

2025 投保登記表

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**
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**
如果沒有在分配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：**1-877-889-9936**。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。

 **電子投保選項**
您是否考慮過上網在 [Humana.com/Medicare](https://www.humana.com/Medicare) 投保？這是一種快速、安全又簡單的申請方法。

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。

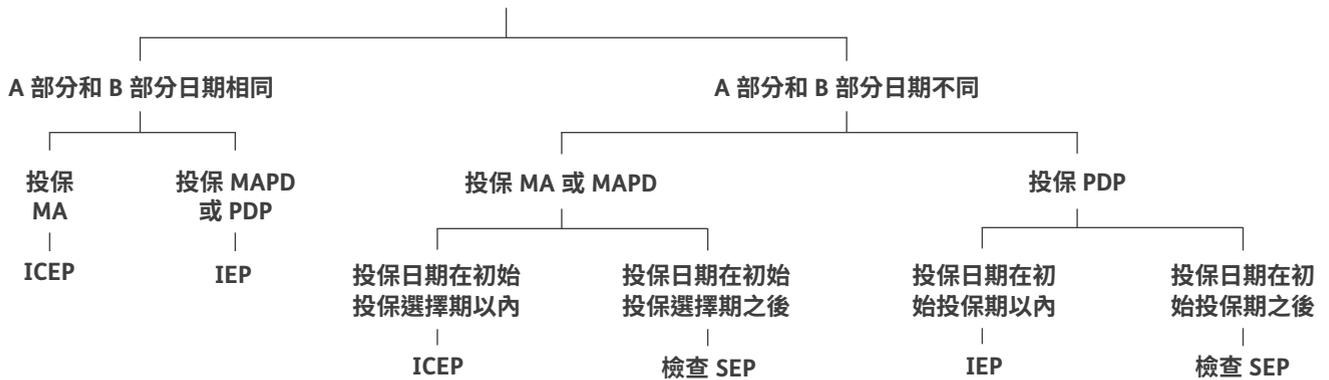
初始投保期 (IEP) 和 初始承保範圍選擇期 (ICEP)

- 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 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。僅適用於加入 Medicare 優勢 (MA) 單項計劃或 Medicare 優勢處方藥 (MAPD) 計劃的情況。如果投保的是處方藥計劃 (PDP)，請查看是否仍然在 7 個月初始投保期 (IEP) 之內。
- 保險開始日期基於 Medicare 福利資格以及送交完整的投保登記表等因素。

在投保登記表上輸入您的 Medicare 編號時，請完全依照 Medicare 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。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。請確保您在投保登記表第 4 頁的特別投保期 (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。

檢查 Medicare 會員卡上 A 部分和 B 部分的資格日期



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

GCS – 鄰里中心研討會

GCW – 鄰里中心未預約會談

INH – 家中預約會談

OTH – 其他

RET – 零售夥伴

SEM – 研討會

WAL – Walmart

TEL – 電話會談

重要資訊

在 Humana，我們十分重視讓您得到公平對待。

Humana Inc. 及其附屬機構遵守適用的聯邦民權法，並且不會在其方案和活動中因為種族、膚色、原國籍、血統、族裔、性別、性傾向、社會性別、性別認同、殘障、年齡、婚姻狀況、宗教或語言而歧視任何人，包括加入或使用其方案和活動，或者在其方案和活動中獲得治療或就業。

- 以下是專門負責處理有關 Humana 非歧視政策查詢的部門：
Discrimination Grievances, P.O.Box 14618, Lexington, KY 40512-4618,
877-320-1235 (聽障專線：711)。

您可以免費使用輔助工具和服務。 **877-320-1235 (聽障專線：711)**

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

本資訊也有其他語言版本可供免費索取。請致電客戶服務部：**877-320-1235 (聽障專線：711)**。辦公時間：東部時間上午 8 時至晚上 8 時。

Español (Spanish): Llame al número indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística. **877-320-1235 (TTY: 711)**. Horas de operación: 8 a.m. a 8 p.m. hora del este.

繁體中文 (Chinese): 本資訊也有其他語言版本可供免費索取。請致電客戶服務部：**877-320-1235 (聽障專線：711)**。辦公時間：東部時間上午 8 時至晚上 8 時。

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-320-1235 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-320-1235 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-320-1235 (听障专线：711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-320-1235 (聽障專線：711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-320-1235 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-320-1235 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-320-1235 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-320-1235 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Form CMS-10802 (Expires 12/31/25)

Form Approved OMB# 0938-1421

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-320-1235 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بخططنا الصحية أو خطة الأدوية الموصوفة لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (TTY: 711) 1-877-320-1235. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-320-1235 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-320-1235 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-320-1235 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-320-1235 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康保険と処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご用意しています。通訳をご用命になるには、1-877-320-1235 (TTY:711) にお電話ください。日本語を話す者が支援いたします。これは無料のサービスです。



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。

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 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。如果我投保 Medicare 處方藥計劃，我將需要保有我的 Medicare A 部分或 B 部分保險。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計劃。

我了解如果我沒有 Medicare 處方藥保險或可信（和 Medicare 同等）的處方藥保險，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。除了少數例外情況以外，我一次只能投保一項 Medicare 優勢健康計劃或 Medicare 處方藥計劃。我了解當我投保我所選擇的計劃時，這可能會終止我在其他 Medicare 優勢健康計劃或處方藥計劃的投保。我所選擇的計劃的投保期限通常為一年。

我了解當我的 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「保險證明」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。我將會遵守我的《保險證明》中的規定。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。

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。

在 Humana 收到我的投保登記表後，我可能會收到一封確認函，以確保我了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。是由 Humana 而非 Medicare 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，Medicare 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**私人付費服務 (PFFS)** 計劃，則以下聲明適用：我了解此計劃為 Medicare 優勢 PFFS 計劃，這是一種可能包含處方藥保險的計劃。在每次前往提供者處就診之前，我應該確認該名提供者接受這項計劃。我的醫生或醫院不一定非要同意接受計劃的條款及規定，因此可能選擇不為我治療，除非是緊急情況。我了解我每一次去就診時，我的醫療保健服務提供者都有權選擇是否接受 PFFS 計劃的付款條款及規定。我了解如果我的提供者決定不接受 PFFS，我就必須尋找另一名願意的提供者。我了解如果我的 PFFS 計劃不提供 Medicare 處方藥保險，我可以從另一項 Medicare 處方藥計劃獲得處方藥保險。
- 如果您希望投保**慢性病症特殊需求計劃 (C-SNP)**，則以下聲明適用：我了解這項計劃是一種慢性病症特殊需求計劃。我的投保資格基於醫生證明我有符合條件的醫療病症。
- 如果您希望投保**機構特殊需求計劃 (I-SNP)**，則以下聲明適用：我了解這項計劃是一種機構特殊需求計劃。我的投保資格基於我能證明我的病症可能需要我住在機構或獲得機構級別的護理至少 90 天；或者，我居住在社區中並符合州要求的機構護理級別。
- 我了解我正要投保 Humana Medicare 優勢計劃或 Humana Medicare 處方藥計劃，而不是 Medicare 補充計劃 (Medicare Supplement)、差額保險 (Medigap)、Medicare 優選計劃 (Medicare Select) 或州醫療補助計劃 (Medicaid)。

據我所知，本投保登記表上的資訊是正確無誤的。我了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 Medicare 計劃之後，Humana 將會與 Medicare 分享我的資訊，Medicare 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，以及改善護理和支付 Medicare 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**

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，則郵政信箱、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。

2025 Humana Medicare 投保登記表

請完全依照 Medicare 會員卡上的內容清楚填寫您的資訊。



MEDICARE 健康保險

姓氏*

名字* 中間名

MEDICARE 編號*
N A E N - A E N - A A N N

符合資格 生效日期

醫院 (A 部分) 月 月 - 0 1 - 年 年 年 年

醫療 (B 部分) 月 月 - 0 1 - 年 年 年 年

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* 月 月 - 日 日 - 年 年 年 年 性別* 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 5
(必須晚於第 8 頁上的簽署日期)

<input type="radio"/>						
ICEP	IEP	AEP	OEP	OEP	OEPI	SEP
MA 或	PDP 或			NEW		
MAPD	MAPD					代碼†

(參見「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。

住家地址* 請勿使用郵政信箱。

正經歷無家可歸

公寓或套房號碼

城市* 州省* 郵編*

縣*

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。

公寓或套房號碼

城市 州省 郵編

我們必須能夠聯絡到您，以協助您了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 住宅 (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：一旦提供您的電子郵件地址，即代表您授權 Humana 用這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查看文件的指南。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 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 (PCP)。

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

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 Medicare 優勢計劃或處方藥計劃。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 Medicare 優勢計劃。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。**如果我們後來確定此資訊有誤，您可能會被退保。**

SEP 代碼	特別投保期 (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 Medicare 和州醫療補助（或我的州政府幫助給付我的 Medicare 保費），或者我獲得「額外幫助」來支付我的 Medicare 處方藥保險，但我的情況 沒有 任何改變。 請注意：此 SEP 全年每月生效一次，僅適用於投保 PDP。
<input type="radio"/> NLS	在最近三個月，幫助我給付 Medicare 處方藥保費的「額外幫助」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，我的州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	我在過去兩個月內搬家或已經搬家。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，或者由於州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) 宣佈的緊急事件/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。 錯過的選擇期：_____ 經歷的緊急事件/災難：_____
<input type="radio"/> EOC	我現有的 Medicare 優勢 (MA) 計劃在即將到來的簽約年度終止合約。 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。
<input type="radio"/> 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」）：

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或處方藥計劃資訊。
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面提供的計劃詳情相應的選項。
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項：*

- Humana Gold Plus® HMO
- Humana Gold Plus® Giveback HMO
- Humana Value Plus HMO
- Humana USAA Honor Giveback HMO
- Humana Gold Plus® HMO C-SNP
(需要附加資格預審表格)
- Humana Community HMO C-SNP
(需要附加資格預審表格)
- Humana Community HMO
- Humana Community Select HMO
- Humana Select Partner Plan HMO
- Humana Cleveland Clinic Preferred HMO
- Humana LCMC Advantage HMO
- UC San Diego Health Humana HMO
- Humana FMOL Network HMO
- Humana BR Clinic-BR Gen HMO
- HumanaChoice® PPO
- HumanaChoice® Giveback PPO
- Humana Value Plus PPO
- Humana USAA Honor Giveback PPO
- HumanaChoice® PPO C-SNP
(需要附加資格預審表格)
- Humana Together in Health PPO I-SNP
(需要附加證明表格)
- Humana Senior Living Plan PPO I-SNP
(需要附加證明表格)
- HumanaChoice® Value PPO
- HumanaChoice® Partnered PPO
- Humana USAA Honor Giveback with Rx PPO
- Humana Full Access PPO
- Humana Full Access Giveback PPO
- Humana Basic Rx Plan (PDP)
- Humana Premier Rx Plan (PDP)
- Humana Value Rx Plan (PDP)
- Humana Gold Choice® PFFS

如果選擇了不包含處方藥保險的 Medicare 優勢 HMO 或 PPO 計劃，則無法同時選擇獨立的處方藥計劃 (PDP)。

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，請選擇一項

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，請致電 1-800-833-2367（聽障專線：711）與持照 Humana 銷售代理聯絡。

您是否是西班牙語裔、拉美裔或西班牙裔？請選取所有適用項。

否，不是西班牙語裔、拉美裔或西班牙裔 是，墨西哥裔、墨西哥裔美國人、奇卡諾裔
 是，波多黎各裔 是，古巴裔
 是，其他西班牙語裔、拉美裔或西班牙裔 我選擇不回答

您屬於什麼種族？請選取所有適用項。

美洲印第安人或阿拉斯加原住民 亞裔印度人 黑人或非裔美國人
 華裔 菲律賓裔 關島裔或查莫羅裔
 日本裔 韓裔 夏威夷原住民
 其他亞裔 其他太平洋島民 薩摩亞裔
 越南裔 白人 我選擇不回答

您出生時被認定的性別是什麼？您可以在原始的出生證明或類似文件上找到此資訊。

請選取一項。

女 不確定
 男 我選擇不回答
 未列出的性別：_____

您認同的性別是什麼？請選取一項。

女 未列出的性別：_____
 男 不確定
 跨性別女性 我選擇不回答
 跨性別男性

您的性傾向是什麼？請選取一項。

女同性戀或男同性戀 未列出的性傾向：_____
 異性戀 不確定
 雙性戀 我選擇不回答

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，才需要填寫此部分)。

支票帳戶

儲蓄帳戶

銀行名稱

路由編號

帳號

|| _____ || _____ ||



路由編號

帳號

社會安全局福利金支票扣款 (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 (Medicare) 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 (Medicare)，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](https://www.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「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 部分與收入相關的每月調整金額 (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。Medicare 或 RRB 可能會從您的社會安全局福利金支票中扣除這個金額，或可能會直接寄帳單給您。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

我已閱讀並了解前幾頁的重要須知。我已審閱並收到一份《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 月 - 日 日 - 2 0 年 年

我了解一旦我在此投保登記表上簽名（或經合法授權代表我行事的人簽名），即表示我已閱讀並了解此投保登記表內容。如果由授權代表（如上所述）簽名，其簽名證實：1) 簽署人乃經州法律授權完成投保手續並且 2) 簽署人可應 Medicare 要求提供其授權證明文件。

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：*

Form fields for authorized representative: 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

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。

Form fields for assister: 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

Form fields for agent: 預約類型, 預約範圍 ID 號碼, 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, 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 不願回答

線索來源*

企業名錄 活動 營銷/廣告 第三方 Humana

Humana®

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