

Medico \*  Farmaci \*  Dentista \*  Oculista \*

\* Consultare la propria polizza assicurativa per verificare le coperture a cui si ha diritto.

**Si prega di inoltrare la domanda di rimborso per posta o via fax unitamente a relative fatture e scontrini. Presentare una domanda di rimborso per ciascun familiare. Se gli scontrini sono piccoli si prega di fissarli ad un foglio di carta con del nastro adesivo.**

Aetna Global Benefits/Aetna  
 P.O. Box 981543  
 El Paso, TX 79998-1543  
 USA

**Telefono:** +1-800-231-7729 (al di fuori degli USA, tramite AT&T + il numero di accesso)  
 +1-813-775-0190 (linea diretta e per chiamate al di fuori degli USA con addebito al destinatario)  
**Fax:** +1-800-475-8751 (al di fuori degli USA, tramite AT&T + il numero di accesso)  
 +1-859-425-3363 (negli USA)  
**E-mail:** [agbservice@aetna.com](mailto:agbservice@aetna.com)

## 1. Dati relativi al dipendente

Nome del datore di lavoro / numero del gruppo \_\_\_\_\_

Nome e cognomen del dipendente \_\_\_\_\_  
 (Nome, iniziale del secondo nome e cognome così come sono riportati sulla tessera Aetna)

Identificativo (trascrivere il numero riportato sulla tessera AETNA) \_\_\_\_\_

Data di nascita del dipendente (mm/gg/aaaa) \_\_\_\_\_ Sesso  Maschile  Femminile

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Stato/Provincia \_\_\_\_\_

Nazione \_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_

Numero di telefono del dipendente (Includere il prefisso internazionale del proprio Paese) \_\_\_\_\_

E-mail principale del dipendente \_\_\_\_\_  
 (Qualora fosse necessario contattare il richiedente per ulteriori dati utili all'evasione della domanda di rimborso.)

## 2. Dati relativi al paziente

Nome e cognomen del paziente (Nome, iniziale del secondo nome, cognome) \_\_\_\_\_

Rapporto con il dipendente:  Sé stesso  Coniuge  Figlio  Altro \_\_\_\_\_

Data di nascita del paziente (mm/gg/aaaa) \_\_\_\_\_ Sesso  Maschile  Femminile

Una volta all'anno la compagnia di assicurazione potrebbe chiedere all'assicurato di fornirle le schede di valutazione scolastica, la documentazione comprovante il pagamento della retta e delle tasse scolastiche e altri documenti atti a comprovare l'iscrizione scolastica nei casi in cui la polizza assicurativa preveda l'obbligo di frequenza di un istituto scolastico da parte delle persone a carico dell'assicurato in virtù della stessa polizza che superino una determinata età. Per maggiori dettagli si rimanda alla propria polizza assicurativa.

## 3. Riepilogo dei servizi medici, farmaceutici, dentistici e oculistici (includere la diagnosi o il motivo di ciascun servizio ricevuto)

- **Per eventuali servizi protesici** (corone, ponti o dentiere) occorre fornire i dati seguenti:
- Radiografie (se non sono disponibili, fornire il resoconto scritto del dentista).
- Per ogni domanda di rimborso per servizi dentistici (diversi dai servizi di prevenzione, quali esami orali, radiografie, igiene orale, fluoro, ecc.), completare il modulo di dichiarazione del dentista (GC-14423) e allegarlo alla presente domanda. Assicurarsi di precisare il numero dei denti interessati per tutte le procedure dentistiche e di includere le date di estrazione o di inserimento originale e il motivo per la sostituzione di ponti o dentiere.
- Se la domanda di rimborso riguarda un ponte o la dentiera, fornire uno schema che illustri tutti i denti mancanti e la data della loro estrazione.
- **In caso di servizi parodontali** (malattie delle gengive) è necessario fornire anche le radiografie e il diagramma parodontale.
- **Per i servizi ortodontici specificare: la data di inserimento dell'apparecchio, la durata in mesi della terapia, il numero di mesi restanti.**
- **In caso di infortuni** il paziente deve fornire le radiografie precedenti la terapia e il resoconto dettagliato dell'infortunio.

