

Domande?

Siamo a completa disposizione per rispondere a eventuali domande. Contattateci in qualsiasi momento al numero riportato sul retro della tessera identificativa Aetna.

Potete inoltre inviarci un messaggio protetto di posta elettronica accedendo a www.aetnainternational.com e facendo clic su 'Contact us'.



Presentazione agevole delle richieste di indennizzo

Questo modulo può essere utilizzato per presentare una richiesta di indennizzo per prestazioni mediche, dentistiche, oculistiche o farmaceutiche.

Se si presenta una richiesta di indennizzo per più di una persona, occorre compilare un modulo separato per ciascun familiare.

Come compilare questo modulo

- Compilare tutto il modulo con inchiostro nero.
- Contrassegnare le risposte, ove pertinente, con una 'X', così:
- Verificare la correttezza dei dettagli di pagamento.
- Firmare e datare l'autorizzazione.
- Scrivere il proprio numero identificativo dell'intestatario su ciascun documento presentato con il modulo di richiesta
- Archiviare una copia del modulo compilato.

Presentazione della richiesta di indennizzo

Una volta compilato il modulo di richiesta di indennizzo, occorre presentarlo unitamente alle fatture dettagliate e agli scontrini. Se gli scontrini sono di piccole dimensioni, fissarli a un foglio di carta formato A4 con del nastro adesivo. Quindi presentare i documenti nel modo preferito. Provvederemo a elaborare la richiesta di indennizzo, contattandovi entro 10-14 giorni di calendario.

• **Caricamento elettronico***

Accedere a www.aetnainternational.com e fare clic su 'Claims Center'

• **Fax**

Fuori dagli Stati Uniti: +1 800 475 8751 (con AT&T + codice di accesso)

Negli Stati Uniti: +1 859 425 3363

• **Posta elettronica***

Inviare gli allegati a aiservice@aetna.com

• **Posta cartacea**

Aetna International/Aetna. PO Box 981543, El Paso, TX 79998-1543, USA

Per lo stato della richiesta o servizio ai clienti, chiamare:

Numero verde: +1 800 231 7729

Dall'esterno degli U.S.A. utilizzare il codice di accesso AT&T.

Linea diretta o con addebito al destinatario all'interno o all'esterno degli U.S.A.:

+1 813 775 0190

* La dimensione massima consentita per gli allegati è di 10 MB.

Per alcuni servizi potrebbero essere necessarie ulteriori informazioni

Per alcuni servizi occorre

presentare ulteriori documenti. Se la propria richiesta di indennizzo rientra in una delle categorie elencate di seguito, occorre fornire i documenti specificati.

Servizi protesici (es. corone, ponti o dentiere):

- Radiografie (o resoconto dettagliato del dentista, se le radiografie non sono disponibili)
- Uno schema dentale che indichi i denti mancanti e le date di estrazione
- Data del posizionamento della protesi precedente e, se pertinente, motivo della sostituzione

Servizi parodontali

- Radiografie
- Schemi parodontali preoperatori con relative date

Servizi ortodontici:

- Data di impianto del dispositivo ortodontico
- Numero di mesi della durata della terapia
- Numero di mesi rimanenti per la terapia

Servizi relativi a lesioni accidentali

- Radiografie pretrattamento
- Dettagli dell'incidente

Se il proprio piano assicurativo richiede la frequenza scolastica come condizione per la copertura di persone a carico oltre una determinata età, occorre fornire:

- Scheda di valutazione, dichiarazione del pagamento delle rette scolastiche o altri moduli per la verifica della frequenza scolastica

1 Dati personali

Intestatario (contraente)

Nome (come riportato sulla tessera identificativa di Aetna – compreso il nome completo)

Nome:

Cognome:

Numero identificativo Aetna (come riportato sulla tessera identificativa Aetna)

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

Data di nascita

Sesso

M	M	G	G	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Uomo

Donna

Recapito

Numero di telefono (indicare anche prefisso di area e nazione):

Posta elettronica:

Indirizzo

Via:

Città:

Stato/Provincia:

Paese:

CAP:

Datore di lavoro

Nome

Numero gruppo

Paziente

Nome

Nome:

Cognome:

Data di nascita

Sesso

M	M	G	G	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Uomo

Donna

Grado di parentela con l'intestatario

Sé stesso

Coniuge

Figlio

Other:

2 Dettagli per ottenere un rimborso

A chi deve essere inviato il rimborso?

- All'intestatario (contraente) Al fornitore di servizi

Quali dettagli di pagamento dobbiamo utilizzare per ottenere un rimborso?

- I dati in archivio sulla scelta di rimborso ricorrente (RRE, Recurring Reimbursement Election)
- I dati forniti nella sezione seguente sui dettagli di pagamento per definire una RRE nuova o aggiornare la RRE corrente
- I dati forniti nella sezione seguente sui dettagli di pagamento solo per le spese relative a questo modulo

Come dobbiamo emettere il rimborso?

- Tramite bonifico bancario delle somme da parte di Aetna sul conto corrente specificato di seguito.
Questa è la forma di pagamento più semplice.
- Tramite assegno

In quale valuta desidera ricevere il rimborso (es. Euro)?

Se la valuta scelta non è disponibile per il metodo di rimborso selezionato, il rimborso sarà effettuato con un bonifico in dollari USA (\$), se sono stati forniti i dettagli della banca altrimenti un assegno emesso in dollari USA (\$) intestato alla parte cui esso viene inviato, se non ci sono le informazioni bancarie.

Paese:

Valuta:

Rimborso per il personale medico al di fuori degli Stati Uniti

Nel caso in cui, agendo in modo responsabile, dovessimo accertare che qualsiasi banca centrale o governo o autorità governativa imponga un tasso di cambio artificiale (comprendente, senza limitazione alcuna, un tasso di cambio che non sia coerente con il tasso di cambio del libero mercato) in relazione a una valuta per qualsiasi motivo, potremo, a nostra esclusiva discrezione, effettuare i rimborsi validi ai sensi del presente accordo di trattamento in tale paese in qualsiasi modo che riteremo ragionevole. Nel prendere tale decisione cercheremo di garantire che mantenendo le basi principali di qualsiasi contratto di assicurazione, risarciremo la perdita (in base ai termini e alle condizioni della polizza), ma non rimborseremo più di quanto dovuto, come potrebbe avvenire nel caso in cui dovessimo applicare un tasso di cambio artificiale per effettuare il rimborso in un'altra valuta.

Fornitori all'interno della rete Aetna al di fuori degli USA.

Il metodo di rimborso può essere un pagamento (i) nella valuta locale applicabile (se fattibile a esclusiva discrezione di Aetna), o (ii) se non hai un conto corrente in tale valuta, nella valuta nella quale è stato pagato il premio della polizza in un importo pari a quello che dovremmo corrispondere al nostro **fornitore di rete** nella valuta nella quale il premio è stato pagato in base ai nostri obblighi nei confronti di tale **fornitore di rete** (come possiamo ragionevolmente stabilire), soggetto in ogni caso al principio di indennità menzionato sopra.

Fornitori esterni alla rete Aetna al di fuori degli USA.

Il metodo di rimborso può essere un pagamento (i) nella valuta locale applicabile, soggetto al principio del risarcimento citato sopra (se fattibile a sola discrezione di Aetna), o (ii) se non hai un conto corrente in tale valuta locale, nella valuta nella quale è stato pagato il premio della polizza in un importo pari a **almeno normali commissioni d'uso**.

Dati di pagamento

Se si è scelto di ricevere il rimborso tramite bonifico bancario, compilare i dettagli seguenti.

L'importo sarà trasferito alla banca senza alcun addebito, tuttavia si consiglia di verificare con la propria banca eventuali commissioni applicate per i bonifici in entrata.

