

Dúvidas?

Sabemos que talvez você tenha dúvidas e, por isso, estamos sempre disponíveis para ajudar. Você pode nos ligar a qualquer hora no número apresentado no verso de seu Cartão de Identificação da Aetna.

Você também pode mandar um e-mail seguro registrando-se em www.aetnainternational.com e clicando em "Contact us".



A submissão de solicitações agora mais fácil

Este formulário pode ser usado para apresentar uma solicitação de reembolso de serviços médicos, odontológicos, oftalmológicos ou farmacêuticos.

Se você estiver apresentando uma solicitação de reembolso para mais de uma pessoa, é necessário apresentar um formulário para cada membro da família.

Como preencher este Formulário

- Preencha todo o formulário usando tinta preta
- Quando for o caso, marque suas respostas com um "X", assim:
- Reveja a informação para ter certeza que os detalhes de pagamento estão corretos
- Assine e date a autorização
- Escreva seu número de identificação de segurado em cada documento apresentado com seu formulário de solicitação de reembolso
- Mantenha uma cópia de seu formulário preenchido para seu arquivo

Submetendo sua solicitação de reembolso

Depois de preencher o formulário de solicitação de reembolso você deve enviá-lo, juntamente com as notas e receitas detalhadas. Se as receitas forem pequenas, grude-as em uma folha de papel A-4. Depois submeta os documentos da forma que achar melhor. Nós processaremos sua solicitação de reembolso e responderemos em 10 a 14 dias corridos.

- **Carregue o formulário***
Registre-se em www.aetnainternational.com e clique em "Claims Center"
- **Por fax**
Fora dos EUA: +1 800 475 8751 (via T&T + código de acesso)
Nos EUA: +1 859 425 3363
- **Por e-mail***
Envie os anexos para aiservice@aetna.com
- **Por correio**
Aetna International/Aetna. PO Box981543, El Paso, TX 79998-1543, USA

Para saber sobre a Situação da Solicitação ou do Serviço, Ligue:

Chamada gratuita: +1 800 231 7729

Fora dos Estados Unidos utilize o código de acesso AT&T.

Chamada direta ou a pagar no destino dentro ou fora dos Estados Unidos:
+1 813 775 0190

* O anexo deve ter no máximo 10MB

Alguns serviços podem precisar de informações adicionais

No caso de alguns serviços, você deve apresentar documentos adicionais. Se sua solicitação estiver em uma das categorias abaixo, você deverá apresentar os itens adicionais listados.

Serviços de prótese (como coroas, pontes ou dentaduras):

- Raios-X (ou relatório do dentista, quando não houver Raios-X)
- Um odontograma apresentando qualquer dente faltante e a data da extração
- Data da colocação anterior da prótese com uma justificativa da substituição, se cabível.

Serviços periodonticos:

- Raios-X
- Odontograma periodontico pré-operacional atual

Serviços ortodônticos:

- Data que o aparelho foi colocado
- Meses de tratamento
- Meses de tratamento faltante

Serviços

Serviços dentários relacionados a lesão acidental

- Raios-X antes do tratamento
- Detalhes do acidente

Se seu plano exigir a frequência à escola como condição de cobertura para dependentes acima de uma determinada idade, você deve ter que apresentar:

- Um histórico escolar, declaração da instituição de ensino ou outra forma de verificar a frequência à escola

1 Informação Pessoal

Do segurado (signatário)

Nome (como aparece no seu cartão de identificação da Aetna – inclusive o primeiro nome completo)

Prenome:

Último nome/Sobrenome:

Número de identificação da Aetna (como aparece no seu cartão de identificação da Aetna)

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

Data de nascimento

Gênero

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Masculino Feminino

Detalhes de contato:

Número de telefone (incluir código de Área e/ou de País):

Endereço de e-mail:

Endereço

Endereço completo:

Estado/município:

Cidade:

País:

CEP:

Sobre o empregador

Nome

Número do grupo

Sobre o paciente

Nome

Prenome:

Último nome/Sobrenome:

Data de nascimento

Gênero

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Masculino Feminino

Grau de parentesco com o segurado

Próprio Cônjuge Filho(a) Outros:

2 Detalhes do reembolso

Para onde você quer que o reembolso seja enviado?

