

Consentimiento de privacidad requerido

Su consentimiento previo es necesario antes de que pueda iniciar una solicitud para usted para el seguro médico. Cuando usted se pone en contacto conmigo para utilizar mis servicios usted está de acuerdo con lo siguiente:

Doy mi consentimiento a Sheron E Sidbury NPN#11466028 un agente de seguros médicos con licencia en los estados de Maryland y Virginia (**o en cualquier otro estado en el que pueda obtener licencia en el futuro que requiera consentimiento previo verbal o por escrito**) permiso para recopilar cualquier información privada necesaria para ayudarme con el análisis y la inscripción en un plan de seguro médico a través de El Mercado de Seguros Médicos o con cualquier otro plan de seguro.

Al firmar este formulario de consentimiento, reconozco que la agente Sheron E Sidbury NPN# 11466028 me ha informado como individuo, empleador o empleado sobre las funciones y responsabilidades que se aplican a su función como agente o corredor que trabaja con el Mercado Federal de Seguros Médicos y Maryland Health Connection. Su consentimiento indica que el agente o corredor Sheron E Sidbury NPN# 11466028 tiene permiso para 1) realizar una búsqueda de personas en línea para su solicitud en el Mercado de Seguros Médicos, 2) ayudarlo a completar una solicitud de elegibilidad, 3) ayudarlo con la selección del plan y la inscripción, y 4) ayudarlo con el mantenimiento continuo de la cuenta/inscripción.

Entiendo que durante el proceso de inscripción tendré que proporcionar Información de Identificación Personal. Esto incluye información como mi nombre legal, dirección, fecha de nacimiento, número de la seguridad social u otros datos personales necesarios para completar una solicitud para mí o para cualquier otra persona que solicite un seguro en mi solicitud. Este consentimiento comienza hoy y no tiene fecha de vencimiento a menos que cualquiera de las partes lo retire por escrito a través de correo postal; por correo electrónico, por fax, por mensaje de texto o deje de ser cliente. Toda la información personal será confidencial.

Al enviar este consentimiento de privacidad usted acepta que ha leído y entiende mi Política de Privacidad que se incluye más adelante en este acuerdo. Para poner fin a su relación contractual conmigo, póngase en contacto conmigo a través de los

datos que figuran a continuación. Este aviso es requerido por el Mercado de Seguros de Salud Federalmente Facilitado y es requerido por mí para todos los consumidores que asisto en todos los Mercados de Seguros Médicos que requiera consentimiento previo verbal o por escrito.

Sheron E Sidbury
NPN# 11466028
7676 Richmond Hwy #6817
Alexandria, VA 22306
Teléfono: (571) 636-9366
Fax: (703) 997-8522
Correo electrónico: sheron@sesinsureme.com
Página web: <https://www.youdesignaplan.com/>

Al marcar la casilla yo _____
estoy de acuerdo en nombrar a Sheron E Sidbury NPN #11466028 como mi agente para ayudarme con mis necesidades de seguro. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento.

_____ Estoy de acuerdo

_____ No estoy de acuerdo

Escriba su Nombre en letra de molde

Dirección

Condado

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de teléfono

Correo electrónico

Firma

Fecha

Formulario de consentimiento para comunicaciones electrónicas y preferencias de comunicación

El gobierno federal ha informado que los pacientes y clientes tienen derecho a recibir información médica a través de los canales de comunicación que prefieran, incluidos los canales no encriptados, si así lo prefieren. Es importante conocer las preferencias de comunicación de los pacientes y clientes, ya que pueden ser tanto protectoras como obligatorias.

Dado que los clientes pueden optar por recibir mensajes fuera de cualquier sistema seguro de mensajería de texto o correo electrónico y seguir cumpliendo la ley, hay ciertos criterios que deben cumplirse para que la conformidad se ajuste a las normas gubernamentales.

Si se cumplen los tres criterios siguientes, la orientación gubernamental sugiere que usted debería estar en condiciones de utilizar la mensajería de texto estándar con sus pacientes o clientes de una manera que cumpla con la Ley HIPAA. (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos)

1. El cliente entiende que la mensajería de texto estándar SMS tiene vulnerabilidades de seguridad.
2. El cliente entiende que yo proporciono alternativas seguras a la mensajería de texto estándar o al correo electrónico para mantener segura su información confidencial.
3. El cliente sigue prefiriendo y aceptando comunicarse mediante mensajes de texto o correo electrónico estándar en lugar de otras opciones, y está en su derecho y es su elección.

No existe ningún requisito explícito para confirmar por escrito que se cumplen estos criterios. Como agente, esto me proporciona una protección adicional.

La mensajería de texto SMS estándar en cualquier sistema seguro puede cumplir con la HIPAA, pero debe utilizarse con cuidado y cumplir con las preferencias del cliente.

Yo, Sheron E Sidbury NPN 11466028, pediré a todos los clientes que indiquen sus preferencias en cuanto a la forma en que desean recibir comunicaciones mías en el futuro, ya sea por mensaje de texto, correo electrónico, métodos de comunicación seguros o estándar. Todos tendrán la opción de elegir cómo enviarme sus documentos y con qué nivel de seguridad se sienten cómodos. Proporcionaré a todos un modo seguro de transmitirme documentos con información sensible. Sólo le enviaré documentos con información sensible de forma segura. Si me responde fuera de un sistema seguro, eso indicará que se siente cómodo enviando mensajes sin utilizar un método seguro. También tiene derecho a enviarme un mensaje indicando que prefiere comunicarse únicamente a través de comunicaciones protegidas seguras.

Consentimiento para comunicarse por correo electrónico y mensajes de texto estándar.

Yo _____, consiento y declaro mi preferencia para que mi agente de seguros de salud Sheron E Sidbury NPN 11466028, y otro personal que pueda trabajar con ella ahora o en el futuro puedan comunicarse conmigo por correo electrónico o mensajería SMS estándar (mensajes de texto) en relación con diversos aspectos de mi elegibilidad para el seguro u otras necesidades de seguro. Esto puede incluir, pero no se limitará a, detalles sobre mi póliza, datos personales sobre mí y otros miembros de mi hogar fiscal y otros detalles importantes necesarios para completar mi solicitud de elegibilidad.

Entiendo que el correo electrónico y los mensajes de texto SMS estándar no son métodos confidenciales de comunicación y pueden ser inseguros. Asimismo, entiendo que, por este motivo, existe el riesgo de que el correo electrónico y los mensajes de texto SMS estándar relativos a mi atención médica puedan ser interceptados y leídos por terceros, aunque la probabilidad de que esto ocurra sea pequeña.

También acepto que mi agente de seguros me haya informado de que son métodos seguros para comunicar mi información personal. También comprendo que es mi elección utilizar el correo electrónico estándar y los mensajes de texto SMS si me resulta más cómodo, comprendo y he sido informado del riesgo que ello conlleva.

También entiendo que mi agente de seguros sólo se comunicará conmigo

utilizando métodos protegidos seguros cuando me envíe correos electrónicos o utilice mensajes de texto, tal y como exige la ley.

POR FAVOR INDIQUE SUS MÉTODOS PREFERIDOS DE COMUNICACIÓN
(Por favor marque todos los que apliquen)

Puedo comunicarme mediante mensajes de texto estándar y correo electrónico para todas las comunicaciones. Comprendo y acepto el riesgo que ello implica.

Puedo comunicarme a través de mensajes de texto y correo electrónico estándar, excepto para información personal confidencial.

Me gustaría que se me proporcionara una forma segura de comunicar documentos sensibles y otra información personal sensible.

Puedo comunicarme por correo electrónico

Puedo comunicarme a través de mensajes de texto

Puedo comunicarme por correo postal

Acepto recibir por mensaje de texto las actualizaciones relativas al seguro médico y otras actualizaciones que puedan afectar a mi inscripción por mensaje de texto

Entiendo que puedo cambiar mis elecciones en cualquier momento por escrito rellenando otro acuerdo. También entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento por escrito poniéndome en contacto con Sheron E Sidbury utilizando la información de contacto proporcionada a continuación.

Sheron Sidbury
7676 Richmond Hwy #6817
Alexandria, VA 22306
Teléfono: (571) 636-9366
Correo electrónico: sheron@sesinsureme.com

Escriba su nombre

Firma

Fecha

Política de Privacidad

Esta política de privacidad revela las prácticas de privacidad de Sheron E Sidbury. Según el acuerdo que tengo con CMS (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (HHS) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos) estoy obligado a proveerle este aviso antes de ayudarlo con su solicitud de seguro de salud. También se aplica cuando usted utilice mis servicios para obtener cualquier otro tipo de seguro de o producto financiero. Se describe lo que se puede esperar de mí como su agente de seguros. Esta política de privacidad se aplica únicamente a la información recopilada por mí cuando recopila información personal identificable de usted para completar una solicitud de seguro de salud a través de un mercado de seguros de salud ya sea en el federal o estatal de Exchange y cuando solicita cualquier otro seguro o producto financiero. También se aplica a la forma en que puedo manejar la información identificable personal para todos los tipos de pólizas de seguro que puedo vender. Estoy autorizado para recoger información personal para completar su solicitud de seguro de salud, seguro de vida u otros productos financieros esto incluye cualquier documentación de apoyo, incluidos los números de la seguridad social, bajo la ley de protección del paciente y cuidado asequible (Ley Pública N° 111-148), modificado por el cuidado de la Salud y la educación Ley de Reconciliación de 2010 (Ley Pública N° 111-152), y la Ley de Seguridad Social.

Al recibir esta política de privacidad y el uso de mis servicios para completar una solicitud de seguro de salud a través de un mercado basado en Federal o Estatal, o cualquier otro tipo de seguro o producto financiero usted acepta que ha leído y comprendido la información en este aviso.

Le informaré de lo siguiente:

1. Qué información personal identificable es recolectada, cómo se utiliza y con quién puede ser compartida.
2. Qué opciones están disponibles para usted con respecto al uso de sus datos.
3. Los procedimientos de seguridad para proteger su información del mal uso.
4. Cómo puede corregir cualquier inexactitud en la información.

