

Tarjeta de Respuesta

Nombre/apellido: _____

Teléfono: _____

Mejor día y hora para llamar: _____

Correo electrónico: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Confirmando que los datos de contacto introducidos son correctos, que son mis datos personales y que soy mayor de 18 años.

Al proporcionar mi información de contacto, acepto que un vendedor autorizado se comunique para informarme sobre las opciones de Medicare y de registro en un plan. Entiendo que la persona que hablará conmigo sobre las opciones de planes puede recibir una compensación en función de mi inscripción en un plan. No estamos afiliados al Gobierno de EE.UU. ni al Programa Federal de Medicare. No ofrecemos todos los planes disponibles en su área. Toda la información que proporcionamos se limita a los planes que ofrecemos en su área. Comuníquese con <http://Medicare.gov> o 1-800-MEDICARE para obtener información sobre todas sus opciones.

MULTIPLAN_BR2_0423_M