

## RECIBO DE LA DOCUMENTACIÓN DE CONSENTIMIENTO DEL CONSUMIDOR (RCCD)

Yo, \_\_\_\_\_, otorgo mi permiso a \_\_\_\_\_ para que sirva como agente o corredor de seguros de salud para mí y todo mi hogar, si corresponde, con el propósito de inscribirnos en un Plan de Salud Calificado ofrecido en el Mercado Facilitado por el Gobierno Federal. Al consentir a este acuerdo, autorizo al Agente mencionado anteriormente a ver y utilizar la información confidencial proporcionada por mí por escrito, electrónicamente o por teléfono solo para uno o más de los siguientes propósitos:

1. Buscar una solicitud existente en el Mercado;
2. Completar una solicitud de elegibilidad e inscripción en un Plan de Salud Calificado del Mercado u otros programas gubernamentales de asequibilidad de seguros, como Medicaid y CHIP o créditos fiscales anticipados para ayudar a pagar las primas del Mercado;
3. Proporcionar mantenimiento continuo de la cuenta y asistencia para la inscripción, según sea necesario; o
4. Responder a consultas del Mercado con respecto a mi solicitud del Mercado.

Entiendo que el Agente no utilizará ni compartirá mi información personalmente identificable (PII) para ningún propósito que no sea el mencionado anteriormente. El Agente se asegurará de que mi PII se mantenga privada y segura al recopilar, almacenar y utilizar mi PII para los fines mencionados anteriormente.

Confirmando que la información que proporciono para ingresar en mi solicitud de elegibilidad e inscripción del Mercado será veraz según 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 que se requiere en la solicitud para fines de elegibilidad e inscripción. Entiendo que mi consentimiento permanecerá vigente hasta que lo revoque, y puedo revocar o modificar mi consentimiento en cualquier momento por correo electrónico, texto o carta escrita.

Nombre del Agente:	
National Producer Number de Agente:	
Número de teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	

Nombre del contacto principal del hogar o Representante Autorizado:	
Número de teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	
Firma:	
Fecha:	