Blue Shield of California
Medicare 추가 플랜 전환 신청서

현재 Blue Shield of California Medicare 추가 플랜 가입자는 본 신청서를 다음 용도로 사용할 수 있습니다.

1.정규 가입 기간 동안 가치가 동일하거나 더 낮은 Medicare 추가 플랜으로 전환 – 가입 보장.
2.Household Savings Program(가계 저축 프로그램) 가입.[1] (두 가입자 모두 현재 Blue Shield of California Medicare 추가 플랜 가입자여야 합니다).
3.치과 플랜 가입.

가입 기간 외에 가치가 동일하거나 더 낮은 Medicare 추가 플랜으로 전환하거나 언제든지 혜택이 더 많은 플랜으로 전환하는 데 관심이 있는 경우 본 Medicare 추가 플랜 가입 신청서(양식 C12687)를 작성해야 합니다.

간편한 전환

1 필요한 정보를 모두 제공하고 검은색 펜을 사용하여 전체 대문자로 명확하게 정자체로 작성합니다. 마지막 부분에 서명하고 날짜를 기입합니다.

2 서명일로부터 30일 이내에 신청서를 다음으로 제출합니다.
- 팩스: **(844) 266-1850**
- 이메일: **msinstall@blueshieldca.com**
- 우편: Medicare Supplement Installation, P.O. Box 3008 Lodi, CA 95241-1912

유의 사항: 개인 보관용으로 서명이 포함된 본 계약서의 사본을 만들어야 합니다. 본 신청서의 가입자 사본 페이지를 인쇄하여 다른 모든 중요한 Blue Shield of California 문서와 함께 보관하세요.

가입 방법과 관련하여 질문이 있는 경우 중개인에게 문의하거나 **(888) 713-0000 (TTY: 711)**번으로 전화해 주세요.

또한 California Health Insurance Counseling & Advocacy Program(HICAP, 건강 보험 상담 및 지원 프로그램)에 연락하시면 안내를 받을 수 있습니다. HICAP는 캘리포니아주에 거주하는 고령자에게 건강 보험 상담을 제공합니다. HICAP에 (800) 434-0222(수신자 부담)번으로 전화하시면 현지 HICAP 사무소를 소개해 드립니다. HICAP 서비스는 캘리포니아주에서 무료로 제공합니다.

플랜 F 추가는 2020년 1월 1일 이전에 65세가 되었거나 2020년 1월 1일 이전에 장애로 인해 Medicare 혜택을 처음으로 받을 수 있는 신청자에게만 제공됩니다.

개인 정보

성:	이름:	중간 이니셜:
생년월일(월/일/연도):	성별: ☐ 남성 ☐ 여성	
전화번호:	전화 유형: ☐ 유선 전화 ☐ 휴대폰	
자택 주소:		
도시:	주:	우편 번호:

선호 언어:
☐ 영어 ☐ 스페인어 ☐ 중국어 ☐ 한국어 ☐ 베트남어

접근성 대체 형식의 정보를 받기 원하시면 다음 중 하나를 선택하세요.
☐ 점자 ☐ 큰 문자 ☐ 오디오 CD ☐ 데이터 CD

이메일 주소:

위에 이메일 주소를 기재하시면 귀하의 플랜 관련 일부 통신문에 대하여 종이 없는 배송 방식에 자동 가입됩니다.

귀하에게 필요한 다양한 플랜 관련 통신문을 전자 방식으로 받아보게 됩니다. 새로운 통신문이 온라인에 개재될 때 이메일을 보내 드립니다. 귀하는 컴퓨터, 태블릿, 휴대폰과 같은 장치를 통해 해당 통신문을 확인할 수 있습니다.

☐ 종이 없는 배송 대신 필요한 자료의 인쇄본을 우편으로 보내 드립니다. 몇몇 자료는 매우 커서 일부 우편함에 들어가지 않을 수 있으니 유의하세요. 언제든지 배송 기본 설정을 변경할 수 있습니다.

우편 발송 주소(위와 다를 경우):

우편물을 받을 도시:	우편물을 받을 주:	우편물을 받을 우편 번호:

청구서 발송 주소(위와 다를 경우):

청구서를 받을 도시:	청구서를 받을 주:	청구서를 받을 우편 번호:

신청할 플랜 유형 확인: ☐ A ☐ F 추가* ☐ G ☐ G 추가 ☐ N 아니면 현재 플랜을 유지하실 건가요? ☐ 예 ☐ 아니오	요청 발효일: (월/연도)의 첫날

* 플랜 F 추가는 2020년 1월 1일 이전에 65세가 되었거나 2020년 1월 1일 이전에 장애로 인해 Medicare 혜택을 처음으로 받을 수 있는 신청자에게만 제공됩니다.

