

# 2021 年 投保登記表

## 雙重資格特殊需求計劃投保登記表

本表只能當您打算投保 Humana 雙重資格特殊需求計劃時使用。

遵循這些簡單的步驟，申請成為  
Humana 聯邦醫療保險會員

### 請備妥您的聯邦醫療保險和 醫療補助會員卡

每個申請人都必須單獨填寫一張表格。

### 在投保登記表上簽名並註明日期

如果沒有在規定的時限內填妥並交回投保登記表，投保可能會被拒絕。

### 送交您的投保登記表

您可以將此投保登記表的「會員服務」頁面傳真至：**1-877-889-9923**。或者將此投保登記表寄至：

Humana Medicare Enrollment  
P.O.Box 14309  
Lexington, KY  
40512-4309

請勿重複寄出相同的投保登記表或重複申請相同的計劃。



### 如有問題請致電我們

如果您有任何問題，請致電持照 Humana 銷售代理：**1-800-833-2367**（聽障專線：711）。我們每週 7 天，每天上午 8 時至晚上 8 時竭誠為您服務。

不過請注意，自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，在週末和假日期間，您的來電可能會由我們的自動電話系統接聽。請留下您的姓名和電話號碼，我們會在下一個營業日結束前給您回電。

## 指示說明

- 把橢圓形完全填滿。
- 請使用黑色原子筆。
- 在每個方塊中清楚填寫僅一個數字或大寫字母。

- 如果不小心寫錯了，請用 X 把方塊劃掉。在方塊的上方或下方寫下正確的字母或數字，示例如下：

正確的數字和字母

1 2 3 S M I ~~X~~ H  
T

# Humana®

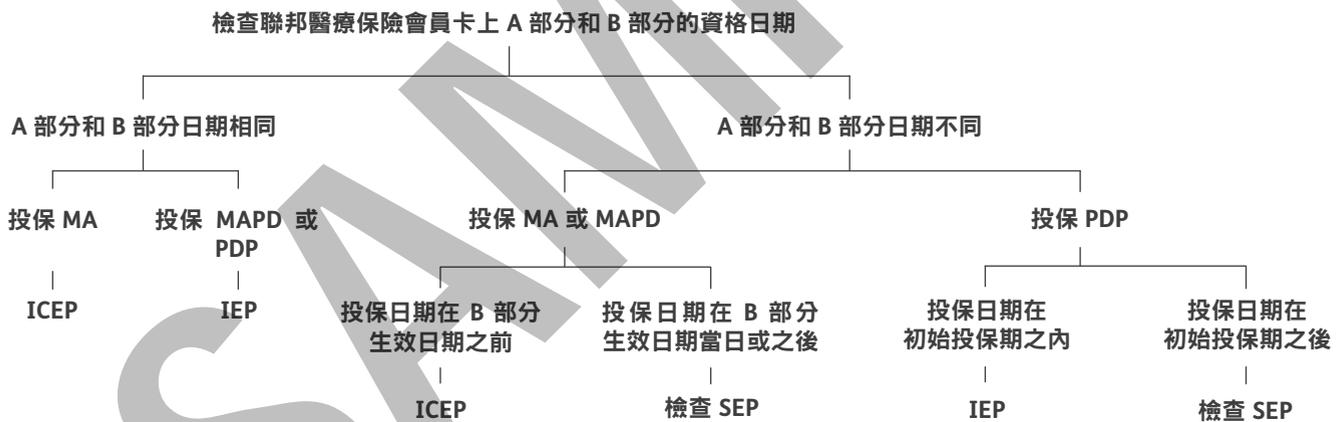
## 其他注意事項

### 初始投保期 (IEP) 和 初始投保選擇期 (ICEP)

- 如果 A 部分和 B 部分的日期相同，選擇期為 7 個月：在您符合資格當月之前的 3 個月、在您符合資格當月以及在您符合資格當月之後的 3 個月。
- 如果 A 部分和 B 部分的日期不同，選擇期為 3 個月：在生效日期較晚（通常為 B 部分）的生效月份之前 3 個月，只允許加入一項聯邦醫療保險優先計劃 (MA) 或一項聯邦醫療保險優先處方藥計劃 (MAPD)。如果投保的是處方藥計劃 (PDP)，請查看是否仍然在 7 個月初始選擇期 (IEP) 之內。
- 保險開始日期基於聯邦醫療保險計劃權利以及提交完整的投保登記表等因素。