Recolección, Uso e Intercambio de Información

Durante el proceso de solicitud se le pedirá que proporcione información tal como los números válidos de la seguridad social, nombre, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico, información de empleo y otros datos personales.

Sólo las personas autorizadas tendrán acceso a la información recabada. Yo sólo tengo autoridad para recopilar la información que usted me da voluntariamente a través de correo electrónico seguro o cualquier otro contacto directo de usted. Solo intercambiaré información de identificación personal (PII) a través de un correo electrónico seguro. Usted acepta responderme a través de un correo electrónico seguro que requiere la creación de un nombre de usuario y contraseña. Si su proveedor de servicios de correo electrónico no acepta correos electrónicos seguros, usted acepta ponerse en contacto conmigo por teléfono, correo electrónico o correo postal. Elegiré otro método seguro de comunicación para contactarlo. Si elige enviar PII a la dirección de correo electrónico de mi empresa que no está protegida sin encriptarlo, lo hace bajo su propio riesgo y será responsable de cualquier compromiso que ocurra con su información confidencial.

Yo no venderemos o alquilaremos esta información a nadie.

Voy a utilizar su información para responder a usted, con respecto a la razón por la que me contactó. Yo no compartiré su información personal con ninguna tercera parte fuera de mi organización, que no sea necesaria para cumplir su solicitud, como ponerse en contacto con el mercado de seguros de salud, la compañía de seguro u otra institución financiera en su nombre con su consentimiento previo. A menos que usted solicite que no se comunique con usted yo puedo ponerme en contacto con usted a través de correo postal o de correo electrónico en el futuro para informarle acerca de cambios a esta política de privacidad.

Su acceso y control de su información

Usted puede optar fuera de cualquier futuro contactos de mí en cualquier momento. Usted puede hacer lo siguiente en cualquier momento contactandome a través de la dirección de correo electrónico o el número de teléfono o dirección indicada en este aviso. Usted puede hacer lo siguiente en cualquier momento:

- Ver qué datos tengo sobre usted, si los hubiere.
- Cambiar o corregir cualquier información que tengo sobre usted.
- Hazme borrar cualquier información que tengo sobre usted a menos que la ley exige que lo mantengo
- Expresar cualquier preocupación que tenga sobre nuestro uso de sus datos.

La seguridad

Tomo precauciones para proteger su información. Cuando usted me proporcione información confidencial su información esta protegida tanto en línea como fuera de línea.

Siempre que recopilo información confidencial (como datos de tarjetas de crédito, números de la seguridad social, etc.), esa información es encriptada y transmitida de manera segura. Usted puede verificar esto buscando un icono de candado cerrado en la parte inferior de su navegador web, o buscando "https" al principio

de la dirección de la página web. Usted será capaz de ver esto si estamos llenando la solicitud cara a cara o a través de una sesión compartida de pantalla.

Mientras todos los sitios que utilizo para presentar las solicitudes en su nombre utilizan el cifrado para proteger la información confidencial transmitida en línea también protejo su información fuera de línea. Sólo las personas autorizadas con su consentimiento que necesitan la información para realizar una tarea específica (por ejemplo, Resolución de errores en su aplicación con el mercado de seguros de salud, o resolver un problema de facturación o reclamaciones con su compañía de seguros de vida o salud) tienen acceso a la información personalmente identificable. Los servidores informáticos que me es necesario almacenar la información de identificación personal se mantienen en un entorno seguro.

Seguimos los siguientes procedimientos de seguridad:

1. Destruyo todas las copias impresas de los documentos de verificación una vez que se cargan en el Mercado de Seguros Médicos. Los documentos financieros y de seguros y otros documentos que deben guardarse por ley se escanean encriptados y almacenados de forma segura.
2. Todos los documentos que contienen información de identificación personal (PII) almacenados en las computadoras están encriptados y protegidos con contraseña.
3. Solo me pondré en contacto con usted por correo electrónico seguro o por correo postal si tuviera que enviarle (PII).

Para presentar una queja puede hacerlo en línea o por correo en el siguiente sitio web: [https://www.scc.virginia.gov/pages/File-an-Insurance-Complaint-\(1\)](https://www.scc.virginia.gov/pages/File-an-Insurance-Complaint-(1)) o llamar por teléfono: Número gratuito: 1-877-310-6560

Actualizaciones

Nuestra Política de Privacidad puede cambiar de vez en cuando y todas las actualizaciones se publicarán y serán enviado a usted. Si sientes que no estoy cumpliendo con esta política de privacidad, usted debe ponerse en contacto conmigo inmediatamente por teléfono al (571) 636-9366 o a través de correo electrónico sheron@sesinsureme.com o a Sheron E Sidbury 7676 Richmond Hwy #6817 Alexandria, VA 22306

Print Name

Signature

Date

Sheron Sidbury
Healthcare Cost Containment Specialist
7676 Richmond Hwy #6817
Alexandria, VA 22306
(571) 636-9366
sheron@sesinsureme.com



Updated 09/27/2023