- Para o segurado (signatário)
 Para o prestador

Quais detalhes de pagamento devemos usar para o reembolso?

- Use a informação da Seleção de Reembolso Recorrente (RRE) atualmente no arquivo
 Use a informação apresentada na seção de Detalhes do Pagamento para criar um RRE ou atualizar seu atual RRE
 Use a informação apresentada na seção de Detalhes de Pagamento apenas para as despesas relativas a este formulário

Como devemos processar seu reembolso?

- Mediante transferência bancária de fundos da Aetna para a conta bancária informada abaixo.
Esta é a forma mais fácil de reembolso.
 Por cheque

Em que moeda você gostaria que o reembolso seja feito, ou seja, GBP?

Se a moeda escolhida não estiver disponível para o método de reembolso selecionado, nós depositaremos em dólar americano (US\$), caso tenhamos os detalhes bancários ou, caso não tenhamos as informações bancárias, emitiremos um cheque em dólar em nome da pessoa para quem o cheque será enviado.

País:

Moeda:

Reembolso para fornecedores fora dos EUA

Se, agindo de forma razoável, nós determinarmos que algum banco central e/ou autoridade pública ou governamental equivalente impuser uma taxa de câmbio artificial (incluindo, dentre outras coisas, uma taxa de câmbio que seja incompatível com a taxa de câmbio praticada livremente no mercado) em relação a uma moeda relevante, por qualquer motivo, nós poderemos, segundo nosso exclusivo critério, atender suas solicitações de reembolso válidas nos termos do presente contrato para tratamento nesse país da maneira que decidimos como sendo razoável. Ao fazer tal determinação, estamos buscando garantir que, de acordo com a base fundamental de qualquer contrato de seguro, nós o indenizemos devidamente por sua perda (sujeito aos termos e condições da sua política), mas não o enriqueçamos injustamente, conforme poderia ocorrer se aplicássemos tal taxa de câmbio artificial para pagamento em outra moeda.

Fornecedores de dentro da rede da Aetna, fora dos EUA

A forma de reembolso pode consistir no pagamento (i) na moeda local aplicável (se possível, segundo exclusivo critério da Aetna), ou (ii) caso você não possua uma conta bancária em tal moeda local, na moeda em que o prêmio da política foi pago, em um montante igual ao que teríamos pago ao nosso **fornecedor de rede** na moeda em que o prêmio foi pago segundo nossas obrigações perante tal **fornecedor de rede** (conforme podemos razoavelmente determinar), sujeito em cada caso ao princípio da responsabilidade civil mencionado acima.

Fornecedores de fora da rede da Aetna, fora dos EUA

A forma de reembolso pode consistir no pagamento (i) na moeda local aplicável, sujeito ao princípio de responsabilidade civil mencionado acima (se possível, segundo exclusivo critério da Aetna), ou (ii) caso você não possua uma conta bancária em tal moeda local, na moeda em que o prêmio da política foi pago, em um montante igual aos **Custos Razoáveis e Habituais aplicáveis**.

Detalhes de pagamento

Se você escolheu receber seus benefícios por transferência bancária, informe os detalhes abaixo.

Nós faremos a transferência de fundos para sua conta sem qualquer custo, mas recomendamos que verifique com seu banco cobra alguma taxa adicional para recebimento de Transferências de Fundos.

Nome do titular da conta (da forma que aparece no extrato bancário)

Número da conta bancária

Código de Identificação do Banco / Número de roteamento ou ID/Código Alternativo

Código S.W.I.F.T./BIC CHIPS UID

Federal (apenas transferência bancária) ABA

Número do Banco IBAN* Outro**

*(*Confirme com seu banco quaisquer exigências de IBAN que, em alguns países, são obrigatórias e devem ser apresentadas para transações de pagamento de solicitação de reembolso por transferência bancária, como nos Emirados Árabes Unidos (EAU).*

*** Use outro campo de entrada para descrever as IDs ou Códigos Alternativos como Código/Agência Bancária, RUT#, IFSC Código, KBA#.)*

Detalhes bancários

Nome do banco:

Endereço completo:

Cidade:

Estado/província:

País:

CEP:

Telefone (incluir código de Área/País):

