

## Haben Sie noch Fragen?

Vielleicht haben Sie noch einige Fragen. Wir helfen gern und sind stets für Sie erreichbar. Die Telefonnummer finden Sie auf der Rückseite Ihrer Aetna ID-Karte.

Sie können uns auch eine sichere E-Mail schicken, indem sie sich bei [www.aetnainternational.com](http://www.aetnainternational.com) einloggen und ‚Contact us‘ anklicken.



# Ansprüche einreichen - leicht gemacht

Mit diesem Formular können Sie Ansprüche für ärztliche, zahnärztliche, augenärztliche und pharmazeutische Dienstleistungen einreichen.

Für Ansprüche von mehr als einer Person brauchen Sie für jedes Familienmitglied ein separates Formular.

## Ausfüllen des Formulars

- Füllen Sie das ganze Formular mit schwarzer Tinte aus
- Kennzeichnen Sie Ihre Antworten, wo zutreffend, mit einem „X“, wie hier:
- Überprüfen Sie alles noch einmal und versichern Sie sich, dass Ihre Zahlungsinformationen genau zutreffen
- Unterschreiben und datieren Sie die Ermächtigung
- Schreiben Sie Ihre Mitgliedsnummer (ID-Nummer) auf alle Dokumente, die Sie zusammen mit Ihrem Anspruchsformular einreichen
- Behalten Sie eine Kopie des ausgefüllten Formulars für ihre Unterlagen

## Einreichen Ihres Anspruchsformular

Reichen Sie das ausgefüllte Antragsformular zusammen mit Ihren nach Posten aufgegliederten Rechnungen und Belegen ein. Kleinere Belege sollten Sie auf einem A4 Blatt Papier aufkleben. Reichen Sie die Dokumente auf dem für sie bequemsten Weg ein. Wir bearbeiten dann Ihren Anspruch und beantworten ihn innerhalb von 10 bis 14 Kalendertagen.

- **Per Upload\***  
Loggen Sie sich bei [www.aetnainternational.com](http://www.aetnainternational.com) ein und klicken Sie, Claims Center an
- **Per Fax**  
Von außerhalb der USA: +1 800 475 8751 (über AT&T + Zugangscode)  
Von innerhalb der USA: +1 859 425 3363
- **Per E-Mail\***  
Schicken Sie Dateianhänge an [aiservice@aetna.com](mailto:aiservice@aetna.com)
- **Per Post**  
Aetna International/Aetna. PO Box 981543, El Paso, TX 79998-1543, USA

## Um sich über den Bearbeitungsstand zu informieren oder für Dienstleistungen wählen Sie:

- Rufen Sie gebührenfrei an: +1 800 231 7729
- Verwenden Sie außerhalb der USA den AT&T-Zugangscode.
- Rufen Sie direkt oder per R-Gespräch innerhalb oder außerhalb der USA an: +1 813 775 0190

\* Dateianhänge sind auf 10 MB zu begrenzen

GR-68069 GER (9-19) D

## Für manche Leistungen können weitere Informationen notwendig sein

Für manche Leistungen müssen Sie zusätzliche Belege einreichen. Falls Ihr Anspruch eine der folgenden Kategorien betrifft, müssen Sie die aufgeführten zusätzlichen Belege vorlegen.

---

### Zahnärztliche Prothesen (u.a. Kronen, Brücken und Zahnersatz):

- Röntgenaufnahmen (oder formloser Bericht des Zahnarztes, wenn keine Röntgenaufnahmen verfügbar sind)
- Eine Befundkarte mit Gebisschema, das etwaige fehlende Zähne und die Extraktionsdaten aufweist
- Das Datum einer früheren Prothesenplatzierung sowie gegebenenfalls der Grund für den Austausch

---

### Periodontale Leistungen:

- Röntgenaufnahmen
- Aktuelles präoperatives periodontales Diagramm mit Datum

---

### Kieferorthopädische Leistungen:

- Platzierungsdatum der Halterung
- Anzahl von Behandlungsmonaten
- Verbleibende Anzahl von Behandlungsmonaten

---

### Leistungen im Zusammenhang mit einer Unfallverletzung

- Röntgenaufnahmen vor der Behandlung
- Einzelheiten des Unfalls

---

### Falls Ihr Plan als Bedingung für den Versicherungsschutz von Angehörigen oberhalb einer bestimmten Altersgrenze den Besuch einer Schule oder Universität erfordert, müssen Sie u. U. Folgendes einreichen:

- Ein Zeugnis, eine Abrechnung der Schul- oder Studiengebühren oder irgendeinen anderen Nachweis des Schulbesuchs

R-POD

# 1 Persönliche Angaben

## Über das Mitglied (Teilnehmer/in)

Name (wie auf Ihrer Aetna ID-Karte – einschl. dem vollständigen Vornamen)

Vorname(n):

Nachname/Familiename:

Aetna ID-Nummer (wie auf Ihrer Aetna ID-Karte gezeigt)

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

Geburtsdatum

Geschlecht

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 Männlich  Weiblich

Kontaktinformationen

Telefonnummer: (einschl. Orts- &amp;/oder Landesvorwahl):

E-Mail-Adresse:

Adresse

Straße, Hausnummer:

Ort:

Bundesland/Provinz:

Land:

PLZ:

## 2 Angaben zur Rückerstattung

Wohin sollen wir die Zahlung senden?

- An das Mitglied (Teilnehmer/in)  
 An den Leistungserbringer

Welche Zahlungsinformationen sollen wir bei der Erstattung verwenden?

- Verwenden Sie die derzeit aktenkundigen Informationen zur periodisch wiederholbaren Rückerstattung (RRE)  
 Benutzen Sie die in den folgenden Angaben zur Zahlung enthaltenen Informationen um ein RRE zu erstellen oder Ihr derzeitiges RRE zu aktualisieren  
 Benutzen Sie die in den folgenden Angaben zur Zahlung enthaltenen Informationen nur für die in diesem Formular beschriebenen Ausgaben

Wie sollen wir die Rückzahlung an Sie abwickeln?

- Mit Banküberweisung von Aetna an Ihr unten angegebenes Bankkonto.  
*Das ist die einfachste Rückerstattungsmethode.*  
 Per Scheck

In welcher Währung möchten Sie die Zahlung erhalten, z. B. EUR?

*Falls die Rückzahlung in der von Ihnen gewählten Währung nicht mit der oben angekreuzten Methode durchgeführt werden kann, greifen wir auf die Standardmethode einer Überweisung in US Dollar (\$) oder einen Scheck, ausgestellt in US Dollar (\$), zahlbar an die Partei, an die die Zahlung gesendet wird, falls keine Bankangaben existieren, zurück.*

Land:

Währung:

### Erstattung für Anbieter außerhalb der USA

Falls wir vernünftigerweise der Ansicht sind, dass eine Zentralbank oder relevante Regierung oder staatliche Behörde für eine relevante Währung aus irgendeinem Grund einen künstlichen Wechselkurs festlegt (einschließlich u.a. eines Wechselkurses, der nicht mit dem Wechselkurs auf dem freien Markt übereinstimmt), können wir Ihnen Ihre gültigen Versicherungsansprüche gemäß diesem Vertrag für die Behandlung in diesem Land in unserem alleinigen Ermessen in der Weise erstatten, die wir vernünftigerweise bestimmen. Dabei versuchen wir sicherzustellen, dass wir im Einklang mit der Grundlage jeglichen Versicherungsvertrags Sie für Ihren Schaden (entsprechend den Bedingungen Ihrer Police) entschädigen, aber Sie nicht ungerechtfertigt bereichern, wie es vielleicht der Fall gewesen wäre, wenn wir diesen künstlichen Wechselkurs angewendet hätten, um Sie in einer anderen Währung zu bezahlen.

### Anbieter im Aetna-Netzwerk außerhalb der USA

Die Erstattungsmethode kann sein: Zahlung in (i) der anwendbaren Lokalwährung (falls im alleinigen Ermessen von Aetna machbar) oder (ii) falls Sie nicht über ein Bankkonto in dieser Lokalwährung verfügen, in der Währung, in der die Versicherungsprämie gezahlt wurde, über einen Betrag, der dem entspricht, den wir unserem **Netzwerkanbieter** entsprechend unserer Verpflichtungen gegenüber dem **Netzwerkanbieter** in der Währung gezahlt hätten, in der die Prämie gezahlt wurde (wie wir vernünftigerweise bestimmen), jeweils vorbehaltlich des vorstehend genannten Entschädigungsgrundsatzes.

## Über den Arbeitgeber

Name

Gruppennummer

## Über den Patienten/die Patientin

Name

Vorname(n):

Nachname/Familiename:

Geburtsdatum

Geschlecht

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 Männlich  Weiblich

Beziehung zum Mitglied

 Selbst  Ehepartner  Kind  Andere:

## Anbieter außerhalb des Aetna-Netzwerks außerhalb der USA

Die Erstattungsmethode kann sein: Zahlung in (i) der anwendbaren Lokalwährung, vorbehaltlich des vorstehend genannten Entschädigungsgrundsatzes (falls im alleinigen Ermessen von Aetna machbar) oder (ii) falls Sie nicht über ein Bankkonto in dieser Lokalwährung verfügen, in der Währung, in der die Versicherungsprämie gezahlt wurde, über einen Betrag, der den geltenden **vernünftigen und üblichen Gebühren** entspricht.