Data del servizio (mm/gg/aaaa)	Nominativo e indirizzo dell'operatore sanitario (medico, clinica, ospedale, farmacia). Se sono riportati sugli scontrini, scrivere "vedere scontrini".	Descrizione del servizio / nome del farmaco / terapia / apparato (in caso di servizio presso un istituto ospedaliero, specificare se si è stati ricoverati o curati in ambulatorio).	Diagnosi (motivo della visita)	Città / Stato / Provincia / Nazione della domanda di rimborso	Valuta della domanda di rimborso	Importo totale

## 4. Informazioni sulla domanda di rimborso

In caso di risposta positiva ad una delle due domande seguenti, rispondere anche alle domande c e d.

a. La domanda di rimborso riguarda patologie o infortuni relativi al lavoro?  Sì  No

b. La domanda di rimborso riguarda un infortunio?  Sì  No

c. Data dell'infortunio (mm/gg/aaaa) \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_

d. Descrizione dell'infortunio (come è avvenuto e dove)

Conservare una copia del presente modulo

Copertura assicurativa sottoscritta dalla compagnia Aetna Life Insurance Company e dalla Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd.

Nome e cognomen del dipendente \_\_\_\_\_  
(Nome, iniziale del secondo nome, cognome)

**5. Riepilogo del rimborso – La polizza assicurativa Aetna Global Benefits (AGB) comprende l'opzione di rimborso in diverse valute e diversi metodi di rimborso. Stabilire l'opzione selezionata nelle sezioni di seguito. AGB si riserva il diritto di emettere il rimborso dei benefici tramite il metodo di pagamento disponibile per il tipo di valuta, a seconda delle circostanze.**

Se si opta per il rimborso a mezzo assegno in dollari USA, passare alla **Sezione 8**. Se si è scelto un qualsiasi altro metodo di rimborso, compilare anche le **Sezioni 5, 6 e 7**.

Spuntare una delle voci seguenti (se applicabile), altrimenti sarà presa in considerazione solo la presentazione della domanda:

- Usare i dati RRE (Rimborso Ripetitivo) presenti nel sistema.  
 Usare i dati forniti nella **Sezione 5 e/o 6** per stabilire un Rimborso Ripetitivo.  
 Aggiornare i dati RRE esistenti usando i dati forniti nella **Sezione 5 e/o 6**.  
 Usare i dati forniti nella **Sezione 5 e/o 6** solo per le spese correlate a questa domanda di rimborso.

**Riepilogo del rimborso (metodo/tipo di valuta) – Per ciascuna domanda di rimborso si accetta un solo metodo di rimborso e una sola valuta. (Salvo indicazioni contrarie, i rimborsi avverranno a mezzo assegni in dollari USA emessi a favore della persona a cui vengono inoltrati.)**

Utilizzare i dati forniti di seguito per inviare i pagamenti di rimborso applicabili a:  Dipendente  Operatore sanitario

Metodo di rimborso richiesto	Nazione/tipo di valuta ai fini del rimborso (ad es., Gran Bretagna/sterlina) Se la valuta desiderata non è disponibile per il metodo richiesto, il rimborso sarà emesso in dollari USA.
<input type="checkbox"/> Trasferimento di fondi (metodo principale) Il trasferimento di fondi è il metodo più efficiente di ricezione dei rimborsi. Contattare la propria banca in caso di assistenza per fornire le istruzioni necessarie ad AGB.	
<input type="checkbox"/> Assegno	(Completare la sezione Nazione/valuta e passare alla <b>Sezione 8</b> .)