Medicare 수혜자 식별(MBI) 번호:

Blue Shield 가입자 번호:

Medicare 병원(파트 A) 발효일: (월/일/연도)	Medicare(파트 B) 발효일: (월/일/연도)

Household Savings Program[1]

귀하와 다른 가족 구성원이 65세 이상이고 모두 동일한 플랜(치과 플랜 포함)을 가지고 있거나 신청하는 경우 **두 구성원이 모두 동일한 적격 플랜에 가입되어 있으면** 결합된 의료 플랜 회비에서 월 7%를 절약할 수 있습니다. **두 구성원의 자택 주소와 우편물 발송 주소가 동일해야 합니다.** 흡연자는 Household Savings Program에 가입할 수 없습니다.

다른 가족 구성원이 귀하가 신청하는 것과 **동일한** Blue Shield Medicare 추가 플랜에 가입했거나 신청 중이며 두 주소 유형이 모두 동일한가요? ☐ 예 ☐ 아니오

'예'인 경우 다음과 같은 다른 가족 구성원의 정보를 제공해 주세요.

이름:

Medicare 수혜자 식별(MBI) 번호:

Blue Shield Medicare 추가 플랜 가입자 ID(사용 가능한 경우):

다른 가족 구성원이 본 신청서의 마지막 부분에 서명하도록 하여 다른 가족 구성원이 별도로 체결한 Blue Shield 계약을 해지하고 주 가입자가 체결한 Household Savings Program 계약에 따라 가입할 수 있는 해당 가족 구성원의 권한을 부여해 주세요.

각 개인은 신규 가입자 신청서를 직접 작성해야 합니다. 두 가입자가 모두 기존 가입자일 경우 먼저 가입 처리된 신청서에 따라 주 가입자가 결정됩니다. 그렇지 않으면 요청한 플랜 유형에 이미 가입한 기존 가입자가 주 가입자로 지정됩니다.

주 가입자는 Blue Shield에 회비/보험료를 납부할 책임이 있으며 주 가입자만이 계약/정책을 변경할 수 있습니다. Household Savings Program에 가입한 경우 Blue Shield는 플랜에 가입한 다른 가족 구성원이 회비/보험료를 납부하는 것도 허용합니다. 고객 관리 부서에 문의하는 과정에서 플랜에 가입한 두 당사자 모두와 청구 정보 및 납부 금액을 공유하거나 공유할 수 있습니다.

Dental PPO 플랜

Medicare 추가 플랜 가입자를 위한 치과 플랜.
자세한 정보는 **blueshieldca.com/MedSuppDental2027** 페이지를 참조하세요.

Blue Shield 치과 보장에 가입하려면 아래 플랜을 선택하세요.
치과 플랜 옵션(하나만 선택):
☐ Dental PPO 1000 ☐ Dental PPO 1500 ☐ 치과 계획 없음

보장 조건
- 치과 혜택에는 건강 플랜 공제 요건이 적용되지 않습니다.
- (귀하나 Blue Shield에 의해) 어떤 이유로든 치과 보장이 취소되면 다시 가입할 수 있지만, 다시 신청하려면 6개월을 기다려야 합니다.

납부 정보

월 회비를 확인하려면 가입 키트에 들어 있는 Blue Shield 요율표를 참조하거나 **blueshieldca.com/MedSupp2027**을 방문하세요. 현재 AutoPay에 가입되어 있지 않으면 다음 납부 금액 및 날짜가 표시된 월별 청구서를 받게 됩니다.

AutoPay 프로그램을 사용하여 당좌 예금이나 저축 예금 계좌에서 월 자동 이체를 통해 회비를 납부하여 매달 $3을 절약해 보세요.[1] 가입하려면 첫 청구서를 받고 납부한 후 **blueshieldca.com**에서 Blue Shield 계정을 등록하고 로그인하여 Billing and Payment(청구 및 납부) 탭에 접속하세요. 고객 관리 부서 **(800) 248-2341 (TTY: 711)**번으로 주 7일 오전 8시 ~오후 8시(태평양 표준시) 사이에 전화하실 수도 있습니다. AutoPay 프로그램 가입 요청이 완료되기까지 최대 2회의 청구 주기가 소요될 수 있습니다. 가입자는 AutoPay 프로그램 가입 확인 이메일을 받을 때까지 수령한 종이 청구서 금액을 모두 납부해야 합니다.

