

Возмещение стоимости абонемента в спортзал по плану New York Essential Plan

Что может быть лучше, чем поддерживать себя в форме? Только получать свои деньги обратно!

Здоровые участники — это счастливые участники.

Начать программу регулярных занятий или придерживаться этой программы не всегда просто. Чтобы сохранить Вашу мотивацию и помочь Вам достичь результатов в фитнесе, мы предоставляем возмещение расходов за абонемент в фитнес-центр. Вы можете получить возмещение расходов в среднем на два-три посещения спортзала в неделю. Нам известно, что придерживаться программы регулярных занятий не всегда просто, но это позволит Вам сохранить мотивацию и здоровье.

Это просто. Сначала выберите спортзал.

Для получения компенсации необходимо, чтобы Вы посещали спортзал и/или принимали участие в программе укрепления сердечно-сосудистой системы. (Членство в спортивных клубах, загородных клубах, клиниках для похудения, спа-салонах и подобных учреждениях не является достаточным основанием). Необходимым требованием отвечают только те спортзалы, в которых есть минимум две единицы оборудования или два вида деятельности из следующего списка, которые способствуют укреплению сердечно-сосудистой системы:

- Орбитрек (эллиптический тренажер)
- Групповые упражнения
- Бассейн
- Гребной тренажер
- Карты для сквоша/тенниса/ракетбола
- Велотренажер
- Степ-тренажер/клаймбер
- Беговая дорожка
- Групповая ходьба/бег

Мы также возместим взносы, уплаченные за спортивные занятия (например, йога, пилатес, спиннинг), включая взносы или абонементы за фитнес-классы, проводящиеся в режиме онлайн, виртуально или в режиме прямой трансляции.

Каковы размеры возмещения?

Вы можете получить возмещение в размере до \$400 по каждому плану в год. Это соответствует \$200 за каждый шестимесячный период, в течение которого Вы посещаете спортзал минимум 50 раз и имеете активный членский абонемент.

Выполните следующие шаги:

- 1. Посетите спортзал** — Вам необходимо посетить спортзал минимум 50 раз в течение шестимесячного периода. Возмещение не будет предоставлено до тех пор, пока не завершится шестимесячный период, даже если у Вас уже насчитано 50 посещений спортзала еще до истечения шестимесячного периода.
- 2. Подготовьте документы** — Вам нужно собрать два документа:
 - 1) Копия Вашего текущего счета за услуги спортзала с указанием месячной стоимости Вашего абонемента;**
 - 2) Подтверждение оплаты за каждый шестимесячный период, подлежащей возмещению, например, полученный в спортзале чек об оплате или выписка из банковского счета. Убедитесь, что Вы скрыли все номера счетов или персональные данные, не связанные с оплатой услуг спортзала.**
- 3. Заполните бланк** — Заполните и представьте Бланк возмещения расходов на услуги спортзала, который приведен на обороте этой страницы. Не забывайте указывать даты посещений спортзала или тренировок, выполненных в режиме онлайн. Такие посещения и тренировки должны приходиться на шестимесячный период, в отношении которого Вы подаете заявку. Кроме того, на бланке должна стоять подпись сотрудника спортзала. Дополнительные бланки доступны онлайн по ссылке myuhc.com/CommunityPlan, либо Вы можете обратиться в Службу поддержки участников по номеру телефона, указанному на Вашей идентификационной карте участника программы страхования здоровья.
- 4. Отправьте все документы по почте** — Бланк возмещения расходов на услуги спортзала, копию Вашего текущего счета за услуги спортзала и подтверждение оплаты необходимо отправить в течение шести месяцев (180 дней) по следующему адресу:
**UnitedHealthcare Community Plan
Essential Plan Gym Reimbursement
One Penn Plaza, 8th floor
New York, NY 10119
Attention: Member Services**

Важно: Просьба заполнить все необходимые поля бланка, в противном случае обработка Вашего запроса будет отсрочена или в ней будет отказано. Заполняйте один бланк на каждого участника, по каждому шестимесячному периоду, в отношении которого Вы подаете заявку.

Форма возмещения стоимости абонемента в спортзал по плану New York Essential Plan

Имя и фамилия участника: _____

Адрес участника: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Идентификационный номер участника плана UnitedHealthcare
Essential Plan: _____ Дата рождения: _____

Шестимесячный период, в отношении которого подается заявка:
Дата начала: _____ Дата окончания: _____

Даты Ваших 50 посещений спортзала*:

1.	18.	35.
2.	19.	36.
3.	20.	37.
4.	21.	38.
5.	22.	39.
6.	23.	40.
7.	24.	41.
8.	25.	42.
9.	26.	43.
10.	27.	44.
11.	28.	45.
12.	29.	46.
13.	30.	47.
14.	31.	48.
15.	32.	49.
16.	33.	50.
17.	34.	

*Вместо указания дат Ваших 50 посещений спортзала в этом бланке Вы можете выслать один из указанных ниже документов в качестве приложения к этому бланку. В целях подтверждения Ваша документация должна содержать подпись сотрудника спортзала.

- Компьютерная распечатка подтверждений Ваших посещений фитнес-центра;
- Чеки с указанием даты каждого Вашего посещения спортзала; или
- Подтверждение Вашего работодателя с указанием того, что Вы пользуетесь услугами спортзала работодателя.

Название спортзала: _____ Подпись сотрудника спортзала: _____

Поставленная выше подпись сотрудника заведения подтверждает, что заведение предоставляет участникам услуги по укреплению сердечно-сосудистой системы. Представление ложной информации приведет к отказу в возмещении. Своей подписью ниже я заверяю, что вся приведенная выше информация верна, полна и достоверна, насколько мне это известно.

Подпись участника: _____ Дата: _____

Узнать больше

Обращайтесь в службу поддержки
участников по телефону: 1-866-265-1893.

