, libero todas las Reclamaciones Exoneradas, según se detalla en el Acuerdo de Conciliación y en el aviso completo, disponibles para su revisión en www.PersonalCareProductsSettlement.com.

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

LISTA DE VERIFICACIÓN A MODO DE RECORDATORIO

Antes de enviar este formulario de reclamación, asegúrese de:

1. Completar todos los campos en la sección de información del reclamante de este formulario de reclamación en la parte A.
2. Completar la parte B, indicando el número de Productos que compró y adjuntando su Comprobante de Compra, si lo tiene.
3. Firmar la certificación bajo pena de perjurio en la parte C. Debe firmar la certificación para ser elegible para recibir beneficios.
4. Conservar una copia de su formulario de reclamación para sus registros.
5. Si desea que se acuse recibo de su formulario de reclamación, complételo en línea o envíelo por correo certificado con solicitud de acuse de recibo.
6. Si se muda o cambia de nombre, envíe un correo electrónico con su dirección nueva, nombre nuevo o información de contacto a info@PersonalCareProductsSettlement.com.

Conserve una copia del formulario de reclamación para sus registros.