在投保登記表上輸入您的聯邦醫療保險編號時，請完全依照聯邦醫療保險會員卡上的編號。N 表示數字，A 表示字母，E 表示數字或字母。聯邦醫療保險編號不會以零開頭，也不會包含字母 B、I、L、O、S 或 Z。

投保期可能會有重疊。請確保您在投保登記表第 4 頁的特別選擇期 (SEP) 聲明清單中標註適用於您的 SEP 橢圓形。特別是在 SEP 期間投保時，您必須符合其中一項 SEP 聲明，才有資格獲得 SEP。代理，如果在第 4 頁找不到 SEP，請參考 Vantage 中的 Humana MarketPoint University 投保選項工作輔助文件 (DMS-024)，或聯絡代理支援部以尋求協助。



### 預約範圍 (SOA) (第 8 頁)

代理，請在預約類型欄位中輸入下面其中一個三字母代碼。備註：在 SEM (座談會) 或 GCS (指導中心座談會) 不需要 SOA。在 Walmart 等報告零售商店時間等非正式活動中接收的投保登記表也不需要 SOA。

F2F - 面對面會談

GCS - 指導中心座談會

GCW - 指導中心未預約會談

INH - 家中預約會談

OTH - 其他

RET - 零售夥伴

SEM - 座談會

WAL - Walmart

TEL - 電話會談

## 重要提示！

在 Humana，我們十分重視讓您得到公平對待。

Humana Inc. 及其附屬機構不會因為種族、膚色、原國籍、年齡、殘障、性別、性傾向、社會性別、性別認同、血統、婚姻狀況或宗教而歧視或排斥任何人。歧視是違法的。Humana 及其附屬機構遵守適用的聯邦民權法。如果您認為自己受到 Humana 及其附屬機構的歧視，您可以透過各種方式獲得幫助。

- 您可以提出投訴，也稱為申訴：  
Discrimination Grievances, P.O.Box 14618, Lexington, KY 40512-4618  
如果您需要幫助提出申訴，請撥：1-877-320-1235（聽障人士請撥 711）。
- 您也可以透過民權辦公室的民權申訴入口網站，以電子方式向美國衛生與人力資源服務部（U.S. Department of Health and Human Services），民權辦公室提出申訴：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或者寫信或致電美國衛生與人力資源服務部，地址：U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201，電話：1-800-368-1019 或 800-537-7697（聽障專線）。您可在 <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 取得投訴表格。
- 加州居民：您也可以致電加州保險部免費熱線號碼：1-800-927-HELP (4357) 提出申訴。

您可以免費使用輔助設備和服務。1-877-320-1235（聽障專線：711）

當需要確保平等參與機會時，Humana 將為殘障人士提供免費輔助設備和服務，例如合格的手語翻譯員、遠端視頻口譯和其他格式的書面資訊。

Language assistance services, free of charge, are available to you. 1-877-320-1235 (TTY: 711)

**Español (Spanish):** Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

**繁體中文 (Chinese):** 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。

**Tiếng Việt (Vietnamese):** Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

**한국어 (Korean):** 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위의 번호로 전화하십시오.

**Tagalog (Tagalog - Filipino):** Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

**Русский (Russian):** Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.

**Kreyòl Ayisyen (French Creole):** Rele nimewo ki pi wo la a, pou resevwa sèvis èd pou lang ki gratis.

**Français (French):** Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique.

**Polski (Polish):** Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, proszę zadzwonić pod wyżej podany numer.

**Português (Portuguese):** Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.

**Italiano (Italian):** Chiamare il numero sopra per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

**Deutsch (German):** Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

**日本語 (Japanese):** 無料の言語支援サービスをご要望の場合は、上記の番号までお電話ください。

**فارسی (Farsi)**

برای دریافت تسهیلات زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

**Diné Bizaad (Navajo):** Wóda'í béesh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'í' hódíílnih éí bee t'áá' jiik'eh saad bee áká'ánída'áwo'déé' níká'adoowól.

**العربية (Arabic)**

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك



## 請閱讀此重要須知

如果您目前有僱主或工會提供的健康保險，加入 Humana 可能影響您的僱主或工會的醫療保健福利。如果您加入 Humana，您可能失去您的僱主或工會的健康保險。請參閱您的僱主或工會發送給您的通訊資訊。如果您有任何疑問，請造訪其網站或與資訊中所列的辦事處聯絡。如果找不到聯絡人資訊，您的保險福利管理員或保險福利部門可以提供協助。

您所在州的可能提供諮詢服務，以就有關聯邦醫療保險補充保險或其他聯邦醫療保險優先或處方藥計劃選擇、州級醫療補助計劃所提供的醫療援助以及聯邦醫療保險儲蓄計劃等方面提出建議。

**填寫此投保登記表，即表示我同意以下條件：**

如果我投保與聯邦政府簽約的聯邦醫療保險優先計劃，我需要保有我的聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分，並且必須繼續繳納聯邦醫療保險 B 部分保費。我一次只能投保一項聯邦醫療保險優先計劃，並且我瞭解投保此計劃將會自動終止其他聯邦醫療保險優先計劃或處方藥計劃的投保。如果我在聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分保險之外還有投保聯邦醫療保險處方藥計劃，那麼我需要保有我的聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分保險。我有責任告知 Humana 我所擁有或者日後會有的任何處方藥保險計劃。我瞭解如果我沒有聯邦醫療保險處方藥保險或可信（和聯邦醫療保險一樣好）的處方藥保險，若我日後投保聯邦醫療保險處方藥保險，我可能需要支付逾期投保罰款。我一次只能投保一項聯邦醫療保險處方藥計劃。此計劃的投保期限通常是一年。一旦我投保，我就只能在一年中特定的開放投保時段（例如：每年 10 月 15 日到 12 月 7 日），或是在某些特殊情況下向 Humana 提出要求，才能離開此計劃或做出變更。

此 Humana 計劃只為特定區域提供服務。如果我搬離此 Humana 計劃服務區域，我需要通知 Humana 以便辦理退保並且在新的地區尋找新的保險計劃。一旦我成為 Humana 的會員，如果我不同意計劃有關付款或服務的裁決，我有權提出上訴。當我收到 Humana 的「保險證明」，我將會閱讀「保險證明」，以瞭解我為獲得此聯邦醫療保險優先計劃或處方藥計劃保險福利所必須遵守的規定。我瞭解除了在美國邊境附近可享受有限保險之外，聯邦醫療保險受益人通常出國時無法享受聯邦醫療保險。

由 Humana 聯邦醫療保險優先計劃所授權的醫療上必要的服務及我的「保險證明」所含其他服務都在承保範圍內。若未取得授權，聯邦醫療保險或 HUMANA 都不會負責支付聯邦醫療保險優先 HMO 服務費用。

我瞭解如果我得到任何銷售代理、保險經紀人或 Humana 僱用或約聘的其他人的協助，此人可能因為我投保 Humana 計劃而獲得酬勞。

在 Humana 收到我的投保登記表後，我可能會收到一封確認函，以確保我瞭解我投保計劃的運作方式，並確認我的投保意圖。這不是聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分的輔助計劃。是由 Humana 而非聯邦醫療保險負責支付費用，並且我將負責 Humana 不給付的金額，例如共付額或共保額。當我投保 Humana 期間，聯邦醫療保險 A 部分和 B 部分不會支付我的醫療保健費用。

