

Puede que usted haya recibido un Aviso para informarle que podría formar parte de una demanda colectiva en contra de MAPFRE Insurance Company of Florida (“MAPFRE”). Las Partes han aceptado un Acuerdo en este caso.

**¿Por qué recibo este Aviso?** Usted ha sido identificado como “Miembro de la demanda colectiva” a partir de los datos de los reclamos de MAPFRE, al ser residente de Florida y asegurado de MAPFRE Insurance Company of Florida que presentó un reclamo por daño físico con respecto a un vehículo cubierto por la póliza que es de su propiedad (es decir, no arrendado) durante el período 12 de julio de 2014 – 30 de enero de 2020, el cual dio lugar al pago de un reclamo por pérdida total.

**¿De qué trata este juicio?** El Acuerdo resuelve un juicio que alega que MAPFRE incumplió sus pólizas de seguro automotor al no pagar la totalidad del impuesto sobre las ventas, las comisiones de transferencia de títulos y los costos de registro de placas de matrículas (en su conjunto, “comisiones de título y registro”) a los clientes que presentaron reclamos de pérdida automotor total como asegurados residentes del Florida para vehículos no arrendados.

**Términos del Acuerdo.** MAPFRE pagará \$79.85 en concepto de comisiones de título y registro a todos los miembros elegibles de la Demanda colectiva que presenten un reclamo. Además, MAPFRE pagará los impuestos estatales y locales aplicables (es decir, el 6 % más cualquier recargo local aplicable para los primeros \$5,000) calculados como porcentaje del Valor ajustado del vehículo a todos los miembros elegibles de la Demanda colectiva que presenten un reclamo. Del monto pagado a los miembros de la Demanda colectiva se descontarán todos los montos ya pagados al respectivo miembro de la Demanda colectiva en concepto de comisiones e impuestos. El pago representa el monto total que se solicita en el caso y asciende a un total de aproximadamente \$633,525.25. Además, MAPFRE cambiará su práctica y empezará a pagar la totalidad del impuesto sobre las ventas y de los costos de título y registro para todos los reclamos de pérdida total presentados por asegurados individuales para vehículos no arrendados, y pagará los costos de los abogados por un monto de hasta \$170,000, y una compensación de servicio de \$3,500.00 al Representante de la demanda colectiva. Estos pagos no reducirán el monto de dinero disponible para los miembros de la Demanda colectiva

**¿Cómo recibo el pago?** Para recibir el pago, deberá completar y enviar por correo el Formulario de reclamo adjunto o presentar un Formulario de reclamo en línea, en [www.mapfretotallosssettlement.com](http://www.mapfretotallosssettlement.com). Los formularios de reclamo deben llevar matasellos no posterior al **17 de junio de 2020** o enviarse en línea para esta fecha.

**¿Tengo alguna otra opción?** Excepto que presente un Formulario de reclamo, no recibirá ningún pago en el marco del Acuerdo y sus derechos estarán afectados. Si no desea quedar legalmente obligado a cumplir con los términos del Acuerdo, deberá excluirse hasta la fecha de **13 de abril de 2020**. A menos que se excluya, no podrá entablar juicio o seguir demandando a MAPFRE por ninguna demanda presentada en este juicio o exonerada mediante el Acuerdo. En caso de permanecer en el Acuerdo (o sea, si no se excluye), puede interponer objeciones al mismo o pedir permiso para que usted o su propio abogado comparezcan y hablen en la audiencia, por cuenta propia, pero no está obligado a hacerlo. Las objeciones y las peticiones de comparecencia se deberán presentar hasta el **13 de abril de 2020** inclusive. Podrá encontrar más detalles y los términos completos del Acuerdo propuesto en [www.mapfretotallosssettlement.com](http://www.mapfretotallosssettlement.com).

**Suarez v. MAPFRE Action Settlement**  
P.O. BOX 58791  
Philadelphia, PA 19102

**AVISO LEGAL EXIGIDO POR**  
**ORDEN JUDICIAL**

**Si usted sufrió una pérdida total como asegurado de MAPFRE entre 2014 y 2019, podría tener derecho a un pago en efectivo de \$79.85. Además, podría tener derecho a un pago adicional del impuesto sobre las ventas.**

**Complete y devuelva el formulario aquí incluido hasta el 17 de junio de 2020 inclusive para recibir un pago en efectivo.**

**Miembro de la demanda colectiva**  
**<<Nombre 1>> << Nombre 2>>**  
**<<Dirección 1>> < Dirección 2>>**  
**<<Ciudad>> <<Estado>>**  
**<<Código postal>**



\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRST CLASS  
MAIL US  
POSTAGE PAID  
Permit# \_\_\_\_

**Suarez v. MAPFRE Settlement**  
Claims Administrator  
P.O. Box 5879  
Philadelphia, PA 19102