¿Dudas?
Sabemos que puede tener dudas y siempre estamos para ayudarle. Puede llamarnos en cualquier momento al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de Aetna.

También puede enviarnos un correo electrónico seguro iniciando sesión en **www.aetnainternational.com** y haciendo clic en "Contáctenos".

Misionero mayor

inscrito en el
Senior Service Medical Plan (SSMP)

Cómo presentar más fácil una reclamación

Este formulario se puede utilizar para presentar una reclamación por servicios médicos o farmacéuticos*

(**Si se utilizaron fondos personales*).

Si presenta una reclamación para más de una persona, se necesita un formulario distinto para cada miembro de la familia.

Cómo llenar este formulario

- Complete todo el formulario con tinta negra
- Marque sus respuestas, cuando corresponda, con una "X", así: ☒
- Verifique que los detalles del pago sean correctos
- Firme y escriba la fecha en el consentimiento
- Escriba su número de identificación de miembro en cada documento que envíe con el formulario de reclamación
- Conserve una copia del formulario completado para sus registros

Cómo presentar su reclamación

Una vez completado el formulario de reclamación, deberá enviarlo junto con las facturas y recibos desglosados.
Si los recibos son pequeños, péguelos con cinta adhesiva en un papel de tamaño normal. A continuación, presente los documentos de la forma que prefiera.

- **Por correo electrónico***
  Envíe archivos adjuntos a **aiservice@aetna.com**
  NOTA: El límite de tamaño de los archivos adjuntos es de 10 MB
- **Por correo postal**
  Aetna International/Aetna. PO Box 981543,
  El Paso, TX 79998-1543, EE. UU.

Para información sobre el estado de la reclamación o servicio, llame al:
EE. UU. directamente al: **+1 813 775 0381**, **(TTY: 711)**

**** El límite de tamaño de los archivos adjuntos es de 10 MB***

Algunos servicios pueden requerir información adicional

Para algunos servicios tendrá que presentar documentación adicional.

1 Datos personales

Sobre el miembro (Misionero mayor)

Nombre (tal como se muestra en su tarjeta de identificación de Aetna, - incluido el nombre completo)

Nombre(s):

Apellido(s):

Número de identificación de Aetna (tal y como aparece en su tarjeta de identificación de Aetna)

Fecha de nacimiento (MMDDYYYY) Género

☐ Hombre ☐ Mujer

Datos de contacto

Número de teléfono *(incluya el prefijo local o el prefijo nacional)*:

Dirección de correo electrónico:

Dirección

Dirección postal:

Ciudad:

Estado/provincia:

País:

Código postal:

2 Datos para el reembolso

¿Dónde desea que se envíe el reembolso?

☐ Al miembro (Misionero mayor) ☐ Al proveedor

¿Qué detalles de pago debemos usar para reembolsarle?

☐ Utilice la información de elección de reintegro periódico (Recurring Reimbursement Election, RRE) que se encuentra en el archivo actualmente.

☐ Utilice la información facilitada en la sección "Detalles de pago"

☐ Utilice la información facilitada en la sección Detalles de pago solo para los gastos relacionados con este formulario (Opción por defecto)

¿Cómo debemos procesar su reembolso?

☐ Por transferencia bancaria de Aetna a la cuenta bancaria indicada a continuación.
Esta es la forma más fácil de reembolso.

☐ Por cheque

¿En qué moneda desea recibir el reembolso (p. ej., libras esterlinas)?
Si la divisa elegida no está disponible para el método de reembolso seleccionado anteriormente, utilizaremos por defecto una transferencia en dólares estadounidenses ($), si existen datos bancarios, o un cheque en dólares estadounidenses ($) pagadero a la parte a la que se envía el pago, si no existen datos bancarios.

País:

Moneda:

Reembolso a proveedores fuera de los EE. UU.

Si, actuando de forma razonable, determinamos que cualquier banco central, gobierno o autoridad gubernamental pertinente impone un tipo de cambio artificial (incluido, entre otros, un tipo de cambio que no sea coherente con el tipo de cambio del mercado libre) en relación con una divisa relevante por cualquier motivo, a nuestra entera discreción podremos reembolsarle sus reclamaciones válidas en virtud de este acuerdo por tratamiento en dicho país de la forma que decidamos de forma razonable. Al tomar dicha decisión, trataremos de garantizar que, de acuerdo con la base fundamental de cualquier contrato de seguro, le indemnicemos por su pérdida (sujeto a los términos y condiciones de su póliza) pero no le enriquecemos injustamente como podría haber sido el caso si hubiéramos aplicado dicho tipo de cambio artificial para pagarle en otra moneda.

Proveedores de la red de Aetna fuera de los EE. UU.

La forma de reembolso puede consistir en el pago en (i) la moneda local aplicable (si es factible a criterio exclusivo de Aetna), o (ii) si usted no tiene una cuenta bancaria en dicha moneda local, en la moneda en la que se pagó la prima de la póliza por un importe igual al que habríamos pagado a nuestro **proveedor de la red**, en la moneda en la que se pagó la prima, de acuerdo con nuestras obligaciones con dicho **proveedor de la red** (según determinemos de manera razonable), sujeto en cada caso al principio de indemnización que mencionamos anteriormente.

Sobre el patrocinador del plan

Nombre

La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días

Control- Sufijo-Número de cuenta (número GRP que figura en el documento de identidad)

Información sobre el paciente

Nombre

Nombre(s):

Apellido(s):

Fecha de nacimiento (MMDDYYYY) Género

☐ Hombre ☐ Mujer

Relación con el miembro

☐ Él/Ella mismo(a) ☐ Cónyuge

☐ Hijo(a) ☐ Otro:

Proveedores fuera de la red y fuera de los EE. UU.

El método de reembolso puede consistir en el pago en (i) la moneda local aplicable sujeta al principio de indemnización que mencionamos anteriormente (si es factible a discreción exclusiva de Aetna), o (ii) si no tiene una cuenta bancaria en dicha moneda local, en la moneda en la que se pagó la prima de la póliza por un importe igual a los **Cargos razonables y habituales aplicables**.

Detalles de pago

Si opta por recibir sus reembolsos por transferencia bancaria, complete los datos a continuación.
Transferiremos los fondos a su banco sin costo alguno para usted, pero le aconsejamos que consulte con su banco para determinar si este puede cobrarle alguna comisión adicional por recibir transferencias de fondos.

Nombre del titular de la cuenta bancaria (tal como figura en el estado de cuenta bancaria)

Número de cuenta bancaria

Código de identificación bancaria/Número de ruta o identificación alternativa/Código

☐ S.W.I.F.T./Código BIC (solo transferencias) ☐ CHIPS UID

☐ Federal ABA

☐ Identificación bancaria ☐ IBAN*

☐ Otro**

(Consulte con su banco para confirmar los requisitos del IBAN que, en algunos países, son obligatorios y deben facilitarse para las operaciones de pago de reclamaciones de transferencias bancarias de fondos, como en los Emiratos Árabes Unidos [EAU]).*

*** Utilice el campo de entrada "Otros" para describir los identificadores o códigos alternativos notificados, como Código bancario/Sucursal, RUT#, Código IFSC, #KBA*

Datos bancarios

Nombre del banco:

Dirección postal:

Ciudad:

Estado/provincia:

País:

Código postal:

Número de teléfono *(incluya el prefijo local o el prefijo nacional)*:

3 Detalles de la reclamación

¿Para qué tipo de servicio(s) presenta la reclamación? *Consulte los documentos de su plan para verificar la(s) cobertura(s) disponible(s) mediante su Plan.*

☐ Médico ☐ Farmacia

Responda "Sí" o "No"
La reclamación está relacionada con un accidente o enfermedad laboral. ☐ Sí ☒ No

Nota:
Utilice el espacio siguiente para resumir cada caso de tratamiento por el que presenta una reclamación. Si necesita presentar una reclamación para más de dos casos, complete también la página 3 y envíela junto con este formulario.

☐ Marque aquí si solo se incluyen los resúmenes de tratamiento que figuran a continuación para presentar esta reclamación.