멤버십 조건

1 본 전환 신청서는 본인이 신청하는 *Evidence of Coverage*(EOC, 보장 증명서)에 포함되며 이에 대한 보증서, 부록, 첨부 문서와 함께 전체 보장 계약을 전체적으로 구성합니다.

2 가치가 상향되는 플랜에 가입하는 경우 Blue Shield의 Underwriting Department(계약 심사 부서)에서 본 신청서를 승인하지 않는 한 Blue Shield Medicare 추가 플랜의 보장을 받지 않습니다. Blue Shield는 보장 발효일 이전에 발생한 청구서에 대해 책임을 지지 않습니다.

3 Blue Shield만이 본 신청서를 승인할 수 있습니다. 본인은 보험 판매 대리인, 중개인 또는 판매 대리인이 승인을 부여하거나, 조건을 변경하거나, 요구 사항을 면제할 수 없음을 이해합니다.

4 **본인은 다음 문서를 받았음을 인정합니다.**

- **혜택 요약**
- **요율표**
- **Medicare 가입자를 위한 건강 보험 가이드**
- **본 전환 신청서 사본**

본인은 아래에 서명함으로써 본 전환 신청서에 기재된 정보가 본인이 알고 있는 한 완전하고 정확함을 인정하고 보장 약관, Household Savings Program, 본인이 제공한 권한 부여를 이해하고 이에 동의합니다.

본인은 혜택 요약과 위에 명시된 약관, 조건 및 권한 부여를 읽었습니다. 본인은 혜택 요약에 명시된 자격 요건을 충족함을 증명합니다. 본인은 본 신청서의 정확성과 완전성에 대해 독자적으로 책임을 지며 모든 질문에 본인이 알고 믿는 대로 답변했습니다. 본인은 정보가 사실이 아니거나 불완전한 경우 보장을 받을 수 없으며 그러한 결과에 따라 보장이 취소될 수 있음을 이해합니다.

5 본인은 자료 및 통신문을 인쇄물 대신 전자 방식으로 수신할 수 있음을 이해합니다. 본인은 필요한 혜택 플랜 및 보장 관련 자료 및 통신문을 이메일 및/또는 해당되는 경우 Blue Shield 웹사이트 **blueshieldca.com**을 통해서 받을 수 있습니다. 문서를 전자적으로 받으려면 전자 배송에 대한 본인의 동의가 필요합니다. 본인은 또한 언제든지 추가 비용 없이 우편으로 발송하는 인쇄물을 받을 권리가 있습니다. 우편으로 인쇄물을 받거나 이메일을 통한 통신문을 취소하는 경우 **(800) 248-2341 (TTY: 711)**번으로 연중무휴 주 7일 오전 8시 ~오후 8시(태평양 표준시) 사이에 전화할 수 있습니다.

신청자 서명:	**날짜(월/일/연도):**
가족 구성원 서명(해당되는 경우):	**날짜(월/일/연도):**

보험판매사/작성한 판매 대리인 정보

* 은 필수 입력 항목입니다

지정 대리점 이름: _____

(지정 대리점 이름을 정자체로 작성하세요)

지정 대리점 사업자등록번호*: _____

(지정 대리점 사업자등록번호를 정자체로 작성하세요)

보험판매사/작성한 판매 대리인 이름*: _____

(보험판매사/작성한 판매 대리인 이름을 정자체로 작성하세요)

보험판매사/작성한 판매 대리인 개인 NPN*: _____

보험판매사/작성한 판매 대리인 이메일 주소: _____

보험판매사/작성한 판매 대리인 팩스 번호: _____

보험판매사/작성한 판매 대리인 전화번호: _____

오늘 날짜(필수)(월/일/연도):

보험판매사/작성한 판매 대리인 서명(필수):

정자체 이름:

[1] 이 프로그램/서비스에 따라 Medicare 추가 플랜을 더 효율적으로 관리할 수 있게 됨에 따라 절약된 금액을 가입자에게 돌려 드립니다.