- 如果您希望投保健康維護組織 (HMO) 計劃，則以下聲明適用：我瞭解自 HMO 計劃生效日開始，除非是緊急情況或迫切需要的服務或是在區域外洗腎，否則我必須由網路內提供者為我提供所有醫療保健服務。
- 如果您希望投保優選提供者組織 (PPO) 計劃，則以下聲明適用：我瞭解自 PPO 計劃生效日開始，除非是緊急情況或迫切需要的服務或是在區域外洗腎，否則網路內提供者的服務費用會低於網路外提供者的服務費用。如果是醫療上有其必要，Humana 將為所有承保福利提供補償，即使是網路外的服務亦然。
- 如果您希望投保雙重資格特殊需求計劃 (D-SNP)，則以下聲明適用：我知道這項計劃適用於同時擁有醫療補助和聯邦醫療保險的人。我的投保資格基於能夠證明我有權享有聯邦醫療保險和醫療補助提供的醫療援助。  
對於佛羅里達州的 D-SNP 投保人：我瞭解這項計劃是由 Humana 以及佛羅里達州衛生保健管理機構 (Agency For Health Care Administration) 贊助。  
對於田納西州的 D-SNP 投保人：我理解，除了適當的分攤費用金額以外，TennCare 不負責給付這些福利。TennCare 也不負責保證這些福利的可得性或品質。對於更多、額外或其他聯邦醫療保險福利的所有引述，僅適用於聯邦醫療保險，並不表示增加醫療補助福利。
- 我瞭解我正要投保 Humana 聯邦醫療保險優先計劃，而不是聯邦醫療保險補充計劃 (Medicare Supplement)、附帶補充計劃 (Medigap)、聯邦醫療保險優選計劃 (Medicare Select) 或醫療補助計劃 (Medicaid)。

據我所知，本投保登記表上的資訊是正確無誤的。我瞭解如果我故意在本表上提供虛假資訊，我將被退保。

**資訊披露：**

我確認加入此聯邦醫療保險計劃之後，Humana 將視治療、付款和醫療保健營運需要，向聯邦醫療保險、其他計劃和提供者披露我的資訊。我也瞭解 Humana 會向聯邦醫療保險披露我的資訊（包括開立處方藥的記錄），聯邦醫療保險可能遵照所有適用的聯邦法規及規章，為研究或其他目的公開我的資訊。

**隱私法聲明：**（請參見第 6 頁）

**有限收入：**

收入有限的人士可能符合申請處方藥費用「額外補助」的資格。如果符合資格，聯邦醫療保險可能支付最多藥費的百分之七十五（75）以上，包括每個月的處方藥保費、年度扣除額以及共保額。此外，符合資格人士也不必擔心保險缺口或逾期投保罰款。許多人都有資格享有這些優惠，但是卻渾然不知。請與您當地的社會安全局辦公室聯絡或致電社會安全局 1-800-772-1213 以瞭解有關這項「額外補助」的詳情。聽障人士請致電：1-800-325-0778。您也可以前往 [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp)，上網申請「額外補助」。

如果您符合享有聯邦醫療保險處方藥保險費用「額外補助」的資格，聯邦醫療保險將會支付計劃的全部或部分保費。如果聯邦醫療保險只支付部分保費，我們將向您收取聯邦醫療保險不給付的金額。

**關於社會安全局 (SSA) 或鐵路局退休職工委員會 (RRB) 福利金支票扣款的重要註釋：**

視您做出要求的月份而定，您可能未獲得批准使用 SSA 或 RRB 福利金扣款來支付您的第一期保費。Humana 將會發給您首次付款的發票，並且將您的要求重新送交給 CMS（聯邦醫療保險），讓您的第二個月保費開始從 SSA 或 RRB 扣款。一旦受理之後，從您的聯邦醫療保險計劃送交要求到保費扣款開始之間這一段時間可能要多達兩張福利金支票。這表示第一次從您的 SSA 或 RRB 福利金中扣款時，可能就會一次扣除等於兩個月保費的金額。之後，SSA 或 RRB 每個月都只會從您的 SSA 或 RRB 福利金中扣除一個月的保費金額。在某些情況下，等待時間可能會長達三張福利金支票。您永遠不必擔心會扣到超過三個月的保費。如果因為任何原因，導致扣款延誤而需要扣除超過三個月的保費，聯邦醫療保險將會停止您的要求，並且要求您的聯邦醫療保險計劃直接寄保費帳單給您。這是為了保護您免於定期福利金被意外地扣除一大筆金額。

