

نموذج الموافقة لوكلاء ووسطاء التأمين في السوق

اسم وكالة التأمين:

صاحب الوكالة:

هاتف المالك:

عنوان البريد الإلكتروني للمالك:

اسم وكيل الكتابة الأساسي / الوسيط:

الوكيل / الوسيط رقم المنتج الوطني (NPN):

هاتف الوكيل / الوسيط:

عنوان البريد الإلكتروني للوكيل / الوسيط:

اسم مقدم الطلب الأساسي و / أو الممثل المفوض (الأول ، الأوسط ،
الأخير):

تاريخ ميلاد مقدم الطلب الأساسي:

هاتف مقدم الطلب الأساسي:

عنوان البريد الإلكتروني لمقدم الطلب الأساسي:

أمنح الإذن الخاص بي للوكيل / الوسيط المذكور أعلاه للعمل كوكيل أو وسيط تأمين صحي لنفسي ولأسرتي بأكملها إن أمكن ، لأغراض التسجيل في برنامج qualified health plan المقدم من خلال سوق التأمين الصحي في ولاية أوريغون. بالموافقة على هذه الاتفاقية، أفوض الوكيل/الوسيط المذكور أعلاه بعرض واستخدام المعلومات السرية المقدمة من قبلي كتابيا أو إلكترونيا أو هاتفيا فقط لأغراض واحد أو أكثر مما يلي:

- البحث عن تطبيق Marketplace موجود؛
- إكمال طلب الأهلية والتسجيل في Marketplace qualified health plan أو برامج القدرة على تحمل تكاليف التأمين الحكومية الأخرى ، مثل خطة أوريغون الصحية (Medicaid / CHIP) أو الإعفاءات الضريبية المسبقة للمساعدة في دفع أقساط Marketplace ؛
- توفير الصيانة المستمرة للحساب والمساعدة في التسجيل ، حسب الضرورة ؛ أو
- الرد على استفسارات من Marketplace بخصوص تطبيق Marketplace الخاص بي.

أفهم أن الوكيل / الوسيط لن يستخدم أو يشارك معلومات التعريف الشخصية الخاصة بي (PII) لأي أغراض أخرى غير تلك المذكورة أعلاه. سيضمن الوكيل / الوسيط الحفاظ على خصوصية وأمان معلومات تحديد الهوية الشخصية الخاصة بي عند جمع معلومات تحديد الهوية الشخصية الخاصة بي وتخزينها واستخدامها للأغراض المذكورة أعلاه.

أؤكد أن المعلومات التي أقدمها للدخول في أهلية Marketplace وطلب التسجيل الخاص بي ستكون صحيحة على حد علمي. أفهم أنني لست مضطرا لمشاركة معلومات شخصية إضافية عن أو عن صحتي مع وكيل / وسيط يتجاوز ما هو مطلوب في الطلب لأغراض الأهلية والتسجيل.

أفهم أن موافقتي تظل سارية المفعول حتى ألغيتها. يجوز لي إلغاء أو تعديل موافقتي في أي وقت بالبريد الإلكتروني أو الاتصال بالوكيل / الوسيط أو الوكالة أو مالك الوكالة المدرجة أدناه.

توقيع مقدم الطلب:

تاريخ: