

Mẫu Xác nhận Nội dung trong Cuộc hẹn Bán Bảo hiểm

Trung tâm Dịch vụ Medicare và Medi-Cal yêu cầu đại lý bảo hiểm phải lập tài liệu nội dung cho cuộc hẹn tiếp thị trước khi gặp trực tiếp người bán bảo hiểm để đảm bảo là đã hiểu rõ nội dung, mà đại lý sẽ thảo luận với người thụ hưởng Medicare (hoặc đại diện được ủy quyền của họ). Tất cả thông tin được cung cấp trong biểu mẫu này đều là thông tin bảo mật và phải do từng người có Medicare hoặc đại diện được ủy quyền của họ điền.

Vui lòng ký tên tắt ở dưới, bên cạnh loại sản phẩm mà quý vị muốn đại lý thảo luận.

Các Chương trình Medicare Advantage (Phần C)

Chương trình Medicare Special Needs Point of Service (SNP POS) (Chương trình Medicare Chăm sóc Linh hoạt cho Nhu cầu Đặc biệt): Chương trình Medicare Advantage có gói quyền lợi được thiết kế cho những người bị bệnh thận giai đoạn cuối. Ví dụ về các nhóm cụ thể được phục vụ bao gồm những người có Medicare hoặc Medicare và Medi-Cal hoặc nhận trợ giúp bổ sung để thanh toán thuốc theo toa. POS là một hình thức của Chương trình Medicare Advantage có sẵn trong khu vực hoặc tại địa phương, kết hợp những dịch vụ tốt nhất của HMO với quyền lợi ngoài mạng lưới. Giống như HMO, các hội viên được yêu cầu chỉ định một bác sĩ trong mạng lưới làm bác sĩ chăm sóc sức khỏe chính. Quý vị có thể sử dụng bác sĩ, bệnh viện, nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới và trả thêm một khoản phí.

Khi ký vào biểu mẫu này, quý vị đồng ý gặp đại lý bán hàng để thảo luận về các loại sản phẩm mà quý vị đã nêu ở trên. Xin lưu ý rằng người sẽ thảo luận về các sản phẩm là người được một chương trình Medicare tuyển dụng hoặc ký hợp đồng. Họ không làm việc trực tiếp cho Chính phủ Liên bang. Người này cũng có thể được trả công nếu quý vị đăng ký tham gia một chương trình.

Việc ký tên vào biểu mẫu này KHÔNG bắt buộc quý vị phải đăng ký vào một chương trình, ảnh hưởng đến việc đăng ký hiện tại hoặc ghi danh đăng ký quý vị vào một chương trình Medicare.

Chữ ký của Người thụ hưởng hoặc Người đại diện được Ủy quyền và Ngày Ký:

Chữ ký:

Ngày Ký:

Nếu là người đại diện được ủy quyền, vui lòng ký tên ở trên và viết tên bằng chữ in hoa ở bên dưới:

Tên Người đại diện:

Mối quan hệ của Quý vị với Người thụ hưởng:

Phần dành cho Đại lý điền:

Tên Đại lý:

Điện thoại của Đại lý:

Tên Người thụ hưởng:

Điện thoại của Người thụ hưởng:

Địa chỉ của Người thụ hưởng: (tùy chọn)

Phương thức Liên lạc Ban đầu:

(Ghi rõ ở đây nếu ứng viên là người đến trực tiếp)

Chữ ký của Đại lý:

Ngày Hẹn Đã thực hiện: