

2026 Solicitud de contacto futuro

Fecha de hoy _____

- ☐ Sí, soy elegible para Medicare y quiero hablar con un agente de ventas certificado sobre mis opciones. Entiendo que debo calificar para un Período especial de inscripción (SEP) o estar en mi Período de inscripción inicial de Medicare.

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, estado, código postal _____

Método(s) preferido(s) de contacto (marque su preferencia)

☐ Teléfono _____ ☐ Celular _____

La mejor hora para llamar _____ ☐ a.m. ☐ p.m.

☐ Correo electrónico _____

☐ Dirección postal _____

Me gustaría recibir información sobre los siguientes temas

- ☐ Planes de salud Medicare Advantage ☐ Planes de medicamentos recetados de Medicare (Parte D)
☐ Planes de seguro complementario de Medicare ☐ Planes dentales individuales ☐ Planes de la vista individuales

Firma _____

Una entidad no gubernamental

MULTIPLAN_IFG_PTC_ROY_2026_C_SP

Este formulario de solicitud de contacto futuro no busca reemplazar un alcance de la cita válido.

Una entidad no gubernamental.