



Blue Shield of California Medicare 추가 플랜 전환 신청서

현재 Blue Shield of California Medicare 추가 플랜 가입자는 본 신청서를 다음 용도로 사용할 수 있습니다.

1. 정규 가입 기간 동안 가치가 동일하거나 더 낮은 Medicare 추가 플랜으로 전환 - 가입 보장.
2. Household Savings Program(가계 저축 프로그램) 가입.¹ (두 가입자 모두 현재 Blue Shield of California Medicare 추가 플랜 가입자여야 합니다).
3. 치과 플랜 가입.

가입 기간 외에 가치가 동일하거나 더 낮은 Medicare 추가 플랜으로 전환하거나 언제든지 혜택이 더 많은 플랜으로 전환하는 데 관심이 있는 경우 본 Medicare 추가 플랜 가입 신청서(양식 C12687)를 작성해야 합니다.

간편한 전환

1 필요한 정보를 모두 제공하고 검은색 펜을 사용하여 전체 대문자로 명확하게 정자체로 작성합니다. 마지막 부분에 서명하고 날짜를 기입합니다.

2 서명일로부터 30일 이내에 신청서를 다음으로 제출합니다.

- 팩스: (844) 266-1850
- 이메일: msinstall@blueshieldca.com
- 우편: Medicare Supplement Installation, PO Box 3008 Lodi, CA 95241-1912

유의 사항: 개인 보관용으로 서명이 포함된 본 계약서의 사본을 만들어야 합니다.

본 신청서의 가입자 사본 페이지를 인쇄하여 다른 모든 중요한 Blue Shield of California 문서와 함께 보관하세요.

가입 방법과 관련하여 질문이 있는 경우 중개인에게 문의하거나 (888) 713-0000 (TTY: 711)번으로 전화해 주세요.

또한 California Health Insurance Counseling & Advocacy Program(HICAP, 건강 보험 상담 및 지원 프로그램)에 연락하시면 안내를 받을 수 있습니다. HICAP는 캘리포니아주에 거주하는 고령자에게 건강 보험 상담을 제공합니다. HICAP에 (800) 434-0222(수신자 부담)번으로 전화하시면 현지 HICAP 사무소를 소개해 드립니다. HICAP 서비스는 캘리포니아주에서 무료로 제공합니다.

플랜 F 추가는 2020년 1월 1일 이전에 65세가 되었거나 2020년 1월 1일 이전에 장애로 인해 Medicare 혜택을 처음으로 받을 수 있는 신청자에게만 제공됩니다.

개인 정보

성:	이름:	중간 이니셜:
생년월일(월/일/연도):		성별: ☐ 남성 ☐ 여성
전화번호:		전화 유형: ☐ 유선 전화 ☐ 휴대폰
자택 주소:		
도시:	주:	우편 번호:

선호 언어:

☐ 영어 ☐ 스페인어 ☐ 중국어 ☐ 한국어 ☐ 베트남어

접근성 대체 형식의 정보를 받기 원하시면 다음 중 하나를 선택하세요.

☐ 점자 ☐ 큰 문자 ☐ 오디오 CD ☐ 데이터 CD

이메일 주소:

**위에 이메일 주소를 기재하시면 귀하의 플랜 관련 일부 통신문에 대하여 종이 없는 배송 방식에
자**

귀하에게 필요한 다양한 플랜 관련 통신문을 전자 방식으로 받아보게 됩니다. 새로운 통신문이
온라인에 게재될 때 이메일을 보내 드립니다. 귀하는 컴퓨터, 태블릿, 휴대폰과 같은 장치를 통해 해당
통신문을 확인할 수 있습니다.

☐ 종이 없는 배송 대신 필요한 자료의 인쇄본을 우편으로 보내 드립니다. 몇몇 자료는 매우 커서 일부
우편함에 들어가지 않을 수 있으니 유의하세요. 언제든지 배송 기본 설정을 변경할 수 있습니다.

우편 발송 주소(위와 다를 경우):

우편물을 받을 도시:

우편물을 받을 주:

우편물을 받을 우편 번호:

청구서 발송 주소(위와 다를 경우):

청구서를 받을 도시:

청구서를 받을 주:

청구서를 받을 우편 번호:

선호 언어:

☐ 영어 ☐ 스페인어 ☐ 중국어 ☐ 한국어 ☐ 베트남어

신청할 플랜 유형 확인:

☐ A ☐ F 추가* ☐ G ☐ G 추가 ☐ N

아니면 현재 플랜을 유지하실 건가요?

☐ 예 ☐ 아니오

요청 발효일:

(월/연도)의 첫날

* 플랜 F 추가는 2020년 1월 1일 이전에 65세가 되었거나 2020년 1월 1일 이전에 장애로 인해
Medicare 혜택을 처음으로 받을 수 있는 신청자에게만 제공됩니다.

Medicare 수혜자 식별(MBI) 번호:

Blue Shield 가입자 번호:

Medicare 병원(파트 A) 발효일:
(월/일/연도)

Medicare(파트 B) 발효일:
(월/일/연도)

Household Savings Program¹

귀하와 다른 가족 구성원이 65세 이상이고 모두 동일한 플랜(치과 플랜 포함)을 가지고 있거나 신청하는 경우 **두 구성원이 모두 동일한 적격 플랜에 가입되어 있으면** 결합된 의료 플랜 회비에서 월 7%를 절약할 수 있습니다. **두 구성원의 자택 주소와 우편물 발송 주소가 동일해야 합니다.** 흡연자는 Household Savings Program에 가입할 수 없습니다.

다른 가족 구성원이 귀하가 신청하는 것과 **동일한** Blue Shield Medicare 추가 플랜에 가입했거나 신청 중이며 두 주소 유형이 모두 동일한가요? ☐ 예 ☐ 아니오

'예'인 경우 다음과 같은 다른 가족 구성원의 정보를 제공해 주세요.

이름:

Medicare 수혜자 식별(MBI) 번호:

Blue Shield Medicare 추가 플랜 가입자 ID(사용 가능한 경우):

다른 가족 구성원이 본 신청서의 마지막 부분에 서명하도록 하여 다른 가족 구성원이 별도로 체결한 Blue Shield 계약을 해지하고 주 가입자가 체결한 Household Savings Program 계약에 따라 가입할 수 있는 해당 가족 구성원의 권한을 부여해 주세요.

각 개인은 신규 가입자 신청서를 직접 작성해야 합니다. 두 가입자가 모두 기존 가입자일 경우 먼저 가입 처리된 신청서에 따라 주 가입자가 결정됩니다. 그렇지 않으면 요청한 플랜 유형에 이미 가입한 기존 가입자가 주 가입자로 지정됩니다.

주 가입자는 Blue Shield에 회비/보험료를 납부할 책임이 있으며 주 가입자만이 계약/정책을 변경할 수 있습니다. Household Savings Program에 가입한 경우 Blue Shield는 플랜에 가입한 다른 가족 구성원이 회비/보험료를 납부하는 것도 허용합니다. 고객 관리 부서에 문의하는 과정에서 플랜에 가입한 두 당사자 모두와 청구 정보 및 납부 금액을 공유하거나 공유할 수 있습니다.

Dental PPO 플랜

Medicare 추가 플랜 가입자를 위한 치과 플랜.

자세한 정보는 blueshieldca.com/MedSuppDental2026 페이지를 참조하세요.

Blue Shield 치과 보장에 가입하려면 아래 플랜을 선택하세요.

치과 플랜 옵션(하나만 선택):

☐ Dental PPO 1000 ☐ Dental PPO 1500 ☐ 치과 계획 없음

보장 조건

- 치과 혜택에는 건강 플랜 공제 요건이 적용되지 않습니다.
- (귀하나 Blue Shield에 의해) 어떤 이유로든 치과 보장이 취소되면 다시 가입할 수 있지만, 다시 신청하려면 6개월을 기다려야 합니다.

납부 정보

월 회비를 확인하려면 가입 키트에 들어 있는 Blue Shield 요율표를 참조하거나 blueshieldca.com/MedSupp2026을 방문하세요. 현재 AutoPay에 가입되어 있지 않으면 다음 납부 금액 및 날짜가 표시된 월별 청구서를 받게 됩니다.

AutoPay 프로그램을 사용하여 당좌 예금이나 저축 예금 계좌에서 월 자동 이체를 통해 회비를 납부하여 매달 \$3을 절약해 보세요.¹ 가입하려면 첫 청구서를 받고 납부한 후 blueshieldca.com에서 Blue Shield 계정을 등록하고 로그인하여 Billing and Payment(청구 및 납부) 탭에 접속하세요. 고객 관리 부서 (800) 248-2341 (TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시 ~오후 8시 사이에 전화하실 수도 있습니다. AutoPay 프로그램 가입 요청이 완료되기까지 최대 2회의 청구 주기가 소요될 수 있습니다. 가입자는 AutoPay 프로그램 가입 확인 이메일을 받을 때까지 수령한 종이 청구서 금액을 모두 납부해야 합니다.

멤버십 조건

- 1 본 전환 신청서는 본인이 신청하는 *Evidence of Coverage*(EOC, 보장 증명서)에 포함되며 이에 대한 보증서, 부록, 첨부 문서와 함께 전체 보장 계약을 전체적으로 구성합니다.
- 2 가치가 상향되는 플랜에 가입하는 경우 Blue Shield의 Underwriting Department(계약 심사 부서)에서 본 신청서를 승인하지 않는 한 Blue Shield Medicare 추가 플랜의 보장을 받지 않습니다. Blue Shield는 보장 발효일 이전에 발생한 청구서에 대해 책임을 지지 않습니다.
- 3 Blue Shield만이 본 신청서를 승인할 수 있습니다. 본인은 보험 판매 대리인, 중개인 또는 판매 대리인이 승인을 부여하거나, 조건을 변경하거나, 요구 사항을 면제할 수 없음을 이해합니다.
- 4 본인은 다음 문서를 받았음을 인정합니다.
 - 혜택 요약
 - 요율표
 - Medicare 가입자를 위한 건강 보험 가이드
 - 본 전환 신청서 사본.

본인은 아래에 서명함으로써 본 전환 신청서에 기재된 정보가 본인이 알고 있는 한 완전하고 정확함을 인정하고 보장 약관, Household Savings Program, 본인이 제공한 권한 부여를 이해하고 이에 동의합니다.

본인은 혜택 요약과 위에 명시된 약관, 조건 및 권한 부여를 읽었습니다. 본인은 혜택 요약에 명시된 자격 요건을 충족함을 증명합니다. 본인은 본 신청서의 정확성과 완전성에 대해 독자적으로 책임을 지며 모든 질문에 본인이 알고 믿는 대로 답변했습니다. 본인은 정보가 사실이 아니거나 불완전한 경우 보장을 받을 수 없으며 그러한 결과에 따라 보장이 취소될 수 있음을 이해합니다.

- 5 본인은 자료 및 통신문을 인쇄물 대신 전자 방식으로 수신할 수 있음을 이해합니다. 본인은 필요한 혜택 플랜 및 보장 관련 자료 및 통신문을 이메일 및/또는 해당되는 경우 Blue Shield 웹사이트 blueshieldca.com을 통해서 받을 수 있습니다. 문서를 전자적으로 받으려면 전자 배송에 대한 본인의 동의가 필요합니다. 본인은 또한 언제든지 추가 비용 없이 우편으로 발송하는 인쇄물을 받을 권리가 있습니다. 우편으로 인쇄물을 받거나 이메일을 통한 통신문을 취소하는 경우 (800) 248-2341 (TTY: 711)번으로 연중무휴 주 7일 오전 8시 ~오후 8시 사이에 전화할 수 있습니다.

신청자 서명:	날짜(월/일/연도):
가족 구성원 서명(해당되는 경우):	날짜(월/일/연도):

보험판매사/작성한 판매 대리인 정보

* 은 필수 입력 항목입니다

지정 대리점 이름: _____
(지정 대리점 이름을 정자체로 작성하세요)

지정 대리점 사업자등록번호*: _____
(지정 대리점 사업자등록번호를 정자체로 작성하세요)

보험판매사/작성한 판매 대리인 이름*: _____
(보험판매사/작성한 판매 대리인 이름을 정자체로 작성하세요)

보험판매사/작성한 판매 대리인 개인 NPN*: _____

보험판매사/작성한 판매 대리인 이메일 주소: _____

보험판매사/작성한 판매 대리인 팩스 번호: _____

보험판매사/작성한 판매 대리인 전화번호: _____

오늘 날짜(필수)(월/일/연도):

보험판매사/작성한 판매 대리인 서명(필수):

정자체 이름:

¹ 이 프로그램/서비스에 따라 Medicare 추가 플랜을 더 효율적으로 관리할 수 있게 됨에 따라 절약된 금액을 가입자에게 돌려 드립니다.



