

마켓플레이스 보험 대리인 및 중개인을 위한 동의서

보험대리점명: _____

에이전시 소유자: _____

소유자 전화: _____

소유자 이메일 주소: _____

기본 작성 에이전트/브로커 이름: _____

에이전트/브로커 NPN(National Producer Number): _____

상담원/브로커 전화: _____

에이전트/브로커 이메일 주소: _____

주 신청자 및/또는 권한을 위임받은 대리인의 이름(이름, 중간, 성): _____

주 신청자 생년월일: _____

주 신청자 전화: _____

주 신청자 이메일 주소: _____

본인은 위에 나열된 대리인/중개인이 해당되는 경우 Oregon Health Insurance Marketplace를 통해 제공되는 qualified health plan에 등록할 목적으로 본인과 내 가족 전체를 위한 건강 보험 대리인 또는 중개인 역할을 할 수 있도록 허가합니다. 본 계약에 동의함으로써 본인은 위에서 언급한 대리인/중개인이 다음 중 하나 이상의 목적을 위해서만 서면, 전자 또는 전화로 본인이 제공한 기밀 정보를 보고 사용할 수 있는 권한을 부여합니다.

- 기존 Marketplace 응용 프로그램 검색;
- 마켓플레이스 자격 및 등록 신청서 작성 q정규화된 Health plan 또는 Oregon Health Plan(Medicaid/CHIP과 같은 기타 정부 보험 경제성 프로그램) 또는 Marketplace 보험료 지불에 도움이 되는 선지급 세금 공제;
- 필요에 따라 지속적인 계정 유지 관리 및 등록 지원 제공 또는
- 내 Marketplace 응용 프로그램에 대한 Marketplace의 문의에 응답합니다.

본인은 에이전트/브로커가 위에 나열된 목적 이외의 목적으로 본인의 개인 식별 정보(PII)를 사용하거나 공유하지 않을 것임을 이해합니다. 에이전트/브로커는 위에 명시된 목적을 위해 내 PII를 수집, 저장 및 사용할 때 내 PII가 비공개로 안전하게 유지되도록 합니다.

본인은 Marketplace 자격 및 등록 신청서에 입력하기 위해 제공하는 정보가 본인이 아는 한 사실임을 확인합니다. 본인은 자격 및 등록 목적을 위해 신청서에 필요한 것 이상으로 본인 또는 본인의 건강에 대한 추가 개인 정보를 대리인/브로커와 공유할 필요가 없음을 이해합니다.

본인은 본인의 동의가 철회할 때까지 유효함을 이해합니다. 본인은 아래 나열된 에이전트/브로커, 에이전시 또는 에이전시 소유자에게 이메일을 보내거나 전화를 걸어 언제든지 동의를 철회하거나 수정할 수 있습니다.

신청자 서명:

날짜:
