Tem dúvidas?
Sabemos que pode ter dúvidas e estamos sempre disponíveis para ajudar. Pode entrar em contacto connosco em qualquer altura, através do número de telefone indicado no verso do seu cartão de ID Aetna.

Além disso, pode enviar-nos um e-mail protegido, bastando para isso iniciar sessão em **www.aetnainternational.com** e clicar em "Contact us" (Contacte-nos).

Missionário sénior

inscrito no
Senior Service Medical Plan (SSMP)

Submissão de pedidos facilitada

Este formulário pode ser utilizado para submeter um pedido de reembolso de serviços médicos ou farmacêuticos*

(**se tiverem sido utilizados fundos pessoais*).

Se estiver a apresentar um pedido para mais do que uma pessoa, é necessário um formulário separado para cada membro da família.

Como preencher este formulário

- Todo o formulário deve ser preenchido com tinta preta
- Assinale as suas respostas, quando aplicável, com "X", da seguinte forma: ☒
- Confirme que os seus dados de pagamento estão corretos
- Assine e date a autorização
- Escreva o seu número de identificação de membro em cada documento submetido com o seu formulário de pedido de reembolso
- Guarde uma cópia do seu formulário preenchido para os seus registos

Submeter um pedido

Depois de preencher o formulário de pedido de reembolso, terá que submetê-lo em conjunto com as suas faturas e recibos discriminados. Se os seus recibos forem pequenos, deve colá-los com fita cola a uma folha de papel de tamanho normal. Em seguida, submeta os documentos da forma que preferir.

- **Envie por e-mail***
  Envie os anexos para **aiservice@aetna.com**
  NOTA: O limite do tamanho dos anexos é 10 MB
- **Envie por correio**
  Aetna International/Aetna. PO Box 981543,
  El Paso, TX 79998-1543, USA

Para informações sobre o estado do pedido ou assistência, ligue:
EUA direta: **+1 813 775 0381**, **(TTY: 711)**

**** O limite do tamanho dos anexos é 10 MB***

Alguns serviços poderão exigir informações adicionais

Para alguns serviços, terá de submeter documentos adicionais

1 Dados pessoais

Sobre o membro (Missionário sénior)

Nome (conforme indicado no seu cartão de ID Aetna - incluindo o Nome próprio por extenso)

Nome(s) próprio(s);

Apelido:

Número de ID Aetna (conforme indicado no seu cartão de ID Aetna)

Data de nascimento (MMDDYYYY) Sexo

☐ Masculino ☐ Feminino

Dados de contacto

Número de telefone *(incluir indicativo regional e/ou do país)*:

Endereço de e-mail:

Endereço

Morada:

Cidade:

Estado/província:

País:

Código postal:

2 Dados para reembolso

Para onde pretende que o reembolso seja enviado?

☐ Para o membro (Missionário sénior) ☐ Para o prestador

Quais são os dados de pagamento que devemos utilizar para procedermos ao seu reembolso?

☐ Utilize as informações da Opção para Reembolsos Recorrentes (RRE) atualmente em arquivo

☐ Utilize as informações fornecidas na secção Dados de pagamento abaixo para definir uma RRE ou atualize a sua RRE atual

☐ Utilize as informações fornecidas na secção Dados de pagamento abaixo apenas para as despesas relacionadas com este formulário (opção predefinida)

De que forma devemos proceder ao seu reembolso?

☐ Através de transferência bancária da Aetna para a conta bancária indicada abaixo.
Esta é a forma mais fácil de reembolso.

☐ Através de cheque

Pretende ser reembolsado em que moeda, por exemplo, GBP?
Se a moeda escolhida não estiver disponível para o método de reembolso selecionado acima, iremos assumir por defeito uma transferência em dólares americanos ($) ou um cheque em dólares americanos ($) à ordem da parte para a qual o pagamento é enviado, se não existem dados bancários.

País:

Moeda:

Reembolso para prestadores fora dos EUA

Se determinarmos, de forma razoável, que qualquer banco central ou governo ou autoridade governamental relevante impuser uma taxa de câmbio artificial (incluindo, sem limitação, uma taxa de câmbio que seja inconsistente com a taxa de câmbio de mercado livre) em relação a uma moeda em causa por qualquer razão, podemos, a nosso exclusivo critério, proceder ao seu reembolso dos pedidos válidos no âmbito deste acordo para processamento no país específico e da forma razoável que decidirmos. Ao determinarmos desta forma, procuraremos assegurar que, mantendo a base fundamental de qualquer contrato de seguro, o iremos indemnizar pela sua perda (de acordo com os termos e condições da sua apólice) mas sem o beneficiar injustamente, conforme poderia ter sido o caso se tivéssemos aplicado tal taxa de câmbio artificial em vez de lhe pagar noutra moeda.

