

2026 投保登記表

符合雙重資格特殊需要計劃 投保登記表

此表格**只能**在您打算投保 Humana
符合雙重資格特殊需要計劃時使用。

遵循這些簡單的步驟，申請成為
Humana Medicare 會員



請備妥您的 Medicare 會員卡和 州醫療補助會員卡

每個申請人都必須單獨填寫一張表格。



在投保表格上簽名並註明日期

如果沒有在規定的時限內填妥並交回
投保表格，投保可能會被拒絕。



送交您的投保表格

您可以將此投保表格的「會員服務」
頁面傳真至：**1-877-889-9923**。
或者將此投保表格郵寄至：

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

請勿重複寄送相同的投保表格或重複
申請相同的計劃。



如有問題請致電聯絡我們

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，
在假日和週末期間，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，我們將於下一個營業日結束前給您回電。

指示說明

- 請把橢圓形完全填滿。
- 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填寫正確的字母或
數字，示例如下：

正確的數字和字母

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

Humana®

其他注意事項

星號 (*) 表示必填欄位

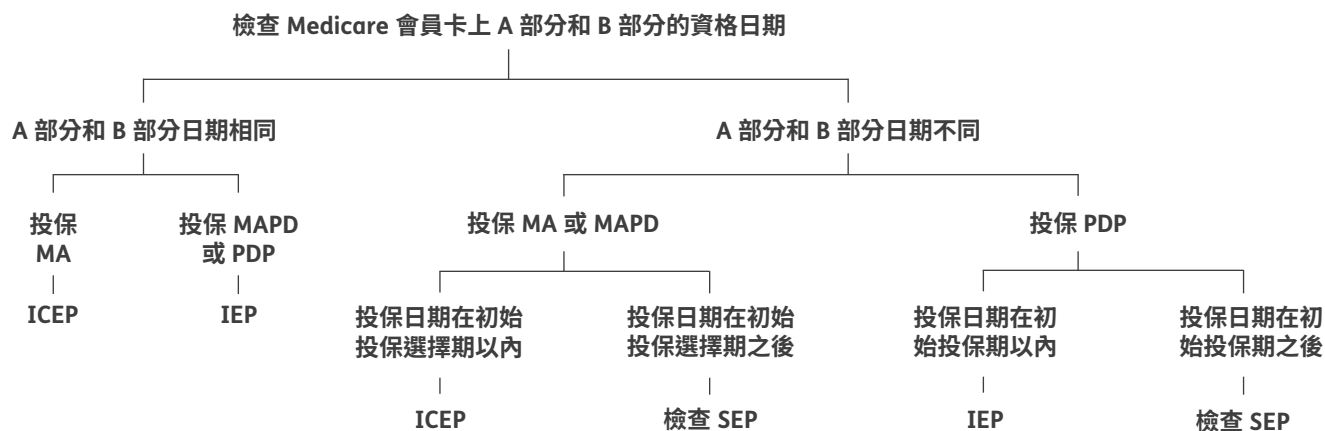
您可以選擇是否填寫非必填欄位。您不會因為沒有填寫非必填欄位而被拒絕投保。

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、您符合資格的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 5 個月：在較晚生效日期（通常是 B 部分）當月之前的 3 個月、您符合資格的當月以及在您符合資格當月之後的 1 個月。僅適用於投保 Medicare Advantage（Medicare 優勢，MA）專屬計劃或 Medicare Advantage prescription drug（Medicare 優勢計劃處方藥，MAPD）計劃。如果投保的是處方藥計劃 (PDP)，請檢查確認是否仍然在 7 個月 IEP 之內。
- 保險開始日期基於 Medicare 福利資格以及送交填妥的投保表格等因素。

在投保表格中輸入您的 Medicare 編號時，請完全依照 Medicare 會員卡上的編號清楚填寫。N 表示數字，A 表示字母字元，E 表示數字或字母字元。Medicare 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。請確保您在投保表格第 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。各位代理，如果您沒有看到第 4 頁列出的 SEP，請參閱 Vantage 內的 Humana MarketPoint University 的投保選項工作援助 (DMS-024)。



