



## Informação de Pagamento

**Futuros Pedidos de Reembolso** - Por favor, escolha uma das seguintes opções se você deseja.:

- Receber futuros pagamentos usando os detalhes fornecidos abaixo.
- Usar as informações de pagamentos fornecidas abaixo somente para esse pedido.
- Usar as suas informações de pagamento que já temos em nosso registro.

Por favor, Selecione o método de pagamento  \* Obrigatório  Transferência Bancária  Cheque (padrão)

Por favor, indique a moeda de sua preferência para pagamento (se nenhuma moeda for selecionada, a moeda padrão será o dólar dos EUA)

Nome do Favorecido

Endereço para onde o cheque deve ser enviado (incluindo o País)

OBS: Não use um endereço de Caixa Postal. Por favor, forneça o contato de uma pessoa e um telefone.

**Se você selecionou Transferência Bancária, as seguintes informações são necessárias** - Nota: Diferentes países requerem diferentes informações. Por favor forneça o máximo de informações disponíveis.

Nome do Titular  Nome do Banco

Código IBAN  Código SWIFT/Sort/BIC/Branch Code

Número da conta  Número do ABA/FedWire nos EUA

Endereço do Banco

## Necessidades de Oração

Se você tem alguma situação em andamento e gostaria de compartilhar com a TTc como motivo de oração, pedimos que tique na opção ao lado  Sim  Não

Pedido de Oração:

## Declaração

"Eu declaro através do presente que, de meu conhecimento, todas as informações fornecidas no formulário de reembolso são verdadeiras e corretas. Eu entendo que a Aetna irá confiar nas informações fornecidas como tais. Eu concordo e aceito que esta declaração dá a Aetna, e a seus representantes designados, incluindo Talent Trust Consultants, o direito de solicitar informações médicas passadas, presentes e futuras em relação a esta solicitação, ou qualquer outra solicitação relacionada ao membro/cobertura individual, de qualquer terceira parte, incluindo Hospital/clinicas médicas e médicos. Eu declaro e concordo que esta informação pessoal pode ser coletada, mantidas, divulgadas ou transferidas (mundialmente) para qualquer organização dentro do grupo da Aetna, seus fornecedores, provedores e quaisquer filiais, incluindo a Talent Trust Consultants.

Assinatura do paciente

\* Obrigatório

Data

dia

mês

ano

(Caso o paciente seja menor de 18 anos, um dos pais ou responsável deve assinar)

## Informação Adicional

## Como submeter seu pedido de reembolso

Para mais detalhes de como submeter o seu pedido de reembolso acesse: <http://www.talent-trust.com/pt/claims/>

### Pontos Importantes

- Ao escanear e enviar seus arquivos, certifique-se de usar baixa resolução e baixo tamanho para seus arquivos. O sistema de email da Aetna não receberá emails com mais de 8mb de tamanho. Caso um email com tamanho maior que 8mb for enviado ele não será recebido por exceder o limite permitido.
- Envie seu pedido de reembolso—Totalmente preenchido, com as copias da fatura/Nota Fiscal, dos recibos de pagamentos e qualquer documento ou laudo médico (se aplicável) para [claims@talent-trust.com](mailto:claims@talent-trust.com)
- Para solicitação de informação sobre seu pedido de reembolso entre em contato com nosso atendimento 24h ao cliente no seguinte telefone **+ 1 (877) 248 2197**
- \* Obrigatório — Assegure-se que os campos foram preenchidos

**Nota Importante** - Caso você não preencha o formulário completamente, ele será devolvido para você e isso atrasará o processamento do seu reembolso. Saiba que a Talent Trust Consultant/Aetna Internacional não é responsável por nenhuma despesa referente ao preenchimento do seu formulário ou de quaisquer outras informações/documentos que solicitamos para avaliar o seu pedido de reembolso. A emissão do presente Formulário de reembolso em hipótese alguma deve ser considerada admissão de responsabilidade civil.

# Checando o Pedido de Reembolso

- Informações Pessoais** - Você forneceu seu nome, seu endereço, um número para contato, seu e-mail?
- Informações do Paciente** - Você forneceu o nome do paciente (se diferente do Titular), data de nascimento, ID de Membro/Número do Certificado?
- Informações da Solicitação:** Você forneceu a data de início dos sintomas, data de atendimento, diagnóstico médico/ razão de consulta e valor do pedido de reembolso?
- Detalhes de Pagamento** - Você forneceu os dados da sua conta bancária ou endereço de correio para receber seu reembolso?
- Declaração** - Você assinou o formulário de pedido de reembolso?

## Documentos da Solicitação

- Você anexou a fatura/nota fiscal do seu tratamento médico?
- Você anexou o recibo de pagamento das despesas médicas?
- Você anexou o encaminhamento médico para qualquer tratamento de fisioterapia, tratamento psiquiátrico ou outro tratamento que requeira encaminhamento (quando aplicável)?
- Você preencheu completamente um formulário separadamente para cada condição médica?