

## 市场保险代理和经纪人同意书

保险代理机构名称：  
\_\_\_\_\_

代理机构所有者：  
\_\_\_\_\_

业主电话：  
\_\_\_\_\_

所有者电子邮件地址：  
\_\_\_\_\_

主要写作代理/经纪人的名称：  
\_\_\_\_\_

代理商/经纪人全国生产者编号 (NPN)：  
\_\_\_\_\_

代理/经纪人电话：  
\_\_\_\_\_

代理/经纪人电子邮件地址：  
\_\_\_\_\_

主要申请人和/或授权代表姓名 (名字、中间人、姓氏)：  
\_\_\_\_\_

主申请人出生日期：  
\_\_\_\_\_

主申请人电话：  
\_\_\_\_\_

主申请人电子邮件地址：  
\_\_\_\_\_

我允许上面列出的代理人/经纪人担任我自己和我整个家庭的健康保险代理人或经纪人 (如果适用), 以便注册通过俄勒冈州健康保险市场提供的 **qualified health plan**。通过同意本协议, 我授权上述代理/经纪人仅出于以下一项或多项目的查看和使用我以书面、电子或电话方式提供的机密信息:

- 搜索现有的市场应用程序;
- 完成市场资格和注册申请, 以符合市场或其他 政府保险负担能力计划, 例如俄勒冈州健康计划 (Medicaid/CHIP) 或预先税收抵免, 以帮助支付市场保费;
- 必要时提供持续的帐户维护和注册帮助;或
- R从市场查询我的市场应用程序。

我了解代理/经纪人 不会出于上述目的以外的任何目的使用或共享我的个人信息 (PII)。代理/经纪人 将确保在出于上述目的收集、存储和使用我的 PII 时, 我的 PII 是私密和安全的。

我确认, 据我所知, 我在商城资格和注册申请中提供的参赛信息是真实的。我了解, 除了申请资格和注册目的的要求之外, 我不必与我的代理/经纪人分享有关我自己或我的健康的其他个人信息。

我了解我的同意在我撤销之前一直有效。我可以随时通过电子邮件或致电下面列出的代理/经纪人、代理或代理所有者撤销或修改我的同意。

申请人签名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_