預約範圍 (SOA) (第 8 頁)

代理請在預約類型欄位中輸入下方其中一個三字母代碼。

F2F – 面對面會談
RET – 零售夥伴
WAL – Walmart

INH – 家中預約會談
SEM – 研討會

OTH – 其他
TEL – 電話會談

非歧視通知

Humana Inc. 及其附屬機構遵守適用的聯邦民權法，並且不會因為種族、膚色、宗教、社會性別、性別認同、性別、性傾向、年齡、殘障、原國籍、軍事身份、退伍軍人身份、遺傳資訊、血統、族裔、婚姻狀況、語言、健康狀況或對醫療服務的需求而歧視或排除某些人。Humana, Inc.：

- 為殘障人士提供合理的修改以及適當的免費輔助工具和服務，以便與我們有效地溝通，例如：
 - 合格的手語翻譯員
 - 其他格式的書面資訊（大字體、音訊、無障礙電子格式和其他格式）。
- 為主要語言不是英語的人士提供免費語言協助服務，其中可能包括：
 - 合格的口譯員
 - 其他語言的書面資訊。

如果您需要合理的修改、適當的輔助工具或語言協助服務，請致電 **877-320-1235（聽障專線：711）**。營業時間：東部時間上午 8 時至晚上 8 時。如果您認為 Humana Inc. 未根據種族、膚色、宗教、社會性別、性別認同、性別、性傾向、年齡、殘障、原國籍、軍事身份、退伍軍人身份、遺傳資訊、血統、族裔、婚姻狀況、語言、健康狀況或對醫療服務的需求提供這些服務或歧視某些人，可以向 Humana Inc. 的非歧視協調員提出申訴。您可以親自提交申訴，也可以郵寄申訴信件至 P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618，或致電 **877-320-1235（聽障專線：711）**，或傳送電子郵件至 **accessibility@humana.com**。如果您需要幫助提出申訴，Humana Inc. 的非歧視協調員可以為您提供幫助。

您也可以透過美國衛生和公眾服務部民權辦公室的民權申訴入口網站

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，以電子方式向民權辦公室提出申訴，或郵寄申訴信件至

- U.S.Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C.20201，或致電 **800-368-1019、800-537-7697（聽障專線）**。

加利福尼亞州會員：

您也可以向加利福尼亞州醫療保健服務部民權辦公室提交民權投訴，投訴電話為 **916-440-7370（聽障專線：711）**，電子郵箱為 **Civilrights@dhcs.ca.gov**，郵寄地址為：Deputy Director, Office of Civil Rights, Department of Health Care Services, P.O.Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413。投訴表格的獲取地址為：**http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**。

本通知的獲取地址為：**www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure**。

GHHNDN2025HUM_CH

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **877-320-1235 (TTY: 711)**.

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسيق البديل مجانًا. اتصل على الرقم **877-320-1235 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Չանգահարե՛ք՝ **877-320-1235 (TTY: 711)**:

বাংলা [Bengali]: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ। ফোন করুন **877-320-1235 (TTY: 711)** নম্বরে।

简体中文 [Simplified Chinese]: 我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。请致电 **877-320-1235 (听障专线: 711)**。

繁體中文 [Traditional Chinese]: 我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。請致電 **877-320-1235 (聽障專線: 711)**。

Kreyòl Ayisyen [Haitian Creole]: Lang gratis, èd oksilyè, ak lòt fòm sèvis disponib. Rele **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Hrvatski [Croatian]: Dostupni su besplatni jezik, dodatna pomoć i usluge alternativnog formata. Nazovite **877-320-1235 (TTY: 711)**.

