

영업 약속의 논의 범위 확인서

메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(CMS)는 보험중개인(에이전트)에게 모든 대면 판매를 위한 만남에 앞서 보험중개인과 메디케어 수혜자(또는 그의 위임받은 대리인) 사이에 논의될 내용을 파악하는 영업 약속의 논의 범위 확인서를 반드시 문서화하도록 하고 있습니다.

보험중개인과 논의하고자 하는 제품 유형 옆에 이름 이니셜을 기입하십시오.

Clever Care 메디케어 어드밴티지 및 처방약 플랜(파트 C)

_____ **메디케어 건강 유지 기관(HMO):** 모든 오리지널 메디케어의 파트 A 및 파트 B 의료 보장 범위를 제공하고 파트 D의 처방약 보장 범위를 제공하는 메디케어 어드밴티지 플랜입니다. 그리고 대부분의 HMO는 플랜의 네트워크에 소속된 의사 또는 병원의 의료 서비스만 받을 수 있는 점을 유념하시기 바랍니다(응급 상황 제외).

_____ **메디케어 만성 특수 필요 플랜(C-SNP):** 이 메디케어 어드밴티지 플랜은 특수한 의료 관리가 필요한 분들을 위해 고안된 종합 혜택입니다. 이 플랜을 이용하시는 그룹의 상세한 예로는 특정 만성 질환이 있는 분들이 포함됩니다.

본 양식에 서명함으로써, 귀하는 위의 이니셜을 적은 제품 유형을 상의하기 위한 판매 중개인과 만남에 동의하는 것입니다. 이 만남에는 가입의 의무가 없습니다. 현재 또는 향후 메디케어 가입 상태에 아무런 영향이 없을 것이며, 자동 가입은 발생하지 않을 것입니다.

서명:

날짜:

월 월 / 일 일 / 년 년 년 년

귀하가 위임된 대리인이라면, 윗부분에는 서명과 아랫부분에는 정자체로 성함을 기재하십시오.

대리인 이름:

귀하와 수혜자와의 관계:

보험중개인(에이전트) 작성 부분: 작성된 가입 신청서와 함께 이 양식을 제출하십시오

보험중개인 이름:

보험중개인 전화:

() -

수혜자 이름:

수혜자 전화(선택사항):

() -

수혜자 주소:

연락 방법을 지정하십시오: 판매 행사 워크인 전화 수신 연락 허가 카드

본 양식이 약속 당시 수혜자에 의해 서명했다면, 만남 전에 문서화되지 않은 이유를 서술하십시오:

보험중개인 서명:

약속 완료 일자:

월 월 / 일 일 / 년 년 년 년

판매 약속의 논의 범위 확인서는 CMS 기록 보존 요건이 적용됩니다.