Blue Shield of California Medicare 추가 플랜 전환 신청서

현재 Blue Shield of California Medicare 추가 플랜 가입자는 본 신청서를 다음 용도로 사용할 수 있습니다.

1. 정규 가입 기간 동안 가치가 동일하거나 더 낮은 Medicare 추가 플랜으로 전환 – 가입 보장.
2. Household Savings Program(가계 저축 프로그램) 가입.¹ (두 가입자 모두 현재 Blue Shield of California Medicare 추가 플랜 가입자여야 합니다).
3. 치과 플랜 가입.

가입 기간 외에 가치가 동일하거나 더 낮은 Medicare 추가 플랜으로 전환하거나 언제든지 혜택이 더 많은 플랜으로 전환하는 데 관심이 있는 경우 본 Medicare 추가 플랜 가입 신청서(양식 C12687)를 작성해야 합니다.

간편한 전환

1 필요한 정보를 모두 제공하고 검은색 펜을 사용하여 전체 대문자로 명확하게 정자체로 작성합니다. 마지막 부분에 서명하고 날짜를 기입합니다.

2 서명일로부터 30일 이내에 신청서를 다음으로 제출합니다.

- 팩스: (844) 266-1850
- 이메일: msinstall@blueshieldca.com
- 우편: Medicare Supplement Installation, PO Box 3008 Lodi, CA 95241-1912

유의 사항: 개인 보관용으로 서명이 포함된 본 계약서의 사본을 만들어야 합니다.

본 신청서의 가입자 사본 페이지를 인쇄하여 다른 모든 중요한 Blue Shield of California 문서와 함께 보관하세요.

가입 방법과 관련하여 질문이 있는 경우 중개인에게 문의하거나 (888) 713-0000 (TTY: 711)번으로 전화해 주세요.

또한 California Health Insurance Counseling & Advocacy Program(HICAP, 건강 보험 상담 및 지원 프로그램)에 연락하시면 안내를 받을 수 있습니다. HICAP는 캘리포니아주에 거주하는 고령자에게 건강 보험 상담을 제공합니다. HICAP에 (800) 434-0222(수신자 부담)번으로 전화하시면 현지 HICAP 사무소를 소개해 드립니다. HICAP 서비스는 캘리포니아주에서 무료로 제공합니다.

플랜 F 추가는 2020년 1월 1일 이전에 65세가 되었거나 2020년 1월 1일 이전에 장애로 인해 Medicare 혜택을 처음으로 받을 수 있는 신청자에게만 제공됩니다.

개인 정보

성:	이름:	중간 이니셜:
생년월일(월/일/연도):		성별: ☐ 남성 ☐ 여성
전화번호:		전화 유형: ☐ 유선 전화 ☐ 휴대폰
자택 주소:		
도시:	주:	우편 번호:

선호 언어:

☐ 영어 ☐ 스페인어 ☐ 중국어 ☐ 한국어 ☐ 베트남어

접근성 대체 형식의 정보를 받기 원하시면 다음 중 하나를 선택하세요.

☐ 점자 ☐ 큰 문자 ☐ 오디오 CD ☐ 데이터 CD

이메일 주소:

위에 이메일 주소를 기재하시면 귀하의 플랜 관련 일부 통신문에 대하여 종이 없는 배송 방식에 자동 가입됩니다.

귀하에게 필요한 다양한 플랜 관련 통신문을 전자 방식으로 받아보게 됩니다. 새로운 통신문이 온라인에 게재될 때 이메일을 보내 드립니다. 귀하는 컴퓨터, 태블릿, 휴대폰과 같은 장치를 통해 해당 통신문을 확인할 수 있습니다.

☐ 종이 없는 배송 대신 필요한 자료의 인쇄본을 우편으로 보내 드립니다. 몇몇 자료는 매우 커서 일부 우편함에 들어가지 않을 수 있으니 유의하세요. 언제든지 배송 기본 설정을 변경할 수 있습니다.

우편 발송 주소(위와 다를 경우):

우편물을 받을 도시:

우편물을 받을 주:

우편물을 받을 우편 번호:

청구서 발송 주소(위와 다를 경우):

청구서를 받을 도시:

청구서를 받을 주:

청구서를 받을 우편 번호:

선호 언어:

☐ 영어 ☐ 스페인어 ☐ 중국어 ☐ 한국어 ☐ 베트남어

신청할 플랜 유형 확인:

☐ A ☐ F 추가* ☐ G ☐ G 추가 ☐ N

아니면 현재 플랜을 유지하실 건가요?

