



A quien corresponda:

Yo, _____ con fecha de nacimiento
_____ y residente en _____ perteneciente al condado de
_____ con correo electrónico _____.

Autorizo a _____ con NPN _____ y quien está afiliado como agente independiente
a **Joandro Insurance LLC**

A realizar las siguientes gestiones con el fin de asistirme:

- Realizar búsquedas de la solicitud del consumidor utilizando los sitios web aprobados de Inscripción Directa Clásica / Inscripción Directa Mejorada en el Mercado;
- A realizar cotizaciones en el mercado de salud utilizando mi información
- A asistirme en el mantenimiento de mi membresía
- Proporcionar información de beneficios del plan
- Ayudar con la selección e inscripción del plan; y
- Ayudar a completar una solicitud de elegibilidad;
- Ayudar con el mantenimiento continuo de la cuenta / inscripción.
- Acceder a mi información de Salud Protegida (PHI), relacionada con las funciones de apoyo de seguros,
- Actualización de documentos y estatus pertenecientes a mi inscripción y el mantenimiento de esta en el Mercado de Salud.

Al firmar este formulario, confirmo que el productor mencionado anteriormente es mi agente en récord. Además, al firmar este formulario, entiendo que el mismo puede ser revocado en cualquier momento en el que realice una inscripción o solicite asistencia de otro productor calificado.

Firma _____

Fecha _____