Intestatario del conto (come appare sull'estratto conto)

Numero di conto della banca

Codice di identificazione della banca/Numero di instradamento

Codice S.W.I.F.T./BIC (solo per bonifici) CHIPS UID

Federal ABA

Codice banca IBAN* Altro**

(Si prega di confermare con la propria banca il numero IBAN, che, in alcuni paesi è obbligatorio e deve essere fornito per tutte le operazioni di richiesta di rimborso, come ad esempio negli Emirati Arabi Uniti (UAE).*

*** Usare lo spazio denominato altro per descrivere altri Codici di Identificazione o numerici come il Codice della filiale, il numero RUT, il codice IFSC o il numero KBA#*

Coordinate bancarie

Nome della banca:

Via:

Città:

Stato/Provincia:

Paese:

CAP:

Numero di telefono (indicare anche prefisso di area e nazione):

--

3 Dettagli della richiesta di indennizzo

Quali sono i tipi di servizio per cui presenta la richiesta di indennizzo? *Per i dettagli sulla copertura disponibile tramite il proprio piano, consultare i documenti del piano.*

- Medico
 Farmaceutico
 Dentistico – allegare modulo GC-14423
 Oculistico
 (Identificare il numero di dente relativo per tutte le procedure dentistiche)

Rispondere “Sì” o “No”

La richiesta di indennizzo è collegata a un incidente o condizione collegata al lavoro. Sì No

La richiesta di indennizzo deriva da una lesione accidentale. Sì No

Se si presenta una richiesta di indennizzo per un infortunio o una condizione legati al lavoro o per una lesione accidentale, specificare i seguenti dettagli:

Data dell'infortunio Ora

M	M	G	G	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

H	H	M	M
---	---	---	---

 AM PM

Luogo e modalità dell'infortunio?

--

Nota:

nello spazio seguente riassumere ciascuna istanza di trattamento per cui si presenta una richiesta di indennizzo. Se occorre presentare una richiesta di indennizzo per più di due, istanze completare anche la pagina 3 e restituirla unitamente al presente modulo.

- Marcare solamente se in questa richiesta di rimborso sono acclusi i Riepiloghi del trattamento seguenti

Riepilogo del trattamento

Data del trattamento Costo totale (con valuta)

M	M	G	G	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

--

Luogo della richiesta – Nome e indirizzo del fornitore del servizio

Città:
Stato/Provincia:
Paese:
CAP:

Descrizione del servizio
es. tipo di trattamento, nome del farmaco/dispositivo

Motivo della vista

- Tipo di paziente
 Ricoverato Esterno

Paziente ricoverato

Data di ricovero Data di dimissione

M	M	G	G	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

M	M	G	G	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Riepilogo del trattamento

Data del trattamento Costo totale (con valuta)

M	M	G	G	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

--

Luogo della richiesta – Nome e indirizzo del fornitore del servizio

Città:
Stato/Provincia:
Paese:
CAP:

Descrizione del servizio
es. tipo di trattamento, nome del farmaco/dispositivo

Motivo della vista

- Tipo di paziente
 Ricoverato Esterno

Paziente ricoverato

Data di ricovero Data di dimissione

M	M	G	G	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

M	M	G	G	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

--	--

Nota:

nello spazio seguente riassumere ciascuna istanza di trattamento per cui si presenta una richiesta di indennizzo. Se occorre presentare una richiesta di indennizzo per più delle due istanze ulteriori (di seguito), si prega di copiare questa pagina prima di proseguire e restituire tutte le pagine aggiuntive unitamente al presente modulo.

Riepilogo del trattamento

Data del trattamento	Costo totale (con valuta)									
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">G</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">G</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">A</td> </tr> </table>	M	M	G	G	A	A	A	A	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 100%;"></td> </tr> </table>	
M	M	G	G	A	A	A	A			

Luogo del rimborso - Nome e indirizzo del fornitore di servizi

Città:
Stato/Provincia:
Paese:
CAP:

Descrizione del servizio

es. tipo di trattamento, nome del farmaco/dispositivo

Motivo della visita

Tipo di paziente

Ricoverato Esterno

Paziente ricoverato...

