

重要資訊

1. 雇主必須填寫第1部分。
2. 雇主需負責在提交之前確認所有資訊。請確保生效日期正確無誤，因為這些日期會影響保健計劃的保費。
3. 員工必須填寫第2部分至第5部分（若適用）。
- 4. 員工必須在表格最下方簽名並註明日期。**
5. 員工必須填寫所有適用部分，並複印一份作為記錄，然後將填妥的表格交給雇主。
6. 雇主應以電子郵件將填妥的表格作為PDF附件交給其保險經紀人或Small Business Services California Service Center (CSC)：
csc-sd-sba@kp.org*或以透過下列傳真號碼寄至：**855-355-5334.**
7. 如果雇主想終止某位員工的保險，請使用「投保人終止保險、轉換及恢復保險申請表」(**Subscriber Termination, Transfer, and Reinstatement**)，該表可在以下網站找到：business.kaiserpermanente.org/business/forms-and-documents。

所有帳戶變更（包括生效日期與受撫養人狀態）皆會依據雇主／客戶與Kaiser Permanente之間的合約協議進行。

*此電郵地址僅供提交表格，不接受問詢。

1 公司資訊（由雇主填寫）

公司名稱		團體號碼	
電話 (###-###-####)	分機	傳真 (###-###-####)	電子郵件

2 申請的變更項目

新增受撫養人理由（僅列出其中一項）：領養、喪失保險、新配偶（結婚／同居伴侶）、遷入服務區、新生兒出生、開放入保期或恢復。計劃變更於該月的第一天生效。

員工是否已投保Medicare（非受保投保人）？ 是 否

非受保投保人是指未參加團體計劃但允許其受扶養人享有保險的員工。

新增受撫養人（請填寫第3部分、第4部分及第5部分）

理由：

生效日期： / /

變更計劃。 新計劃名稱：

生效日期： / 01 /

刪除受撫養人（請填寫第3部分、第4部分及第5部分）

生效日期： / /

員工姓名變更（請填寫第3部分及第5部分）

原姓名：

現姓名：

生效日期： / /

（如果選擇以下任何一項，請填寫第3部分及第5部分）

員工地址 員工電話 員工社會安全號碼 員工或受撫養人出生日期

3 員工資訊（由員工填寫）

姓名（名字、中間名首字母、姓氏）		社會安全號碼		
地址 <input type="checkbox"/> 家庭住址 <input type="checkbox"/> 郵寄地址		城市	州	郵遞區號
白天聯絡電話 (###-###-####)	夜間聯絡電話 (###-###-####)	出生日期（月月／日日／年年年年） / /		

公司名稱（正楷）： _____

員工姓名（正楷）： _____

4 受影響的受撫養人

<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（名字、中間名首字母、姓氏）

曾用名

<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（名字、中間名首字母、姓氏）

<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（名字、中間名首字母、姓氏）

<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（名字、中間名首字母、姓氏）

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（名字、中間名首字母、姓氏）	地址
姓名（名字、中間名首字母、姓氏）	地址

5 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）索賠程序規定約束的索賠，以及根據適用法律不受具約束力的仲裁約束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》(Evidence of Coverage) 中包含了完整的仲裁條款。

員工姓名（正楷）

員工簽名（必需） X	日期
--------------------------	----

註：因下列全額投保的Kaiser Permanente Insurance Company保險所引起的爭議不受制於具約束力的仲裁：1) 特選醫療服務機構 (Preferred Provider Organization, PPO) 以及自選服務點 (Point-of-Service, POS) 計劃的網絡外部分；2) 特選醫療服務機構 (PPO) 計劃；3) 區域外理賠保險 (Out-of-Area Indemnity, OOA) 計劃；以及 4) KPIC 牙科計劃。

6 聯絡資訊

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

如需更多資訊，請與我們的Small Business Services California Service Center聯絡，電話號碼：800-790-4661（選項1）。