

銷售範圍確認書

聯邦醫療保險 (Medicare) 和聯邦醫療補助 (Medicaid) 服務中心 (CMS) 要求代理人在任何面對面銷售會議之前，先行記錄行銷會談內容範圍，以助於理解代理人與 Medicare 受益人 (或其授權代表) 之間將討論的內容。

請在您希望與代理人討論的產品類型旁簽署姓名首字母。

福全健保聯邦醫療保險優勢 (Clever Care Medicare Advantage) 和處方藥 (C 部分) 計劃

_____ **聯邦醫療保險健康維護組織 (HMO):** 聯邦醫療保險優勢計劃提供所有 A 部分和 B 部分的傳統聯邦醫療保險 (Original Medicare)，同時也涵蓋 D 部分的處方藥物承保計劃。在大多數的 HMO 中，若非緊急情況，您只能向計劃網路中的醫生或醫院尋求照護服務。

_____ **聯邦醫療保險慢性病特殊需要計劃 (C-SNP):** 聯邦醫療保險優勢計劃其中包含為有特殊健康護理需求人士設計的福利組合。該計劃所服務的特定群體包括某些特定的慢性病患者。

簽署本表格，即表示您同意與銷售代理會面，並商討上方您已簽署姓名首字母的產品類型。您沒有投保的義務。目前或未來的聯邦醫療保險投保狀態將不受影響，您也不會自動投保。

簽名:

日期:

月	月	/	日	日	/	年	年	年	年
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

如果您是授權代表，請在上方簽名並在下方正楷書寫。

代表的姓名:

您與受益人之關係:

代理人部分: 請將此表格與填妥的註冊申請一並寄回

代理人姓名:

代理人電話:

(				)					-				
---	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--

受益人姓名:

受益人電話 (選填):

(				)					-				
---	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--

受益人地址:

請註明聯絡方式: ☐ 銷售活動 ☐ 直接到訪 ☐ 客戶來電 ☐ 允許撥打名片上的號碼

若受益人是在會談期間簽署表格，則請解釋為什麼在會議之前沒有記錄:

代理人簽名:

完成會談日期:

月	月	/	日	日	/	年	年	年	年
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