☐ 예 ☐ 아니오

요청 발효일:

(월/연도)의 첫날

* 플랜 F 추가는 2020년 1월 1일 이전에 65세가 되었거나 2020년 1월 1일 이전에 장애로 인해 Medicare 혜택을 처음으로 받을 수 있는 신청자에게만 제공됩니다.

Medicare 수혜자 식별(MBI) 번호:

Blue Shield 가입자 번호:

Medicare 병원(파트 A) 발효일:
(월/일/연도)

Medicare(파트 B) 발효일:
(월/일/연도)

Household Savings Program¹

귀하와 다른 가족 구성원이 65세 이상이고 모두 동일한 플랜(치과 플랜 포함)을 가지고 있거나 신청하는 경우 **두 구성원이 모두 동일한 적격 플랜에 가입되어 있으면** 결합된 의료 플랜 회비에서 월 7%를 절약할 수 있습니다. **두 구성원의 자택 주소와 우편물 발송 주소가 동일해야 합니다.** 흡연자는 Household Savings Program에 가입할 수 없습니다.

다른 가족 구성원이 귀하가 신청하는 것과 **동일한** Blue Shield Medicare 추가 플랜에 가입했거나 신청 중이며 두 주소 유형이 모두 동일한가요? ☐ 예 ☐ 아니오

'예'인 경우 다음과 같은 다른 가족 구성원의 정보를 제공해 주세요.

이름:

Medicare 수혜자 식별(MBI) 번호:

Blue Shield Medicare 추가 플랜 가입자 ID(사용 가능한 경우):

다른 가족 구성원이 본 신청서의 마지막 부분에 서명하도록 하여 다른 가족 구성원이 별도로 체결한 Blue Shield 계약을 해지하고 주 가입자가 체결한 Household Savings Program 계약에 따라 가입할 수 있는 해당 가족 구성원의 권한을 부여해 주세요.

각 개인은 신규 가입자 신청서를 직접 작성해야 합니다. 두 가입자가 모두 기존 가입자일 경우 먼저 가입 처리된 신청서에 따라 주 가입자가 결정됩니다. 그렇지 않으면 요청한 플랜 유형에 이미 가입한 기존 가입자가 주 가입자로 지정됩니다.

주 가입자는 Blue Shield에 회비/보험료를 납부할 책임이 있으며 주 가입자만이 계약/정책을 변경할 수 있습니다. Household Savings Program에 가입한 경우 Blue Shield는 플랜에 가입한 다른 가족 구성원이 회비/보험료를 납부하는 것도 허용합니다. 고객 관리 부서에 문의하는 과정에서 플랜에 가입한 두 당사자 모두와 청구 정보 및 납부 금액을 공유하거나 공유할 수 있습니다.

Dental PPO 플랜

Medicare 추가 플랜 가입자를 위한 치과 플랜.

자세한 정보는 blueshieldca.com/MedSuppDental2026 페이지를 참조하세요.

Blue Shield 치과 보장에 가입하려면 아래 플랜을 선택하세요.

치과 플랜 옵션(하나만 선택):

☐ Dental PPO 1000 ☐ Dental PPO 1500 ☐ 치과 계획 없음

보장 조건

- 치과 혜택에는 건강 플랜 공제 요건이 적용되지 않습니다.
- (귀하나 Blue Shield에 의해) 어떤 이유로든 치과 보장이 취소되면 다시 가입할 수 있지만, 다시 신청하려면 6개월을 기다려야 합니다.

납부 정보

월 회비를 확인하려면 가입 키트에 들어 있는 Blue Shield 요금표를 참조하거나 blueshieldca.com/MedSupp2026을 방문하세요. 현재 AutoPay에 가입되어 있지 않으면 다음 납부 금액 및 날짜가 표시된 월별 청구서를 받게 됩니다.

AutoPay 프로그램을 사용하여 당좌 예금이나 저축 예금 계좌에서 월 자동 이체를 통해 회비를 납부하여 매달 \$3을 절약해 보세요.¹ 가입하려면 첫 청구서를 받고 납부한 후 blueshieldca.com에서 Blue Shield 계정을 등록하고 로그인하여 Billing and Payment(청구 및 납부) 탭에 접속하세요. 고객 관리 부서 (800) 248-2341 (TTY: 711)번으로 주 7일 오전 8시 ~오후 8시 사이에 전화하실 수도 있습니다. AutoPay 프로그램 가입 요청이 완료되기까지 최대 2회의 청구 주기가 소요될 수 있습니다. 가입자는 AutoPay 프로그램 가입 확인 이메일을 받을 때까지 수령한 종이 청구서 금액을 모두 납부해야 합니다.

멤버십 조건

- 1 본 전환 신청서는 본인이 신청하는 *Evidence of Coverage*(EOC, 보장 증명서)에 포함되며 이에 대한 보증서, 부록, 첨부 문서와 함께 전체 보장 계약을 전체적으로 구성합니다.
- 2 가치가 상향되는 플랜에 가입하는 경우 Blue Shield의 Underwriting Department(계약 심사 부서)에서 본 신청서를 승인하지 않는 한 Blue Shield Medicare 추가 플랜의 보장을 받지 않습니다. Blue Shield는 보장 발효일 이전에 발생한 청구서에 대해 책임을 지지 않습니다.
- 3 Blue Shield만이 본 신청서를 승인할 수 있습니다. 본인은 보험 판매 대리인, 중개인 또는 판매 대리인이 승인을 부여하거나, 조건을 변경하거나, 요구 사항을 면제할 수 없음을 이해합니다.
- 4 본인은 다음 문서를 받았음을 인정합니다.
 - 혜택 요약
 - 요율표
 - Medicare 가입자를 위한 건강 보험 가이드
 - 본 전환 신청서 사본.

본인은 아래에 서명함으로써 본 전환 신청서에 기재된 정보가 본인이 알고 있는 한 완전하고 정확함을 인정하고 보장 약관, Household Savings Program, 본인이 제공한 권한 부여를 이해하고 이에 동의합니다.

본인은 혜택 요약과 위에 명시된 약관, 조건 및 권한 부여를 읽었습니다. 본인은 혜택 요약에 명시된 자격 요건을 충족함을 증명합니다. 본인은 본 신청서의 정확성과 완전성에 대해 독자적으로 책임을 지며 모든 질문에 본인이 알고 믿는 대로 답변했습니다. 본인은 정보가 사실이 아니거나 불완전한 경우 보장을 받을 수 없으며 그러한 결과에 따라 보장이 취소될 수 있음을 이해합니다.

- 5 본인은 자료 및 통신문을 인쇄물 대신 전자 방식으로 수신할 수 있음을 이해합니다. 본인은 필요한 혜택 플랜 및 보장 관련 자료 및 통신문을 이메일 및/또는 해당되는 경우 Blue Shield 웹사이트 blueshieldca.com을 통해서 받을 수 있습니다. 문서를 전자적으로 받으려면 전자 배송에 대한 본인의 동의가 필요합니다. 본인은 또한 언제든지 추가 비용 없이 우편으로 발송하는 인쇄물을 받을 권리가 있습니다. 우편으로 인쇄물을 받거나 이메일을 통한 통신문을 취소하는 경우 (800) 248-2341 (TTY: 711)번으로 연중무휴 주 7일 오전 8시 ~오후 8시 사이에 전화할 수 있습니다.

신청자 서명:	날짜(월/일/연도):
가족 구성원 서명(해당되는 경우):	날짜(월/일/연도):

보험판매사/작성한 판매 대리인 정보

* 은 필수 입력 항목입니다

지정 대리점 이름: _____
(지정 대리점 이름을 정자체로 작성하세요)

지정 대리점 사업자등록번호*: _____
(지정 대리점 사업자등록번호를 정자체로 작성하세요)

보험판매사/작성한 판매 대리인 이름*: _____
(보험판매사/작성한 판매 대리인 이름을 정자체로 작성하세요)

보험판매사/작성한 판매 대리인 개인 NPN*: _____

보험판매사/작성한 판매 대리인 이메일 주소: _____

보험판매사/작성한 판매 대리인 팩스 번호: _____

보험판매사/작성한 판매 대리인 전화번호: _____

오늘 날짜(필수)(월/일/연도):

보험판매사/작성한 판매 대리인 서명(필수):

정자체 이름:

¹ 이 프로그램/서비스에 따라 Medicare 추가 플랜을 더 효율적으로 관리할 수 있게 됨에 따라 절약된 금액을 가입자에게 돌려 드립니다.