

請使用本表入保Kaiser Permanente。(* 必填欄位。)

公司和計劃資訊

公司名稱*	團體號碼 (若有指定)	生效日期* (僅可從每月一號開始) / 01 /
所選計劃*	下屬團體號碼 (若有指定)	員工類別 (若適用)

入保理由 (請勾選一項) 新團體帳戶 開放入保期 其他:

如果您有現有帳戶，請將填妥的表格以PDF附件的形式，透過電子郵件寄至 csc-sd-sba@kp.org 或傳真至 855-355-5334。

員工資訊

您是否曾是加州Kaiser Permanente的會員，或曾接受過加州Kaiser Permanente的醫護服務？ 是 否

社會安全號碼*	原姓氏 / 婚前姓氏		
姓氏*	名字*	中間名字首	慣用語言 (選填)
住家地址*	公寓大樓號碼		
市*	州*	郵遞區號*	縣
通訊地址 (若不同於住家地址)	公寓大樓號碼		
市	州	郵遞區號	縣
出生日期 (月/日/年年年)* / /	性別* <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 未公開	白天聯絡電話 () -	夜間聯絡電話 () -

如果您拒絕您本人或合格受撫養人的保險，您將僅能在僱主規定的年度開放入保期入保，或者如您發生合格事件，則可以在特殊入保期入保。您必須在合格事件發生後的60天內申請保險。特殊入保合格事件包括：

- 因以下任何理由而喪失 (最低基本) 健康護理保險：您和 (或) 您的受撫養人不再符合入保資格規定，或您的僱主不再提供保險或停止對保費供款而喪失僱主贊助的保險；失去享有COBRA承保範圍的資格 (除了違約被取消合約或未繳保費以外的理由)；您和 (或) 受撫養人的個人保險、Medi-Cal、Medicare或其他政府保險終止；或除了未按時繳納保費或可導致保險遭撤銷之情形 (詐欺或蓄意陳述不實重要資訊) 以外的任何理由；或是喪失健康護理保險，包括但不限於因《聯邦法規》第26章54.9801-6(a)(3)(i) 至 (iii) 款 (含) 所述情況及《美國法典》第29章1163條所述情況而喪失該保險；
- 由於結婚、締結同居伴侶關係、生產、領養、領養安置或承擔親子關係而獲得或成為受撫養人；
- 根據有效的州或聯邦法庭命令，您或您的受撫養人必須享有保險；
- 永久性搬遷，例如搬遷到新地點並有不同的保健計劃選擇，或獲釋出獄；
- 先前的健康保險提供者嚴重違反健康保險合約中的重要條款；
- 在您和 (或) 您的受撫養人因下列任一病症接受積極醫療護理之際，網絡醫護人員終止參加您和 (或) 受撫養人的保健計劃：急性疾病 (急性疾病是指因生病、受傷或其他醫療問題而突然開始出現症狀，並需要立即就醫且持續時期有限的病症)；嚴重慢性疾病 (嚴重慢性疾病是指因疾病或其他醫療問題或醫療病症而導致的病況，其性質嚴重且持續不斷而無法完全治癒，或經過長時間會惡化，或需要持續治療以緩解病情或預防惡化)；懷孕；末期疾病 (末期疾病是指無法治癒或逆轉的病症，很可能在一年或一年之內導致死亡)；出生至36個月大的新生兒醫療護理；或由醫護人員建議並以書面記錄要在保險合約終止日期後的180天內或新受保人保險生效日期起的180天內進行的外科手術或其他程序；
- 根據《美國法典》第32章規定，從執行勤務返回部隊的美國軍隊預備役成員，或是從執行勤務返回部隊的加州國民警衛隊成員；
- 個人向保健計劃管理局或保險局 (若適用) 證明，針對非健康保險交換平台所提供的健康福利計劃，由於當事人接獲錯誤訊息而以為自己享有最低基本承保，因此未在上一個入保期入保健康福利計劃。

(* 必填欄位。)

家屬資訊 (請僅列出需要入保的家人)

請勾選一項 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居伴侶	出生日期 (月月/日日/年年年年) *	性別* <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 未公開	社會安全號碼
---	---------------------	---	--------

姓名 (姓氏、名字、中間名字首) *

曾使用過之名稱 (姓氏、名字、中間名字首)

<input type="checkbox"/> 受撫養人*	出生日期 (月月/日日/年年年年) *	性別* <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 未公開	社會安全號碼
--------------------------------	---------------------	---	--------

姓名 (姓氏、名字、中間名字首)

<input type="checkbox"/> 受撫養人*	出生日期 (月月/日日/年年年年) *	性別* <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 未公開	社會安全號碼
--------------------------------	---------------------	---	--------

姓名 (姓氏、名字、中間名字首)

<input type="checkbox"/> 受撫養人*	出生日期 (月月/日日/年年年年) *	性別* <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 未公開	社會安全號碼
--------------------------------	---------------------	---	--------

姓名 (姓氏、名字、中間名字首)

<input type="checkbox"/> 受撫養人*	出生日期 (月月/日日/年年年年) *	性別* <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 未公開	社會安全號碼
--------------------------------	---------------------	---	--------

姓名 (姓氏、名字、中間名字首)

<input type="checkbox"/> 受撫養人*	出生日期 (月月/日日/年年年年) *	性別* <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 未公開	社會安全號碼
--------------------------------	---------------------	---	--------

姓名 (姓氏、名字、中間名字首)

如果上列任何受撫養人住在不同地址，請填寫以下資訊：

姓名 (姓氏、名字、中間名字首)	地址
姓名 (姓氏、名字、中間名字首)	地址

請閱讀並簽名
KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN, INC. 仲裁協議*

本人瞭解 (小額索賠法庭案件、受Medicare上訴程序或員工退休及收入保障法令 (ERISA) 索賠程序規定限制的索賠，以及根據適用法律不受具約束力的仲裁限制之任何其他索賠除外)，若本人、本人的繼承人、親屬或其他相關當事方與Kaiser Foundation Health Plan, Inc.(KFHP)、任何合約保健業者、行政管理人員或其他相關當事方之間因任何違反職責的指控而發生任何爭議，且該指控是起因於或有關於KFHP會員資格，則不論法律理論為何，此等爭議皆必須依據加州法律透過具約束力的仲裁解決，而不透過法律訴訟或訴諸法庭程序解決，但適用法律規定仲裁程序必須經過司法審查的情況不在此限。上述爭議包括針對誤診或醫院醫療失當 (在不必要、未經授權、不當、有疏失或能力不足的情況下所提供之醫療服務的索賠)、場地責任，以及與服務或用品承保範圍或提供有關之事宜所提出的任何索賠。本人同意放棄要求陪審團審判的權利，並同意使用具約束力的仲裁。本人瞭解《承保範圍說明書》中包含了完整的仲裁條款。

員工姓名 (請以正楷填寫) *

員工簽名*	日期
-------	----

X

(* 必填欄位。)

*若爭議起因於完全受保之Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) 的承保範圍，則無須交付具約束力的仲裁：1) 特選醫療服務機構 (PPO) 計劃；以及 2) KPIC牙科計劃。

 請將填妥的表格透過電子郵件寄至 csc-sd-sba@kp.org 或傳真至 855-355-5334。