# Formulario de consentimiento del consumidor

Mercado de Seguros Médicos (ACA / Obamacare) · HealthCare.gov

**Cómo usar este formulario:** 1) Llene la Sección 1. 2) Lea la Sección 2. 3) Firme y ponga la fecha en la Sección 4. 4) Envíelo a **consent@urmyinsurance.com**. Las secciones del agente y la agencia ya están completas.

## 1. Datos del solicitante principal

**Nombre completo** *(Como aparece en sus documentos legales)*

**Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)**

**Teléfono**

**Correo electrónico**

**Representante autorizado (si corresponde)**

**¿Tiene actualmente un plan de salud activo?** ☐ Sí ☐ No

**Si respondió Sí, ¿con qué compañía?**

## 2. Autorización

Yo, el solicitante principal identificado en la Sección 1, otorgo mi autorización a **UR MyInsurance Advisors LLC (d/b/a UR MyInsurance)** y a su agente **Reinaldo Ugarte Rangel** ("el Agente") para actuar como mi agente o corredor de seguros de salud, para mí y para mi núcleo familiar, si corresponde, con el fin de inscribirnos en un Plan de Salud Calificado ofrecido en el Mercado Facilitado por el Gobierno Federal (HealthCare.gov).

Autorizo al Agente a ver y usar la información confidencial, incluida mi información de identificación personal (PII), que yo le dé por escrito, electrónicamente o por teléfono, **solo** para uno o más de estos propósitos:

- Buscar una solicitud existente en el Mercado.
- Completar una solicitud de elegibilidad e inscripción en un Plan de Salud Calificado del Mercado, o en programas de ayuda del gobierno como Medicaid, CHIP o los créditos tributarios anticipados para pagar las primas.
- Dar ayuda continua con mi cuenta y mi inscripción, cuando sea necesario.
- Responder preguntas del Mercado sobre mi solicitud.

Entiendo que el Agente no usará ni compartirá mi PII para ningún otro propósito, y que la protegerá al recopilarla, guardarla y usarla. Confirmo que la información que dé para mi solicitud será verdadera según mi leal saber y entender.

Entiendo que no tengo que compartir más información personal ni información de salud de la necesaria para la solicitud. Mi consentimiento sigue vigente hasta que yo lo retire. Puedo retirarlo o cambiarlo en cualquier momento llamando al (888) 844-4131 o escribiendo a consent@urmyinsurance.com.

# Formulario de consentimiento del consumidor

Mercado de Seguros Médicos (ACA / Obamacare) · HealthCare.gov

## 3. Su agente y su agencia

**AGENTE**

| | |
|---|---|
| Agente principal | **Reinaldo Ugarte Rangel** |
| NPN del agente | **21175504** |
| Teléfono | **(888) 844-4131** |
| Correo electrónico | **reinaldou@urmyinsurance.com** |

**AGENCIA**

| | |
|---|---|
| Agencia | **UR MyInsurance Advisors LLC (d/b/a UR MyInsurance)** |
| NPN de la agencia | **22337748** |
| Propietario de la agencia | **Reinaldo Ugarte Rangel** |
| Teléfono | **(888) 844-4131** |
| Correo electrónico | **Service@urmyinsurance.com** |

## 4. Firma

**Firma del solicitante principal o representante autorizado**

**Fecha (MM/DD/AAAA)**

Puede firmar a mano (imprima, firme y tome una foto o escanee) o firmar en su teléfono o computadora.

### ¿A dónde lo envío?

Envíe el formulario firmado a **consent@urmyinsurance.com** con el asunto "Consentimiento ACA". Por favor **no** incluya su número de Seguro Social, documentos de inmigración ni información médica en el correo; si los necesitamos, se los pediremos de forma segura.