

## 銷售預約範圍確認書

聯邦醫療保險與醫療補助服務中心 (The Centers for Medicare and Medicaid Services - CMS) 要求保險經紀人在任何面對面的銷售會面前，記錄行銷預約會面的範圍，以確保瞭解保險經紀人與 Medicare (聯邦醫療保險) 受益人 (或其授權代表) 之間將討論的內容。本表格提供的所有資訊均為保密資訊，應由每位 Medicare 受益人或其授權代表填寫。

請您在希望與保險經紀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) 計劃和處方藥計劃 (C 部分)

\_\_\_\_\_ **聯邦醫療保險健康維護組織 (Medicare Health Maintenance Organization - HMO)：**聯邦醫療保險優勢計劃提供所有傳統聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分健康保險承保，並涵蓋 D 部分處方藥保險。在大多數 HMO 計劃中，您只能從計劃醫療網絡內的醫師或醫院獲得照護 (緊急情況除外)。

\_\_\_\_\_ **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疾病患者。

簽署本表，即表示您同意與銷售保險經紀人會面，討論如您上述提出的產品類型。請注意，將與您討論產品的人員是由 Medicare (聯邦醫療保險) 計劃僱用或簽約。他們並非直接為聯邦政府工作。該人員也可能因您投保計劃而獲得報酬。簽署本表並不表示您有義務投保某項計劃、影響您目前的投保或為您投保 Medicare 計劃。

簽名：

日期：

月 月 / 日 日 / 年 年 年 年

若您為授權代表，請在上方簽名，並在下方以正楷書寫姓名：

授權代表姓名：

與受益人之關係：

### 保險經紀人部分：請將此表格與填妥的註冊申請一並寄回

保險經紀人姓名：

保險經紀人電話：

( ) -

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 ☐ 撥號許可卡

若受益人是在會談期間簽署表格，則請解釋說明為何在會議之前未曾記錄：

保險經紀人簽名：

保險經紀人簽名：

月 月 / 日 日 / 年 年 年 年

會談內容範圍文件須遵循 CMS 記錄保留要求。

H7607\_26\_CM1307\_C 07142025 Sales