

## Formulario de consentimiento

### Nombre del cliente:

**Agentes principales:** Astrid Gomez NPN 17429796; Vanessa Rodriguez NPN 19659181; Andrea Rodriguez NPN 17443640; Belkys Santana NPN 18141576; AnaKarina Piña NPN 20976933

### Autorización de agencia

Por medio de la presente, el cliente autoriza a **Insurability** Insurance Agency a brindar asesoría y asistencia en la selección de una póliza de seguro médico a través del Mercado de Salud y proceder en nombre del cliente y de los miembros elegibles de su grupo familiar, a la inscripción en el plan elegido, así como a realizar gestiones ante la compañía aseguradora y proveedores de salud, utilizando la información requerida y proporcionada por el cliente. El cliente también autoriza a **Insurability** Insurance Agency a brindar servicios de asistencia con respecto al uso, cobertura, beneficios, actualización, cambios y renovación de su plan de salud, así como a comunicarse con el cliente por correo, mensajes de texto y/o vía telefónica para proporcionar documentos, información, asistencia y realizar solicitudes relacionadas con su póliza de seguro. La cancelación de pólizas, o la desvinculación de la misma de **Insurability** Insurance Agency debe ser realizada exclusivamente por el cliente de forma verbal, en caso contrario, quedará bajo la gestión de la agencia y sus agentes principales.

### Declaración de Privacidad

Los datos del cliente se han almacenado en nuestro sistema de CRM. Los datos de contacto pueden incluir nombre, dirección de correo electrónico, número de teléfono, profesión e historial médico. **Insurability** Insurance Agency utilizará esta información para poder servir al cliente de la mejor manera posible.

Toda la información se almacena de forma segura y de acuerdo con las leyes y regulaciones vigentes.

---

Firma

---

Fecha

