

市場保險代理和經紀人同意書

保險代理機構名稱： _____

代理機構擁有者： _____

業主電話： _____

擁有者電子郵件地址： _____

主要寫作代理/經紀人的名稱： _____

代理商/經紀人全國生產者編號 (NPN)： _____

代理/經紀人電話： _____

代理/經紀人電子郵件地址： _____

主要申請人和/或授權代表姓名 (名字、中間人、姓氏)： _____

主申請人出生日期： _____

主申請人電話： _____

主申請人電子郵件地址： _____

我允許上面列出的代理人/經紀人擔任我自己和我整個家庭的健康保險代理人或經紀人 (如果適用)，以便註冊通過俄勒岡州健康保險市場提供的 **qualified health plan**。通過同意本協定，我授權上述代理/經紀人僅出於以下一項或多項專案的查看和使用我以書面、電子或電話方式提供的機密資訊：

- 搜索現有的市場應用程式;
- 完成市場資格和註冊申請，以符合市場或其他 政府保險負擔能力計劃，例如俄勒岡州健康計劃 (Medicaid/CHIP) 或預先稅收抵免，以說明支付市場保費;
- 必要時提供持續的帳戶維護和註冊說明;或
- R從市場查詢我的市場應用程式。

我瞭解代理/經紀人 不會出於上述目的以外的任何目的使用或共用我的個人身份資訊 (PII)。代理/經紀人 將確保在出於上述目的收集、存儲和使用我的 PII 時，我的 PII 是私密和安全的。

我確認，據我所知，我在商城資格和註冊申請中提供的參賽資訊是真實的。我瞭解，除了申請資格和註冊目的的要求之外，我不必與我的代理/經紀人分享有關我自己或我的健康的其他個人資訊。

我瞭解我的同意在我撤銷之前一直有效。我可以隨時透過電子郵件或致電下面列出的代理/經紀人、代理或代理擁有者撤銷或修改我的同意。

申請人簽名： _____ 日期： _____