فارسی [Farsi]: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **877-320-1235 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français [French]: Des services gratuits linguistiques, d'aide auxiliaire et de mise au format sont disponibles. Appeler le **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Deutsch [German]: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Ελληνικά [Greek]: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી [Gujarati]: નિ:શુલ્ક ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **877-320-1235 (TTY: 711)** પર કોલ કરો.

עברית [Hebrew]: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **877-320-1235 (TTY: 711)**.

हिन्दी [Hindi]: नि:शुल्क भाषा, सहायक मदद और वैकल्पिक प्रारूप सेवाएं उपलब्ध हैं। **877-320-1235 (TTY: 711)** पर कॉल करें।

Hmoob [Hmong]: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Italiano [Italian]: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiama il numero **877-320-1235 (TTY: 711)**.

This notice is available at <https://www.humana.com/legal/multi-language-support>.

GHHNOA2025HUM_0425

日本語 [Japanese]: 言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。**877-320-1235 (TTY: 711)** までお電話ください。

ភាសាខ្មែរ [Khmer]: សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជំនួយផ្សេងៗដល់អ្នកមានការពិការភាព។ ទូរសព្ទទៅលេខ **877-320-1235 (TTY: 711)**។

한국어 [Korean]: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다.
877-320-1235 (TTY: 711)번으로 문의하십시오.

ພາສາລາວ [Lao]: ມີການບໍລິການດ້ານພາສາ, ອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນໃຫ້ໃຊ້ພຣິ.
ໂທ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Diné [Navajo]: Saad t'áá jiik'eh, t'áadoole'é binahjì' bee adahodooníłgíí diné bich'í' anídahazt'i'í, dóó łahgo át'éego bee hada'dilyaaígíí bee bika'aanída'awo'í dahóló. Kohjì' hodíłnih **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Polski [Polish]: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Português [Portuguese]: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ [Punjabi]: ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **877-320-1235 (TTY: 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский [Russian]: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Español [Spanish]: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y servicios en otro formato están disponibles. Llame al **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Tagalog [Tagalog]: Magagamit ang mga libreng serbisyong pangwika, serbisyo o device na pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa **877-320-1235 (TTY: 711)**.

தமிழ் [Tamil]: இலவச மொழி, துணை உதவி மற்றும் மாற்று வடிவ சேவைகள் உள்ளன. **877-320-1235 (TTY: 711)** ஐ அழைக்கவும்.

తెలుగు [Telugu]: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. **877-320-1235 (TTY: 711)** కి కాల్ చేయండి.

877-320-1235 (TTY: 711) اردو [Urdu]: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔

Tiếng Việt [Vietnamese]: Có sẵn các dịch vụ miễn phí về ngôn ngữ, hỗ trợ bổ sung và định dạng thay thế. Hãy gọi **877-320-1235 (TTY: 711)**.

አማርኛ [Amharic]: ቋንቋ፣ አገዥ ማዳመጫ እና አማራጭ ቅርፅ ያላቸው አገልግሎቶችዎ ይገኛሉ። በ **877-320-1235 (TTY: 711)** ላይ ይደውሉ።

Bàsco [Bassa]: Wuḍu-xwínín-mú-zà-zà kùà, Hwòdǒ-fónó-nyo, kè nyo-boŭn-po-kà bě bé nyuεε se wídí pécè-pécè dǒ ko. **877-320-1235 (TTY: 711)** dá.

Bekee [Igbo]: Asụsụ n'efu, enyemaka nkwarụ, na ọrụ usoro ndị ọzọ dị. Kpọọ **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn ìṣẹ àtìlẹ̀hìn ìrànlọ̀wọ́ èdè, àtì ọ̀nà kíkà mírán wà lárọ̀wọ́tọ́. Pe **877-320-1235 (TTY: 711)**.

नेपाली [Nepali]: भाषासम्बन्धी निःशुल्क, सहायक साधन र वैकल्पिक फार्मेट (ढाँचा/व्यवस्था) सेवाहरू उपलब्ध छन् । **877-320-1235 (TTY: 711)** मा कल गर्नुहोस् ।



請閱讀此重要資訊

如果您目前有雇主或工會提供的健康保險，加入 Humana 可能影響您的雇主或工會的健康保險。如果您加入 Humana，您可能失去您的雇主或工會的健康保險。

填寫此投保表格，即表示我同意以下條件：

如果我投保與聯邦政府簽約的 Medicare 優勢健康計劃，我將需要保有我的 Medicare A 部分和 B 部分才能留在該計劃中。我必須繼續繳納 Medicare B 部分的保費。我一次只能投保一項 Medicare 優勢計劃，並且我瞭解，我投保此計劃將會自動終止我對其他 Medicare Advantage 健康計劃或處方藥計劃的投保。我有責任告知 Humana 我所擁有或者日後可能會有的任何處方藥保險。**我瞭解如果我沒有 Medicare 處方藥保險或可信處方藥保險（和 Medicare 一樣好），若我日後投保 Medicare 處方藥保險，我可能需要支付推遲入保罰金。**我所選擇的計劃的投保期限通常為一年。

我瞭解當我的 Humana 保險生效時，我必須從 Humana 獲得我所有的醫療和處方藥福利。由 Humana 提供且包含在我的「承保證明」文件（也稱為會員合約或訂戶協議）中的福利和服務將獲得承保。Medicare 和 Humana 都不會給付不在承保範圍內的福利或服務費用。福利和服務必須從 Humana 獲得才能作為 Medicare 福利獲得承保，但 Medicare 承保的臨終關懷和移植腎臟購置費用除外。我將會遵守我的《承保證明》中的規定。

此 Humana 計劃只為特定服務區域提供服務。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。急診保險（包括在計劃服務區內外）和緊急護理可始終獲得承保。

銷售代理/經紀人如果幫助申請人投保，則可能會獲得報酬。

在 Humana 收到我的投保表格後，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 Medicare A 部分和 B 部分的輔助計劃。Humana 而非 Medicare 將負責支付費用，並且我將負責 Humana 不給付的金額，例如共付額和共保額。在我投保 Humana 的 Medicare 優勢健康計劃期間，Medicare A 部分和 B 部分不會支付我的醫療保健費用。

- 如果您要申請加入**符合雙重資格特殊需要計劃 (D-SNP)**，則以下聲明適用：我知道這項計劃適用於同時擁有州醫療補助和 Medicare 的個人。我的投保資格基於我能夠證明我有權享有 Medicare 和由州醫療補助提供的醫療協助。

對於**佛羅里達州** D-SNP 申請人：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**印第安納州** D-SNP 申請人：我瞭解，我在此投保表格上簽名，即表明我允許 Humana 和印第安那州為我投保符合 Humana D-SNP 的 Humana 州醫療補助管理式護理 (Medicaid Managed Care) 計劃投保。

對於**田納西州** D-SNP 申請人：我瞭解，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 Medicare 福利的任何引述僅適用於 Medicare，並不表示增加州醫療補助福利。

- 我瞭解我要投保的是 Humana Medicare Advantage 計劃，而不是 Medicare Supplement（Medicare 補充保險）、Medigap（差額保險）、Medicare Select（Medicare 優選）或州醫療補助計劃。

據我所知，此投保表格上的資訊正確無誤。我瞭解如果我故意在此表格上提供虛假資訊，我將被該計劃退保。

資訊披露：

我確認加入此 Medicare 計劃之後，Humana 將會與 Medicare 分享我的資訊。健康和公眾服務部 (HHS) 可能會用它來追蹤我的投保情況、付款以及進行授權收集此類資訊的聯邦法律所允許的其他活動（請參閱下方的隱私法聲明）。

隱私法聲明：

Medicare 和州醫療補助服務中心 (CMS) 從 Medicare 計劃收集資訊，用於追蹤受益人投保 Medicare 優勢(MA) 計劃的情況，以及改善護理和給付 Medicare 福利。《社會安全法案》第 1851 條和第 1860D-1 條，以及聯辦法規 (CFR) 第 42 卷 §§ 422.50 和 422.60 授權收集此類資訊。如記錄系統公告 (SORN) 《Medicare 優勢處方藥 (MARx)》（系統編號 09-70-0588）所指明，CMS 可以使用、披露和交換 Medicare 受益人的投保資料。**您對此表格的回答是自願的。但是，如果您不回答，可能會影響到您對本計劃的投保。**

正經歷無家可歸的人士：

如果您想加入一項計劃但沒有永久居所，則郵遞信箱、收容所或診所的地址或者您接收郵件（例如社會安全局福利金支票）的地址可被視為您的永久居住地址並在住家地址欄位中使用。

2026 Humana Medicare 雙重資格特殊需求計劃投保登記表

請完全依照 Medicare 會員卡上的內容清楚填寫此資訊。

MEDICARE 健康保險

姓氏*

名字*

中間名

MEDICARE 編號*

符合資格

生效日期

醫院 (A 部分)

醫療 (B 部分)

月 月 - 0 1 - 年 年 年 年

月 月 - 0 1 - 年 年 年 年

住家地址* 不接受郵遞信箱。

城市*

縣*

公寓或
套房號碼
州省*

郵遞
區號*

郵寄地址 您的住家地址用於確認您的服務區域。如果適用，請在此處清楚填寫您的郵寄地址/郵遞信箱。
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

郵遞
區號

我們必須能夠聯絡到您，以協助您及時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

電話類型

()

手機

住家電話 (固定電話)

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。

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

使用無紙文件。許多計劃文件現在都以數位格式提供。請參閱投保手冊中的通訊方法清單以及關於如何檢視文件的指南。要選擇此選項，請填滿此橢圓形。

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。如果您正在申請健康維護組織 (HMO) 計劃，那麼您必須填寫此部分。
請參閱您的《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 ID 編號

初級保健醫生 (PCP)

您是否已經是所選醫生的患者？

是 否

請清楚填寫。請使用黑色原子筆。

星號 (*) 表示必填欄位。

代理編號 (SAN)

出生日期*

性別*

月 月 - 日 日 - 年 年 年 年 女 男

會員 ID 編號

H

(現在或曾經是 Humana 會員)

請向您的代理請教應如何回答這些問題。

擬議保險開始日期*

月 月 - 0 1 - 2 0 2 6

(必須晚於第 8 頁上的簽署日期)

ICEP IEP AEP OEP NEW OEPI SEP
MA 或 PDP 或 OEP
MAPD MAPD 代碼†

(請參閱「其他注意事項」頁面)

†如果選擇了 SEP 則必須填寫。請參閱第 4 頁以瞭解代碼。

正經歷無家可歸

通常，您可以在每年的 10 月 15 日到 12 月 7 日這一段年度選擇期 (AEP) 內投保 Medicare 優勢或處方藥計劃。此外，您可以在每年的 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) 期間變更您的 Medicare 優勢計劃。在 OEP 期間對允許的計劃變更會有某些限制。在某些例外情況下，您可能可以在這些期間以外投保。請詳閱以下聲明，並且標記符合您情況的任何聲明左側的橢圓形。如果您標記了以下任何橢圓形，即表示您證明據您所知，關於您的文字敘述是真實聲明。**如果我們後來確定此資訊有誤，您可能會被退保。**

