



說明

- 您可使用本表格來針對計劃和帳戶進行各種不同類型的變更。請在A部分填寫您的個人資料。然後在B部分選擇您想進行的變更，並繼續填寫與該等變更相關的所有其他部分。
- 如果您要新增受撫養人至您的計劃中，其目前所享有的任何其他保險將不會自動取消。若要避免支付2份保費或要避免保險發生中斷，請務必在其新保險開始生效之日前取消其所有的任何其他保險。
- 如果您在特殊入保期進行計劃變更，請瀏覽kp.org/speciaenrollment (英文) 或致電**1-800-757-7585**以瞭解您可能需要提交哪些合格生活事件證明 — 以及您計劃的生效日期是在何時。您可能發生超過一件以上的事件。請選擇一件計劃生效日期對您而言最為理想的事件。
- 註：如果您或您為其提出申請的任何受撫養人有權享有Medicare A部分或已經入保Medicare B部分，則您沒有資格轉換至 Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) 計劃。

A. 填寫您的資訊

請勾選一項：本人是 投保人、 配偶／同居伴侶或年滿18歲以上的受撫養子女，或 父母或法定監護人
 如果您想更改資訊，請利用下方的欄位更新您的資訊。

名字	中間名縮寫	性別：
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		<input type="checkbox"/> 未公開
姓氏	出生日期(月月／日日／年年年)	
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
醫療記錄號碼(若有)	社會安全號碼(若有)	電話
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
住家地址(請勿使用郵政信箱)		
<input type="text"/>		
城市	州	郵遞區號
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
郵寄地址 <input type="checkbox"/> 若與住家地址相同，請勾選此處。		
<input type="text"/>		
城市	州	郵遞區號
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

B. 您想要進行什麼變更？

- 請在下方針對您想要進行的變更勾選對應的方框，並在下一頁列出會受到該變更影響的各個家庭成員。我們將不會針對您帳戶中您沒有列出的任何家庭成員進行任何變更。
- 投保人(或未滿18歲之投保人的父母或法定監護人)可以為任何家庭成員進行下列所有變更。受撫養人僅可為自己進行部分變更 — 請查看下方有標註星號(*)的變更項目。

您可在一年當中隨時進行下列變更。(註:若要進行這些變更,您可跳過D部分和E部分。)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 本人正在申請終止本人的保險,且本人希望配偶/同居伴侶成為投保人。 | <input type="checkbox"/> 本人想要終止自己*或某位家庭成員的醫療保險。 |
| <input type="checkbox"/> 本人正在申請終止家庭計劃的保險,但本人希望自己可以繼續投保個人計劃*。 | <input type="checkbox"/> 本人正在申請終止本人的保險,但本人希望子女可以繼續投保該計劃。 |
| <input type="checkbox"/> 本人想要變更投保人。 | <input type="checkbox"/> 本人正在申請終止本人以及配偶/同居伴侶的保險,但本人希望子女可以繼續投保該計劃。 |
| <input type="checkbox"/> 本人想要變更兒童專用帳戶的父母/法定監護人。 | <input type="checkbox"/> 本人想要變更A部分所示的資訊。(如果您想要變更您的姓名,請附上變更姓名的法律文件。)* |

您僅可在開放入保期或特殊入保期進行以下變更。

(特殊入保期有限制。請瀏覽kp.org/specialenrollment以瞭解更多資訊。)

- 本人想要合併帳戶。
- 本人想要為某位家庭成員添加醫療保險。
- 本人想要變更計劃*。
- 本人想要添加自選成人牙科保險(適用於年滿19歲以上的會員)*。
- 本人想要終止自選成人牙科保險*。

C. 變更會影響到哪些家庭成員？(請在下方列出。)

如果您有超過4名以上受撫養人需要進行變更，請附上本頁面的影本並填寫這些受撫養人的資訊。

配偶／同居伴侶	<input type="checkbox"/> 添加醫療保險	<input type="checkbox"/> 添加自選成人牙科保險	
	<input type="checkbox"/> 終止醫療保險	<input type="checkbox"/> 終止自選成人牙科保險	
名字	中間名縮寫	姓氏	選擇一項： <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居伴侶
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
社會安全號碼(若有)	醫療記錄號碼(若有)	出生日期(月月/日日/年年年年)	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 未公開
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