## Angaben zur Zahlung

Wenn Sie Ihre Leistungen per Banküberweisung erhalten wollen, stellen Sie bitte die nachfolgenden Angaben zur Verfügung.

*Wir überweisen Zahlungen an Ihre Bank ohne Spesen für Sie. Sie sollten sich jedoch bei Ihrer Bank erkundigen, ob Ihnen irgendwelche Kosten für den Empfang der Zahlung entstehen.*

Name des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin (wie es auf dem Bankauszug erscheint)

Kontonummer

Bankidentifikationscode/Bankleitzahl oder Alternativ-ID / Code

 S.W.I.F.T./BIC Code (nur bei Überweisung)  CHIPS UID

 Federal ABA

 Bankleitzahl  IBAN\*  Sonstiges\*\*

(\* Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer Bank, um sich die IBAN-Anforderungen bestätigen zu lassen, die in bestimmten Ländern vorgeschrieben sind und bei Banküberweisungstransaktionen für Erstattungsansprüche bereitgestellt werden müssen, wie beispielsweise in den Vereinigten Arabischen Emiraten (UAE).

\*\* Verwenden Sie das andere Eingabefeld um gemeldete Alternativ-IDs oder Codes, wie den Bank Code, Niederlassungsnr., RUT#, IFSC Code, KBA# anzugeben

Bankinformation

Name der Bank:

Straße, Hausnummer:

Ort:

Bundesland/Provinz:

Land:

PLZ:

Telefonnummer: (einschl. Orts- &amp;/oder Landesvorwahl)

### 3 Angaben über den Anspruch

Für welche Art von Dienstleistung reichen Sie einen Anspruch ein? *Vergewissern Sie sich in Ihren Versicherungsdokumenten über die Einzelheiten des Versicherungsschutzes.*

- Ärztlich   
  Medikamente   
  Zahnärztlich - bitte das Formular GC-14423 beifügen   
  Augenärztlich  
 (Die jeweilige Zahnnummer für alle zahnärztlichen Verfahren identifizieren)

Mit „Ja“ oder „Nein“ beantworten

Der Anspruch bezieht sich auf einen Arbeitsunfall oder eine Arbeitskrankheit.     Ja     Nein

Der Anspruch bezieht sich auf eine Unfallverletzung.     Ja     Nein

Wenn Sie einen Anspruch bezüglich eines arbeitsbezogenen Unfalls oder Zustands einreichen, ergänzen Sie bitte die folgenden Einzelheiten:

Unfalldatum							Uhrzeit				<input type="checkbox"/> Uhr	<input type="checkbox"/> Uhr	
T	T	M	M	J	J	J	J	H	H	M	M		

Wie und wo ereignete sich der Unfall?

**Hinweis:**

Benutzen Sie die folgenden Kästchen zur zusammenfassenden Darstellung der einzelnen Behandlungen, für die Sie einen Anspruch einreichen. Falls Sie einen Anspruch für mehr als zwei Vorgänge einreichen müssen, füllen Sie bitte auch die Seite 3 aus und reichen Sie sie zusammen mit diesem Formular ein.

Hier ankreuzen, wenn nur die unten stehende Zusammenfassung der Behandlung diesem Anspruch zur Einreichung beigelegt ist.

#### Zusammenfassung der Behandlung

Behandlungsdatum	Gesamtsumme (mit Währung)
T T M M J J J J	

Anspruchsort – Name und Adresse des Leistungserbringers

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Bundesland/Provinz: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Beschreibung der Dienstleistung

*d. h. Behandlungsart, Name des Medikaments/der Halterung*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vorstellungsgrund

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Patientenart

Stationär     Ambulant

Falls stationär...

Aufnahmedatum	Entlassungsdatum
T T M M J J J J	T T M M J J J J

#### Zusammenfassung der Behandlung

Behandlungsdatum	Gesamtsumme (mit Währung)
T T M M J J J J	

Anspruchsort – Name und Adresse des Leistungserbringers

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Bundesland/Provinz: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Beschreibung der Dienstleistung

*d. h. Behandlungsart, Name des Medikaments/der Halterung*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vorstellungsgrund

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Patientenart

Stationär     Ambulant

Falls stationär...

Aufnahmedatum	Entlassungsdatum
T T M M J J J J	T T M M J J J J

--

**Hinweis:**

Benutzen Sie die folgenden Kästchen zur zusammenfassenden Darstellung der einzelnen Behandlungen, für die Sie einen Anspruch einreichen. Falls Sie einen Anspruch für mehr als zwei Vorgänge (unten) einreichen müssen, kopieren Sie bitte diese Seite, ehe Sie sie weiter ausfüllen, und senden Sie alle zusätzlichen Blätter zusammen mit diesem Formular ein. Bitte ändern Sie die Nummerierung der Seite der zusätzlichen Kopien, beginnend mit Seite 5.

