

## FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE LA CONCILIACIÓN

Para realizar una Reclamación de Compensación conforme a la Conciliación, debe suministrar toda la información solicitada y firmar y enviar por correo este Formulario de Reclamación, con sello postal con fecha 23 de julio de 2018, o anterior, al Administrador de la Conciliación a

Banco Popular Overdraft Fee Settlement  
c/o A.B. Data, Ltd.  
P.O. Box 173048  
Milwaukee, WI 53217

del ID del Aviso: \_\_\_\_\_ Escriba cualquier modificación de nombre  
y dirección que corresponda:

Nombre de la cuenta con Popular (si fuese distinto al actual) \_\_\_\_\_

**RECLAMACIÓN:** Los registros de Popular indican que usted tuvo que pagar una o más tasas por giros en descubierto por operaciones con Tarjeta durante el Periodo de la Demanda. Puede conocer el importe total de las tasas por giros en descubierto, sin incluir las tasas por giros en descubierto continuos, que tuvo que pagar durante el Periodo de la Demanda en el Sitio Web de la Conciliación si ingresa el número de ID del Aviso que figura en este Aviso o si llama al Administrador de la Conciliación.

Tal como se describe en el Aviso incluido con este Formulario de Reclamación y en otros Avisos que figuran en el sitio web de la Conciliación, los Demandantes manifiestan que Popular llevó a cabo tres (3) prácticas que hicieron que los miembros del grupo de la demanda colectiva incurrieran en tasas por giros en descubierto durante el Periodo de la Demanda que no deberían haber pagado: (1) No advertencia, (2) Reordenamiento e (3) Informes Inexactos de Saldos (denominados, en conjunto, las “Prácticas Conflictivas”).

Para realizar una reclamación, debe suministrar en el espacio provisto a la derecha: DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN, un *total* aproximado del porcentaje (1 %-100 %) de las tasas por giros en descubierto de la Tarjeta que tuvo que pagar durante el Periodo de la Demanda y que usted cree que fueron ocasionadas por las Prácticas Conflictivas. El Administrador de la Conciliación utilizará el porcentaje aproximado que usted suministre para calcular el importe de su reclamación.

*\*Los Abogados del Grupo de la Demanda Colectiva creen que hasta un 100 % de todas las tasas por giros en descubierto de la Tarjeta pagadas por todos los Miembros del Grupo de la Demanda Colectiva durante el Periodo de la Demanda fueron ocasionadas muy probablemente por una o una combinación de las Prácticas Conflictivas, y aquí se incluye el hecho de que Popular no brindó una advertencia en tiempo real en las terminales de ATM*

y POS que una supuesta operación, si debía ser completada por el banco, dejaría a la cuenta en descubierto y ocasionaría el giro en descubierto. Si cree que todas las Tasas por Giros en Descubierto que pagó a Popular por operaciones en ATM y POS fueron ocasionadas por una o más de las supuestas Prácticas Conflictivas, debe indicar 100 % en la línea.

*\*BPNA cree que menos del 100 % de todas las tasas por giros en descubierto de la Tarjeta pagadas por los miembros del grupo de la demanda colectiva durante el Periodo de la Demanda fueron ocasionadas probablemente por una o una combinación de las Prácticas Conflictivas porque al menos algunos miembros del grupo de la demanda colectiva podrían haber retirado dinero de sus cuentas, a sabiendas, porque tenían la necesidad inmediata de obtener más dinero del que tenían en sus cuentas. El porcentaje estimado que usted suministre en la línea a continuación debe ser igual al porcentaje total de las Tasas por Giros al Descubierto que usted cree fueron ocasionadas por una o más de las supuestas Prácticas Conflictivas.*

**DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN:**

**NOMBRE(S) Y APELLIDO** \_\_\_\_\_  
**DIRECCIÓN1** \_\_\_\_\_  
**DIRECCIÓN2** \_\_\_\_\_  
**CIUDAD, CÓDIGO POSTAL** \_\_\_\_\_

Creo que un \_\_\_\_\_% (1-100 %) de las tasas por giros en descubierto que pagué durante el Periodo de la Demanda fue el resultado de una o más de las Prácticas Conflictivas.

**Certificación:** Al firmar y presentar este formulario de reclamación, el que suscribe (1) certifica que, según su leal saber y entender, tiene derecho a la compensación solicitada, y (2) acepta los términos de este Acuerdo de Conciliación.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Cotitular de la cuenta (si lo hubiere): \_\_\_\_\_