

Форма согласия для страховых агентов и брокеров Marketplace

Наименование страхового агентства: _____

Владелец агентства: _____

Телефон владельца: _____

Адрес электронной почты владельца: _____

Имя основного агента/брокера: _____

Национальный номер производителя (NPN) агента/брокера: _____

Телефон агента/брокера: _____

Адрес электронной почты агента/брокера: _____

Ф.И.О. основного заявителя и/или уполномоченного представителя (*первое, полное, последнее*): _____

Дата рождения основного заявителя: _____

Телефон основного заявителя: _____

Адрес электронной почты основного заявителя: _____

Я даю свое разрешение агенту/брокеру, перечисленному выше, выступать в качестве агента по медицинскому страхованию или брокера для меня и всей моей семьи, если это применимо, в целях регистрации в qualified health plan, предлагаемом через Рынок медицинского страхования штата Орегон. Соглашаясь с настоящим соглашением, я разрешаю вышеупомянутому Агенту/Брокеру просматривать и использовать конфиденциальную информацию, предоставленную мной в письменной, электронной форме или по телефону, только для целей одного или нескольких из следующего:

- Поиск существующего приложения Marketplace;
- Заполнение заявки на получение права на участие и регистрацию в Marketplace qualified health plan или других государственных программах доступности страхования, таких как Oregon Health Plan (Medicaid/CHIP) или авансовые налоговые льготы для оплаты страховых взносов Marketplace;
- Предоставление постоянного обслуживания учетной записи и помощи в регистрации, по мере необходимости; или
- Ответна запросы из Marketplace относительно моего приложения Marketplace.

Я понимаю, что Агент / Брокер не будет использовать или передавать мою личную информацию (PII) для каких-либо целей, кроме перечисленных выше. Агент/Брокер обеспечит конфиденциальность и безопасность моей личной информации при сборе, хранении и использовании моей личной информации для указанных выше целей.

Я подтверждаю, что информация, которую я предоставляю для входа в мою заявку на участие в Marketplace, будет достоверной, насколько мне известно. Я понимаю, что мне не нужно делиться дополнительной личной информацией о себе или своем здоровье с моим агентом/брокером, помимо того, что требуется в заявке для получения права на участие и регистрации.

Я понимаю, что мое согласие остается в силе до тех пор, пока я не отзову его. Я могу отозвать или изменить свое согласие в любое время, отправив электронное письмо или позвонив агенту/брокеру, агентству или владельцу агентства, перечисленному ниже.

Подпись заявителя: _____ Дата: _____