Data di ricovero	Data di dimissione																
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">G</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">G</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">A</td> </tr> </table>	M	M	G	G	A	A	A	A	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">G</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">G</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">A</td> </tr> </table>	M	M	G	G	A	A	A	A
M	M	G	G	A	A	A	A										
M	M	G	G	A	A	A	A										

Riepilogo del trattamento

Data del trattamento	Costo totale (con valuta)									
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">G</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">G</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">A</td> </tr> </table>	M	M	G	G	A	A	A	A	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 100%;"></td> </tr> </table>	
M	M	G	G	A	A	A	A			

Luogo del rimborso - Nome e indirizzo del fornitore di servizi

Città:
Stato/Provincia:
Paese:
CAP:

Descrizione del servizio

es. tipo di trattamento, nome del farmaco/dispositivo

Motivo della visita

Tipo di paziente

Ricoverato Esterno

Paziente ricoverato...

Data di ricovero	Data di dimissione																
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">G</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">G</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">A</td> </tr> </table>	M	M	G	G	A	A	A	A	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">G</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">G</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">A</td> </tr> </table>	M	M	G	G	A	A	A	A
M	M	G	G	A	A	A	A										
M	M	G	G	A	A	A	A										

4 Altra copertura sanitaria in vigore

Qualcuno nella sua famiglia è coperto da un altro piano sanitario o schema previdenziale, Medicare, o da un altro piano governativo statunitense federale o statale, nazionale o sociale?

- No → passare alla sezione 6 (Autorizzazione)
 Sì – continuare con questa sezione

Nome della compagnia assicurativa o tipo di assicurazione

Nome del familiare

Nome:	<input type="text"/>
Cognome:	<input type="text"/>

Data di nascita

M	M	G	G	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Sesso

- Uomo Donna

Grado di parentela con l'intestatario

- Sé stesso Coniuge Figlio Altro:

5 Consenso all'elaborazione di dati sanitari

Le informazioni fornite in questo modulo di richiesta contengono dati personali e sanitari. Qui di seguito è possibile trovare alcune informazioni utili per prendere una decisione ponderata sull'eventuale consenso all'elaborazione dei dati sanitari.

Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd., Aetna Life Insurance Company ('Aetna', 'noi') è responsabile del trattamento di tutti i dati forniti in questo modulo, inclusi i dati sanitari. Tuteliamo la riservatezza dei dati contenuti in questo modulo secondo i regolamenti e le normative sulla privacy vigenti, nonché secondo le politiche di riservatezza della nostra azienda.

Utilizzeremo i dati personali e sanitari inclusi in questo modulo per valutare, elaborare e gestire la richiesta.

Conserviamo i dati personali e sanitari finché sarà necessario per questi scopi, inoltre potremmo conservare i dati per 10 anni dalla data di chiusura della vostra richiesta in ottemperanza ai nostri obblighi legali o normativi.

Potremmo comunicare i dati a terze parti per valutare, elaborare e gestire la vostra richiesta. Noi resteremo titolari del trattamento dei dati e richiederemo alle terze parti di proteggere i dati forniti. Le informazioni fornite con questo modulo di richiesta saranno elaborate negli Stati Uniti, in conformità con i termini della polizza assicurativa applicabile.

Per maggiori informazioni sui propri diritti in merito alla riservatezza dei dati, e su chi contattare in caso di domande sulle pratiche di riservatezza di Aetna, è possibile visualizzare l'intera nostra normativa sulla privacy all'indirizzo <https://www.aetnainternational.com/en/about-us/legal-notices.html>.

Il rifiuto di fornire il proprio consenso potrebbe impedirvi di elaborare la richiesta o non permetterci di avere informazioni sufficienti per prendere una decisione ponderata riguardante la richiesta.

6 Autorizzazione

Per tutti i depositi elettronici

Con la presente autorizzo Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd., Aetna Life Insurance Company, e ogni loro consociata ("Aetna") e / o i loro agenti autorizzati a effettuare rimborsi nei miei confronti e / o delle persone a mio carico, accreditando tali pagamenti sul mio conto presso la banca o l'istituto finanziario indicati sul presente modulo. Mi impegno inoltre a informare Aetna per iscritto in merito a qualsiasi cambiamento delle informazioni fornite in questo modulo o revoca di questa autorizzazione. Concordo che, nel caso in cui per qualsiasi motivo fossero depositati sul mio conto fondi per prestazioni non spettanti, provvederò a rimborsare tempestivamente l'importo integrale di tali pagamenti. Nell'eventualità in cui non rimborsassi tempestivamente tali importi, sarò personalmente responsabile di tutte le spese di recupero (compresi ragionevoli onorari legali e gli interessi massimi consentiti dalla legge).