SEP 代碼	特別選擇期 (SEP) 聲明
☐ LEC	我即將失去/退出雇主或工會提供的保險，或在過去兩個月內失去這類保險。
☐ NLS	在最近三個月內，幫助我給付 Medicare 處方藥保費的「額外幫助」發生了變更（新獲得援助、級別變更或喪失資格）。
☐ MCD	在最近三個月內，我的州醫療補助情況發生了變更（新獲得援助、級別變更或喪失資格）。
☐ MOV	我在過去兩個月內搬家或已經搬家。我搬家後就已經不在我目前計劃的服務區域內，或者這項計劃對我來說是一個新的選擇。
☐ SNP	我已被告知，我不再有資格投保我的符合雙重資格特殊需要計劃並且目前處於被視為持續符合資格期間，或者由於州醫療補助變更或喪失而使得我在過去三個月內從我的符合雙重資格特殊需要計劃退保。
☐ INT	我同時擁有 Medicare 和完整州醫療補助福利，並希望參保整合符合雙重資格特殊需要計劃 (DSNP)。請注意：此 SEP 每年每月可用一次，僅適用於投保完全整合符合雙重資格特殊需要計劃 (FIDE SNP)、高度整合符合雙重資格特殊需要計劃 (HIDE SNP) 或適用整合計劃 (AIP)。
☐ EOC	我現有的 Medicare 優勢(MA) 計劃在即將到來的合約年度終止合約。請注意：此 SEP 的有效期僅為 12 月 8 日至來年 2 月的最後一天。
☐ OTH	以上聲明都不適用於我。不過我認為我的特殊情況使得我成為投保例外情況。Humana 將會與您聯絡以決定是否允許開此特例。 必須在下方提出原因。

備註（如果回答「OTH」）：

星號 (*) 表示必填欄位

申請人 MEDICARE 編號*

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

計劃選擇

請在下方提供您想要投保的醫療計劃的計劃資訊。
請參閱《福利摘要》中提供的計劃資訊。

合約*

PBP*

分部
0 0

請填寫《福利摘要》中提供的本計劃每月基本保費。該金額幫助我們確定您想選擇的計劃，不應包含任何推遲入保罰金或州醫療補助等其他相關方給付的費用。

每月基本保費*

\$.

請在下方選擇一個與您在上方提供的計劃詳情相對應的選項。
請參考《福利摘要》或諮詢您的代理尋求協助。

我想選擇以下其中一個選項：*

- Humana Gold Plus® HMO D-SNP
- Humana Dual Select HMO D-SNP
- Humana Community HMO D-SNP
- Humana Fully Integrated HMO D-SNP
- Humana Dual Fully Integrated HMO D-SNP
- Humana PathWays Dual Care HMO D-SNP
- Humana Dual Integrated HMO D-SNP
- HumanaChoice® PPO D-SNP
- Humana Dual Select PPO D-SNP

您需要符合州醫療補助資格才可以投保任何符合雙重資格特殊需要計劃。

州醫療補助編號

標記此橢圓形，即表示我已收到關於未來州醫療補助生效日期的授予資料。



星號 (*) 表示必填欄位

申請人 MEDICARE 編號*

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

除了您正在申請的計劃之外，如果您有其他處方藥保險（例如退伍軍人保險 (VA)、軍隊醫療系統 (TRICARE)），請填滿此橢圓形。*

☐ 我將獲得其他處方藥保險

如果適用，請在此處提供您的其他處方藥保險詳情。

其他保險名稱

此保險的 ID 編號

此保險的團體編號

投保後，您或您的配偶是否會工作？

☐ 是 ☐ 否

首選書面語言（如果提供）

☐ 英文 ☐ 西班牙文 ☐ 中文 ☐ 韓文 ☐ 其他 _____

首選口頭語言

☐ 英語 ☐ 西班牙語 ☐ 普通話 ☐ 粵語
☐ 韓語 ☐ 其他 _____

如果需要無障礙格式，請選擇一個選項。如果沒有選擇，您將收到標準字體，印刷材料。

☐ 音訊 ☐ 大字本 ☐ 無障礙屏幕閱讀器 PDF
☐ 電話語音 ☐ 盲文 ☐ 資料 CD

如果您需要其他格式或語言的資訊，請撥 1-877-320-1235（聽障專線 711）。

請選取一種保費付款方式。您可以透過您的銀行帳戶、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自動扣款，支付每月計劃保費及/或推遲入保罰金。您也可以選擇使用抵用券透過郵件支付。**如果您不在下方選擇付款方式，可能會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（僅當您選擇銀行帳戶自動扣款作為付款方式時，才需要填寫此部分）。

