

THÔNG TIN QUAN TRỌNG

- Hãng sở phải hoàn thành Mục 1.
- Hãng sở có trách nhiệm xác nhận tất cả các thông tin trước khi gửi. Đảm bảo điền đúng ngày có hiệu lực vì ngày này sẽ ảnh hưởng đến phí bảo hiểm của chương trình bảo hiểm sức khỏe.
- Nhân viên phải hoàn thành từ Mục 2 đến Mục 5, nếu áp dụng.
- Nhân viên phải ký tên và ghi ngày tháng vào cuối biểu mẫu.**
- Nhân viên phải hoàn thành tất cả các mục áp dụng, đồng thời giữ lại một bản sao để lưu hồ sơ của mình và cung cấp biểu mẫu đã điền đầy đủ thông tin cho hãng sở.
- Hãng sở cần cung cấp biểu mẫu đã điền đầy đủ thông tin cho nhà môi giới của họ hoặc Trung Tâm Dịch Vụ California (California Service Center, CSC) – Dịch Vụ Dành Cho Doanh Nghiệp Nhỏ qua email: csc-sd-sba@kp.org* dưới dạng tệp PDF đính kèm hoặc qua fax: **855-355-5334**.
- Nếu hãng sở muốn chấm dứt chương trình bảo hiểm của nhân viên, vui lòng sử dụng biểu mẫu **Chấm Dứt, Chuyển Nhượng và Khôi Phục Ghi Danh** có sẵn tại business.kaiserpermanente.org/business/forms-and-documents (bằng tiếng Anh).

Tất cả những thay đổi về tài khoản, bao gồm cả ngày có hiệu lực và tình trạng người phụ thuộc, sẽ được thực hiện theo thỏa thuận trong hợp đồng giữa hãng sở/khách hàng và Kaiser Permanente.

*Địa chỉ email này chỉ được sử dụng để gửi biểu mẫu, không để gửi câu hỏi.

1 THÔNG TIN CÔNG TY (do hãng sở hoàn thành)

Tên công ty			ID Tổ Chức
Số Điện Thoại (###-###-####)	Số Máy Lè	Số Fax (###-###-####)	Email

2 NHỮNG THAY ĐỔI ĐƯỢC YÊU CẦU

Lý do thêm người phụ thuộc (chỉ liệt kê một lý do): nhận con nuôi, mất bảo hiểm, vợ/chồng mới (kết hôn/bạn đời sống chung), chuyển đến khu vực phục vụ, sinh thêm con, ghi danh mở hoặc khôi phục bảo hiểm. Những thay đổi của chương trình có hiệu lực vào ngày đầu tiên của tháng.

Nhân viên có được ghi danh tham gia Medicare (người ghi danh không được bảo hiểm) không? ☐ Có ☐ Không

Người ghi danh không được bảo hiểm là nhân viên không được ghi danh trong chương trình bảo hiểm theo nhóm nhưng được phép tham gia chương trình bảo hiểm cho người phụ thuộc.

☐ Thêm người phụ thuộc (hoàn thành Mục 3, 4 và 5)

Lý do: Ngày có hiệu lực: / /

☐ Thay đổi chương trình. Tên chương trình mới: Ngày có hiệu lực: / 01 /

☐ Xóa người phụ thuộc (hoàn thành Mục 3, 4 và 5) Ngày có hiệu lực: / /

☐ Thay đổi tên nhân viên (hoàn thành Mục 3 và 5)

Từ: Thành: Ngày có hiệu lực: / /

(Hoàn thành Mục 3 và 5 nếu chọn bất kỳ mục nào sau đây)

☐ Địa chỉ của nhân viên ☐ Số điện thoại của nhân viên ☐ Số An Sinh Xã Hội của nhân viên ☐ Ngày sinh của nhân viên hoặc người phụ thuộc

3 THÔNG TIN NHÂN VIÊN (do nhân viên hoàn thành)

Tên (tên, tên đệm, họ)		Số An Sinh Xã Hội		
Địa chỉ ☐ Nhà riêng ☐ Địa chỉ gửi thư qua đường bưu điện	Thành phố	Tiểu bang	Mã Bưu Điện	Quận
Số điện thoại gọi ban ngày (###-###-####)	Số điện thoại gọi ban đêm (###-###-####)	Ngày sinh (ngày/tháng/năm) / /		

Tên công ty (vui lòng ghi in hoa): _____

Tên nhân viên (vui lòng ghi in hoa): _____

4 NGƯỜI PHỤ THUỘC BỊ ẢNH HƯỞNG

☐ Vợ/chồng ☐ Bạn đời sống chung	Ngày sinh (ngày/tháng/năm) / /	Giới tính ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Chưa được khai báo	Số An Sinh Xã Hội
Tên (tên, tên đệm, họ)			
Tên gọi cũ			