Autorizzazione per medici, farmacie, dentisti e oculisti

Deve essere firmata e sottoscritta

Con la presente autorizzo tutti i medici, altri operatori sanitari, le farmacie, i farmacisti, gli ospedali e gli istituti di assistenza sanitaria a fornire ad Aetna e a eventuali parti autonome convenzionate con Aetna o che agiscono per suo conto, informazioni riguardanti l'assistenza sanitaria, la consulenza, la terapia o i materiali forniti al paziente (compresi i dati relativi a malattie mentali e / o AIDS/ARC/HIV). Queste informazioni saranno utilizzate per valutare e gestire le richieste di indennizzo. Aetna potrebbe fornire al datore di lavoro specificato nel presente modulo il calcolo delle prestazioni utilizzato nel rimborso di questa richiesta di indennizzo allo scopo di valutare la polizza o il contratto assicurativo. La presente autorizzazione è valida per l'intera durata della polizza o del contratto a cui fa riferimento la richiesta di indennizzo. Sono consapevole del fatto di avere il diritto di richiedere una copia di questa autorizzazione e concordo che tale copia abbia validità pari a quella dell'originale. Inoltre autorizzo Aetna a elaborare i miei dati medici allo scopo di elaborare la mia richiesta come stabilito nella Sezione 5, Consenso all'elaborazione di dati sanitari.

Attenzione: costituisce reato fornire informazioni false o fuorvianti a una compagnia assicurativa per scopi di frode a danno della compagnia stessa o di altre persone. Le sanzioni previste in questi casi comprendono la reclusione e / o ammende. Inoltre le compagnie assicurative potrebbero negare l'indennità se il richiedente fornisce false informazioni materialmente legate alla richiesta di indennizzo. *Si può optare di usare una firma elettronica su presente modulo di richiesta per confermare i dettagli della verifica e dichiarazione sopra indicati. A scanso di dubbi, tale firma elettronica si considera valida e vincolante come se fosse stata apposta personalmente in originale. Possiamo fare affidamento su tale firma elettronica come una verifica e dichiarazione vincolante che tutte le informazioni sopra indicate sono vere e in nessuna maniera fuorvianti.*

Firma del paziente o di una persona autorizzata

Data

M	M	G	G	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Le società Aetna non possono rimborsare servizi sanitari forniti in paesi sottoposti a sanzioni dagli Stati Uniti, a meno che ciò sia consentito da una licenza scritta dell'Office of Foreign Asset Control (OFAC). Per ulteriori informazioni consultare il sito web del Dipartimento del tesoro degli Stati Uniti: www.treasury.gov/resource-center/sanctions

Copertura assicurativa sottoscritta da Aetna Life Insurance Company e/o Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd.

Dichiarazione in materia di dichiarazioni false e fuorvianti

Chiunque consapevolmente e con l'intenzione di provocare danni, frodare o ingannare una società di assicurazione o un'altra persona presenta una richiesta di assicurazione o una richiesta di indennizzo che contiene informazioni sostanzialmente false ovvero nasconda, allo scopo di trarre in inganno, delle informazioni riguardanti fatti sostanziali, commette un atto di truffa contro un'assicurazione, che costituisce reato ed è punibile con sanzioni civili e penali.