假使您從計劃退保，處理時間也可能發生同樣的落後情形。如果 SSA 或 RRB 扣留保費，那麼 SSA 或 RRB 將會退款給您。您將在退保日期算起的三張福利金支票以內收到退款。

SAM

## 2021 Humana 聯邦醫療保險雙重資格 特殊需求計劃投保登記表

請完全依照聯邦醫療保險會員卡上的內容清楚填寫您的資訊。

請清楚填寫。使用黑色原子筆。

星號(\*) 表示必填欄位。

代理編號 (SAN)\*

出生日期\*

性別\*

月 / 日 / 年 年 年 年  男  女

會員 ID 號碼

H

(現在或曾經是 Humana 會員)

### 聯邦醫療保險健康保險

姓氏\*

名字\*

中間名\*

聯邦醫療保險編號\*

NAEN - AEN - AANN

符合資格

生效日期\*

醫院 (A 部分)

月 / 日 / 年 年 年 年

醫療 (B 部分)

月 / 日 / 年 年 年 年

請向您的代理請教應如何回答這些問題。

建議保險生效日期\*

月 / 日 / 年 年 年 年

(必須晚於第 8 頁上的簽署日期)

ICEP、IEP AEP OEP OEP OEPI SEP  
MA 或 PDP 或 NEW  
MAPD MAPD

(參見附註頁)

代碼†

†如果選定 SEP 則必須填寫。請參見第 4 頁上的代碼。

住家地址\*：不接受郵政信箱地址。必須填寫實際地址。

城市\*

縣\*

公寓或套房號碼

州省\*

郵編\*

郵寄地址：您的住家地址用於確認您的服務區域。如果適用，請在此處填寫您的郵寄地址/郵政信箱。如果您的郵寄地址與您的住家地址相同，請填滿此橢圓形。

城市

公寓或套房號碼

州省

郵編

我們必須能夠聯絡到您，以協助您瞭解情況並照顧好自己的健康。

請提供您的電話號碼和電子郵件地址。

電話

( ) -

Humana 有時候會使用自動語音系統打電話或發簡訊給您。

在這種情況下，我們一定會使用您所提供的電話號碼。

電子郵件：一旦提供您的電子郵件地址，即代表您授權 Humana 透過此電子郵件地址傳送重要的健康資訊給您。

您知道嗎？您可以選擇透過電子郵件接收投保手冊中所列通訊，從而減少收到的郵件數量。要選擇此選項，請填滿此橢圓形。您可以隨時變更選擇。

我們強烈建議所有醫療計劃申請人在下方提供他們的初級保健醫生 (PCP) 的資訊。如果您正在申請 HMO 計劃，那麼您必須填寫本節。

請參閱您的《保險福利摘要》以確定您的計劃是否需要指定一名初級保健醫生。

初級保健醫生 (PCP)

初級保健醫生 ID 編號

名字

姓氏

您是否已經是所選醫生的病人？

是  否

FPO Barcode

通常，您可以在每年的 10 月 15 日到 12 月 7 日這一段年度投保期 (AEP) 內投保聯邦醫療保險優先計劃或處方藥計劃。此外，您可以在每年 1 月 1 日至 3 月 31 日年度開放投保期 (OEP) 內或者在投保後的 IEP/ICEP (OEP NEW) 期間更換您的聯邦醫療保險優先計劃。在 OEP 期間對允許的計劃更改會有某些限制。在某些例外情況下，您可能可以在此期間以外投保。請詳閱以下說明，並且標記符合您情況的任何說明左側的橢圓形。如果您填滿了以下任何橢圓形，即表示您證明據您所知，關於您的文字敘述是真實的。如果我們後來決定此資訊有誤，您可能會被退保。