Blue Shield of California
Medicare 추가 플랜 전환 신청서

현재 Blue Shield of California Medicare 추가 플랜 가입자는 본 신청서를 다음 용도로 사용할 수 있습니다.

1.정규 가입 기간 동안 가치가 동일하거나 더 낮은 Medicare 추가 플랜으로 전환 – 가입 보장.
2.Household Savings Program(가계 저축 프로그램) 가입.[1] (두 가입자 모두 현재 Blue Shield of California Medicare 추가 플랜 가입자여야 합니다).
3.치과 플랜 가입.

가입 기간 외에 가치가 동일하거나 더 낮은 Medicare 추가 플랜으로 전환하거나 언제든지 혜택이 더 많은 플랜으로 전환하는 데 관심이 있는 경우 본 Medicare 추가 플랜 가입 신청서(양식 C12687)를 작성해야 합니다.

간편한 전환!

1 필요한 정보를 모두 제공하고 검은색 펜을 사용하여 전체 대문자로 명확하게 정자체로 작성합니다. 마지막 부분에 서명하고 날짜를 기입합니다.

2 서명일로부터 30일 이내에 신청서를 다음으로 제출합니다.
- 팩스: **(844) 266-1850**
- 이메일: **msinstall@blueshieldca.com**
- 우편: Medicare Supplement Installation, P.O. Box 3008 Lodi, CA 95241-1912

유의 사항: 개인 보관용으로 서명이 포함된 본 계약서의 사본을 만들어야 합니다. 본 신청서의 가입자 사본 페이지를 인쇄하여 다른 모든 중요한 Blue Shield of California 문서와 함께 보관하세요.

가입 방법과 관련하여 질문이 있는 경우 중개인에게 문의하거나 **(888) 713-0000 (TTY: 711)**번으로 전화해 주세요.

또한 California Health Insurance Counseling & Advocacy Program(HICAP, 건강 보험 상담 및 지원 프로그램)에 연락하시면 안내를 받을 수 있습니다. HICAP는 캘리포니아주에 거주하는 고령자에게 건강 보험 상담을 제공합니다. HICAP에 (800) 434-0222(수신자 부담)번으로 전화하시면 현지 HICAP 사무소를 소개해 드립니다. HICAP 서비스는 캘리포니아주에서 무료로 제공합니다.

플랜 F 추가는 2020년 1월 1일 이전에 65세가 되었거나 2020년 1월 1일 이전에 장애로 인해 Medicare 혜택을 처음으로 받을 수 있는 신청자에게만 제공됩니다.

개인 정보

성:	이름:	중간 이니셜:
생년월일(월/일/연도):	성별: ☐ 남성 ☐ 여성	
전화번호:	전화 유형: ☐ 유선 전화 ☐ 휴대폰	
자택 주소:		
도시:	주:	우편 번호:

선호 언어:
☐ 영어 ☐ 스페인어 ☐ 중국어 ☐ 한국어 ☐ 베트남어

접근성 대체 형식의 정보를 받기 원하시면 다음 중 하나를 선택하세요.
☐ 점자 ☐ 큰 문자 ☐ 오디오 CD ☐ 데이터 CD

이메일 주소:

위에 이메일 주소를 기재하시면 귀하의 플랜 관련 일부 통신문에 대하여 종이 없는 배송 방식에 자동 가입됩니다.

귀하에게 필요한 다양한 플랜 관련 통신문을 전자 방식으로 받아보게 됩니다. 새로운 통신문이 온라인에 개재될 때 이메일을 보내 드립니다. 귀하는 컴퓨터, 태블릿, 휴대폰과 같은 장치를 통해 해당 통신문을 확인할 수 있습니다.

☐ 종이 없는 배송 대신 필요한 자료의 인쇄본을 우편으로 보내 드립니다. 몇몇 자료는 매우 커서 일부 우편함에 들어가지 않을 수 있으니 유의하세요. 언제든지 배송 기본 설정을 변경할 수 있습니다.

우편 발송 주소(위와 다를 경우):

우편물을 받을 도시:	우편물을 받을 주:	우편물을 받을 우편 번호:

청구서 발송 주소(위와 다를 경우):

청구서를 받을 도시:	청구서를 받을 주:	청구서를 받을 우편 번호:

신청할 플랜 유형 확인: ☐ A ☐ F 추가* ☐ G ☐ G 추가 ☐ N 아니면 현재 플랜을 유지하실 건가요? ☐ 예 ☐ 아니오	요청 발효일: (월/연도)의 첫날

* 플랜 F 추가는 2020년 1월 1일 이전에 65세가 되었거나 2020년 1월 1일 이전에 장애로 인해 Medicare 혜택을 처음으로 받을 수 있는 신청자에게만 제공됩니다.

Medicare 수혜자 식별(MBI) 번호:

Blue Shield 가입자 번호:

Medicare 병원(파트 A) 발효일: (월/일/연도)	Medicare(파트 B) 발효일: (월/일/연도)

Household Savings Program[1]

귀하와 다른 가족 구성원이 65세 이상이고 모두 동일한 플랜(치과 플랜 포함)을 가지고 있거나 신청하는 경우 **두 구성원이 모두 동일한 적격 플랜에 가입되어 있으면** 결합된 의료 플랜 회비에서 월 7%를 절약할 수 있습니다. **두 구성원의 자택 주소와 우편물 발송 주소가 동일해야 합니다.** 흡연자는 Household Savings Program에 가입할 수 없습니다.

다른 가족 구성원이 귀하가 신청하는 것과 **동일한** Blue Shield Medicare 추가 플랜에 가입했거나 신청 중이며 두 주소 유형이 모두 동일한가요? ☐ 예 ☐ 아니오

'예'인 경우 다음과 같은 다른 가족 구성원의 정보를 제공해 주세요.

이름:

Medicare 수혜자 식별(MBI) 번호:

Blue Shield Medicare 추가 플랜 가입자 ID(사용 가능한 경우):

다른 가족 구성원이 본 신청서의 마지막 부분에 서명하도록 하여 다른 가족 구성원이 별도로 체결한 Blue Shield 계약을 해지하고 주 가입자가 체결한 Household Savings Program 계약에 따라 가입할 수 있는 해당 가족 구성원의 권한을 부여해 주세요.

각 개인은 신규 가입자 신청서를 직접 작성해야 합니다. 두 가입자가 모두 기존 가입자일 경우 먼저 가입 처리된 신청서에 따라 주 가입자가 결정됩니다. 그렇지 않으면 요청한 플랜 유형에 이미 가입한 기존 가입자가 주 가입자로 지정됩니다.

주 가입자는 Blue Shield에 회비/보험료를 납부할 책임이 있으며 주 가입자만이 계약/정책을 변경할 수 있습니다. Household Savings Program에 가입한 경우 Blue Shield는 플랜에 가입한 다른 가족 구성원이 회비/보험료를 납부하는 것도 허용합니다. 고객 관리 부서에 문의하는 과정에서 플랜에 가입한 두 당사자 모두와 청구 정보 및 납부 금액을 공유하거나 공유할 수 있습니다.

Dental PPO 플랜

Medicare 추가 플랜 가입자를 위한 치과 플랜.
자세한 정보는 **blueshieldca.com/MedSuppDental2027** 페이지를 참조하세요.

Blue Shield 치과 보장에 가입하려면 아래 플랜을 선택하세요.
치과 플랜 옵션(하나만 선택):
☐ Dental PPO 1000 ☐ Dental PPO 1500 ☐ 치과 계획 없음

보장 조건
- 치과 혜택에는 건강 플랜 공제 요건이 적용되지 않습니다.
- (귀하나 Blue Shield에 의해) 어떤 이유로든 치과 보장이 취소되면 다시 가입할 수 있지만, 다시 신청하려면 6개월을 기다려야 합니다.

납부 정보

월 회비를 확인하려면 가입 키트에 들어 있는 Blue Shield 요율표를 참조하거나 **blueshieldca.com/MedSupp2027**을 방문하세요. 현재 AutoPay에 가입되어 있지 않으면 다음 납부 금액 및 날짜가 표시된 월별 청구서를 받게 됩니다.

AutoPay 프로그램을 사용하여 당좌 예금이나 저축 예금 계좌에서 월 자동 이체를 통해 회비를 납부하여 매달 $3을 절약해 보세요.[1] 가입하려면 첫 청구서를 받고 납부한 후 **blueshieldca.com**에서 Blue Shield 계정을 등록하고 로그인하여 Billing and Payment(청구 및 납부) 탭에 접속하세요. 고객 관리 부서 **(800) 248-2341 (TTY: 711)**번으로 주 7일 오전 8시 ~오후 8시(태평양 표준시) 사이에 전화하실 수도 있습니다. AutoPay 프로그램 가입 요청이 완료되기까지 최대 2회의 청구 주기가 소요될 수 있습니다. 가입자는 AutoPay 프로그램 가입 확인 이메일을 받을 때까지 수령한 종이 청구서 금액을 모두 납부해야 합니다.

멤버십 조건

1 본 전환 신청서는 본인이 신청하는 *Evidence of Coverage*(EOC, 보장 증명서)에 포함되며 이에 대한 보증서, 부록, 첨부 문서와 함께 전체 보장 계약을 전체적으로 구성합니다.

2 가치가 상향되는 플랜에 가입하는 경우 Blue Shield의 Underwriting Department(계약 심사 부서)에서 본 신청서를 승인하지 않는 한 Blue Shield Medicare 추가 플랜의 보장을 받지 않습니다. Blue Shield는 보장 발효일 이전에 발생한 청구서에 대해 책임을 지지 않습니다.

3 Blue Shield만이 본 신청서를 승인할 수 있습니다. 본인은 보험 판매 대리인, 중개인 또는 판매 대리인이 승인을 부여하거나, 조건을 변경하거나, 요구 사항을 면제할 수 없음을 이해합니다.

4 **본인은 다음 문서를 받았음을 인정합니다.**

- **혜택 요약**
- **요율표**
- **Medicare 가입자를 위한 건강 보험 가이드**
- **본 전환 신청서 사본**

본인은 아래에 서명함으로써 본 전환 신청서에 기재된 정보가 본인이 알고 있는 한 완전하고 정확함을 인정하고 보장 약관, Household Savings Program, 본인이 제공한 권한 부여를 이해하고 이에 동의합니다.

본인은 혜택 요약과 위에 명시된 약관, 조건 및 권한 부여를 읽었습니다. 본인은 혜택 요약에 명시된 자격 요건을 충족함을 증명합니다. 본인은 본 신청서의 정확성과 완전성에 대해 독자적으로 책임을 지며 모든 질문에 본인이 알고 믿는 대로 답변했습니다. 본인은 정보가 사실이 아니거나 불완전한 경우 보장을 받을 수 없으며 그러한 결과에 따라 보장이 취소될 수 있음을 이해합니다.

5 본인은 자료 및 통신문을 인쇄물 대신 전자 방식으로 수신할 수 있음을 이해합니다. 본인은 필요한 혜택 플랜 및 보장 관련 자료 및 통신문을 이메일 및/또는 해당되는 경우 Blue Shield 웹사이트 **blueshieldca.com**을 통해서 받을 수 있습니다. 문서를 전자적으로 받으려면 전자 배송에 대한 본인의 동의가 필요합니다. 본인은 또한 언제든지 추가 비용 없이 우편으로 발송하는 인쇄물을 받을 권리가 있습니다. 우편으로 인쇄물을 받거나 이메일을 통한 통신문을 취소하는 경우 **(800) 248-2341 (TTY: 711)**번으로 연중무휴 주 7일 오전 8시 ~오후 8시(태평양 표준시) 사이에 전화할 수 있습니다.

신청자 서명:	**날짜(월/일/연도):**
가족 구성원 서명(해당되는 경우):	**날짜(월/일/연도):**

보험판매사/작성한 판매 대리인 정보

* 은 필수 입력 항목입니다

지정 대리점 이름: _____

(지정 대리점 이름을 정자체로 작성하세요)

지정 대리점 사업자등록번호*: _____

(지정 대리점 사업자등록번호를 정자체로 작성하세요)

보험판매사/작성한 판매 대리인 이름*: _____

(보험판매사/작성한 판매 대리인 이름을 정자체로 작성하세요)

보험판매사/작성한 판매 대리인 개인 NPN*: _____

보험판매사/작성한 판매 대리인 이메일 주소: _____

보험판매사/작성한 판매 대리인 팩스 번호: _____

보험판매사/작성한 판매 대리인 전화번호: _____

오늘 날짜(필수)(월/일/연도):

보험판매사/작성한 판매 대리인 서명(필수):

정자체 이름:

[1] 이 프로그램/서비스에 따라 Medicare 추가 플랜을 더 효율적으로 관리할 수 있게 됨에 따라 절약된 금액을 가입자에게 돌려 드립니다.