



Forma de Consentimiento (del cliente) para el Agente de Georgia Access

Nombre del Cliente: _____

Nombre del Agente o Agencia: _____ NPN: _____

Yo doy autorización al agente o agencia para que actúe como agente de seguros de salud para mí y para todo mi hogar, si corresponde, también para la inscripción en un plan de salud cualificado que se ofrece en el mercado de seguros del estado de Georgia (Georgia Access). Al dar mi consentimiento, autorizo al agente o agencia a ver y usar la información confidencial que le proporcioné por escrito, electrónicamente o por teléfono únicamente para uno o más de los siguientes fines:

- 1. Doy permiso de proporcionar mi información con el fin de ayudarme a completar una solicitud de elegibilidad e inscripción en un Plan de Salud que califique o otros programas de seguros económicos, como Medicaid y PeachCare for Kids® (CHIP) o créditos fiscales para ayudar a pagar las primas de seguro.

Contacto Primario del Hogar o Representante autorizado **Fecha**

- 2. Entiendo que el Agente puede someter mi aplicación completa para revisión de Georgia Access, y yo autorizo a que lo hagan en mi nombre.

Contacto Primario del Hogar o Representante autorizado **Fecha**

- 3. Acepto que he sido informado y estoy de acuerdo con todas las exenciones de responsabilidad incluidas en mi solicitud de intercambio.

Contacto Primario del Hogar o Representante autorizado **Fecha**

- 4. Entiendo el plan en el que estoy inscrito y acepto inscribirme en este plan; entiendo que puedo cancelar la autorización en cualquier momento, ya sea dentro del portal de Georgia Access, un portal de socio certificado o llamando al centro de contacto de Georgia Access al 1-888-687-1503.

Contacto Primario del Hogar o Representante autorizado **Fecha**

Duración del consentimiento: Este formulario de consentimiento es válido hasta por un (1) año a partir de la fecha de la última firma proporcionada anteriormente, a menos que el consumidor lo revoque o reemplace antes.

- 5. **Opcional:** Doy permiso solo al agente [] **O** al agente y a cualquier miembro de su agencia [] para que me ayuden a mantener mi información y cambiar mi plan en el futuro sin necesidad de dar consentimiento. Entiendo que no estoy obligado a proporcionar este consentimiento, pero si no lo hago, necesitaré documentar un nuevo consentimiento cada vez que necesite asistencia futura de mi agente.

Contacto Primario del Hogar o Representante autorizado **Fecha**