

Consentimiento para Agentes y Corredores del Mercado

Los agentes y corredores registrados que ayuden a los consumidores a solicitar y a inscribirse en la cobertura del Mercado deben documentar el consentimiento del consumidor antes de acceder o actualizar su información del Mercado. Esto protege a los consumidores de personas sin escrúpulos que sólo buscan ganancias monetarias en lugar de lo que es mejor para los consumidores.

Fecha: _____

Yo, (nombre del consumidor) _____ doy mi permiso a (nombre del agente)
_____, NPN # _____

para que actúe como agente o corredor de seguros de salud para mí y para toda mi familia, si corresponde, a los fines de la inscripción en un Plan de Salud Calificado ofrecido en el Mercado Facilitado Federalmente. Al dar mi consentimiento a este acuerdo, autorizo al Agente mencionado a ver y utilizar la información confidencial proporcionada por mí por escrito, electrónicamente, en vivo o por teléfono sólo para los fines de uno o más de los siguientes:

1. Buscar una aplicación de Marketplace existente;
2. Completar una solicitud de elegibilidad y inscripción en un Plan de Salud Calificado del Mercado o otros programas de asequibilidad de seguros del gobierno, como Medicaid y CHIP o créditos fiscales por adelantado para ayudar a pagar las primas del Mercado;
3. Proporcionar asistencia continua para el mantenimiento de la cuenta y la inscripción, según sea necesario; o
4. Responder a las preguntas del Mercado en relación con mi solicitud del Mercado.

Entiendo que el Agente no utilizará ni compartirá mi información de identificación personal (IIP) para fines distintos a los enumerados anteriormente. El Agente se asegurará que mi IIP se mantenga privada y segura mediante la recopilación, el almacenamiento y el uso de mi IIP para los fines establecidos anteriormente.

Confirmando que la información que proporciono para ingresar en mi solicitud de elegibilidad e inscripción en el Mercado será verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que no tengo que compartir información personal adicional sobre mí o mi salud con mi Agente más allá de lo requerido en la solicitud para fines de elegibilidad y inscripción. Entiendo que mi consentimiento permanece en vigor hasta que lo revoque, y puedo revocar o modificar mi consentimiento en cualquier momento por correo electrónico, texto o carta escrita.

El Agente conservará este documento en papel o en formato digital durante un mínimo de 10 años.

Código Postal _____ Número de miembros del hogar fiscal _____

Ingresos familiares estimados \$ _____

¿Califica para un plan asequible basado en el empleador? Sí No

¿Califica para Medicare o Medicaid? Sí No

Firma del contacto principal del hogar o del representante autorizado

Firma del Agente

Nombre Impreso _____

Nombre Impreso _____

Email _____

Email _____

Phone _____

Phone _____

Fecha _____

Fecha _____