

영업 약속의 논의 범위 확인서

메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(CMS)는 에이전트(보험 중개인)와 메디케어 수혜자(또는 그의 위임을 받은 대리인) 간의 대면 영업 미팅에 앞서, 마케팅 약속의 범위를 문서화하도록 에이전트에게 요구합니다. 이는 미팅에서 어떤 내용을 상담할지 양측이 이해하도록 보장하기 위함입니다. 이 양식에 제공된 모든 정보는 기밀로 취급되며, 메디케어 가입자 본인 또는 가입자의 위임을 받은 대리인이 작성해야 합니다.

에이전트와 상담하고 싶은 상품 유형 옆에 이니셜을 기입해 주십시오.

Clever Care 메디케어 어드밴티지 및 처방약 플랜(파트 C)

- _____ **메디케어 건강 유지 기관(HMO):** 오리지널 메디케어 파트 A 및 파트 B 의료 보장을 모두 제공하고, 파트 D 처방약 보장도 포함하는 메디케어 어드밴티지 플랜입니다. 대부분의 HMO에서는, 플랜의 네트워크에 소속된 의사 또는 병원에서만 진료를 받을 수 있습니다 (응급 상황 제외).
- _____ **메디케어 만성 특수 필요 플랜(C-SNP):** 특수한 건강 관리가 필요한 분들을 위해 설계된 혜택 패키지를 제공하는 메디케어 어드밴티지 플랜입니다. 이 플랜이 제공되는 특정 집단의 예로는, 특정한 만성 의학적 질환을 가진 분들이 포함됩니다.

본 양식에 서명함으로써, 귀하는 상기에서 선택한 상품 유형에 대해 영업 에이전트와 상담하는 것에 동의하게 됩니다. 해당 상품을 설명하는 담당자는 메디케어 플랜에 고용되었거나 계약된 사람입니다. 이들은 연방 정부에 직접 소속된 사람은 아닙니다. 이 담당자는 귀하의 플랜 가입 여부에 따라 보수를 받을 수도 있습니다. 이 양식에 서명하신다고 해서 플랜에 가입해야 하는 의무가 생기는 것이 아니며, 귀하의 현재 가입 상태에 영향을 주지도 않고, 메디케어 플랜에 자동 가입되는 것도 아닙니다.

서명:

날짜:

월 월 / 일 일 / 년 년 년 년

귀하가 위임을 받은 대리인인 경우, 윗부분에는 서명하고 아랫부분에는 정자체로 성함을 기재해 주십시오.

대리인 이름:

수혜자와 관계

에이전트 작성 부분: 본 양식을 작성 완료된 가입 신청 양식과 함께 제출해 주십시오

에이전트 이름:

에이전트 전화번호:

() -

수혜자 이름:

수혜자 전화번호(선택 사항):

() -

수혜자 주소:

연락 수단을 기재해 주십시오: ☐ 영업 ☐ 이벤트 ☐ 워크인(직접 방문) ☐ 연락 허가 카드

본 양식이 약속 당시 수혜자에 의해 서명된 경우, 미팅 전에 해당 내용이 문서화되지 않은 이유를 설명해 주십시오:

에이전트 서명:

약속 완료 일자:

월 월 / 일 일 / 년 년 년 년

영업 약속의 논의 범위 확인서는 CMS 기록 보존 요건이 적용됩니다.

H7607_26_CM1307_C 07142025 Sales