受撫養人1	<input type="checkbox"/> 添加醫療保險	<input type="checkbox"/> 添加自選成人牙科保險	
	<input type="checkbox"/> 終止醫療保險	<input type="checkbox"/> 終止自選成人牙科保險	
名字	中間名縮寫	姓氏	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 未公開
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
社會安全號碼(若有)	醫療記錄號碼(若有)	出生日期(月月/日日/年年年年)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

受撫養人2	<input type="checkbox"/> 添加醫療保險	<input type="checkbox"/> 添加自選成人牙科保險	
	<input type="checkbox"/> 終止醫療保險	<input type="checkbox"/> 終止自選成人牙科保險	
名字	中間名縮寫	姓氏	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 未公開
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
社會安全號碼(若有)	醫療記錄號碼(若有)	出生日期(月月/日日/年年年年)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

受撫養人3	<input type="checkbox"/> 添加醫療保險	<input type="checkbox"/> 添加自選成人牙科保險	
	<input type="checkbox"/> 終止醫療保險	<input type="checkbox"/> 終止自選成人牙科保險	
名字	中間名縮寫	姓氏	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 未公開
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
社會安全號碼(若有)	醫療記錄號碼(若有)	出生日期(月月/日日/年年年年)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

受撫養人4	<input type="checkbox"/> 添加醫療保險	<input type="checkbox"/> 添加自選成人牙科保險	
	<input type="checkbox"/> 終止醫療保險	<input type="checkbox"/> 終止自選成人牙科保險	
名字	中間名縮寫	姓氏	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 未公開
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
社會安全號碼(若有)	醫療記錄號碼(若有)	出生日期(月月/日日/年年年年)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

D. 您在什麼時期進行變更？

請選擇一個選項： 開放入保期 (請跳到E部分) 特殊入保期 (請繼續填寫以下問題)

請選擇使您符合特殊入保期資格的生活事件 (請僅選擇一項)：

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 失去健康護理保險 (請填寫您最後一天享有保險的日期) * | <input type="checkbox"/> 投保人或受撫養人死亡 |
| <input type="checkbox"/> 透過結婚或同居伴侶關係登記而新增或成為受撫養人 | <input type="checkbox"/> 兒童撫養令或其他規定必須承保受撫養人的法院命令 |
| <input type="checkbox"/> 因為生產、領養、寄養、領養安置或寄養安置而新增或成為受撫養人 | <input type="checkbox"/> 永久性遷居 |
| 註： 在此情況下，您還必須在2個生效日期選項之間作選擇： | <input type="checkbox"/> 刑滿釋放 |
| <input type="checkbox"/> 出生、領養、寄養、領養安置或寄養安置的日期 | <input type="checkbox"/> 雇主健康保險的入保資格變更 |
| <input type="checkbox"/> 我們收到申請後的次月第一天 | <input type="checkbox"/> Covered California的決定 |
| <input type="checkbox"/> 由於離婚、同居伴侶關係解除或合法分居而失去受撫養人 | <input type="checkbox"/> 健康還款賬戶 (Health Reimbursement Account, HRA) 的資格變更 |
| | <input type="checkbox"/> 獲得錯誤的保險資訊 |
| | <input type="checkbox"/> 保健業者網絡變更 |
| | <input type="checkbox"/> 違反合約 |

請註明合格生活事件的日期。 / / (月月/日日/年年年年)

需要資格證明。請瀏覽kp.org/specialenrollment或致電1-800-757-7585以瞭解更多資訊。

*如果您的合格生活事件是失去Kaiser Permanente保險，我們可能會審查您先前的會員資格記錄，以確認您失去保險的時間和理由。

E. 選擇您的保健計劃

如果您表示您想要為某位家庭成員變更計劃或新增保險，請在此處選擇您想要選取的計劃。您在C部分所列的所有家庭成員將會轉入您所選取的計劃。如果您想為家庭成員投保不同的計劃，請另行提交每項計劃的申請表。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Bronze 60 HDHP HMO | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Silver 70 HDHP HMO 3000/15% |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Bronze 60 HMO | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Gold 80 HMO Coinsurance |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Bronze 60 HDHP HMO 6800/40% | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Gold 80 HMO |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Silver 70 HMO Off Exchange | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Platinum 90 HMO |
| <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Silver 70 HMO 2500/45 | <input type="checkbox"/> Kaiser Permanente - Minimum Coverage HMO* |

*如欲購買Minimum Coverage HMO計劃，申請人在生效日期當日必須未滿30歲，或者申請人必須提供豁免證明，證實其有經濟困難或缺乏可負擔的保險。如果您已年滿30歲以上且您未提供豁免證明，我們將不會受理您的帳戶變更。如欲查看自己是否符合資格，請瀏覽marketplace.cms.gov/applications-and-forms/hardship-exemption.pdf (英文) 並按指示操作。

F. 選擇自選成人牙科計劃

您的保健計劃包含為兒童會員提供的牙科保險，提供至會員年滿19歲的當月月底為止。

Kaiser Permanente為成人提供自選牙科保險計劃，其中包括兒童牙科服務資格已經結束的個人。此項自選保險需另外收費。

您可以在開放入保期、年度會員續保期或特殊入保期入保或終止自選牙科保險計劃中的成人牙科保險。我們的自選成人牙科保險是由Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) 的子公司Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) 承銷，並由全國規模最大且最有經驗的牙科福利提供者之一Delta Dental of California管理。

- | |
|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 添加自選成人牙科保險。† |
| <input type="checkbox"/> 終止自選成人牙科保險。† |

†在入保後，本人瞭解，若要取消牙科保險，則本人的保健計劃保險也必須一併取消，除非本人是在開放入保期或特殊入保期申請取消。

G. 在表格上簽名

- 本人瞭解，Kaiser Foundation Health Plan, Inc.將會相信本人在本表格中所提供的資訊。如發現本人捏造或蓄意陳述不實資訊，Kaiser Foundation Health Plan, Inc.可選擇終止保險且該決定可回溯至保險生效日期。
- 本人證明本人沒有權享有Medicare A部分也未入保Medicare B部分。

註：要進行變更的投保人及所有年滿18歲以上的受撫養人皆必須在表格上簽名。如有超過4名年滿18歲以上的受撫養人需要簽名，請附上本頁面的影本並請其他受撫養人在其上簽名。

X	<input type="text"/>	日期(月月/日日/年年年年) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	投保人/新投保人(未滿18歲之投保人的父母或法定監護人)	
X	<input type="text"/>	日期(月月/日日/年年年年) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	配偶/同居伴侶	
X	<input type="text"/>	日期(月月/日日/年年年年) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	受撫養人(年滿18歲以上)	
X	<input type="text"/>	日期(月月/日日/年年年年) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	受撫養人(年滿18歲以上)	
X	<input type="text"/>	日期(月月/日日/年年年年) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	受撫養人(年滿18歲以上)	
X	<input type="text"/>	日期(月月/日日/年年年年) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	受撫養人(年滿18歲以上)	

所有計劃均由Kaiser Foundation Health Plan, Inc.提供及承保，其地址是：One Kaiser Plaza, Oakland, CA 94612。

H. 簽署Kaiser Foundation Health Plan, Inc.仲裁協議

本人瞭解，除小額索賠法庭案件、適用於Medicare上訴程序的索賠或必須遵守《僱員退休收入保障法令》(Employee Retirement Income Security Act, ERISA) 索賠程序的索賠，以及根據適用法律無法透過具約束力的仲裁解決的任何其他索賠之外，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、管理機構或其他相關當事方之間，因為涉嫌違反因KFHP會員資格而產生或與此有關的任何職責而發生任何爭議，包括任何醫療失當或醫院誤醫的索賠(針對不具有必要性、沒有獲得授權或在不當、疏忽或能力無法勝任之情況下提供的醫療服務所提出的索賠)、場地責任的索賠，或與服務或用品的承保範圍或提供方式有關的索賠，無論法理基礎為何，都必須根據加州法律透過具約束力的仲裁裁定，而非經由訴訟或訴諸法庭程序解決，但適用法律規定必須進行仲裁程序司法審查的情況除外。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，會員協議、承保範圍說明書及披露表(Membership Agreement, Evidence of Coverage and Disclosure Form) 包含完整的仲裁規定。

X 日期(月月/日日/年年年年)
 / /

主要申請人(未滿18歲的兒童由父母或法定監護人代簽)

X 日期(月月/日日/年年年年)
 / /

配偶/同居伴侶

X 日期(月月/日日/年年年年)
 / /

受撫養人(年滿18歲以上)

X 日期(月月/日日/年年年年)
 / /

受撫養人(年滿18歲以上)

X 日期(月月/日日/年年年年)
 / /

受撫養人(年滿18歲以上)

X 日期(月月/日日/年年年年)
 / /

受撫養人(年滿18歲以上)

經您簽名的協議副本與正本具有相同效力。如果沒有簽名，我們將會取消您的帳戶或計劃變更。如有超過4名年滿18歲以上的受撫養人需要簽名，請附上本頁面的影本並請其他受撫養人在其上簽名。申請人或其授權代表可索取一份已填妥的表格副本。如需更多資訊，請致電**1-800-757-7585**。

聯絡資訊

郵寄地址: Kaiser Permanente
P.O. Box 23127
San Diego, CA 92193-9921

或免費傳真至:
Membership Administration
1-855-355-5334

有疑問嗎?請致電
1-800-757-7585 (TTY 711)

無歧視公告

Kaiser Permanente禁止以年齡、人種、族裔、膚色、原國籍、文化背景、血統、宗教、性別、性別認同、性別表達、性取向、婚姻狀況、生理或心理殘障、付款來源、遺傳資訊、公民身份、主要語言或移民身份為由而歧視任何人。

會員服務聯絡中心每週七天每天24小時提供語言協助服務（節假日除外）。本機構在全部營業時間內免費為您提供口譯，包括手語服務，以及殘障人士輔助器材和服務。我們還可為您和您的親友提供使用本機構設施與服務所需要的任何特別協助。您還可免費索取翻譯成您的語言的資料，以及符合您需求的大號字體或其他格式的版本。若需更多資訊，請致電 **1-800-757-7585**（TTY專線使用者請撥**711**）。

申訴指任何您或您的授權代表透過申訴程序來表達不滿的做法。例如，如果您認為自己受到歧視，即可提出申訴。若需瞭解適用於自己的爭議解決選項，請參閱《承保範圍說明書》(*Evidence of Coverage*)或《保險證明書》(*Certificate of Insurance*)，或諮詢會員服務代表。如果您是 Medicare、Medi-Cal、高風險醫療保險計劃 (Major Risk Medical Insurance Program, MRMIP)、Medi-Cal Access、聯邦僱員健康保險計劃 (Federal Employees Health Benefits Program, FEHBP) 或 CalPERS 會員，採取上述行動尤其重要，因為您可能有不同的爭議解決選項。

您可透過以下方式提出申訴：

- 在健康保險計劃服務設施的會員服務處填寫《投訴或福利索賠/申請表》（地址見《健康服務指南》(Your Guidebook) 或我們網站**kp.org**上的服務設施名錄）
- 將書面申訴信郵寄到健康保險計劃服務設施的會員服務處（地址見《健康服務指南》或我們網站**kp.org**上的服務設施名錄）
- 致電我們的會員服務聯絡中心，免費電話號碼是**1-800-757-7585**（TTY專線請撥**711**）
- 在我們的網站上填寫申訴表，網址是**kp.org**

如果您在提交申訴時需要協助，請致電我們的會員服務聯絡中心。

涉及人種、膚色、原國籍、性別、年齡或殘障歧視的一切申訴都將通知Kaiser Permanente的民權事務協調員。您也可與Kaiser Permanente的民權事務協調員直接聯絡，地址：
One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612。

您還可以電子方式透過民權辦公室的投訴入口網站向美國健康與公共服務部民權辦公室提出民權投訴，網址是 ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf 或者按照如下資訊採用郵寄或電話方式聯絡：U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697（TDD）。投訴表可從網站 hhs.gov/ocr/office/file/index.html 下載。