**Zusammenfassung der Behandlung**

Behandlungsdatum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Gesamtsumme (mit Währung)

--

Anspruchsort – Name und Adresse des Leistungserbringers

Ort:
Bundesland/Provinz:
Land:
PLZ:

Beschreibung der Dienstleistung

*d. h. Behandlungsart, Name des Medikaments/der Halterung*


Vorstellungsgrund


Patientenart

Stationär       Ambulant

Falls stationär...

Aufnahmedatum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Entlassungsdatum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

**Zusammenfassung der Behandlung**

Behandlungsdatum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Gesamtsumme (mit Währung)

--

Anspruchsort – Name und Adresse des Leistungserbringers

Ort:
Bundesland/Provinz:
Land:
PLZ:

Beschreibung der Dienstleistung

*d. h. Behandlungsart, Name des Medikaments/der Halterung*


Vorstellungsgrund


Patientenart

Stationär       Ambulant

Falls stationär...

Aufnahmedatum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Entlassungsdatum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

## 4 Weitere vorhandene Krankenversicherung

Ist ein Mitglied Ihrer Familie bei einer anderen Krankenkasse oder im Rahmen eines anderen Plans, Medicare oder irgendeiner Bundes- oder Staatskrankenkasse der USA oder einer National- oder Sozialversicherung versichert?

- Nein → weiter bei 6 (Ermächtigung)  
 Ja – bitte hier fortfahren

Name der Versicherungsgesellschaft oder der Versicherungsart

Name des Familienmitglieds

Vorname(n):	
Nachname/Familienname:	

Geburtsdatum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Geschlecht

- Männlich  Weiblich

Beziehung zum Mitglied

- Selbst  Ehepartner  Kind  Andere:

## 5 Einwilligung zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten

Die Informationen, die Sie in diesem Antragsformular angegeben haben, enthalten sowohl personenbezogene Daten als auch Gesundheitsdaten. Um Ihnen dabei zu helfen, eine fundierte Entscheidung darüber zu treffen, ob Sie der Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten zustimmen wollen, stellen wir Ihnen im Folgenden einige Informationen zur Verfügung.

Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd., Aetna Life Insurance Company („Aetna“, „wir“) ist der Verantwortliche für alle Daten, die Sie mit diesem Formular angegeben haben, einschließlich Gesundheitsdaten. Wir behandeln die in diesem Formular enthaltenen Daten in Übereinstimmung mit den geltenden Datenschutzgesetzen und -bestimmungen sowie unseren eigenen Datenschutzrichtlinien vertraulich.

Wir verwenden die mit diesem Antragsformular zur Verfügung gestellten personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zur Beurteilung, Verarbeitung und Verwaltung Ihres Antrags.

Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten so lange, wie es für diese Zwecke erforderlich ist, und darüber hinaus können wir die Antragsdaten 10 Jahre lang ab dem Datum der Schließung Ihres Antrags aufbewahren, um unseren gesetzlichen oder behördlichen Verpflichtungen nachzukommen.

Wir können Informationen über Sie zur Beurteilung, Verarbeitung und Verwaltung Ihres Antrags an Dritte weitergeben. Wir bleiben der Verantwortliche für die Daten und verpflichten diese Dritten, Ihre Daten zu schützen. Die Informationen, die Sie mit diesem Antragsformular angeben, werden innerhalb der USA in Übereinstimmung mit den Bedingungen der geltenden Versicherungspolice verarbeitet.

Weitere Informationen über Ihre Datenschutzrechte und darüber, wen Sie bei Fragen zu den Datenschutzpraktiken von Aetna kontaktieren können, finden Sie in unserer vollständigen Datenschutzerklärung unter <https://www.aetnainternational.com/en/about-us/legal-notice.html>.

Bitte beachten Sie, dass wir durch die Ablehnung Ihrer Einwilligung möglicherweise nicht in der Lage sind, Ihren Antrag weiter zu bearbeiten oder nicht über ausreichende Informationen verfügen, um eine vollständig fundierte Entscheidung über Ihren Antrag zu treffen.

Aetna Unternehmen können keine Zahlungen für gesundheitliche Dienstleistungen vornehmen, die in einem unter Sanktionen der Vereinigten Staaten stehenden Land bereitgestellt werden, wenn dies nicht durch eine schriftliche Lizenz des Büros für ausländische Vermögenssteuer (Office of Foreign Asset Control – OFAC) zulässig ist. Weitere Informationen finden Sie auf der Website des US-Finanzministeriums:

**[www.treasury.gov/resource-center/sanctions](http://www.treasury.gov/resource-center/sanctions)**

Versicherungsschutz garantiert durch Aetna Life Insurance Company und/oder Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd.