Prestadores da rede Aetna fora dos EUA

A forma de reembolso pode consistir no pagamento (i) na moeda local aplicável (se viável a exclusivo critério da Aetna) ou (ii) se não possuir uma conta bancária nessa moeda local, na moeda na qual o prémio da apólice foi pago, num valor igual ao que teríamos pago ao nosso **prestador da rede** na moeda na qual o prémio foi pago no âmbito das nossas obrigações com tal **prestador da rede** (conforme possamos determinar de forma razoável), estando cada caso sujeito ao princípio de indeminização mencionado acima.

Sobre o promotor do plano

Nome

The Church of Jesus Christ of Latter-day Saints

Sufixo de controlo - Número da conta (número GRP no cartão de ID)

Sobre o paciente

Nome

Nome(s) próprio(s);

Apelido:

Data de nascimento (MMDDYYYY) Sexo

☐ Masculino ☐ Feminino

Relação com o membro

☐ O próprio ☐ Cônjuge

☐ Filho(a) ☐ Outra:

Prestadores fora da rede fora dos EUA

A forma de reembolso pode consistir no pagamento (i) na moeda local aplicável sujeito ao princípio de indeminização mencionado acima (se viável a exclusivo critério da Aetna) ou (ii) se não possuir uma conta bancária nessa moeda local, na moeda na qual o prémio da apólice foi pago, num valor igual aos **Custos razoáveis e habituais** aplicáveis.

Dados de pagamento

Se tiver optado por receber os seus benefícios por transferência bancária, preencha os dados abaixo.
Iremos transferir os fundos para o seu banco sem custos para si, no entanto aconselhamo-lo a consultar o seu banco para confirmar se a receção de transferências de fundos está sujeita a encargos adicionais cobrados pelo seu banco.

Nome do titular da conta bancária (conforme consta dos extratos bancários)

Número da conta bancária

Número de identificação bancária/Routing Number ou ID/código alternativo

☐ Código S.W.I.F.T./BIC (apenas pagamento direto) ☐ CHIPS UID

☐ ABA Federal

☐ Identificação de triagem bancária ☐ IBAN*

☐ Outro**

(Confirme com o seu banco os requisitos em termos de IBAN, que, em determinados países, são obrigatórios e têm de ser fornecidos para transações de pagamentos de pedidos por transferência bancária, tal como nos Emirados Árabes Unidos (EAU).*

***Utilize o campo Outro para descrever Identificações ou Códigos alternativos como Código do banco/sucursal, N.º RUT, Código IFSC, N.º KBA*

Dados do banco

Nome do banco:

Morada:

Cidade:

Estado/província:

País:

Código postal:

Número de telefone *(incluir indicativo regional e/ou do país)*:

3 Dados do pedido

Está a apresentar um pedido para que tipos de serviço(s)? *Consulte os documentos do seu plano para verificar que coberturas este abrange.*

☐ Médico ☐ Farmacêutico

Responda "Sim" ou "Não"
O pedido de reembolso está relacionado com um acidente de trabalho ou doença profissional. ☐ Sim ☒ Não

Nota:
Utilize o espaço abaixo para resumir cada instância de tratamento para a qual está a apresentar um pedido de reembolso. Se precisar de submeter um pedido para mais de duas instâncias, preencha também a Página 3 e devolva-a em conjunto com este formulário.

☐ Assinale aqui se apenas os Resumos de tratamento abaixo estão incluídos para esta submissão de pedido de reembolso.

Resumo do tratamento

Data de tratamento (MMDDYYYY) | Custo total (com moeda)

Local do pedido - Nome e morada do prestador

Cidade:
Estado/província:
País:
Código postal:

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

Motivo da visita

Tipo de paciente
☐ Paciente hospitalizado ☐ Paciente externo

Em caso de paciente hospitalizado...
Qual foi a data de admissão? (MMDDYYYY)
E a data de alta? (MMDDYYYY)

Resumo do tratamento

Data de tratamento (MMDDYYYY) | Custo total (com moeda)

Local do pedido - Nome e morada do prestador

Cidade:
Estado/província:
País:
Código postal:

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

Motivo da visita

Tipo de paciente
☐ Paciente hospitalizado ☐ Paciente externo

Em caso de paciente hospitalizado...
Qual foi a data de admissão? (MMDDYYYY)
E a data de alta? (MMDDYYYY)

Nota:
Utilize o espaço abaixo para resumir cada instância de tratamento para a qual está a apresentar um pedido de reembolso. Se precisar de submeter um pedido para mais de duas instâncias (abaixo), copie esta página antes de avançar e devolva quaisquer folhas adicionais em conjunto com este formulário.

Numere os Números de página das cópias adicionais, a começar pela Página 5.

Resumo do tratamento

Data de tratamento (MMDDYYYY) | Custo total (com moeda)

Local do pedido - Nome e morada do prestador

Cidade:

Estado/província:

País:

Código postal:

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

Motivo da visita

Tipo de paciente
☐ Paciente hospitalizado ☐ Paciente externo

Em caso de paciente hospitalizado...
Qual foi a data de admissão? (MMDDYYYY)
E a data de alta? (MMDDYYYY)

Resumo do tratamento

Data de tratamento (MMDDYYYY) | Custo total (com moeda)

Local do pedido - Nome e morada do prestador

Cidade:

Estado/província:

País:

Código postal:

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

Motivo da visita

Tipo de paciente
☐ Paciente hospitalizado ☐ Paciente externo

Em caso de paciente hospitalizado...
Qual foi a data de admissão? (MMDDYYYY)
E a data de alta? (MMDDYYYY)

4 Outra cobertura de saúde existente

Alguma pessoa na sua família está coberta por outro seguro ou plano de saúde, Medicare ou qualquer plano governamental social, nacional, estatal ou federal dos EUA?

☒ Não →avance para 6 (Autorização)

☐ Sim - continue nesta secção

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. 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-notices.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 por meios eletrónicos

Autorizo a Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd., a Aetna Life Insurance Company e todas as suas filiais ("Aetna") e/ou os seus agentes dedicados a efetuarem o pagamento dos benefícios que me sejam devidos a mim e/ou aos meus dependentes, depositando tais pagamentos na minha conta junto do banco ou instituição financeira identificados neste formulário. Comprometo-me a informar a Aetna, por escrito, de quaisquer alterações às informações fornecidas neste formulário ou do cancelamento desta autorização. Se, por qualquer motivo, forem depositados indevidamente pagamentos de benefícios na minha conta, comprometo-me a reembolsá-los imediatamente na integralidade. Declaro ainda que, se não reembolsar imediatamente os referidos montantes, serei pessoalmente responsável por todos os custos da cobrança (incluindo honorários de advogados de valor razoável e juros à taxa máxima permitida por lei).

Autorização para serviços médicos, farmacêuticos, dentários e óticos

Tem de ser assinada e datada.

Autorizo todos os médicos ou outros profissionais de saúde, farmácias/farmacêuticos, hospitais e estabelecimentos de saúde a fornecer à Aetna ou a qualquer parte independente que atue em nome desta ou que esta tenha contratado, informações sobre cuidados de saúde, aconselhamento, tratamentos ou produtos fornecidos ao paciente (incluindo os relacionados com doenças mentais e/ou SIDA/CRS/VIH). Estas informações serão exclusivamente utilizadas para fins de avaliação e administração dos pedidos de reembolso. A Aetna poderá fornecer à entidade patronal identificada neste formulário quaisquer cálculos de benefícios utilizados no pagamento do reembolso objeto deste pedido para efeitos de avaliação da experiência e execução da apólice/contrato. Esta autorização é válida durante o período de vigência da apólice ou contrato ao abrigo do qual o pedido de reembolso é apresentado. Fui informado de que tenho o direito de receber uma cópia desta autorização após solicitação e reconheço que uma cópia desta autorização terá 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: a prestação de informações falsas ou suscetíveis de induzir em erro a uma seguradora com o objetivo de defraudar esta seguradora ou qualquer outra pessoa constitui um crime. Este crime é punível com pena de prisão e/ou multa. Além disso, a seguradora poderá recusar o pagamento dos benefícios caso o requerente tenha fornecido informações falsas diretamente relacionadas com o pedido de reembolso.

Poderá optar por utilizar uma assinatura eletrónica neste formulário de pedido de reembolso, confirmando que verificou e atesta a exatidão das informações acima fornecidas. Essa assinatura eletrónica terá a mesma validade e força jurídica que a sua assinatura original. Poderemos considerar essa assinatura eletrónica como uma verificação e declaração vinculativas, confirmando que as informações prestadas neste formulário estão corretas em todos os aspetos e não são suscetíveis de induzir em erro.

Assinatura do doente ou da pessoa autorizada

Data da assinatura (MMDDYYYY)

As empresas Aetna não podem pagar por serviços de cuidados de saúde prestados num país objeto de sanções impostas pelos Estados Unidos, a menos que estejam autorizadas através de uma licença por escrito do Serviço de Controlo de Bens Estrangeiros (OFAC). Obtenha mais informações no website do Departamento do Tesouro dos EUA em: **www.treasury.gov/resource-center/sanctions**

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

Falsas declarações/fraude
Qualquer pessoa que, com conhecimento de causa, tenha a intenção de lesar, defraudar ou ludibriar qualquer companhia de seguros ou outra pessoa que apresente um pedido de adesão a um seguro ou um pedido de reembolso contendo quaisquer informações materialmente falsas ou que oculte, com o propósito de induzir em erro, informações relacionadas com qualquer facto relevante, incorre num ato fraudulento em matéria de seguros, que constitui um crime e é punível com sanções criminais e civis.
Apresentamos em seguida as declarações de fraude nos Estados Unidos:
À atenção dos residentes em Alabama: qualquer pessoa que, com conhecimento de causa, apresente um pedido falso ou fraudulento de pagamento por uma perda ou benefício ou que, com conhecimento de causa, forneça informações falsas num pedido de adesão a um seguro, é considerada culpada por um crime e pode estar sujeita a multas de restituição ou a pena de prisão, ou qualquer combinação das mesmas. **À atenção dos residentes em Arkansas, Distrito de Colúmbia, Rhode Island e Virgínia Ocidental:** qualquer pessoa que, com conhecimento de causa, apresente um pedido falso ou fraudulento de pagamento por uma perda ou benefício ou que, com conhecimento de causa, forneça informações falsas num pedido de adesão a um seguro, é considerada culpada por um crime e pode estar sujeita a multas e pena de prisão.
À atenção dos residentes na Califórnia: Para sua proteção, segundo a Lei da Califórnia é obrigatório incluir o seguinte aviso neste formulário: qualquer pessoa que, com conhecimento de causa, apresente um pedido falso ou fraudulento de pagamento por uma perda é considerada culpada por um crime e pode estar sujeita a multas e a ser detida numa prisão estatal. **À atenção dos residentes no Colorado:** é considerado ilegal fornecer, com conhecimento de causa, factos ou informações falsas, incompletas ou suscetíveis de induzir em erro a uma companhia de seguros com o objetivo de defraudar ou tentar defraudar a companhia. As sanções podem incluir pena de prisão, multas, recusa do seguro e indemnizações em ações civis. Qualquer companhia de seguros ou agente de uma companhia de seguros que forneça, com conhecimento de causa, factos ou informações falsas, incompletas ou suscetíveis de induzir em erro a um tomador de seguro ou requerente com o objetivo de defraudar ou tentar defraudar o tomador de seguro ou requerente em relação à liquidação ou pagamento do prémio relativos às receitas do seguro deve ser denunciado à divisão de seguros do departamento das agências reguladoras do Colorado. **À atenção dos residentes na Flórida:** qualquer pessoa que, com conhecimento de causa, tenha a intenção de lesar, defraudar ou ludibriar qualquer seguradora e apresente um pedido de reembolso ou de adesão contendo quaisquer informações falsas, incompletas ou suscetíveis de induzir em erro é culpada de um crime de terceiro grau. **À atenção dos residentes em Kansas:** qualquer pessoa que, com conhecimento de causa, tenha a intenção de lesar, defraudar ou ludibriar qualquer companhia de seguros ou outra pessoa que apresente um formulário de adesão a um seguro ou um pedido de reembolso contendo quaisquer informações materialmente falsas ou que oculte, com o propósito de induzir em erro, informações relacionadas com qualquer facto relevante, pode ter violado a lei estatal. **À atenção dos residentes em Kentucky:** qualquer pessoa que, com conhecimento de causa, tenha a intenção de **defraudar** qualquer companhia de seguros ou outra pessoa que apresente um pedido de reembolso contendo quaisquer informações materialmente **falsas** ou que oculte, com o propósito de induzir em erro, informações relacionadas com qualquer facto relevante, incorre num ato fraudulento em matéria de seguros, que constitui um **crime**. **À atenção dos residentes em Louisiana:** qualquer pessoa que, com conhecimento de causa, apresente um pedido falso ou fraudulento de pagamento por uma perda ou benefício ou que, com conhecimento de causa, forneça informações falsas num pedido de adesão, é considerada culpada por um crime e pode estar sujeita a multas e pena de prisão. **À atenção dos residentes em Maine e Tennessee:** é considerado crime fornecer, com conhecimento de causa, informações falsas, incompletas ou suscetíveis de induzir em erro a uma companhia de seguros com o objetivo de defraudar a companhia. As sanções podem incluir pena de prisão, multas ou recusa dos benefícios do seguro. **À atenção dos residentes em Maryland:** qualquer pessoa que, com conhecimento de causa ou deliberadamente, apresente um pedido falso ou fraudulento de pagamento por uma perda ou benefício ou que, com conhecimento de causa ou deliberadamente, forneça informações falsas num pedido de adesão a um seguro, é considerada culpada por um crime e pode estar sujeita a multas e pena de prisão. **À atenção dos residentes em Missouri:** é considerado crime fornecer, com conhecimento de causa, informações falsas, incompletas ou suscetíveis de induzir em erro a uma companhia de seguros com o objetivo de defraudar a companhia. As sanções incluem pena de prisão, multas, recusa do seguro e indemnizações em ações civis, conforme determinado por um tribunal. Qualquer pessoa que, com conhecimento de causa, tenha a intenção de lesar, defraudar ou ludibriar qualquer companhia de seguros pode ser considerada culpada de fraude, conforme determinado por um tribunal. **À atenção dos residentes em New Jersey:** qualquer pessoa que inclua quaisquer informações falsas ou suscetíveis de induzir em erro num pedido de adesão a uma apólice de seguro ou que, com conhecimento de causa, apresente um pedido de reembolso contendo quaisquer informações falsas ou suscetíveis de induzir em erro está sujeita a sanções criminais e civis. **À atenção dos residentes na Carolina do Norte:** qualquer pessoa que, com conhecimento de causa, tenha a intenção de lesar, defraudar ou ludibriar qualquer companhia de seguros ou outra pessoa que apresente um pedido de adesão a um seguro ou um pedido de reembolso contendo quaisquer informações materialmente falsas ou que oculte, com o propósito de induzir em erro, informações relacionadas com qualquer facto relevante, incorre num ato fraudulento em matéria de seguros, que pode constituir um crime e é punível com sanções criminais e civis. **À atenção dos residentes em Ohio:** qualquer pessoa que tenha a intenção de defraudar ou tenha conhecimento de causa que está a facilitar uma fraude contra uma seguradora, submeta um pedido de adesão ou apresente um pedido de reembolso contendo uma declaração falsa ou enganosa é considerada culpada por fraude no domínio dos seguros. **À atenção dos residentes em Oklahoma:** AVISO: qualquer pessoa que, com conhecimento de causa, tenha a intenção de lesar, defraudar ou ludibriar qualquer seguradora, apresente qualquer pedido de indeminização de uma apólice de seguro contendo quaisquer informações falsas, incompletas ou suscetíveis de induzir em erro é culpada de um crime.
À atenção dos residentes em Oregon: qualquer pessoa que tenha a intenção de lesar, defraudar ou ludibriar qualquer companhia de seguros ou outra pessoa que apresente um formulário de adesão a um seguro ou um pedido de reembolso contendo quaisquer informações materialmente falsas ou que oculte, com o propósito de induzir em erro, informações relacionadas com qualquer facto relevante, pode ter violado a lei estatal. **À atenção dos residentes em Pennsylvania:** qualquer pessoa que, com conhecimento de causa, tenha a intenção de defraudar qualquer companhia de seguros ou outra pessoa que apresente um pedido de adesão a um seguro ou um pedido de reembolso contendo quaisquer informações materialmente falsas ou que oculte, com o propósito de induzir em erro, informações relacionadas com qualquer facto relevante, incorre num ato fraudulento em matéria de seguros, que constitui um crime e é punível com sanções criminais e civis. **À atenção dos residentes em Puerto Rico:** qualquer pessoa que, com conhecimento de causa e a intenção de defraudar, inclua informações falsas num pedido de adesão a um seguro ou apresente, auxilie ou incentive a apresentação de um pedido fraudulento de obtenção de pagamento por uma perda ou outro benefício, ou apresente mais do que um pedido relativo à mesma perda ou danos, está a cometer um crime e, caso seja considerada culpada, deve ser punida por cada violação com uma multa num montante não inferior a cinco mil dólares ($5.000), sem exceder os dez mil dólares ($10.000); ou a uma pena de prisão por um período fixo de três (3) anos, ou ambas. Caso existam circunstâncias agravantes, o período fixo da pena de prisão pode ser aumentado para um máximo de cinco (5) anos; e se existirem circunstâncias atenuantes, a pena de prisão pode ser reduzida para um período mínimo de dois (2) anos. **À atenção dos residentes no Texas:** qualquer pessoa que, com conhecimento de causa, tenha a intenção de lesar, defraudar ou ludibriar qualquer companhia de seguros ou outra pessoa que apresente um pedido de adesão a um seguro ou um pedido de reembolso contendo quaisquer falsas informações sobre factos ou que oculte, com o propósito de induzir em erro, informações relacionadas com qualquer facto relevante, pode incorrer num ato fraudulento em matéria de seguros, que pode constituir um crime e pode ser punível com sanções criminais e civis. **À atenção dos residentes em Vermont:** qualquer pessoa que, com conhecimento de causa, tenha a intenção de lesar, defraudar ou ludibriar qualquer companhia de seguros ou outra pessoa que apresente um pedido de adesão a um seguro ou um pedido de reembolso contendo quaisquer informações materialmente falsas ou que oculte, com o propósito de induzir em erro, informações relacionadas com qualquer facto relevante, incorre num ato fraudulento em matéria de seguros, que pode constituir um crime e pode ser punível com sanções criminais e civis. **À atenção dos residentes em Virgínia:** qualquer pessoa que, com a intenção de fraudar ou sabendo que está facilitando uma fraude contra uma seguradora, apresente um pedido ou registre uma reclamação contendo uma declaração falsa ou enganosa pode ter violado a lei estadual. **À atenção dos residentes em Washington:** é considerado crime fornecer, com conhecimento de causa, informações falsas, incompletas ou suscetíveis de induzir em erro a uma companhia de seguros com o objetivo de defraudar a companhia. As sanções incluem pena de prisão, multas e recusa dos benefícios do seguro. **À atenção dos residentes em Nova Iorque:** qualquer pessoa que, com conhecimento de causa, tenha a intenção de defraudar qualquer companhia de seguros ou outra pessoa que apresente um pedido de adesão a um seguro ou um pedido de reembolso contendo quaisquer informações materialmente falsas ou que oculte, com o propósito de induzir em erro, informações relacionadas com qualquer facto relevante, incorre num ato fraudulento em matéria de seguros, que constitui um crime e será sujeita uma sanção civil que não dever exceder os cinco mil dólares e o valor declarado da indeminização para cada violação.

Assinatura _____ **Data** _____

TTY 711

English	**To access language services at no cost to you, call the number on your ID card.**
Amharic	እርስዎ ወጪ ሳያወጡ የቋንቋ አገልግሎቶችን ለማግኘት በመታወቂያ ካርድዎ (ID) ላይ ወዳለው ቁጥር ይደውሉ።
Arabic	للحصول على خدمات اللغة مجانًا، اتصل بالرقم الموجود على بطاقتك التعريفية (ID).
Armenian	Լեզվական ծառայություններից անվճար օգտվելու համար զանգահարեք Ձեր նույնականացման քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով:
Carolinian (Kapasal Falawasch)	Ngere aukke ghut alillis, au fafaingi tilifon ye nampa la ye toore paliuwal woal ID kard la laumw.
Chamorro	Para un hago' i setbision lengguåhi ni taya' gastu para hågu, ågang i numiru gi iyo-mu kard aidentifikasion.
Chinese Traditional	如欲使用免費語言服務，請致電您 ID 卡上的電話號碼。
Cushitic-Oromo	Tajaajila afaanii bilisaan argachuuf, lakkoofsa Waraqaa Eenyummeessaa (ID) keessan irra jiru irratti bilbilaa.
French	Pour accéder gratuitement aux services linguistiques, appelez le numéro figurant sur votre carte d'adhérent(e).
French Creole (Haitian)	Pou w jwenn aksè ak sèvis lang yo gratis, rele nimewo ki sou kat idantite w la.
German	Um kostenlos auf Sprachdienste zuzugreifen, rufen Sie die Nummer auf Ihrer Versichertenkarte an.
Greek	Για πρόσβαση στις υπηρεσίες γλώσσας χωρίς χρέωση, καλέστε τον αριθμό στην κάρτα ασφάλισής σας.
Gujarati	તમારા માટે કોઈપણ ખર્ચ વિના ભાષા સેવાઓ મેળવવા માટે, તમારા ID કાર્ડ પર આપેલા નંબર પર કૉલ કરો.
Hindi	बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, अपने आईडी कार्ड पर दिए नंबर पर कॉल करें।
Hmong	Kom tau txais cov kev pab cuam txhais lus yam tsis sau nqi ntawm koj, hu tus xov tooj nyob ntawm koj daim npav ID.
Italian	Per accedere gratuitamente ai servizi linguistici, chiama il numero riportato sul tuo tesserino identificativo.
Japanese	無料の言語サービスをご利用いただくには、ご自身の ID カードに記載されている電話番号にお電話ください。
Karen	လၢကမၤနှဲ့ ကျိာ်တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢတလိာ်လာ်ဘူဉ်လာ်စုၤ လၢနဂီၢ်အဂီၢ်, ကိးနှိဉ်ဂံၢ် လၢအအိဉ် ဖဲန ID အဖီခိဉ်နှဉ်တက့ၢ်.
Korean	**무료로 언어 서비스를 이용하려면 ID 카드에 적힌 전화번호로 전화하세요.**
Laotian	ເພື່ອເຂົ້າເຖິງການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆແກ່ທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາເບີທີ່ຢູ່ໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.
Mon-Khmer, Cambodian	ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ សូមទូរសព្ទទៅលេខនៅលើកាតសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក។
Navajo	T'áá ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowoł doo bą́ą́h ílínígóó naaltsoos bee atah nílį́igo nanitinígíí bee néého'dólzinígíí béésh bee hane'í biká'ígíí áajį' hólne'.
Pennsylvanian-Dutch	Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff die Nummer uff dei ID Kaart.
Persian-Farsi	برای دسترسی به خدمات زبانی رایگان، با شماره مندرج روی کارت ID خود تماس بگیرید.
Polish	Aby uzyskać bezpłatny dostęp do usług językowych, zadzwoń pod numer podany na karcie ID.
Portuguese	Ligue para o número que está no seu cartão de identificação para receber assistência linguística gratuita.
Punjabi	ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆ ਪੰਜਾਬੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋ ਕਰਨ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।
Russian	Чтобы получить бесплатные языковые услуги, позвоните по номеру телефона, указанному на вашей идентификационной карте.
Samoan	Mō le mauaina o 'au'aunaga tau gagana e aunoa ma se totogi, vala'au le numera i luga o lau pepa ID.
Serbo-Croatian	Za besplatne prevodilačke usluge pozovite broj naveden na Vašoj identifikacionoj kartici.
Spanish	Para acceder a servicios de idiomas sin costo alguno, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.
Syriac-Assyrian	ܠܡܥܒܕ ܟܡܐ ܕܫܘܬܦܐ ܕܠܫܢ̈ܐ ܒܠܐ ܡܫܘܡ ܠܐ ܬܬܚܫܒ ܥܡ ܡܝܢ ܐܝܬ ܠܟ ܒܟܪܛܝܣ ܕܐܝܕܢܛܝܛܝ.
Tagalog	Upang ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kang babayaran, tawagan ang numero sa iyong ID card.
Thai	หากท่านต้องการเข้าถึงการบริการทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทรหมายเลขที่แสดงอยู่บนบัตรประจำตัวของท่าน
Ukrainian	Щоб отримати безкоштовні мовні послуги, задзвоніть за номером, вказаним на вашій ідентифікаційній картці.
Vietnamese	Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số điện thoại trên thẻ ID.