

# Formulario para consentimiento de inscripción

Yo, \_\_\_\_\_ [nombre del contacto principal del hogar], otorgo mi autorización a \_\_\_\_\_ [nombre de la persona o entidad que tiene el consentimiento del consumidor] ("Agente") para actuar como mi agente o corredor de seguros de salud, tanto para mí como para mi familia, si corresponde, con el fin de inscribirnos en un Plan de Salud Calificado ofrecido en el Mercado Facilitado por el Gobierno Federal. Al dar mi consentimiento para este acuerdo, autorizo al Agente mencionado previamente a que acceda y utilice la información confidencial que he proporcionado, ya sea por escrito, electrónicamente o por teléfono, exclusivamente con uno o varios de los siguientes propósitos:

- Buscar una solicitud existente en el Mercado
- Completar una solicitud de elegibilidad e inscripción en un Plan de Salud Calificado del Mercado, así como en otros programas gubernamentales de asequibilidad de seguros, como Medicaid y CHIP, o para obtener créditos tributarios anticipados que ayuden a cubrir las primas del Mercado.
- Ofrecer soporte y ayuda en la inscripción, así como el mantenimiento constante de la cuenta, cuando sea necesario.
- Responder las consultas del Mercado con respecto a mi solicitud

Entiendo que el Agente no usará ni divulgará mi información de identificación personal (PII) para ninguna finalidad distinta a la indicada anteriormente. El Agente garantizará la privacidad y seguridad de mi información de identificación personal (PII) al recopilar, almacenar y usar mi PII para los propósitos mencionados anteriormente.

- Confirmando que la información que suministro al completar mi solicitud de elegibilidad e inscripción en el Mercado será verídica según mi leal saber y entender.
- Confirmando que he revisado mi solicitud completa y que toda la información es exacta.

Entiendo que no estoy obligado a proporcionar información personal adicional sobre mí o mi estado de salud a mi Agente, más allá de lo necesario en la solicitud para fines de elegibilidad e inscripción. Entiendo que mi consentimiento sigue vigente hasta que decida retirarlo, y tengo la capacidad de revocar o modificar mi consentimiento en cualquier momento al comunicarme con mi Agente.

## Nombre del Agente Principal

Nombre del agente principal: \_\_\_\_\_

Número Nacional de Productor (NPN) \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Agencia (si corresponde)

Nombre de la agencia (si corresponde): \_\_\_\_\_

Número Nacional de Productor (NPN) \_\_\_\_\_

Propietario de la agencia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Solicitante Principal

Nombre del contacto principal del núcleo familiar: \_\_\_\_\_

Representante autorizado (si corresponde): \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Firma del solicitante principal:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_