## 6 Ermächtigung

### Für alle elektronischen Einzahlungen

Hiermit ermächtige ich Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd., Aetna Life Insurance Company sowie alle ihre Schwesterunternehmen („Aetna“) und/oder ihre zugehörigen Vertreter, Zahlungen aller an mich und/oder meine Angehörigen zahlbaren Leistungen als Guthaben auf mein Konto bei der auf diesem Formular aufgeführten Bank oder einem solchen Kreditinstitut zu überweisen. Ich erkläre mich bereit, Aetna schriftlich über alle Änderungen der auf diesem Formular aufgeführten Angaben sowie die Kündigung dieser Ermächtigung zu informieren. Ferner erkläre ich mich bereit, sämtliche Leistungsüberzahlungen, die aus irgendeinem Grund auf mein Konto überwiesen werden, sofort in voller Höhe zurückzahlen. Weiterhin bestätige ich, dass ich, im Falle dass ich solche Zahlungen nicht sofort zurückzahlen sollte, persönlich für alle Inkassokosten (einschließlich angemessener Anwaltskosten und der maximalen rechtlich erlaubten Zinsen) haftbar bin.

### Ermächtigung für Ärzte, Apotheken, Zahn- und Augenärzte und -optiker

**Muss unterzeichnet und mit Datum versehen sein.**

Ich ermächtige alle Ärzte, alle anderen Gesundheitsexperten, Apotheken/Apotheker, Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen, Aetna und allen unabhängigen Beteiligten, die Aetna vertreten oder mit denen Aetna vertraglich verbunden ist, sämtliche Informationen bezüglich der medizinischen Versorgung, dem ärztlichen Rat, den Behandlungen oder den Bedarfsartikeln, die dem Patienten/der Patientin bereitgestellt werden (einschließlich solcher, die psychische Erkrankungen und/oder AIDS/ARC/HIV betreffen), zu liefern. Diese Informationen dienen zur Beurteilung und Bearbeitung von Ansprüchen. Unter Umständen stellt Aetna auch dem auf diesem Formular genannten Arbeitgeber etwaige bei der Zahlung dieses Anspruchs verwendete Leistungsberechnungen zur Überprüfung der Umsetzung und der Transaktionen der Police/des Versicherungsvertrags zur Verfügung. Diese Ermächtigung gilt für die Zeitdauer der Police oder des Vertrags, im Rahmen dessen der Anspruch eingereicht wird. Ich weiß, dass ich auf Verlangen eine Kopie dieser Ermächtigung erhalte, und ich bestätige, dass eine Kopie dieser Ermächtigung ebenso gültig ist wie das Original. Ich ermächtige Aetna ferner, meine medizinischen Daten zum Zwecke der Bearbeitung meines Antrags gemäß Abschnitt 5, Einwilligung zur Verarbeitung von Antragsdaten, zu verarbeiten. **Warnung:** Das Bereitstellen von falschen oder irreführenden Informationen an ein Versicherungsunternehmen für den Zweck des Betrugs des Versicherungsunternehmens oder einer anderen Person ist eine Straftat. Dies kann mit Haft- bzw. Geldstrafen geahndet werden. Zudem kann ein Versicherungsunternehmen Versicherungsleistungen ablehnen, falls falsche Informationen, die für den Anspruch wesentlich sind, vom Antragsteller bereitgestellt wurden.

*Sie haben die Möglichkeit, dieses **Anspruchsformular elektronisch zu unterzeichnen und Ihre Überprüfung und Erklärung zu den oben bereitgestellten Angaben zu bestätigen**. Zum Ausschluss aller Zweifel ist eine derartige elektronische Unterschrift ebenso gültig und bindend wie eine Originalunterschrift. Wir erachten eine derartige elektronische Unterschrift als bindende Überprüfung und Erklärung, mit der bestätigt wird, dass die oben bereitgestellten Angaben korrekt und in keinster Weise irreführend sind.*

Unterschrift des Patienten/der Patientin oder des/der Bevollmächtigten

Unterschieden am

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

## **Erklärung zu Falschdarstellung/Betrug**

Wer wissentlich und in der Absicht, ein Versicherungsunternehmen oder eine andere Person zu verletzen, zu betrügen oder zu täuschen einen Antrag auf Versicherung oder eine Forderungsbegründung einreicht, die irgendwelche wesentlichen falschen Angaben enthält oder Informationen, die hierfür wesentlich sind, zum Zweck der Irreführung verheimlicht, begeht eine Handlung zum Betrug eines Versicherungsunternehmens, was eine Straftat ist und eine derartige Person strafrechtlichen und zivilrechtlichen Strafen unterwirft.

### **Es folgen die Erklärungen zu Betrug für die Vereinigten Staaten:**

**Gültig für die Bewohner von Alabama:** Wer wissentlich einen falschen oder betrügerischen Anspruch auf Zahlung zur Bezahlung eines Verlustes oder einer Leistung einreicht oder wer wissentlich falsche Angaben auf einem Antrag auf Versicherung vornimmt, macht sich einer Straftat schuldig und kann Entschädigungszahlungen oder einer Haftstrafe oder einer Kombination aus beidem unterliegen. **Gültig für die Bewohner von Arkansas, District of Columbia, Rhode Island und West Virginia:** Wer wissentlich einen falschen oder betrügerischen Anspruch auf Zahlung zur Bezahlung eines Verlustes oder einer Leistung einreicht oder wer wissentlich falsche Angaben auf einem Antrag auf Versicherung vornimmt, macht sich einer Straftat schuldig und kann Entschädigungszahlungen oder einer Haftstrafe unterliegen. **Gültig für die Bewohner von Kalifornien: Das Gesetz von Kalifornien erfordert zu Ihrem Schutz, dass die folgende Mitteilung auf diesem Formular erscheint:** Wer wissentlich einen falschen oder betrügerischen Anspruch auf Zahlung zur Bezahlung eines Verlustes einreicht, macht sich einer Straftat schuldig und kann Entschädigungszahlungen oder einer Haftstrafe im Staatsgefängnis unterliegen. **Gültig für die Bewohner von Colorado:** Es ist gesetzlich falsch, unvollständige oder irreführende Fakten oder Angaben gegenüber einem Versicherungsunternehmen zum Zweck des Betrugs oder des Betrugsversuchs des Unternehmens vorzunehmen. Dies kann mit einer Haftstrafe, Geldstrafe, Ablehnung des Versicherungsschutzes und zivilrechtlichem Schadensersatz geahndet werden. Jedes Versicherungsunternehmen oder ein Vertreter eines Versicherungsunternehmens, das/der wissentlich falsche, unvollständige oder irreführende Fakten oder Angaben gegenüber einem Versicherungsnehmer oder Anspruchsstellers zum Zweck des Betrugs oder Betrugsversuchs des Versicherungsnehmers oder Anspruchsstellers in Bezug auf die Abrechnung einer Prämienzahlung, zahlbar aus den Versicherungserlösen, vornimmt, ist an die Aufsichtsbehörde von Colorado, Versicherungsdezernat, zu melden. **Gültig für die Bewohner von Florida:** Wer wissentlich und in der Absicht, ein Versicherungsunternehmen zu verletzen, zu betrügen oder zu täuschen eine Forderungsbegründung oder einen Antrag einreicht, die/der irgendwelche falschen, unvollständigen oder irreführenden Angaben enthält, ist einer Straftat dritten Grades schuldig. **Gültig für die Bewohner von Kansas:** Wer wissentlich und in der Absicht, ein Versicherungsunternehmen oder eine andere Person zu verletzen, zu betrügen oder zu täuschen ein Anmeldeformular für Versicherungsschutz oder eine Forderungsbegründung einreicht, das/die irgendwelche wesentlichen falschen Angaben enthält oder zum Zweck der Irreführung Angaben verheimlicht, die sich auf Tatsachen beziehen, die hierzu wesentlich sind, begeht eine Verletzung des bundesstaatlichen Gesetzes. **Gültig für die Bewohner von Kentucky:** Wer wissentlich und in der Absicht, ein Versicherungsunternehmen oder eine andere Person zu betrügen eine Forderungsbegründung einreicht, die wesentlich falsche Angaben enthält oder zum Zweck der Irreführung Angaben verheimlicht, die sich auf Tatsachen beziehen, die hierzu wesentlich sind, begeht eine Handlung zum Betrug eines Versicherungsunternehmens, was eine Straftat ist. **Gültig für die Bewohner von Louisiana:** Wer wissentlich einen falschen oder betrügerischen Anspruch auf Zahlung zur Bezahlung eines Verlustes oder einer Leistung einreicht oder wer wissentlich falsche Angaben auf einem Antrag auf Versicherung vornimmt, macht sich einer Straftat schuldig und kann Entschädigungszahlungen oder einer Haftstrafe unterliegen. **Gültig für die Bewohner von Maine und Tennessee:** Es ist eine Straftat, wissentlich falsche, unvollständige oder irreführende Angaben an ein Versicherungsunternehmen zum Zweck des Betrugs des Unternehmens bereitzustellen. Dies kann mit einer Haftstrafe, Geldstrafe oder der Ablehnung von Versicherungsleistungen geahndet werden. **Gültig für die Bewohner von Maryland:** Wer wissentlich oder absichtlich einen falschen oder betrügerischen Anspruch auf Zahlung zur Bezahlung eines Verlustes oder einer Leistung einreicht oder wer wissentlich oder absichtlich falsche Angaben auf einem Antrag auf Versicherung vornimmt, macht sich einer Straftat schuldig und kann Entschädigungszahlungen oder einer Haftstrafe unterliegen. **Gültig für die Bewohner von Missouri:** Es ist eine Straftat, wissentlich falsche, unvollständige oder irreführende Angaben an ein Versicherungsunternehmen zum Zweck des Betrugs des Unternehmens bereitzustellen. Dies kann mit einer Haftstrafe, Geldstrafe, Ablehnung von Versicherungsschutz, zivilrechtlichen Schadensersatz, wie von einem Gericht festgelegt, geahndet werden. Wer wissentlich und absichtlich ein Versicherungsunternehmen verletzt, betrügt oder täuscht, ist des Betrugs schuldig, wie von einem Gericht festgelegt. **Gültig für die Bewohner von New Jersey:** Wer falsche oder irreführende Angaben auf einem Antrag für eine Versicherungspolice vornimmt oder wissentlich eine Forderungsbegründung mit falschen oder irreführenden Angaben einreicht, unterliegt strafrechtlichen und zivilrechtlichen Strafen. **Gültig für die Bewohner von North Carolina:** Wer wissentlich und in der Absicht, ein Versicherungsunternehmen oder eine andere Person zu verletzen, zu betrügen oder zu täuschen einen Antrag auf Versicherung oder eine