☐ Người phụ thuộc	Ngày sinh (ngày/tháng/năm) / /	Giới tính ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Chưa được khai báo	Số An Sinh Xã Hội
Tên (tên, tên đệm, họ)			

☐ Người phụ thuộc	Ngày sinh (ngày/tháng/năm) / /	Giới tính ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Chưa được khai báo	Số An Sinh Xã Hội
Tên (tên, tên đệm, họ)			

☐ Người phụ thuộc	Ngày sinh (ngày/tháng/năm) / /	Giới tính ☐ Nam ☐ Nữ ☐ Chưa được khai báo	Số An Sinh Xã Hội
Tên (tên, tên đệm, họ)			

Nếu bất kỳ người phụ thuộc nào nêu trên sống ở địa chỉ khác, hãy hoàn thành các mục sau:

Tên (tên, tên đệm, họ)	Địa chỉ
Tên (tên, tên đệm, họ)	Địa chỉ

5 ĐỌC VÀ KÝ TÊN

KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN, INC., THỎA THUẬN PHẢN XỬ QUA TRỌNG TÀI

Tôi hiểu rằng (ngoại trừ các trường hợp tại Tòa Án Xử Vụ Khiếu Nại Nhỏ, các khiếu nại theo thủ tục khiếu nại của Medicare hoặc quy định về thủ tục khiếu nại theo Đạo Luật An Sinh Thu Nhập và Quỹ Hưu Trí của Nhân Viên (Employee Retirement Income Security Act, ERISA) và bất kỳ khiếu nại nào khác không được phân xử qua trọng tài có giá trị ràng buộc theo luật hiện hành), bất kỳ tranh chấp nào giữa một bên là bản thân tôi, những người thừa kế, người thân của tôi hoặc các bên liên quan khác và bên kia là Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào đã ký hợp đồng, nhân viên quản lý quyền lợi hoặc các bên liên quan khác, về cáo buộc vi phạm bất kỳ nghĩa vụ nào phát sinh từ hoặc liên quan đến tư cách hội viên trong KFHP, bao gồm bất kỳ khiếu nại nào về sơ suất y tế hoặc sơ suất tại bệnh viện (là khiếu nại chống lại quyết định rằng các dịch vụ y tế là không cần thiết hoặc không được cho phép hoặc đã được cung cấp một cách không đúng cách, cấu thả hoặc yếu kém), về trách nhiệm đối với cơ sở, hoặc liên quan đến việc bảo hiểm cho các dịch vụ/vật dụng hoặc cung cấp các dịch vụ/vật dụng, dù theo thuyết pháp lý nào, đều phải được giải quyết bằng thủ tục phân xử qua trọng tài có giá trị ràng buộc theo luật California và không được đưa ra tòa hoặc thông qua thủ tục tòa án, trừ khi luật hiện hành cho phép tòa án xem xét thủ tục phân xử qua trọng tài. Tôi đồng ý từ bỏ quyền xét xử bởi bồi thẩm đoàn và chấp nhận áp dụng thủ tục phân xử qua trọng tài có giá trị ràng buộc. Tôi hiểu rằng điều khoản phân xử qua trọng tài đầy đủ được nêu trong *Chứng Từ Bảo Hiểm*.

Tên nhân viên (vui lòng ghi in hoa)

Chữ ký của nhân viên (**bắt buộc**)

X

Ngày

Lưu ý: Các tranh chấp phát sinh từ chương trình bảo hiểm do Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) bảo hiểm đầy đủ dưới đây sẽ không áp dụng thủ tục phân xử qua trọng tài có giá trị ràng buộc: 1) Các chương trình Tổ Chức Nhà Cung Cấp Ưu Tiên (Preferred Provider Organization, PPO) và phần Ngoài Mạng Lưới của các chương trình Điểm Cung Cấp Dịch Vụ (Point-of-Service Plan, POS); 2) Chương trình Tổ Chức Nhà Cung Cấp Ưu Tiên (PPO); 3) Chương trình Bồi Thường Ngoài Khu Vực Phục Vụ (Out-of-Area, OOA); và 4) Chương trình Nha Khoa của Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC).

6 THÔNG TIN LIÊN LẠC

Gửi biểu mẫu đã điền đầy đủ thông tin qua email đến csc-sd-sba@kp.org dưới dạng tệp PDF đính kèm hoặc qua fax **855-355-5334**.

Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với Trung Tâm Dịch Vụ California — Dịch Vụ Dành Cho Doanh Nghiệp Nhỏ của chúng tôi theo số **800-790-4661, nhấn phím 1**.