3 Detalhes da solicitação de reembolso

Esta solicitação se refere a que tipo de serviço(s)? *Consulte os documentos do seu plano para verificar os detalhes da cobertura.*

- Médico
 Farmácia
 Dentário – anexe o formulário GC-14423
 Oftalmológico
 Identifique o número relativo ao dente para todos os procedimentos odontológicos)

Responda “Sim” ou “Não”

A solicitação está relacionada a um acidente ou condição relacionados ao trabalho. Sim Não

A solicitação está relacionada a uma lesão acidental. Sim Não

Se estiver apresentando uma solicitação para um acidente ou uma condição relacionado ao trabalho, ou qualquer lesão acidental, informe os detalhes:

Data do acidente Horário

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

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

Manhã Tarde/noite

Como e onde aconteceu o acidente?

Observação:
 Use o espaço abaixo para resumir cada fase do tratamento objeto desta solicitação. Se precisar apresentar uma solicitação para mais de dois casos, copie preencha a página 3 também e devolva juntamente com este formulário.
 Marque aqui se esta solicitação de reembolso se referir apenas aos Resumos de Tratamento abaixo.

Resumo do tratamento

Data do tratamento Custo total (com moeda)

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Local da solicitação – Nome e endereço do prestador

Cidade: _____

Estado/município: _____

Pais: _____

CEP: _____

Descrição do serviço
 ou seja, tipo de tratamento, nome do medicamento/dispositivo

Motivo da consulta

Tipo de paciente

Interno Ambulatorial

Se for interno...

Qual a data de internação? E da alta?

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Resumo do tratamento

Data do tratamento Custo total (com moeda)

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Local da solicitação – Nome e endereço do prestador

Cidade: _____

Estado/município: _____

Pais: _____

CEP: _____

Descrição do serviço
 ou seja, tipo de tratamento, nome do medicamento/dispositivo

Motivo da consulta

Tipo de paciente

Interno Ambulatorial

Se for interno...

Qual a data de internação? E da alta?

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

[Empty text box for signature name]

Observação:

Use o espaço abaixo para resumir cada caso de tratamento para o qual você está solicitando um pagamento. Caso precise apresentar uma solicitação de reembolso para mais de dois casos (abaixo), tire uma cópia desta página antes de preencher e devolva todas as páginas adicionais com este formulário. Mude os Números da Página das cópias adicionais, começando com a Página 5.

Resumo do tratamento

Data do tratamento

[Date input grid: D D M M A A A A]

Custo total (com moeda)

[Cost input box]

Local da solicitação – Nome e endereço do prestador

[Form for provider name and address with fields for City, State, Country, and ZIP]

Descrição do serviço

ou seja, tipo de tratamento, nome do medicamento/dispositivo

[Description of service input box]

Motivo da consulta

[Reason for consultation input box]

Tipo de paciente

Interno Ambulatorial

Se for interno...

Qual a data de internação?

[Admission date input grid: D D M M A A A A]

E da alta?

[Discharge date input grid: D D M M A A A A]

Resumo do tratamento

Data do tratamento

[Date input grid: D D M M A A A A]

Custo total (com moeda)

[Cost input box]

Local da solicitação – Nome e endereço do prestador

[Form for provider name and address with fields for City, State, Country, and ZIP]

Descrição do serviço

ou seja, tipo de tratamento, nome do medicamento/dispositivo

[Description of service input box]

Motivo da consulta

[Reason for consultation input box]

Tipo de paciente

Interno Ambulatorial

Se for interno...

Qual a data de internação?

[Admission date input grid: D D M M A A A A]

E da alta?

[Discharge date input grid: D D M M A A A A]

4 Outras coberturas de saúde existentes

Alguém em sua família é coberto por outro plano ou programa de saúde, Medicare, ou qualquer plano do governo federal, estadual, nacional ou social dos EUA?

Não → vá direto para 5 (Autorização)

Sim – continue nesta seção

Nome da seguradora ou tipo de seguro

Nome do membro da família

Prenome:

Último nome/Sobrenome:

Data de nascimento

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Gênero

Masculino Feminino

Grau de parentesco com o segurado

Próprio Cônjugue Filho(a) Outros:

5 Consentimento para processar dados de saúde

A informação que facultou neste formulário de pedido contém dados pessoais assim como dados de saúde. Para ajudar a tomar uma decisão informada no sentido de dar o seu consentimento para processar os seus dados de saúde, facultamos algumas informações abaixo.

A Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd., Aetna Life Insurance Company ("Aetna", "nós") é a responsável pelo tratamento de todos os dados que tenha fornecido neste formulário, incluindo dados de saúde. Nós protegemos a privacidade dos dados incluídos neste formulário em conformidade com as leis e regulamentos de privacidade aplicáveis, assim como com as políticas de privacidade da empresa.

Utilizaremos os dados pessoais e de saúde fornecidos neste formulário de pedido para avaliar, processar e administrar o seu pedido.

Iremos reter os seus dados pessoais e dados de saúde durante o tempo necessário para estes fins e, adicionalmente, poderemos guardar os dados de um pedido durante 10 anos, desde a data de conclusão do seu pedido, para cumprir as nossas obrigações legais ou regulamentares.

Poderemos divulgar informações sobre si a terceiros para avaliar, processar e administrar o seu pedido. Nós permaneceremos responsáveis pelo tratamento dos dados e iremos exigir que esses terceiros protejam os seus dados. A informação que fornecer neste pedido será processada nos Estados Unidos, em conformidade com os termos da apólice de seguros aplicável.

Para mais informações sobre os seus direitos à privacidade de dados e quem contactar em caso de dúvidas relativamente às práticas de privacidade da Aetna, pode consultar a nossa política de privacidade completa em <https://www.aetnainternational.com/en/about-us/legal-notice.html>.

Tenha em atenção que, ao recusar o seu consentimento, não poderemos prosseguir com o processamento do seu pedido ou as informações serão insuficientes para tomar uma decisão plenamente informada relativamente ao seu pedido.

6 Autorização

Para todos os depósitos eletrônicos

Autorizo a Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd., Aetna Life Insurance Company e quaisquer de suas afiliadas ("Aetna") e/ou Agentes a efetuar pagamentos de quaisquer benefícios devidos a mim e/ou a meus dependentes, creditando-os em minha conta no banco ou na instituição financeira designados neste formulário. Concordo em informar à Aetna, por escrito, qualquer alteração nas informações prestadas neste formulário ou a anulação desta autorização. Concordo que, se por algum motivo, forem feitos depósitos de pagamentos de benefício indevidos em minha conta, imediatamente reembolsarei o montante integral do pagamento. Concordo, ainda, que se não efetuar o reembolso imediato do pagamento, serei responsabilizado individualmente por todos os custos de recuperação (inclusive honorários advocatícios razoáveis e os juros máximos permitidos por lei).

Autorização médica, farmacêutica, odontológica e oftalmológica.

Deve ser assinada e datada

Autorizo todos os médicos, outros profissionais de saúde, farmácias / farmacêuticos, hospitais e instituições de assistência à saúde a fornecerem à Aetna e qualquer outra parte, atuando em nome da Aetna ou a quem a Aetna tenha contratado, informações sobre o serviço médico, aconselhamento, tratamento ou suprimentos prestados ao Paciente (inclusive em relação a distúrbios mentais e/ou AIDS/ARC/HIV). A informação será usada para fins de avaliação e administração das solicitações. A Aetna pode apresentar ao funcionário designado neste formulário qualquer cálculo de benefício utilizado no pagamento desta solicitação, para fins de análise da experiência e operação da apólice / contrato. Esta autorização é válida pelo período de vigência da apólice ou do contrato que rege esta solicitação. Tenho ciência de meu direito a receber uma cópia desta autorização, mediante solicitação, e concordo que a cópia desta autorização tem a mesma validade que o original.

Autorizo também a Aetna a processar os meus dados médicos para processar o meu pedido conforme definido na Secção 5, Consentimento para processar dados do pedido.

Aviso: é crime prestar informação falsa ou enganosa a uma seguradora para fraudar a seguradora ou qualquer outra pessoa. As penalidades incluem prisão e/ou multas. Além disso, uma seguradora pode negar os benefícios do seguro se o solicitante houver fornecido informações materialmente falsas em relação à solicitação.

