

名字:	姓氏:	会员身份号: <b>K</b>
电话号码:	电子邮箱地址:	

我目前正在使用 **安保尊享联邦医疗保险 B 部分优惠计划 (VIP Part B Saver) (HMO)** 或者 **安保尊享联邦医疗保险增值计划 (VIP Value) (HMO)**，并希望添加和/或取消可选的补充保险福利。

请选择所有适用选项：

- 我想添加综合牙科
- 我想添加 SilverSneakers®
- 我想取消综合牙科
- 我想取消 SilverSneakers®

**综合牙科可选补充保险福利每月保费：**

- 综合牙科 \$12.50 – 安保尊享联邦医疗保险 B 部分优惠计划 (VIP Part B Saver) (HMO)
- 综合牙科 \$12.50 – 安保尊享联邦医疗保险增值计划 (VIP Value) (HMO)

**SilverSneakers 可选补充保险福利每月保费：**

- SilverSneakers \$12.50 – 安保尊享联邦医疗保险 B 部分优惠计划 (VIP Part B Saver) (HMO)
- SilverSneakers \$15.00 – 安保尊享联邦医疗保险增值计划 (VIP Value) (HMO)

我同意，我提出这项请求是为了添加和/或取消可选补充保险福利。

您是否想从您的社会安全局 (SSA) 或铁路退休委员会 (RRB) 月度保险福利支票中扣除本计划的保费？  是  否  
如果你不选择保费扣除，你将每月收到一张账单。

投保和/或退保的生效日期是收到请求的月份之后的第一个月的第一天。

安保健康保险提供可选补充保险福利，但需支付额外的每月保费。您必须继续支付联邦医疗保险 B 部分保费（除非您的 B 部分保费是由医疗补助计划 (Medicaid，即白卡) 或其他第三方为您支付）。可选补充保险福利受承保证明中规定的条款和条件的约束。

我明白，我提供的电话号码和/或电子邮箱可能会被安保健康保险或其任何签约方使用，以便就我的账户、我的健保福利计划或相关计划或向我提供的服务联系我。

拟定的生效日期:	提交日期:	代理人 ID:
----------	-------	---------

如果您有任何疑问，可致电 **877-344-7364**（听力或语言障碍人士 TTY 专线：**711**）与客户服务代表联系，服务时间为每周七天，8 am 至 8 pm。

SilverSneakers® 是 Tivity Health, Inc. 的注册商标。©2020 Tivity Health, Inc. 保留所有权利。

团体医疗保险 (Group Health Incorporated, GHI)、大纽约健康保险 (Health Insurance Plan of Greater New York, HIP)、纽约 HIP 健康保险公司 (HIP Insurance Company of New York) 和安保健康保险服务公司 (EmblemHealth Services Company, LLC) 是安保健康保险旗下的公司。安保健康保险服务公司向各安保健康保险旗下公司提供管理服务。