

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*	中間名縮寫	慣用語言（選填）
住家地址*	公寓大樓號碼		
城市*	州*	郵遞區號*	縣
通訊地址（若不同於住家地址）	公寓大樓號碼		
城市	州	郵遞區號	縣
出生日期（月月／日日／年年）* / /	性別* <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 拒絕透露	主要電話 - 手機（如有）（###-###-####）	電子郵件地址

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：

- 因以下任何原因導致的醫療保健（最低基本）保險喪失：因您和/或您的受撫養人不再符合資格要求，或您的僱主不再提供保險或停止繳納保費而喪失僱主提供的保險；喪失COBRA保險資格（因非因故終止或未繳納保費的原因）；您和/或您的受撫養人的個人保險、Medi-Cal、Medicare或其他政府保險終止；或因除未及時繳納保費或允許撤銷的情況（欺詐或故意歪曲重要事實）之外的任何原因而喪失；或喪失醫療保健保險，包括但不限於因《聯邦法規彙編》第26篇第54.9801-6(a)(3)(i) 至 (iii) 款所述以及《美國法典》所述第29篇第1163款所述的情況；
- 因婚姻、同居關係、生育、收養、安置收養或建立親子關係而獲得或成為受撫養人；
- 有效的州法院或聯邦法院命令，證明您或您的受撫養人享有醫療保險；
- 永久搬遷，例如搬到新的地點並有不同的醫療保險計劃選擇，或刑滿釋放；
- 先前的醫療保險發行機構嚴重違反了醫療保險合約的實質條款；
- 當您和/或您的受撫養人正在接受以下任一情況的積極治療時，網絡醫療服務提供者參與您和/或您的受撫養人的健康計劃即告終止：急性疾病（急性疾病是指因疾病、受傷或其他醫療問題而突然出現症狀，需要立即就醫且持續時間有限的疾病）；嚴重慢性疾病（嚴重慢性疾病而突然出現症狀，需要立即就醫且持續時間有限的疾病）；嚴重慢性疾病（嚴重慢性疾病是指由於疾病、傷病或其他醫療問題或病症引起的，性質嚴重且無法完全治愈，或在較長時間內惡化，或需要持續治療以維持緩解或防止病情惡化的疾病）；懷孕；絕症（絕症是指無法治愈或不可逆轉的疾病，極有可能在一年或更短時間內導致死亡）；新生兒護理（出生至36個月大）；或由醫療服務提供者建議並記錄在案的，在合約終止日期前180天內或新參保人承保生效日期前180天內進行的手術或其他程序；
- 根據《美國法典》第32篇從現役退伍的美國預備役部隊成員或從現役退伍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庭成員。僅為18歲及以上的被撫養人提供電話和電子郵件。

請勾選一項 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居伴侶	出生日期（月/日/年）	性別* <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 拒絕透露	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）

主要電話 - 手機（如有）（###-###-####）	電子郵件地址
-----------------------------	--------

<input type="checkbox"/> 受撫養人*	出生日期（月/日/年）	性別* <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 拒絕透露	社會安全號碼
--------------------------------	-------------	---	--------

姓名（姓氏、名字、中間名字首）

主要電話 - 手機（如有）（###-###-####）	電子郵件地址
-----------------------------	--------

<input type="checkbox"/> 受撫養人*	出生日期（月/日/年）	性別* <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 拒絕透露	社會安全號碼
--------------------------------	-------------	---	--------

姓名（姓氏、名字、中間名字首）

主要電話 - 手機（如有）（###-###-####）	電子郵件地址
-----------------------------	--------

<input type="checkbox"/> 受撫養人*	出生日期（月/日/年）	性別* <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 拒絕透露	社會安全號碼
--------------------------------	-------------	---	--------

姓名（姓氏、名字、中間名字首）

主要電話 - 手機（如有）（###-###-####）	電子郵件地址
-----------------------------	--------

<input type="checkbox"/> 受撫養人*	出生日期（月/日/年）	性別* <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 拒絕透露	社會安全號碼
--------------------------------	-------------	---	--------

姓名（姓氏、名字、中間名字首）

主要電話 - 手機（如有）（###-###-####）	電子郵件地址
-----------------------------	--------

<input type="checkbox"/> 受撫養人*	出生日期（月/日/年）	性別* <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 拒絕透露	社會安全號碼
--------------------------------	-------------	---	--------

姓名（姓氏、名字、中間名字首）

主要電話 - 手機（如有）（###-###-####）	電子郵件地址
-----------------------------	--------

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
-----------------	----

主要電話 - 手機（如有）（###-###-####）	電子郵件地址
-----------------------------	--------

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

主要電話 - 手機（如有）（###-###-####）	電子郵件地址
-----------------------------	--------

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）*

員工姓名（正楷）*

日期

X

（* 必填欄位。）

†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。

提供我的電子郵件地址和電話號碼即表示我瞭解我可能會收到來自Kaiser Permanente的電子郵件和／或語音／簡訊通信。若需詳細資訊，請瀏覽網站，網址是 healthy.kaiserpermanente.org/termsconditions

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。