

Formulario de consentimiento para agentes y corredores de seguros del Mercado

Nombre de la agencia de seguros: _____
Propietario de la agencia: _____
Teléfono del propietario: _____
Dirección de correo electrónico del propietario: _____

Nombre del agente/corredor llenando la solicitud: _____
Número de productor nacional del agente/corredor (NPN): _____
Teléfono del agente/corredor: _____
Dirección de correo electrónico del agente/corredor: _____

Nombre del solicitante principal y/o representante autorizado (nombre, segundo nombre, apellido): _____
Fecha de nacimiento del solicitante principal: _____
Teléfono del solicitante principal: _____
Dirección de correo electrónico del solicitante principal: _____

Doy mi permiso al Agente/Corredor mencionado anteriormente para que actúe como agente o corredor de seguros de salud para mí y para toda mi familia, si corresponde, con el fin de inscribirme en un sistema de salud ofrecido a través del Mercado de Seguros Médicos de Oregon. Al dar mi consentimiento a este acuerdo, autorizo al Agente/Corredor mencionado anteriormente a ver y utilizar la información confidencial proporcionada por mí por escrito, electrónicamente o por teléfono solo para los fines de uno o más de los siguientes:

- Buscar una solicitud existente del Mercado;
- Completar una solicitud de elegibilidad e inscripción en un plan de salud calificado del Mercado u otros programas gubernamentales de asequibilidad de seguros, como el Plan de Salud de Oregon (Medicaid/CHIP) o créditos fiscales anticipados para ayudar a pagar las primas del Mercado;
- Proporcionar asistencia continua para el mantenimiento de la cuenta y la inscripción, según sea necesario; o
- Responder a las preguntas del Mercado con respecto a mi solicitud del Mercado.

Entiendo que el Agente/Corredor no utilizará ni compartirá mi información de identificación personal (PII) para fines distintos de los enumerados anteriormente. El Agente/Corredor se asegurará de que mi PII se mantenga privada y segura al recopilar, almacenar y utilizar mi PII para los fines indicados anteriormente.

Confirmando que la información que proporciono para ingresar en mi solicitud de elegibilidad e inscripción del Mercado será verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que no tengo que compartir información personal adicional sobre mí o mi salud con mi Agente/Corredor más allá de lo que se requiere en la solicitud para fines de elegibilidad e inscripción.

Entiendo que mi consentimiento permanece vigente hasta que lo revoque. Puedo revocar o modificar mi consentimiento en cualquier momento enviando un correo electrónico o llamando al Agente/Corredor, agencia o propietario de la agencia que se indica a continuación.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Mercado de Seguros Médicos de Oregon

500 Summer Street NE E-56, Salem, OR 97301 | 855-268-3767 (llamada gratuita)



Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que prefiera. Póngase en contacto con el Mercado de Seguros Médicos de Oregon llamando al 855-268-3767 o por correo electrónico a agents.marketplace@odhsola.oregon.gov. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.