SEP 代碼	特別選擇期 (SEP) 聲明
<input type="radio"/> LEC	我即將失去/退出僱主或工會提供的保險，或在過去兩個月內失去這類保險。
<input type="radio"/> MDE	我同時擁有聯邦醫療保險和醫療補助（或我的州政府幫助給付我的聯邦醫療保險保費），或者我獲得「額外補助」來支付我的聯邦醫療保險處方藥保險，但我的情況沒有任何改變。 備註：本 SEP 自 1 月 1 日至 9 月 30 日，每個日曆季度僅有效一次。
<input type="radio"/> NLS	在最近三個月，幫助我給付聯邦醫療保險處方藥保費的「額外補助」發生了改變（新獲得援助、補助等級改變或喪失資格）。
<input type="radio"/> MCD	在最近三個月，我的醫療補助情況發生了改變（新獲得援助、補助等級改變或喪失資格）。
<input type="radio"/> MOV	我在過去兩個月以內搬家了。我搬家後就已經不在我目前的計劃服務區域內，或者這項計劃對我來說是一個新的選擇。
<input type="radio"/> SNP	我已被告知，我不再有資格投保我的雙重資格特殊需求計劃 (Dual Eligible Special Needs Plan) 並且目前處於被視為持續資格的期間，或者由於醫療補助改變或喪失而使得我在過去三個月以內從我的雙重資格特殊需求計劃退保。
<input type="radio"/> DST	我受到聯邦緊急事務管理局 (FEMA) 宣佈的緊急/災難或由聯邦、州或地方政府實體發佈的災難或其他緊急聲明的影響，因此無法使用其他可用的選擇期。
<input type="radio"/> NON	我現有的聯邦醫療保險優先 (MA) 計劃在即將到來的簽約年度無法續約。備註：此 SEP 的適用期為 12 月 8 日至 2 月份的最後一天。
<input type="radio"/> OTH	以上說明都不適用於我。不過我認為我的特殊情況使得我成為可以投保的特例。Humana 將會與您聯絡以決定是否允許開此特例。必須在下面提出原因。

備註（如果回答「OTH」）：

---



---



---

FPO Barcode



星號(\*) 表示必填欄位

申請人聯邦醫療保險編號\*

N A E N - A E N - A A N N

某些人可能享有其他藥物保險，包括私人保險、TRICARE 福利、聯邦員工健康福利保險、退伍軍人福利或州藥物援助計劃。

1. 除了您正在申請的計劃之外，您是否還將有其他處方藥保險？\*

是  否

如果您回答「是」，請填寫以下內容：

其他保險名稱

該保險的團體編號

該保險的 ID 號碼

電話

( ) -

2. 投保後，您或您的配偶是否會工作？

是  否

3. 投保後，您是否還享有您本人是保戶或您作為配偶/家屬獲得承保的其他醫療健康保險？

是  否

如果您回答「是」，請填寫以下內容：

保險商名稱

該保險的團體編號

該保險的 ID 號碼

您的其他保險是否包括處方藥保險？

是  否

首選語言

英語  西班牙語  中文  韓語  其他 \_\_\_\_\_

如果需要無障礙格式，請選擇一項

音訊  大字本  無障礙螢幕閱讀器 PDF

電話語音  盲文

如果您需要其他格式或語言的資訊，請致電：1-800-833-2367 (聽障專線：711) 與持照 Humana 銷售代理聯絡。

隱私法聲明：

聯邦醫療保險和醫療補助服務中心 (CMS) 從聯邦醫療保險計劃收集資訊，用於追蹤受益人投保聯邦醫療保險優先計劃 (MA) 的情況，以及改善護理和支付聯邦醫療保險福利。《社會保障法》第 1851 條和第 1860D-1 條，以及聯邦法規 (CFR) 第 42 卷 §§ 422.50 和 422.60 授權收集此類信息。如記錄系統公告 (SORN) 《聯邦醫療保險優先處方藥 (MARx)》(系統編號 09-70-0588) 所指明，CMS 可以使用、披露和交換聯邦醫療保險受益人的投保資料。您對此表格的答覆是自願的。但是，如果您不答覆，可能會影響到您對本計劃的投保。



請選擇一種保費付款方式。\*您可以透過您的銀行帳戶 (ACH)、社會安全局 (SSA) 或鐵路退休委員會 (RRB) 福利金支票或者信用卡或借記卡 (CC/DC) 自動扣款，以支付每月保費及/或逾期投保罰款。您也可以選擇使用抵用券透過郵件支付。如果您不在下面選擇付款方式，將自動被預設為使用抵用券支付。