Resumen del tratamiento

Fecha del tratamiento (MMDDYYYY) Importe total (con moneda)

Ubicación de la reclamación - Nombre y dirección del proveedor

Ciudad:
Estado/provincia:
País:
Código postal:

Descripción del servicio
Es decir, tipo de tratamiento, nombre del medicamento/dispositivo

Motivo de la visita

Tipo de paciente
☐ Paciente ☐ hospitalizado

Si es paciente hospitalizado
¿Cuál fue la fecha de ingreso? (MMDDYYYY)
¿Cuál fue la fecha del alta? (MMDDYYYY)

Resumen del tratamiento

Fecha del tratamiento (MMDDYYYY) Importe total (con moneda)

Ubicación de la reclamación - Nombre y dirección del proveedor

Ciudad:
Estado/provincia:
País:
Código postal:

Descripción del servicio
Es decir, tipo de tratamiento, nombre del medicamento/dispositivo

Motivo de la visita

Tipo de paciente
☐ Paciente ☐ hospitalizado

Si es paciente hospitalizado
¿Cuál fue la fecha de ingreso? (MMDDYYYY)
¿Cuál fue la fecha del alta? (MMDDYYYY)

Nota:
Utilice el espacio siguiente para resumir cada caso de tratamiento por el que presenta una reclamación. Si necesita presentar una reclamación para más de los dos casos adicionales (más abajo), copie esta página antes de continuar y devuelva las hojas adicionales junto con este formulario.

Por favor, vuelva a numerar las páginas de las copias adicionales a partir de la página 5.

Resumen del tratamiento

Fecha del tratamiento (MMDDYYYY) Importe total (con moneda)

Ubicación de la reclamación - Nombre y dirección del proveedor

Ciudad:

Estado/provincia:

País:

Código postal:

Descripción del servicio
Es decir, tipo de tratamiento, nombre del medicamento/dispositivo

Motivo de la visita

Tipo de paciente
☐ Paciente ☐ hospitalizado

Si es paciente hospitalizado
¿Cuál fue la fecha de ingreso? (MMDDYYYY)
¿Cuál fue la fecha del alta? (MMDDYYYY)

Resumen del tratamiento

Fecha del tratamiento (MMDDYYYY) Importe total (con moneda)

Ubicación de la reclamación - Nombre y dirección del proveedor

Ciudad:

Estado/provincia:

País:

Código postal:

Descripción del servicio
Es decir, tipo de tratamiento, nombre del medicamento/dispositivo

Motivo de la visita

Tipo de paciente
☐ Paciente ☐ hospitalizado

Si es paciente hospitalizado
¿Cuál fue la fecha de ingreso? (MMDDYYYY)
¿Cuál fue la fecha del alta? (MMDDYYYY)

4 Otro tipo de cobertura actual

¿Algún miembro de su familia está cubierto por otro plan o programa de salud, Medicare o algún plan del gobierno federal, estatal, nacional o social de los EE. UU.?

☒ No →vaya directamente a 6 (Autorización)

☐ Sí - Continúe con esta sección

5 Consentimiento para el procesamiento de datos de salud

La información que ha facilitado en este formulario de solicitud contiene datos personales y datos de salud. Con el fin de ayudarle a tomar una decisión informada sobre si dar su consentimiento para el procesamiento de sus datos de salud, le facilitamos a continuación la siguiente información.

Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd., Aetna Life Insurance Company ("Aetna", "nosotros") es el responsable del procesamiento de todos los datos que usted ha facilitado con este formulario, incluidos los datos de salud. Protegemos la privacidad de los datos contenidos en este formulario de conformidad con las leyes y reglamentos aplicables en materia de privacidad, así como con nuestras propias políticas de privacidad de la compañía.

Utilizaremos los datos personales y de salud facilitados con este formulario de reclamación para evaluar, tramitar y administrar su reclamación.

Conservaremos sus datos personales y de salud durante el tiempo que sea necesario para estos fines y, además, podremos conservar los datos de su reclamación durante 10 años a partir de la fecha de cierre de su reclamación para cumplir nuestras obligaciones legales o reglamentarias.

Podemos revelar información sobre usted a terceros con el fin de evaluar, tramitar y administrar su reclamación. Seguiremos siendo los responsables del procesamiento de los datos y exigiremos a esos terceros que protejan sus datos. La información que proporcione con este formulario de reclamación se procesará en los Estados Unidos, de acuerdo con los términos de la póliza de seguro correspondiente.

Para más información sobre sus derechos de privacidad de datos, y sobre a quién dirigirse si tiene preguntas sobre las prácticas de privacidad de Aetna, puede consultar nuestra política de privacidad completa en **https://www.aetnainternational.com/en/about-us/legal-notices.html**.

Tenga en cuenta que, al negarse a dar su consentimiento, es posible que no podamos continuar con el procesamiento de su reclamación o que no dispongamos de información suficiente para tomar una decisión plenamente informada en relación con su reclamación.

6 Autorización

Para todos los depósitos electrónicos

Por la presente autorizo a Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd., Aetna Life Insurance Company, y a cualquiera de sus compañías afiliadas ("Aetna") o a sus Agentes designados a efectuar los pagos de cualquier beneficio que se me deba a mí o a mis dependientes, acreditando dichos pagos a mi cuenta en el banco o institución financiera indicada en este formulario. Acepto notificar a Aetna por escrito cualquier cambio relacionado con la información proporcionada en este formulario o la retirada de esta autorización. Acepto que si, por cualquier motivo, se depositan en mi cuenta pagos de beneficios no devengados, devolveré inmediatamente el importe total de dichos pagos. Asimismo, acepto que si no reembolso inmediatamente dichos pagos, seré personalmente responsable de todos los costos de cobro (incluidos honorarios legales razonables y el interés máximo permitido por la ley).

Autorización médica, farmacéutica, dental y oftalmológica

Debe llevar firma y fecha.

Autorizo a todos los médicos, otros profesionales de la salud, farmacias/farmacéuticos, hospitales e instituciones de atención médica a proporcionar a Aetna y a cualquier parte independiente que actúe en nombre de Aetna o con quien Aetna haya contratado, información relativa a la atención médica, asesoramiento, tratamiento o suministros proporcionados al Paciente (incluida la relacionada con enfermedades mentales o SIDA/ARC/VIH). Esta información se utilizará para evaluar y administrar las reclamaciones. Aetna puede proporcionar al patrón nombrado en este formulario cualquier cálculo de beneficios utilizado en el pago de esta reclamación con el fin de revisar la experiencia y el funcionamiento de la póliza/contrato. Esta autorización es válida durante la vigencia de la póliza o contrato en virtud del cual se presenta la reclamación. Reconozco que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización si la solicito y acepto que una copia de esta autorización es tan válida como el original.

Además, autorizo a Aetna a procesar mis datos médicos con el fin de tramitar mi reclamación según lo dispuesto en la Sección 5, Consentimiento para procesar datos de reclamaciones.

Advertencia: es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el fin de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen penas de prisión o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante ha facilitado información falsa relacionada materialmente con la reclamación.

Puede optar por utilizar un método de firma electrónica en este formulario de reclamación para confirmar su verificación y declaración de los datos indicados anteriormente. Para evitar dudas, dicha firma electrónica será válida y vinculante como si hubiera colocado su firma original. Podemos basarnos en dicha firma electrónica como verificación y declaración vinculante que ratifica que la información anterior es precisa y no es engañosa en ningún sentido.

Firma del paciente o de la persona autorizada

Fecha de la firma (MMDDYYYY)

Las compañías de Aetna no pueden pagar servicios de atención médica prestados en un país sancionado por los Estados Unidos salvo que lo permita una licencia escrita de la Oficina de Control de Activos Extranjeros (Office of Foreign Asset Control, OFAC). Obtenga más información en el sitio web del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos en: **www.treasury.gov/resource-center/sanctions**

Cobertura suscrita por Aetna Life Insurance Company o Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd.

Declaración de tergiversación/fraude
Toda persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de inducir a errores, información relacionada con cualquier hecho importante, comete un acto de seguro fraudulento, el cual constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones civiles y penales.
Declaraciones de fraude de los Estados Unidos a continuación:
Atención, residentes de Alabama: Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución o encarcelamiento, o cualquier combinación de las mismas. **Atención, residentes de Arkansas, Distrito de Columbia, Rhode Island y Virginia Occidental:** Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.
Atención, residentes de California: Para su protección, la ley de California exige que la siguiente información aparezca en este formulario: Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro es culpable de un delito y puede ser objeto de multas y reclusión en una prisión estatal. **Atención, residentes de Colorado:** Es ilegal proporcionar a sabiendas información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación del seguro, y daños y perjuicios. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o al demandante con el propósito de estafar o intentar estafar al titular de la póliza o al demandante respecto a la cancelación o a la indemnización pagaderas con los fondos del seguro será denunciado ante la División de Seguros del Departamento de Agencias Reguladoras de Colorado. **Atención, residentes de Florida:** Toda persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a cualquier aseguradora presente una reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito mayor en tercer grado. **Atención, residentes de Kansas:** Toda persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente un formulario de inscripción de seguro o una reclamación que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de inducir a errores, información relacionada con cualquier hecho importante, puede haber infringido la ley del estado. **Atención, residentes de Kentucky:** Toda persona que a sabiendas y con la intención de **estafar** a cualquier compañía de seguros u otra persona presente una reclamación que contenga información esencialmente **falsa** o que oculte, con el propósito de inducir a errores, información relacionada con cualquier hecho importante, comete un acto de seguro fraudulento, el cual constituye un **delito**. **Atención, residentes de Luisiana:** Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento. **Atención, residentes de Maine y Tennessee:** Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o denegación de los beneficios del seguro. **Atención, residentes de Maryland:** Toda persona que a sabiendas o intencionadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro o beneficio o que a sabiendas o intencionadamente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento. **Atención, residentes de Misuri:** Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas, denegación del seguro y daños y perjuicios civiles, según lo determine un tribunal judicial. Toda persona que a sabiendas y con intención de perjudicar, estafar o engañar a una compañía de seguros, puede ser culpable de fraude, según lo determine un tribunal judicial. **Atención, residentes de Nueva Jersey:** Toda persona que incluya cualquier información falsa o engañosa en una solicitud de una póliza de seguro o que a sabiendas presente una reclamación que contenga cualquier información falsa o engañosa está sujeta a sanciones civiles y penales. **Atención, residentes de Carolina del Norte:** Toda persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de inducir a errores, información relacionada con cualquier hecho importante, comete un acto de seguro fraudulento, el cual puede constituir un delito y somete a dicha persona a sanciones civiles y penales. **Atención, residentes de Ohio:** Toda persona que, con intención de estafar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguros. **Atención, residentes de Oklahoma:** ADVERTENCIA: Toda persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a cualquier aseguradora presente una reclamación de los fondos de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito mayor. **Atención, residentes de Oregón:** Toda persona que con la intención de perjudicar, estafar o engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente un formulario de inscripción de seguro o una reclamación que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de inducir a errores, información relacionada con cualquier hecho importante, puede haber infringido la ley del estado. **Atención, residentes en Pensilvania:** Toda persona que a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de inducir a errores, información relacionada con cualquier hecho importante, comete un acto de seguro fraudulento, el cual constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones civiles y penales. **Atención, residentes de Puerto Rico:** Toda persona que a sabiendas y con la intención de estafar incluya información falsa en una solicitud de seguro o presente, colabore o instigue a la presentación de una reclamación fraudulenta para obtener el pago de un siniestro u otro beneficio, o presenta más de una reclamación para el mismo siniestro o daño, comete un delito mayor y, si es declarada culpable, será sancionada por cada infracción con una multa de no menos de cinco mil dólares ($5,000), que no podrá superar los diez mil dólares ($10,000); o será encarcelada por un período fijo de tres (3) años, o ambas medidas. Si existen circunstancias agravantes, el período fijo en prisión se podrá aumentar a un máximo de cinco (5) años. Si existen circunstancias atenuantes, el período en prisión se podrá reducir a un mínimo de dos (2) años. **Atención, residentes de Texas:** Toda persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga cualquier tergiversación intencional de un hecho importante u oculte, con el propósito de inducir a errores, información relacionada con cualquier hecho importante puede cometer un acto fraudulento de seguro, el cual puede constituir un delito y puede someter a dicha persona a sanciones civiles y penales. **Atención, residentes de Vermont:** Toda persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de inducir a errores, información relacionada con cualquier hecho importante, comete un acto de seguro fraudulento, el cual puede constituir un delito y puede someter a dicha persona a sanciones civiles y penales. **Atención, residentes de Virginia:** Cualquier persona que, con la intención de cometer fraude o con el conocimiento de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa puede haber violado la ley estatal. **Atención, residentes de Washington:** Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios de seguro. **Atención, residentes de Nueva York:** Toda persona que a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de inducir a errores, información relacionada con cualquier hecho importante, comete un acto de seguro fraudulento, el cual constituye un delito, y estará sujeta a una sanción civil que no superará los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada infracción.

Firma _____ **Fecha** _____

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.