Você pode preferir usar uma forma de assinatura eletrônica neste formulário de solicitação confirmando a verificação e declaração dos detalhes acima. Para evitar dúvida, a assinatura eletrônica será válida e vinculante, como se fosse a assinatura original. Podemos confiar nessa assinatura eletrônica como uma verificação e declaração vinculantes que confirmam que as informações acima são exatas e não enganosas, em todos os aspectos.

Assinatura do Paciente ou da Pessoa Autorizada

Data de assinatura

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

As empresas Aetna não podem pagar por serviços de saúde prestados em um país sob sanção dos Estados Unidos, a menos que seja permitido mediante uma licença escrita do Escritório de Controle de Bens Estrangeiros (OFAC). Saiba mais sobre o site do Tesouro dos EUA em:

www.treasury.gov/resource-center/sanctions

Cobertura subscrita pela Aetna Life Insurance Company e Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd.

GR-68069 PTG (9-19) D

Mantenha uma Cópia para seus Arquivos

Declaração Falsa / Fraudulenta

Qualquer pessoa que conscientemente e com a intenção de lesar, fraudar ou enganar qualquer seguradora ou outra pessoa, apresentar uma solicitação de seguro ou de reembolso contendo qualquer informação substancialmente falsa, ou esconder, para fins de enganar, informações relativas a qualquer fato material pertinente, está cometendo um ato de fraude contra o seguro, que é um crime sujeito a penalidades criminais e civis.

Declarações Fraudulentas nos Estados Unidos Abaixo:

Atenção Moradores do Alabama: Qualquer pessoa que conscientemente apresentar uma solicitação falsa ou fraudulenta para pagamento de um sinistro ou benefício, ou que conscientemente apresentar informações falsas em uma solicitação de seguro, é culpada de um crime e pode ser obrigada a pagar multas de restituição ou cumprir pena na prisão, ou os dois.

Atenção Moradores do Arkansas, Distrito de Colúmbia, Ilha Rode e West Virginia: Qualquer pessoa que conscientemente apresentar uma solicitação falsa ou fraudulenta para pagamento de um sinistro ou benefício, ou que conscientemente apresentar informações falsas em uma solicitação de seguro, é culpada de um crime e pode ser obrigada a pagar multas de restituição e cumprir pena na prisão.

Atenção Moradores da Califórnia: Para sua proteção, a lei da Califórnia exige que a seguinte nota apareça neste formulário: Qualquer pessoa que conscientemente apresentar uma solicitação falsa ou fraudulenta para pagamento de um sinistro é culpada de um crime e estará sujeita a multas e reclusão em uma prisão do estado.

Atenção Moradores do Colorado: É ilegal apresentar, conscientemente, fatos ou informações falsos, incompletos ou enganosos para uma empresa de seguros, para fraudar ou tentar fraudar a empresa. As penalidades podem incluir prisão, multas, recusa do seguro e danos civis. Qualquer empresa de seguro ou agente de uma seguradora que conscientemente apresentar fatos ou informações falsos, incompletos ou enganosos para um titular de apólice ou reclamante para fraudar ou tentar fraudar o titular da apólice ou reclamante em relação a uma compensação ou prêmio a serem pagos com os recursos do seguro, deve ser denunciada à divisão de seguros do Colorado, no departamento de agências reguladoras.

Atenção Moradores da Flórida: Qualquer pessoa que conscientemente e com a intenção de lesar, fraudar ou enganar uma seguradora, submeter uma solicitação de reembolso ou de afiliação que contenha qualquer informação falsa, incompleta ou enganosa, é culpada de um crime em terceiro grau.

Atenção Moradores do Kansas: Qualquer pessoa que conscientemente e com intenção de lesar, fraudar ou enganar qualquer empresa de seguro, ou outra pessoa, apresentar um formulário de inscrição para seguro, ou solicitação de reembolso, que contenha qualquer informação substancialmente falsa ou esconda, para fins de enganar, informações relativas a qualquer fato material pertinente, pode ter violado uma lei estadual.

Atenção Moradores do Kentucky: Qualquer pessoa que conscientemente e com intenção de fraudar qualquer empresa de seguro ou outra pessoa, entrar com uma solicitação de reembolso que contenha qualquer informação substancialmente falsa, ou que esconda, para fins de enganar, informações relativas a qualquer fato material pertinente, comete um ato de fraude contra o seguro, que é um crime.

Atenção Moradores de Louisiana: Qualquer pessoa que conscientemente apresentar uma solicitação falsa ou fraudulenta para pagamento de um sinistro ou benefício, ou que conscientemente apresentar informações falsas em uma solicitação de seguro, é culpada de um crime e pode ser obrigada a pagar multas e cumprir pena na prisão.

Atenção Moradores do Maine e do Tennessee: É crime apresentar, conscientemente, fatos ou informações falsos, incompletos ou enganosos para uma empresa de seguros, para fraudar ou tentar fraudar a empresa. As penalidades podem incluir prisão, multas ou recusa do seguro.

Atenção Moradores de Maryland: Qualquer pessoa que conscientemente apresentar uma solicitação falsa ou fraudulenta para pagamento de um sinistro ou benefício, ou que conscientemente apresentar informações falsas em uma solicitação de seguro, é culpada de um crime e pode ser obrigada a pagar multas e cumprir pena na prisão.

Atenção Moradores do Missouri: É crime apresentar, conscientemente, fatos ou informações falsos, incompletos ou enganosos para uma empresa de seguros, para fraudar ou tentar fraudar a empresa. As penalidades incluem reclusão, multas, recusa do seguro e danos civis, conforme determinação do tribunal. Qualquer pessoa que conscientemente e intencionalmente lesar, fraudar ou enganar uma seguradora pode ser culpada de fraude, como determinado por um tribunal.

Atenção Moradores de Nova Jersey: Qualquer pessoa que incluir informações falsas ou enganosas em uma aplicação para apólice de seguro, ou que conscientemente apresentar uma solicitação de reembolso que contenha informações falsas ou enganosas está sujeita às penalidades criminais e civis.

Atenção Moradores da Carolina do Norte: Qualquer pessoa que conscientemente e com a intenção de lesar, fraudar ou enganar qualquer seguradora ou outra pessoa, apresentar uma solicitação de seguro ou de reembolso com qualquer informação substancialmente falsa, ou esconder, para fins de enganar, informações relativas a qualquer fato material pertinente, está cometendo um ato de fraude contra o seguro, que é um crime sujeito a penalidades criminais e civis.

Atenção Moradores de Ohio: Qualquer pessoa que, com a intenção de fraudar ou tenha conhecimento de estar facilitando uma fraude contra uma seguradora, apresentar uma aplicação ou uma solicitação de reembolso que contenha declarações falsas ou enganosas, é culpada de fraude a seguro.

Atenção Moradores de Oklahoma: AVISO: Qualquer pessoa que conscientemente e com a intenção de lesar, fraudar ou enganar uma seguradora, submeter uma solicitação de reembolso para receber uma apólice de seguro que contenha qualquer informação falsa, incompleta ou enganosa, é culpada de um crime.

Atenção Moradores do Oregon: Qualquer pessoa que conscientemente e com intenção de lesar, fraudar ou enganar qualquer empresa de seguro, ou outra pessoa, apresentar um formulário de inscrição para seguro, ou solicitação de reembolso, que contenha qualquer informação substancialmente falsa ou esconda, para fins de enganar, informações relativas a qualquer fato material pertinente, pode ter violado uma lei estadual.

Atenção Moradores da Pensilvânia: Qualquer pessoa que conscientemente e com a intenção de fraudar qualquer seguradora ou outra pessoa, apresentar uma solicitação de seguro ou de reembolso com qualquer informação substancialmente falsa, ou esconder, para fins de enganar, informações relativas a qualquer fato material pertinente, está cometendo um ato de fraude contra o seguro, que é um crime sujeito a penalidades criminais e civis.

Atenção Moradores de Porto Rico: Qualquer pessoa que conscientemente e com intenção de fraudar incluir informações falsas em uma solicitação de seguro, ou submeter, ajudar ou contribuir com a submissão de uma solicitação fraudulenta para obter pagamento de um sinistro ou outro benefício, ou entrar com mais de uma solicitação de reembolso para o mesmo sinistro ou dano, comete um crime e, se considerada culpada, deve ser punida por cada violação com uma multa não inferior a cinco mil dólares (US\$ 5.000) e não superior a dez mil dólares (US\$ 10.000), ou com reclusão por um período de três (3) anos, ou as duas penas. Caso haja circunstâncias agravantes, o período de prisão pode aumentar para, no máximo, cinco (5) anos. Caso haja circunstâncias atenuantes, a sentença de prisão pode ser reduzida para, no mínimo, dois (2) anos.

Atenção Moradores do Texas: Qualquer pessoa que conscientemente e com a intenção de lesar, fraudar ou enganar qualquer seguradora ou outra pessoa, apresentar uma solicitação de seguro ou de reembolso que contenha qualquer informação intencionalmente falsa, ou esconder, para fins de enganar, informações relativas a qualquer fato material pertinente, está cometendo um ato de fraude contra o seguro, que é um crime sujeito a penalidades criminais e civis.

Atenção Moradores de Vermont: Qualquer pessoa que conscientemente e com a intenção de lesar, fraudar ou enganar qualquer seguradora ou outra pessoa, apresentar uma solicitação de seguro ou de reembolso com qualquer informação substancialmente falsa, ou esconder, para fins de enganar, informações relativas a qualquer fato material pertinente, está cometendo um ato de fraude contra o seguro, que é um crime sujeito a penalidades criminais e civis.

Atenção Moradores de Virginia: Qualquer pessoa que conscientemente e com a intenção de lesar, fraudar ou enganar qualquer seguradora ou outra pessoa, apresentar uma solicitação de seguro ou de reembolso que contenha qualquer informação substancialmente falsa, ou esconder, para fins de enganar, informações relativas a qualquer fato material pertinente, está cometendo um ato de fraude contra o seguro, que é um crime sujeito a penalidades criminais e civis.

Atenção Moradores de Washington: É crime apresentar, conscientemente, fatos ou informações falsos, incompletos ou enganosos para uma empresa de seguros, para fraudar ou tentar fraudar a empresa. As penalidades podem incluir prisão, multas ou recusa dos benefícios do seguro.

Atenção Moradores de Nova York: Qualquer pessoa que conscientemente e com a intenção de lesar, fraudar ou enganar qualquer seguradora ou outra pessoa, apresentar uma solicitação de seguro ou de reembolso contendo qualquer informação substancialmente falsa, ou esconder, para fins de enganar, informações relativas a qualquer fato material pertinente, está cometendo um ato de fraude contra o seguro, que é um crime, e estará sujeita a penalidades criminais e civis não superiores a cinco mil dólares e o valor declarado da solicitação de reembolso para cada violação.

Assinatura _____

Data _____

Para planos em conformidade com os regulamentos da Lei de serviços de saúde acessíveis (ACA) dos Estados Unidos

A Aetna cumpre as leis federais de direitos civis aplicáveis e não discrimina, exclui ou trata indivíduos de maneira diferente com base em sua etnia, cor, nacionalidade, sexo, idade ou deficiência.

A Aetna oferece auxílios/serviços gratuitos a pessoas com deficiência e a indivíduos que precisam de auxílio linguístico.

Se você precisa de um intérprete qualificado, informações por escrito em outros formatos, tradução ou outros serviços, entre em contato por meio do número que consta em sua carteira de identificação.

Se você considera que nós deixamos de prestar esses serviços ou de outra maneira discriminamos com base nas categorias observadas acima, é possível também registrar uma queixa junto ao Coordenador de direitos civis, entrando em contato com o:

Coordenador de direitos civis,

Caixa postal 14462, Lexington, KY 40512 (clientes de Operadora de plano de saúde [HMO] na CA: Caixa postal 24030 Fresno, CA 93779), 1-800-648-7817, TTY: 711, Fax: 859-425-3379 (clientes de Operadora de plano de saúde [HMO] na CA: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com.

Também é possível registrar uma denúncia relacionada aos direitos civis junto ao Departamento de serviços humanos e de saúde dos EUA (U.S. Department of Health and Human Services), no Portal de denúncias do Gabinete dos direitos civis, disponível em <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, ou no endereço: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, ou ainda por meio do número 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Aetna é a denominação comercial utilizada para produtos e serviços prestados por um ou mais grupos de empresas subsidiárias da Aetna, inclusive a Aetna Life Insurance Company, os planos da Coventry Health Care e suas afiliadas (Aetna).

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 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.