Di seguito una dichiarazione per la frode negli Stati Uniti:

Attenzione residenti dell'Alabama: Chiunque consapevolmente presenti una richiesta di pagamento falsa o fraudolenta per ottenere un rimborso in caso di perdita o comunque una prestazione o che consapevolmente presenti in una richiesta di assicurazione delle false informazioni, commette un reato e può essere assoggettato a multe o all'arresto, o a entrambi. **Attenzione residenti dell'Arkansas, Distretto di Columbia, Rhode Island e West Virginia:**

Chiunque consapevolmente presenti una richiesta di pagamento falsa o fraudolenta per ottenere un rimborso in caso di perdita o comunque una prestazione o consapevolmente presenti in una richiesta di assicurazione delle false informazioni, commette un reato e può essere assoggettato a multe o all'arresto. **Attenzione residenti della California: per vostra protezione, la legislazione della California impone la pubblicazione sul modulo della**

prente dichiarazione: Chiunque consapevolmente presenti una richiesta di pagamento falsa o fraudolenta per ottenere un rimborso in caso di perdita commette un reato e può essere assoggettato a multe o all'arresto in una prigione dello stato. **Attenzione residenti del Colorado:** E' illecito consapevolmente fornire fatti o informazioni che siano false, incomplete o fuorvianti a una società di assicurazione allo scopo di frodare o tentare di frodare la società. Le sanzioni possono comportare l'arresto, ammende, rifiuto di copertura assicurativa e danni civili. Una società di assicurazione o un'agente di una società di assicurazione che dolosamente fornisca fatti o informazioni false, incomplete o fuorvianti a un assicurato allo scopo di frodarlo o tentare di frodare l'assicurato o il ricorrente per quanto riguarda una transazione o un importo dovuto dalla assicurazione, deve essere denunciato alla Divisione di assicurazione del Dipartimento di Controllo sulle agenzie (Department of Regulatory Agencies) del Colorado. **Attenzione residenti della Florida:**

Chiunque consapevolmente e allo scopo di danneggiare, frodare o ingannare un assicuratore presenti una richiesta di rimborso o una domanda che contenga informazioni false, incomplete o fuorvianti è colpevole di un delitto di terzo grado. **Attenzione residenti del Kansas:** Chiunque consapevolmente e con l'intenzione di provocare danni, frodare o ingannare una società di assicurazione o un'altra persona presenta un modulo di partecipazione a un'assicurazione o una richiesta di indennizzo che contiene informazioni sostanzialmente false ovvero nasconda, allo scopo di trarre in inganno, delle informazioni riguardanti fatti sostanziali, può aver violato la normativa dello stato. **Attenzione residenti del Kentucky:** Chiunque allo scopo e con l'intenzione di frodare una società di assicurazione presenta una richiesta di risarcimento contenente informazioni sostanzialmente false ovvero nasconda, allo scopo di fuorviare, informazioni concernenti fatti sostanziali relativi, commette un atto di frode assicurativa che costituisce un reato.

Attenzione residenti della Louisiana: Chiunque consapevolmente presenti una richiesta di pagamento falsa o fraudolenta per ottenere un rimborso in caso di perdita o comunque una prestazione o consapevolmente presenti in una richiesta delle false informazioni, commette un reato e può essere assoggettato a multe o all'arresto. **Attenzione residenti del Maine e del Tennessee:**

E' un reato consapevolmente fornire informazioni che siano false, incomplete o fuorvianti a una società di assicurazione allo scopo di frodare la società.

Le sanzioni possono comprendere arresto, multe o diniego di prestazioni assicurative. **Attenzione residenti del Maryland:** Chiunque consapevolmente o dolosamente presenti una richiesta di pagamento falsa o fraudolenta per ottenere un rimborso in caso di perdita o comunque una prestazione o consapevolmente o dolosamente presenti in una richiesta delle false informazioni, commette un reato e può essere assoggettato a multe o all'arresto.

Attenzione residenti del Missouri: E' un reato consapevolmente fornire informazioni che siano false, incomplete o fuorvianti a una società di assicurazione allo scopo di frodare la società. Le sanzioni comprendono arresto, multe, diniego di assicurazione e danni civili, come determinato dal tribunale. Chiunque consapevolmente e con l'intento di danneggiare, froda o inganni una società di assicurazione può essere colpevole di truffa, come deciso da un tribunale. **Attenzione residenti del New Jersey:** Chiunque includa informazioni false o fuorvianti in una richiesta di polizza di assicurazione o consapevolmente presenti una richiesta di risarcimento contenente informazioni false o fuorvianti, è soggetto a sanzioni penali e civili. **Attenzione residenti**