支票帳戶

儲蓄帳戶

銀行名稱

路由編號

帳號

© 2013 Pearson Education, Inc. or its affiliate(s). All rights reserved. Pearson Education, Inc., publishing as Pearson Benjamin Cummings, 101 Philip Drive, Assinippi Park, New York, NY 10984-2135. Printed in the United States of America. This publication is protected by copyright. Permission to reproduce copies may be obtained from Pearson Education, Inc., 501 Boylston Street, Boston, MA 02116. For more information, contact Pearson Education, Inc., 501 Boylston Street, Boston, MA 02116. ISBN 0-321-81516-6. ISBN-10 0-321-81516-6. ISBN-13 978-0-321-81516-6. All other trademarks are the property of their respective owners.

FOR _____

0019250975 **2137757105** 186

路由編號

帳號

社會安全局福利金支票扣款（請參閱下方的備註）

鐵路退休委員會福利金支票扣款 (請參閱下方的備註)

您必須目前正在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。

請注意：由於 CMS (Medicare) 規定的處理時間限制，您的第一期保費可能會被拒絕使用 SSA 或 RRB 扣款來支付。Humana 將會為您簽發首次付款的發票，並且會將您的請求重新送交 CMS (Medicare)，以便您從第二個月保費開始使用 SSA 或 RRB 扣款。開始扣款的時間可能需要等待兩期或以上福利金支票。在大多數情況下，如果 SSA 或 RRB 接受您的自動扣款請求，第一次從您的福利金支票扣款的時間將從 SSA 接受扣款的當月開始。如果 SSA 或 RRB 不批准您的自動扣款請求，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 (僅當您選擇信用卡或借記卡自動扣款作為付款方式，才需要填寫此部分)。

Mastercard

Visa

Discover

American Express

信用卡或借記卡號碼

到期日

月 月 - 2 0 年 年

抵用券

您可以造訪 **Humana.com/pay** 在線上支付每月保費。如果您選擇抵用券作為付款方式，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，請按一下「註冊」(Register)）或下載 MyHumana 行動應用程式以利用其他保費相關服務。

如果您需要支付 D 部分與收入相關的每月調整金額（D 部分 IRMAA），社會安全局將會通知您。您必須負責支付您的計劃保費以及這筆額外金額。請勿向 Humana 支付 D 部分 IRMAA。

星號 (*) 表示必填欄位

申請人 MEDICARE 編號*

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

我已閱讀並理解了前幾頁上的重要資訊。我已檢視並收到一份《福利摘要》。

申請人簽名*或合法授權代表（包括有效授權人、合法監護人等）

簽署日期*

月 月 - 日 日 - 2 0 年 年

我理解一旦我在此投保表格上簽名（或我的合法授權代表代替我簽名），即表示我已閱讀並理解此投保表格的內容。如果由授權代表（如上所述）簽名，其簽名證實：1) 此人乃依據州法律經授權完成此投保，並且 2) 可應 Medicare 要求提供此授權的證明文件。

如果您是合法授權代表，您**必須**在上方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

郵遞區號

電話

與申請人關係

只適用於協助申請人填寫此表格的個人

如果您是協助申請人填寫此表格的個人（例如代理、經紀人、SHIP 顧問、家庭成員或其他第三方），請填寫此部分。

姓名

簽名

與申請人關係

國家生產商號碼（僅限代理/經紀人）

僅供代理使用

預約類型

預約範圍 ID 編號

簽字代理的姓名*

代理編號 (SAN)*

日期*

合作夥伴

地點

宣傳活動

推介代理姓名

推介代理編號 (SAN)

合約*

PBP*

分部

詢問申請人：您是否願意提供您的退伍軍人身份？*

自己

配偶

受撫養人

我不是退伍軍人

不想回答

線索來源*

企業名錄

活動

營銷/廣告

第三方

Humana



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