### 銀行帳戶自動扣款

銀行帳戶資訊 (如果您選擇銀行帳戶自動扣款作為付款方式，才需要填寫此段落)。

 支票帳戶

 儲蓄帳戶

銀行名稱

路由編號

帳號



路由編號

帳號

### 社會安全福利金支票扣款 (請參見下面的備註)

### 鐵路退休委員會福利金支票扣款 (請參見下面的備註)

您目前必須有領取鐵路退休委員會福利金支票，才能符合此付款方式的資格。

**備註：**由於 CMS (聯邦醫療保險) 規定的處理時間限制，您可能未獲得批准使用 SSA 或 RRB 扣款來支付您的第一期保費。Humana 將會發給您首次付款的發票，並且將您的要求重新送交給 CMS (聯邦醫療保險)，讓您的第二個月保費開始從 SSA 或 RRB 扣款。開始扣款的等待時間可能會長達兩張或以上福利金支票。在大多數情況下，如果 SSA 或 RRB 接受您的自動扣款要求，從您的福利金支票的第一筆扣款將從 SSA 接受提款當月算起。如果 SSA 或 RRB 不批准您的自動扣款要求，我們將寄送一本抵用券給您用於支付每月保費。

### 信用卡或借記卡自動扣款

信用卡或借記卡資訊 (如果您選擇信用卡或借記卡自動扣款作為付款方式，才需要填寫此段落)。

 MasterCard

 Visa

 Discover

信用卡或借記卡號碼

到期日

### 抵用券

您可以造訪 [humana.com/pay](http://humana.com/pay) 在網上支付每月保費。如果您選擇抵用券作為付款選項，您可以自行決定提前多久付款。您也可以登入您的安全 MyHumana 帳戶 (如果您尚未註冊此帳戶，請按「註冊」(Register)) 或下載 MyHumana 行動應用程式以利用其他保費相關服務。

社會安全局將會通知您，您是否需要支付 D 部分收入相關每月調整金額 (D 部分 IRMAA)。您必須負責支付您的計劃保費以及這筆額外金額。聯邦醫療保險或 RRB 可能會從您的社會安全福利金支票中扣除這筆金額，或可能會直接寄帳單給您。請勿向 Humana 支付 D 部分 IRMAA。

請注意，如果您享有「額外補助」且投保附帶藥物保險的計劃，當「額外補助」額有改變時，您的保費或共付額可能會有變。

FPO Barcode

星號(\*) 表示必填欄位

申請人聯邦醫療保險編號\*

NAEN - AEN - AANN

我已閱讀並瞭解前幾頁的重要須知。我已審閱並收到一份《保險福利摘要》。

申請人簽名\*或授權合法代表（包括有效授權人、合法監護人等）

[Signature line]

簽署日期\*

月 / 日 / 20 年

我瞭解一旦我在此投保登記表上簽名（或是按照本人所居住之州法規定經授權代表申請人行事的人士簽名），即表示我已閱讀並瞭解此投保登記表的內容。如果由授權人（如上所述）簽名，其簽名證實：1) 簽署人乃經州法授權完成投保手續並且 2) 可向聯邦醫療保險索取此授權證明文件。

如果您是授權合法代表，您必須在上面簽名並且提供以下資訊：\*

姓氏 名字 中間名

街道地址

城市 州省 郵編

電話 ( ) - 與申請人關係

僅供代理使用

預約類型 預約 ID 編號範圍

擬約代理姓名\*

代理編號 (SAN)\* 日期\*

合作夥伴 地點 宣傳活動

推介代理姓名

代理編號 (SAN)

詢問申請者：您是否希望提供您的退伍軍人身份？\*

- 自己
- 配偶
- 撫養人
- 我不是退伍軍人
- 不願回答

線索來源\*

- 企業名錄
- 活動
- 營銷/廣告
- 第三方
- Humana

請將此條碼號放在 SOA 表格上。



SAMPLE

**Humana**<sup>®</sup>

[Humana.com](https://www.humana.com)