della Carolina del Nord: Chiunque consapevolmente e con l'intenzione di provocare danni, frodare o ingannare una società di assicurazione o un'altra persona presenta una richiesta di assicurazione o una richiesta di indennizzo che contiene informazioni sostanzialmente false ovvero nasconda, allo scopo di trarre in inganno, delle informazioni riguardanti fatti sostanziali, commette un atto di truffa contro un'assicurazione, che può costituire un reato punibile con sanzioni civili e penali. **Attenzione residenti dell'Ohio:** Chiunque con l'intento di frodare o sapendo di stare facilitando una frode contro un assicuratore, presenta una richiesta o una domanda di rimborso contenente dichiarazioni false o ingannevoli, è colpevole di truffa alle assicurazioni.

Attenzione residenti dell'Oklahoma: ATTENZIONE: Chiunque consapevolmente e allo scopo di danneggiare, frodare o ingannare un assicuratore faccia una richiesta di rimborso secondo una polizza assicurativa contenente informazioni false, incomplete o fuorvianti, è colpevole di un delitto. **Attenzione**

residenti dell'Oregon: Chiunque con l'intenzione di provocare danni, frodare o ingannare una società di assicurazione o un'altra persona presenta un modulo di partecipazione a un'assicurazione o una richiesta di indennizzo che contiene informazioni sostanzialmente false ovvero nasconda, allo scopo di trarre in inganno, delle informazioni riguardanti fatti sostanziali, può aver violato la normativa dello stato. **Attenzione residenti della Pennsylvania:**

Chiunque consapevolmente e con l'intenzione di frodare una società di assicurazione o un'altra persona presenta una richiesta di assicurazione o una richiesta di indennizzo che contiene informazioni sostanzialmente false ovvero nasconda, allo scopo di trarre in inganno, delle informazioni riguardanti fatti sostanziali, commette un atto di truffa contro un'assicurazione, che è un reato e punibile con sanzioni civili e penali. **Attenzione residenti di Portorico:**

Chiunque consapevolmente e con lo scopo di frodare include false informazioni in una richiesta di assicurazione, ovvero presenti, favorisca o assista la presentazione di una richiesta di rimborso fraudolenta per ottenere il pagamento di una perdita o di una prestazione, ovvero presenti più di una richiesta di rimborso per la stessa perdita o danno, commette un reato e se condannato deve essere punito per ciascuna violazione con un'ammenda non inferiore a cinquemila (5.000) dollari, e non superiore a dieci mila dollari (10.000), oppure alla reclusione per un termine fisso di tre (3) anni, o entrambi. Se esistono circostanze aggravanti, il termine fisso della reclusione può raggiungere un massimo di cinque (5) anni; e se esistono circostanze attenuanti, il termine della reclusione può essere ridotto a un minimo di due (2) anni. **Attenzione residenti del Texas:** Chiunque consapevolmente e con l'intenzione di provocare

danni, frodare o ingannare una società di assicurazione o un'altra persona presenta una richiesta di assicurazione o una richiesta di indennizzo che contiene una falsa rappresentazione di fatti sostanziali o nasconda, allo scopo di trarre in inganno, delle informazioni riguardanti fatti sostanziali, può commettere un atto di truffa contro un'assicurazione, che può costituire un reato e può essere punibile con sanzioni civili e penali. **Attenzione residenti del**

Vermont: Chiunque consapevolmente e con l'intenzione di provocare danni, frodare o ingannare una società di assicurazione o un'altra persona presenta una richiesta di assicurazione o una richiesta di indennizzo che contiene informazioni sostanzialmente false ovvero nasconda, allo scopo di trarre in inganno, delle informazioni riguardanti fatti sostanziali, commette un atto di truffa contro un'assicurazione, che può costituire un reato che può essere punibile con sanzioni civili e penali. **Attenzione residenti della Virginia:** Chiunque consapevolmente e con l'intenzione di provocare danni, frodare o

ingannare una società di assicurazione o un'altra persona presenta una richiesta di assicurazione o una richiesta di indennizzo che contiene informazioni sostanzialmente false ovvero nasconda, allo scopo di trarre in inganno, delle informazioni riguardanti fatti sostanziali, commette un atto di truffa, che è un reato e punibile con sanzioni civili e penali. **Attenzione residenti di Washington:** E' un reato fornire consapevolmente informazioni che siano false, incomplete o fuorvianti a una società di assicurazione allo scopo di frodare la società. Le sanzioni comprendono arresto, multe e diniego di prestazioni assicurative. **Attenzione residenti di New York:** Chiunque consapevolmente e con l'intenzione di frodare una società di assicurazione o un'altra persona

presenta una richiesta di assicurazione o una richiesta di indennizzo che contenga informazioni sostanzialmente false ovvero nasconda, allo scopo di trarre in inganno, delle informazioni riguardanti fatti sostanziali, commette un atto di truffa contro un'assicurazione, che è un reato e punibile con una sanzione civile non superiore a cinquemila dollari e il valore dichiarato della richiesta di rimborso per ciascuna violazione.

Firma _____

Data _____

Con i Piani di Conformità alla Legge Federale Affordable Care Act (ACA) degli Stati Uniti, Aetna si conforma alle Leggi Federali per i Diritti Civili vigenti e non discrimina, esclude o tratta le persone in modo diverso sulla base della loro razza, colore, nazionalità, sesso, età o disabilità.

Aetna offre servizi gratuiti per l'AIDS alle persone con disabilità e alle persone che hanno bisogno di assistenza linguistica.

Se avete bisogno di un interprete qualificato, di informazioni scritte in altri formati, di traduzioni o altri servizi, chiamare il numero sulla vostra tessera di identificazione.

Se credete che non siamo riusciti a fornire questi servizi o comunque siete stati discriminati sulla base di una classe protetta indicata sopra, potete anche presentare un reclamo al Coordinatore per i Diritti Civili contattando: Coordinatore Diritti Civili, P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (Clienti HMO della CA: PO Box 24030 Fresno, CA 93.779), 1-800-648-7817, TTY: 711, Fax: 859-425-3379 (Clienti HMO della CA: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com.

Inoltre potete inviare un reclamo per i diritti civili al Dipartimento di Salute e Servizi Umani, Ufficio del Portale di Denuncia per i Diritti Civili, disponibile all'indirizzo <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, oppure all'indirizzo: Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani, 200 Independence Avenue SW., stanza 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Aetna è il marchio utilizzato per prodotti e servizi forniti da uno o più società controllate del gruppo Aetna di, tra cui Aetna Life Insurance Company e Piani di Coventry Health

TTY: 711

English	To access language services at no cost to you, call the number on your ID card.
Spanish	Para acceder a los servicios lingüísticos sin costo alguno, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.
Chinese Traditional	如欲使用免費語言服務，請撥打您健康保險卡上所列的電話號碼
Arabic	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم الموجود على بطاقة اشتراكك.
French	Pour accéder gratuitement aux services linguistiques, veuillez composer le numéro indiqué sur votre carte d'assurance santé.
French Creole (Haitian)	Pou ou jwenn sèvis gratis nan lang ou, rele nimewo telefòn ki sou kat idantifikasyon asirans sante ou.
German	Um auf den für Sie kostenlosen Sprachservice auf Deutsch zuzugreifen, rufen Sie die Nummer auf Ihrer ID-Karte an.
Italian	Per accedere ai servizi linguistici senza alcun costo per lei, chiami il numero sulla tessera identificativa.
Japanese	無料の言語サービスは、IDカードにある番号にお電話ください。
Korean	무료 다국어 서비스를 이용하려면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화해 주십시오.
Persian Farsi	برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره قید شده روی کارت شناسایی خود تماس بگیرید.
Polish	Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych, należy zadzwonić pod numer podany na karcie identyfikacyjnej.
Portuguese	Para aceder aos serviços lingüísticos gratuitamente, ligue para o número indicado no seu cartão de identificação.

Russian	Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону, приведенному на вашей идентификационной карте.
Tagalog	Upang ma-access ang mga serbisyo sa wika nang walang bayad, tawagan ang numero sa iyong ID card.
Vietnamese	Để sử dụng các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí, vui lòng gọi số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị.