

AVISO IMPORTANTE

DESPUÉS DE LLENAR Y FIRMAR EL FORMULARIO, ENVÍELO, JUNTO CON TODA DOCUMENTACIÓN A:

AUSTIN INDEMNITY RECEIVERSHIP

P. O. BOX 28082, AUSTIN, TEXAS 78755

Número de teléfono: 1-512-306-9793 ó llame gratis al: 1-866-877-7733

Para mayor información sobre sus derechos legales, visite a: <http://www.aalawsdr.com>

La fecha y hora límite para firmar y entregar este formulario de reclamación al correo antes de la 23:59 h del 29 de junio de 2009

Para poder aceptarse, este Comprobante de reclamo tiene que haberse llenado, firmado y depositado en el correo antes de la 23:59 h. del día 29 de junio de 2010.

**Aviso para toda parte o reclamante que pudiere tener interés alguno en la asegurado intervenida
AUSTIN INDEMNITY**

Referente a: la demanda *The State of Texas v. Austin Indemnity Lloyds Insurance Company & Austin Indemnity Management Company, LLC*. Número D-1-GV-08-002766 que se tramitó ante el juzgado del distrito judicial 353 del condado de Travis, Texas, intervención núm. 542 (el proceso de intervención)

El 29 de diciembre de 2008, acatando a una orden firmada por el juzgado del distrito judicial 353 del condado de Travis, Texas (que de aquí en adelante se denominará el juzgado de intervención con cargo a la caja), se intervinieron, en forma definitiva, las empresas *Austin Indemnity Lloyds Insurance Company* y *Austin Indemnity Management Corporation LLC* (que en su conjunto se denominarán las empresas intervenidas de Austin Indemnity) con el fin de liquidar sus activos y cancelar sus pasivos. En cumplimiento de dicha orden de acuerdo mutuo para el nombramiento de un liquidador y la especificación de los autos prohibitivos (que de aquí en adelante se denominará la Orden de liquidación) se nombró al Comisionado de la industria de seguros del estado de Texas como el depositario judicial de dichas empresas y éste delegó el ejercicio de sus responsabilidades al bufete legal de Angenend & Augustine P.C. (que de aquí en adelante se identificará con las siglas SDR).

Toda póliza de seguro que las empresas intervenidas de Austin Indemnity hayan emitido fue cancelada a partir del 29 de enero de 2009.

Todo reclamo que pudiere presentarse a raíz de dichas pólizas ahora deberá presentarse ante la Asociación de garantía *Texas Property & Casualty Insurance Guaranty Association* (que de aquí en adelante se identificará con las siglas TPCIGA) si es que ésta ha aceptado amparar dicho reclamo. La TPCIGA ya debe haberse comunicado con toda persona que tenga un reclamo pendiente bajo una de estas pólizas de seguro, informándole de cómo procede dicho reclamo. Si desea mayor información al respecto, por favor visite a www.tpciga.org.

Toda persona que tenga un reclamo o que tenga participación en un reclamo ante las empresas intervenidas de Austin Indemnity tiene que llenar y presentar un comprobante de reclamo (que de aquí en adelante se identificará con las siglas POC) y dicha presentación deberá realizarse en forma oportuna. Para que la presentación de este POC ante el SDR sea oportuna, ésta deberá realizarse antes de la fecha límite aplicable a dicho reclamo. Todo titular de una póliza de todo riesgo tiene derecho a presentar un POC para así contar con la protección de dichas pólizas. Se le recomienda que lea la información contenida en la sección de **Preguntas frecuentes** que se encuentra en el portal www.aalawsdr.com porque ésta contiene una explicación del efecto de estos procedimientos en el ejercicio futuro de los derechos legales que dichas pólizas habían otorgado. Es importante que lea tanto este aviso como la información proporcionada en la anteriormente citada sección de **Preguntas frecuentes**.

El juzgado de intervención ha establecido que la fecha límite para la presentación de los reclamos será **la 23:59 (hora central de los EE.UU.) del día 29 de junio de 2010**. Dado ello, para que un reclamo hecho ante las empresas intervenidas de Austin Indemnity pueda calificarse como un reclamo oportuno, éste deberá contar con un matasellos fechado **antes de la 23:59 (hora central de los EE.UU.) del 29 de junio de 2010** o de alguna forma deberá haberse hecho llegar o entregado al domicilio indicado anteriormente antes de dicha hora y fecha. No cumplir, al pie de la letras, con todas las instrucciones al llenar el POC, puede dar lugar a que se demore o deniegue su reclamo.

Tanto la orden de liquidación como la fracción 443.008 del Código de Seguros del estado de Texas prohíben toda acción legal en contra de las empresas intervenidas de Austin Indemnity y esta prohibición aplica a toda persona y entidad. Todo reclamo directo presentado en contra de estas empresas intervenidas deberá contar con un POC y si existe algún litigio en que éstas son una de las partes demandadas es posible que dicha acción legal tendrá que desestimarse al presentarse el comprobante.

La orden de liquidación abarca a toda persona y entidad y requiere que toda gestión se tramite por medio del SDR y les impone la obligación de proporcionar toda información relacionada con los reclamos presentados en contra de las

empresas intervenidas y los bienes de las mismas, inclusive los expedientes, que estos tengan en forma voluntaria. Dicha orden también prohíbe que se realice actividad comercial alguna con dichas empresas intervenidas e impone la obligación de informar al SDR de la existencia de activos que sean de su propiedad.

En forma específica, el delegado especial del depositario judicial solicita que todo agente y corredor de reaseguros avise a todo: titular de una póliza o certificado, asegurado adicional identificado y reasegurador que haya cedido o asumido una póliza, cuyo nombre aparezca en sus expedientes comerciales cuyos derechos y obligaciones pudieren ser afectados por la orden de liquidación, las fechas límites aquí indicadas o el auto de suspensión de acciones legales y acciones de cobro.

Para ver y descargar copias de las órdenes judiciales, el texto de la ley y los formularios aquí indicados, visite a www.aalawsdr.com. Si desea que se los envíen, por favor solicítelos a: **Austin Indemnity Receivership, P. O. Box 28082, Austin, Texas 78755**. En el portal www.aalawsdr.com también encontrará otra información importante no sólo en cuanto a su derecho a presentar el comprobante de reclamo sino también sobre los otros puntos aquí abordados.

Los pasos a darse ante el juzgado de intervención se desglosan en la Orden de traslado al juez auxiliar. Dicho juzgado ha fijado la siguiente vista del caso para el día lunes, 19 de octubre de 2009. Esta vista se realizará a las 10:45 horas en la despacho 100 ubicado en 333 Guadalupe en la ciudad de Austin, Texas 78701. Si desea que se le mantenga informado de toda actuación, petición y citación de vista y audiencias futuras en este asunto por medio de avisos enviados por correo electrónico, envíe dicha solicitud a mmiller@aalawfirm.net e incluya su nombre, domicilio, número de teléfono, número de fax y dirección electrónica. Si sólo desea recibir dicha información en cuanto a una de las empresas, por favor especifique cuál de ellas en su mensaje electrónico. Si es abogado, por favor identifique a su cliente.

Angenend & Augustine, P.C.
Delegado especial del depositario judicial
de la empresas intervenidas de Austin Indemnity
P. O. Box 28082
Austin, TX 78755

AVISO LEGAL IMPORTANTE

Antes de llenar el formulario de comprobante de reclamo, lea esta hoja detenidamente

Sólo aquellas personas que tengan un reclamo en contra de los bienes de la aseguradora intervenida *Austin Indemnity Lloyds Insurance Company* o la empresa intervenida *Austin Indemnity Management Company LLC* (que en su conjunto se denominarán las empresas intervenidas de Austin Indemnity) deberán llenar este comprobante de reclamo. Debe quedar claro que sólo si aporta la información solicitada correctamente podrá proteger sus intereses, porque es la única manera de poder identificar lo que se reclama y analizar dicha reclamación en forma adecuada. ***Es de suma importancia que nos proporcione toda la información pertinente a su caso, que firme el formulario y que nos lo haga llegar.***

Se le ruega no utilizar este formulario para presentar un reclamo ante la asociación de garantía Texas Property & Casualty Insurance Guaranty Association. Si desea entablar una reclamación ante dicha asociación, por favor comuníquese con ella.

LA FECHA LÍMITE PARA LA ENTREGA DEL COMPROBANTE DE RECLAMO ES EL 29 DE JUNIO DE 2010 A LAS 11:59 DE LA NOCHE (23:59 h); O SEA, ES OBLIGATORIO FIRMAR Y ENVIAR ESTE FORMULARIO ANTES DE LAS 23:59 DEL 29 DE JUNIO DE 2010, A MÁS TARDAR. NO CUMPLIR CON ESTA FECHA LÍMITE DARÁ LUGAR A QUE NUNCA MÁS PUEDA GESTIONAR UN RECLAMO EN CONTRA DE LAS EMPRESAS INTERVENIDAS DE AUSTIN INDEMNITY.

Debe tenerse en cuenta que al presentar este comprobante renuncia a todo derecho que pudiere tener a entablar una acción en contra de los bienes personales del asegurado intentando valerse de la cobertura o límites de póliza que las empresas intervenidas de Austin Indemnity le hayan emitido. Adicionalmente, al presentar este reclamo, el reclamante acepta que los pagos realizados por el liquidador y por la asociación de garantía satisfarán, en forma completa, el reclamo que tiene en contra del asegurado y que dicha indemnización estará sujeta a la cobertura y los límites de la póliza del mismo.

Al llenar este formulario, procure acatar a las instrucciones que aparecen a continuación y a la información disponible en la sección de Preguntas frecuentes sobre los POCs (Comprobantes de reclamo) que se encuentra en el portal electrónico www.aalawsdr.com.

1. Procure proveer su nombre y apellido completo, domicilio permanente, número de teléfono y correo electrónico, si tiene acceso a una computadora. Si en el transcurso de esta gestión, llegara a cambiar de domicilio o número de teléfono, le incumbe proporcionarnos su nuevo domicilio o número de teléfono, por escrito, porque no hacerlo podría causar que se demore o deniegue su reclamo.
2. Es esencial que proporcione su número de seguro social (o número de contribuyente) y número de teléfono y que firme y feche el formulario. Los formularios presentados por una sociedad corporativa deberán ser suscritos por el apoderado de la empresa con una constancia afirmando sus facultades. En caso de que un abogado presentare este formulario a nombre de un cliente es primordial que se anexe el poder autorizante al mismo.
3. Si cedió o si le han cedido el derecho a recibir indemnización por parte de nuestro asegurado, deberá proporcionar el nombre completo y domicilio del cesionario o cedente y anexar una copia de los documentos de cesión al formulario.
4. Si los conoce, identifique tanto el tipo de reclamo y el monto que se reclama colocando una palomilla en el cuadro indicado y anotando la cifra en la columna indicada. Si desconoce el monto, anote la palabra *unstated* en dicha columna.
5. **DEBERÁ ENVIAR TODA DOCUMENTACIÓN QUE TENGA QUE FUNDAMENTE SU RECLAMO.** No hacerlo o no describir en forma adecuada la razón de su reclamo, podría dar lugar a que se lo denieguen.
6. Como parte de nuestro esfuerzo de controlar los costos de trámite, no recibirá ningún aviso de que el delegado especial del depositario judicial haya recibido su comprobante de reclamo, pero apenas se procese el reclamo se le enviará un aviso al domicilio proporcionado en este formulario.
7. Si tiene o ejerce control sobre algún depósito, dinero en efectivo, prima, título, fondos en fideicomiso u otro activo de las empresas intervenidas de Austin Indemnity, tiene la obligación de divulgar dicha información. Si fue agente de una de ellas, deberá presentar una contabilidad de todas las primas que haya recibido o tenido en el momento que éstas dejaron de emitir pólizas.
8. Después de llenar el formulario, revíselo, fírmelo y anote la fecha. No acatar a estas instrucciones podrá causar que se demore o deniegue su reclamo.

AVISO IMPORTANTE

DESPUÉS DE LLENAR Y FIRMAR EL FORMULARIO, ENVÍELO, JUNTO CON TODA DOCUMENTACIÓN A:

AUSTIN INDEMNITY RECEIVERSHIP

P. O. BOX 28082, AUSTIN, TEXAS 78755

Número de teléfono: 1-512-306-9793 ó llame gratis al: 1-866-877-7733

Para mayor información visite a: <http://www.aalawsdr.com>

COMPROBANTE DE RECLAMO

AUSTIN INDEMNITY LLOYDS INSURANCE COMPANY INTERVENIDA

AUSTIN INDEMNITY MANAGEMENT COMPANY LLC INTERVENIDA

(Que en su conjunto se denominan las Empresas intervenidas de Austin Indemnity)

Por favor utilice letras de molde

Nombre completo del reclamante: _____

(Si tiene un abogado, por favor proporcione la siguiente información)

Domicilio: _____

Nombre completo del abogado: _____

Ciudad Estado Código postal

Nombre del bufete: _____

Tfno: _____ Fax: _____

Núm. interno del expediente: _____

Correo electrónico: _____

Domicilio: _____

Fecha de nacimiento: _____

Ciudad Estado Código postal

Núm. de seguro social o de contribuyente: _____

Correo electrónico: _____

Por favor proporcione, el nombre completo, domicilio y núm. de tfno. de alguien que siempre sabrá cómo comunicarse con usted:

Tfno: _____ Fax: _____

Nombre completo: _____

Núm. de contribuyente: _____

Domicilio: _____

Núm. de póliza: _____

Ciudad Estado Código postal

Núm. de reclamo: _____

Tfno: _____

Nota: Anexe una copia del poder

Correo electrónico: _____

Si cambia de domicilio o teléfono es su obligación mantenernos actualizados.

Este reclamo contempla (marque todo cuadro que apliqué):

Monto reclamado:

- | | | |
|--------------------------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> | Una reclamación, costos de defensa o gastos abarcados por una póliza de seguro no avalada por una asociación de garantía..... | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> | Devolución de prima por una póliza de seguro no avalada por una asociación de garantía..... | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> | Costos no pagados, cómo honorarios legales o profesionales, sufragados antes de la intervención..... | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> | Pagos efectuados o gastos sufragados por una asociación de garantía al pagar reclamos abarcados por una póliza..... | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> | Honorarios o tarifas debidas a proveedores de bienes y servicios..... | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> | Comisiones o compensación debida a agentes o corredores..... | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> | Reaseguro (facultativa <input type="checkbox"/> asumida <input type="checkbox"/> por cesión <input type="checkbox"/> prima <input type="checkbox"/> ...Identifique cuál)..... | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> | Corredor: _____ Tipo de negocio: _____ Años suscribiendo o asegurado póliza: _____ | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> | Reclamación presentada por una aseguradora como gasto de subrogación <input type="checkbox"/> contribuciones <input type="checkbox"/> indemnización <input type="checkbox"/> | \$ _____ |
| | Montos pagaderos a favor de una dependencia gubernamental (municipal <input type="checkbox"/> de condado <input type="checkbox"/> estatal <input type="checkbox"/> federal <input type="checkbox"/>)..... | \$ _____ |
| | Otros reclamos..... | \$ _____ |

MONTO TOTAL (Si desconoce la cifra, anote la palabra "unstated").....\$ _____

Describa detalladamente la razón de su reclamo: _____

Fecha de la pérdida: _____ Dónde vivía (domicilio) cuándo sufrió dicha pérdida: _____

Si se le ha cedido alguna prestación o beneficio, proporcione el nombre completo del cedente, su domicilio, a continuación, y anexe una copia del instrumento de cesión.

Si ha cedido alguna porción de lo que espera recuperar a favor de otro, proporcione el nombre del cesionario, su domicilio, a continuación, y anexe una copia del instrumento de cesión.

Si tiene o ejerce control sobre dinero en efectivo, títulos, fondos en fideicomiso, cartas de crédito o algún otro activo de las empresas intervenidas *Austin Indemnity Lloyds Insurance Company* o *Austin Indemnity Management LLC*, descríbalos a continuación e indique dónde se encuentra.

Núm. del comprobante de reclamo: _____
(Lo llenará el SDR)

Fecha de recepción: _____
(Lo llenará el SDR)

Si ya recibió pago alguno por lo que aquí reclama, proporcione el nombre de la persona o entidad que le pagó y la cantidad.

¿Existe cobertura alguna por parte de otra póliza o seguro en cuanto a lo que aquí se reclama? Sí _____ No _____

Si la respuesta anterior es "Sí" indique el nombre de la compañía de seguro. _____

Punto de contacto: _____ Núm. de tfno.: _____

NOTA: Anexe toda documentación de fundamente su reclamo

CONSTANCIA

Por medio de la presente, _____ afirma que leyó este Comprobante de reclamo y que lo entendió, y constata que esta reclamación que exige la paga de \$ _____ que se presenta en contra de las sociedades intervenidas *Austin Indemnity Lloyds Insurance Company* y *Austin Indemnity Management Company LLC* sigue debidamente pendiente. Aúna a ello que: es el único con derecho a presentar este reclamo; no se ha realizado ninguna compensación con respecto al mismo; lo aquí dicho y los documentos anexados son ciertos y verídicos, a su mejor saber y entender y no se ha efectuado pago alguno sobre o en relación con lo aquí reclamado, a menos que se haya manifestado algo contrario en este formulario.

El reclamante reconoce que al firmar este Comprobante toda o parte de la información ahí proveída se utilizará para determinar si el reclamo se aprobará y al solicitar la autorización del juez. Dado esto, autoriza que las empresas intervenidas de *Austin Indemnity Lloyds Insurance Company* y *Austin Indemnity Management Company LLC*, sus afiliadas, representantes y agentes divulguen, comenten o den a conocer, ya sea por escrito o en forma oral, la información aquí proporcionada y se compromete a firmar todo otro finiquito que llegare a ser necesario.

EL RECLAMANTE RECONOCE Y ENTIENDE QUE AL ENTABLAR ESTE RECLAMO EN CONTRA DEL PATRIMONIO DEL ASEGURADO, ÉL RENUNCIA A TODO DERECHO A PRESENTAR UNA ACCIÓN EN CONTRA DE LOS ACTIVOS DEL ASEGURADO, ACOGIÉNDOSE A LOS LÍMITES QUE PUDIEREN EXISTIR EN CUANTO A LA COBERTURA O LA PÓLIZA EMITIDA POR LAS EMPRESAS INTERVENIDAS DE AUSTIN INDEMNITY.

FECHA

FIRMA DEL RECLAMANTE

TÍTULO O CARGO (Si viene al caso)

NOMBRE EN LETRAS DE MOLDE

Si la persona que llenó este formulario no fue el reclamante, por favor proporcione la siguiente información:

Fecha: _____ Nombre completo: _____

Domicilio: _____ ¿Qué relación tiene con el reclamante? _____

Núm. de tfno.

Firma del que llenó el formulario a nombre del reclamante

AVISO IMPORTANTE

**DESPUÉS DE LLENAR Y FIRMAR EL FORMULARIO, ENVÍELO, JUNTO CON TODA DOCUMENTACIÓN A:
AUSTIN INDEMNITY RECEIVERSHIP
P. O. BOX 28082, AUSTIN, TEXAS 78755**

Número de teléfono: 1-512-306-9793 ó llame gratis al: 1-866-877-7733

Para mayor información visite a: <http://www.aalawsdr.com>