

## Форма згоди для страхових агентів та брокерів Marketplace

Назва страхового агентства: \_\_\_\_\_  
Власник агентства: \_\_\_\_\_  
Телефон власника: \_\_\_\_\_  
Електронна адреса власника: \_\_\_\_\_

Ім'я первинного письмового агента/брокера: \_\_\_\_\_  
Номер національного виробника агента/брокера (NPN): \_\_\_\_\_  
Телефон агента/брокера: \_\_\_\_\_  
Електронна адреса агента/брокера: \_\_\_\_\_

ПІБ первинного заявника та/або уповноваженого  
представника (*перший, другий, останній*): \_\_\_\_\_  
Дата народження первинного заявника: \_\_\_\_\_  
Телефон основного заявника: \_\_\_\_\_  
Електронна адреса основного заявника: \_\_\_\_\_

Я даю свій дозвіл Агенту / Брокеру, зазначеному вище, виступати в якості агента медичного страхування або брокера для себе і всієї моєї родини, якщо це можливо, з метою реєстрації в qualified health plan, запропонованому через Орегонський ринок медичного страхування. Погоджуючись з цією угодою, я уповноважую вищезгаданого Агента / Брокера переглядати і використовувати конфіденційну інформацію, надану мною в письмовій, електронній формі або по телефону тільки для цілей одного або декількох з наступного:

- Пошук існуючого додатка Marketplace;
- Заповнення заявки на право на участь та зарахування на Marketplace qualified health plan або інші державні програми доступності страхування, такі як Oregon Health Plan (Medicaid / CHIP) або авансові податкові пільги, щоб допомогти оплатити премії Marketplace;
- Надання допомоги в постійному обслуговуванні рахунку та зарахуванні на рахунок, якщо це необхідно; або
- Рна запити від Marketplace щодо моєї програми Marketplace.

Я розумію, що Агент / Брокер не буде використовувати або передавати мою особисту інформацію (PII) для будь-яких інших цілей, крім перерахованих вище. Агент / Брокер гарантує, що моя ідентифікаційна інформація залишається приватною та безпечною під час збору, зберігання та використання моєї ідентифікаційної інформації для зазначених вище цілей.

Я підтверджую, що інформація, яку я надаю для вступу до моєї заявки на право на участь у Marketplace та реєстрації, буде вірною, наскільки мені відомо. Я розумію, що мені не потрібно ділитися додатковою особистою інформацією про себе або своє здоров'я з моїм агентом / брокером, крім того, що потрібно в заявці для прийнятності та зарахування.

Я розумію, що моя згода залишається в силі, поки я її не скакую. Я можу відкликати або змінити свою згоду в будь-який час, надіславши електронний лист або зателефонувавши Агенту / Брокеру, агентству або власнику агентства, зазначеному нижче.

Підпис заявника:

Дата:

Ви можете отримати цей документ іншими мовами, великим шрифтом, Брайля або формат, який ви віддаєте перевагу. Зв'язатися з Орегонський ринок медичного страхування при 855-268-3767 або електронною поштою [agents.marketplace@odhsosha.oregon.gov](mailto:agents.marketplace@odhsosha.oregon.gov). Приймаємо всі ретрансляційні дзвінки.