Forderungsbegründung einreicht, der/die irgendwelche wesentlichen falschen Angaben enthält oder Informationen, die hierfür wesentlich sind, zum Zweck der Irreführung verheimlicht, begeht eine Handlung zum Betrug eines Versicherungsunternehmens, was eine Straftat ist und eine derartige Person strafrechtlichen und zivilrechtlichen Strafen unterwirft. **Gültig für die Bewohner von Ohio:** Wer mit der Absicht des Betrugs oder im Wissen, dass er Betrug gegen ein Versicherungsunternehmen begeht, einen Antrag auf Versicherung oder einen Anspruch einreicht, der falsche oder betrügerische Aussagen enthält, macht sich des Versicherungsbetrugs schuldig. **Gültig für die Bewohner von Oklahoma:** WARNUNG: Wer wissentlich und in der Absicht, ein Versicherungsunternehmen zu verletzen, zu betrügen oder zu täuschen einen Anspruch mit falschen, unvollständigen oder irreführenden Angaben auf die Erlöse einer Versicherungspolice einreicht, macht sich einer Straftat schuldig. **Gültig für die Bewohner von Oregon:** Wer wissentlich und in der Absicht, ein Versicherungsunternehmen oder eine andere Person zu verletzen, zu betrügen oder zu täuschen ein Anmeldeformular für Versicherungsschutz oder eine Forderungsbegründung einreicht, das/die irgendwelche wesentlichen falschen Angaben enthält oder zum Zweck der Irreführung Angaben verheimlicht, die sich auf Tatsachen beziehen, die hierzu wesentlich sind, begeht eine Verletzung des bundesstaatlichen Gesetzes. **Gültig für die Bewohner von Pennsylvania:** Wer wissentlich und in der Absicht, ein Versicherungsunternehmen oder eine andere Person zu verletzen, zu betrügen oder zu täuschen einen Antrag auf Versicherung oder eine Forderungsbegründung einreicht, der/die irgendwelche wesentlichen falschen Angaben enthält oder Informationen, die hierfür wesentlich sind, zum Zweck der Irreführung verheimlicht, begeht eine Handlung zum Betrug eines Versicherungsunternehmens, was eine Straftat ist und eine derartige Person strafrechtlichen und zivilrechtlichen Strafen unterwirft. **Gültig für die Bewohner von Puerto Rico:** Wer wissentlich und mit Betrugsabsicht falsche Angaben auf einem Antrag auf Versicherung vornimmt oder einreicht, beim Ausfüllen eines betrügerischen Anspruchs Beihilfe leistet, um Zahlung für einen Verlust oder eine andere Leistung zu erhalten oder mehr als einen Forderungsanspruch für denselben Verlust oder Schaden einreicht, begeht eine Straftat und wird, wenn schuldig befunden, für jeden Verstoß mit einer Geldstrafe von mindestens fünftausend US-Dollar (\$5.000) und maximal zehntausend US-Dollar (\$10.000) oder mit einer Haftstrafe für einen festgelegten Zeitraum von drei (3) Jahren oder beidem belegt. Bei erschwerenden Umständen kann die festgelegte Haftstrafe auf nicht mehr als fünf (5) Jahre erhöht und bei mildernden Umständen kann die Haftstrafe auf ein Minimum von zwei (2) Jahren reduziert werden. **Gültig für die Bewohner von Texas:** Wer wissentlich und in der Absicht, ein Versicherungsunternehmen oder eine andere Person zu verletzen, zu betrügen oder zu täuschen einen Antrag auf Versicherung oder eine Forderungsbegründung einreicht, der/die irgendwelche wesentlichen falschen Angaben enthält oder Informationen, die hierfür wesentlich sind, zum Zweck der Irreführung verheimlicht, begeht eine Handlung zum Betrug eines Versicherungsunternehmens, was eine Straftat ist und eine derartige Person strafrechtlichen und zivilrechtlichen Strafen unterwirft. **Gültig für die Bewohner von Vermont:** Wer wissentlich und in der Absicht, ein Versicherungsunternehmen oder eine andere Person zu verletzen, zu betrügen oder zu täuschen einen Antrag auf Versicherung oder eine Forderungsbegründung einreicht, der/die irgendwelche wesentlichen falschen Angaben enthält oder Informationen, die hierfür wesentlich sind, zum Zweck der Irreführung verheimlicht, begeht eine Handlung zum Betrug eines Versicherungsunternehmens, was eine Straftat ist und eine derartige Person strafrechtlichen und zivilrechtlichen Strafen unterwirft. **Gültig für die Bewohner von Virginia:** Wer wissentlich und in der Absicht, ein Versicherungsunternehmen oder eine andere Person zu verletzen, zu betrügen oder zu täuschen einen Antrag auf Versicherung oder eine Forderungsbegründung einreicht, der/die irgendwelche wesentlichen falschen Angaben enthält oder Informationen, die hierfür wesentlich sind, zum Zweck der Irreführung verheimlicht, begeht eine Handlung zum Betrug eines Versicherungsunternehmens, was eine Straftat ist und eine derartige Person strafrechtlichen und zivilrechtlichen Strafen unterwirft. **Gültig für die Bewohner von Washington:** Es ist eine Straftat, wissentlich falsche, unvollständige oder irreführende Angaben an ein Versicherungsunternehmen zum Zweck des Betrugs des Unternehmens bereitzustellen. Dies kann mit einer Haftstrafe, Geldstrafe oder der Ablehnung von Versicherungsleistungen geahndet werden. **Gültig für die Bewohner von New York:** Wer wissentlich und in der Absicht, ein Versicherungsunternehmen oder eine andere Person zu betrügen einen Antrag auf Versicherung oder eine Forderungsbegründung einreicht, der/die irgendwelche wesentlichen falschen Angaben enthält oder Informationen, die hierfür wesentlich sind, zum Zweck der Irreführung verheimlicht, begeht eine Handlung zum Betrug eines Versicherungsunternehmens, was eine Straftat ist, und unterliegt für jeden Verstoß einer zivilrechtlichen Strafe von nicht mehr als fünftausend US-Dollar sowie den angegebenen Wert der Forderung.

**Unterschrift** \_\_\_\_\_

**Datum** \_\_\_\_\_

## **Bescheinigung, dass Plans mit Federal Affordable Care Act (ACA) der Vereinigten Staaten im Einklang steht**

Aetna hält die anwendbaren Bundesgesetze zu Bürgerrechten ein und nimmt aufgrund von Rasse, Farbe, nationalem Ursprung, Geschlecht, Alter oder Behinderung keine Diskriminierung, keinen Ausschluss und keine unterschiedliche Behandlung von Menschen vor.

Aetna erbringt Menschen mit Behinderungen und Menschen, die sprachliche Unterstützung benötigen, kostenlose Hilfe/Dienstleistungen.

Falls Sie einen qualifizierten Dolmetscher, schriftliche Informationen in anderen Formaten, Übersetzungen oder andere Dienstleistungen benötigen, rufen Sie die Nummer auf Ihrer ID-Karte an.

Falls Sie glauben, dass wir es aufgrund einer geschützten Klasse wie oben angegeben versäumt haben, diese Dienstleistungen zu erbringen, oder auf andere Weise diskriminiert haben, können Sie auch beim Civil Rights Coordinator eine Beschwerde einreichen, indem Sie sich wenden an:

Civil Rights Coordinator,

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (CA-HMO-Kunden: P.O. Box 24030 Fresno, CA 93779),

1-800-648-7817, TTY: 711,

Fax: 859-425-3379 (CA-HMO-Kunden: 860-262-7705), [CRCoordinator@aetna.com](mailto:CRCoordinator@aetna.com).

Sie können auch beim U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights Complaint Portal eine Bürgerrechtsbeschwerde einreichen, Sie erreichen es unter <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> oder unter: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, oder unter 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

*Aetna ist ein Markenname, der für Produkte und Dienstleistungen benutzt wird, die von einem oder mehreren Tochterunternehmen der Aetna-Gruppe erstellt oder erbracht werden, einschließlich Aetna Life Insurance Company, Coventry Health Care plans und ihrer verbundenen Unternehmen (Aetna).*

TTY: 711

English	<b>To access language services at no cost to you, call the number on your ID card.</b>
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 linguísticos 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.