**6. Dati bancari**

**Banca principale – I seguenti dati sono necessari se si è optato per il trasferimento di fondi come metodo principale di rimborso. AGB effettuerà bonifici sulla banca prescelta senza addebitare alcun onere. Si consiglia, comunque, di contattare la propria banca per informarsi su eventuali loro commissioni.**

N. del conto corrente bancario \_\_\_\_\_

Nome del titolare del conto (come riportato sugli estratti conto bancari) \_\_\_\_\_

Identificativo o numero routing della banca \_\_\_\_\_

S.W.I.F.T./Codice BIC (solo bonifico)  CHIPS UID  ABA Federale  Bank Sort ID  N. conto bancario IBAN  Altro \_\_\_\_\_

Nome della banca \_\_\_\_\_

Indirizzo della banca (includere la nazione) \_\_\_\_\_

Numero telefonico della banca (includere il prefisso internazionale) \_\_\_\_\_

**7. Altre coperture / programmi sanitari**

Le spese di altri famigliari sono coperte da altri programmi/polizze sanitarie, da Medicare o da altri programmi federali o statali USA, o programmi nazionali o sociali?  Sì  No Chi risponde "Sì" è pregato di compilare il resto di questa sezione.

Nome, cognome e grado di parentela con il famigliare \_\_\_\_\_  
(Nome, iniziale del secondo nome, cognome)

Data di nascita del famigliare (mm/gg/aaaa) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Sesso  Maschile  Femminile

Nome della Compagnia di assicurazione o tipo di assicurazione \_\_\_\_\_

**8. Autorizzazione (obbligatoria)**

**Per i depositi elettronici:** Con la presente autorizzo Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd., Aetna Life Insurance Company, e ogni loro affiliata (qui di seguito chiamate "Aetna") e/o i loro agenti autorizzati a corrispondere i rimborsi dovuti a me e/o alle persone a mio carico accreditando gli importi relativi sul mio conto acceso presso la banca o l'istituto finanziario specificati nel presente modulo. Con la presente mi impegno a comunicare per iscritto alla compagnia Aetna eventuali cambiamenti ai dati riportati nel presente modulo e l'eventuale ritiro della presente autorizzazione. In caso la compagnia assicuratrice depositasse sul mio conto fondi ai quali non ho diritto, con la presente mi impegno a rimborsare tempestivamente le relative somme. Qualora mancassi di rimborsare tempestivamente i fondi depositati erroneamente sul mio conto, risponderò personalmente di tutti i costi di recupero (comprese eventuali spese legali e gli interessi massimi consentiti dalla legge).

**Autorizzazione per medici, dentisti, oculisti e farmacie. Firmare e datare:** Con il presente documento autorizzo i medici, gli altri operatori sanitari, le farmacie, i farmacisti, gli ospedali e gli istituti di cura a fornire alla Aetna, e ad eventuali enti autonomi da essa ingaggiati o che agiscono per suo conto, dati e informazioni in merito alle cure sanitarie, ai consigli, alla terapia o ai materiali forniti al paziente (ivi compreso quanto si riferisce a malattie mentali o AIDS/ARC/HIV). Questi dati e informazioni verranno utilizzati per valutare e amministrare le domande di rimborso. Aetna può fornire al datore di lavoro specificato nel presente modulo il sistema usato per calcolare il rimborso per eventuali verifiche e controlli della polizza o del contratto assicurativo. La presente autorizzazione è valida per l'intera durata della polizza o del contratto a cui fa riferimento la domanda di rimborso. Sono consapevole del fatto di aver diritto a richiedere una copia della presente autorizzazione e che tale copia avrà validità pari a quella dell'originale.

**Avvertenza:** Viola la legge chi fornisce informazioni false o fuorvianti alle compagnie di assicurazione a scopo di frode contro le compagnie stesse o contro terzi. Le pene per tali infrazioni includono l'incarcerazione e/o ammende. Le compagnie di assicurazione possono respingere le domande di rimborso che contengono informazioni false sostanziali fornite dal facente domanda.

Questo modulo di richiesta può essere firmato elettronicamente per confermare e accettare le informazioni di cui sopra. Si prega di tenere presente che tale firma elettronica sarà valida e vincolante quanto una firma originale. Questa firma elettronica rappresenta una verifica e dichiarazione vincolante che le informazioni di cui sopra sono accurate e assolutamente non ambigue.

Firma del paziente o della persona autorizzata \_\_\_\_\_ Data (mm/gg/aaaa) \_\_\_\_\_

**Conservare una copia del presente modulo**

Copertura assicurativa sottoscritta dalla compagnia Aetna Life Insurance Company e dalla Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd.