



請僅使用藍色或黑色墨水正楷填寫。

A. 公司資訊 (管理員填寫)

包括此頁面的頁數

公司名稱

用戶 ID*

入保單位 ID*

入保單位名稱/類別

合格入保聯絡人電話

計劃 (例如: HMO 20, DHMO 500/30) 員工編號

入保/變更的生效日期* (月/日/年)

添加投保人和/或受撫養人的理由

- 開放入保期
- 新入保資格, 新僱用, 新僱用
- 特殊入保期 (如第2頁「其他資訊」所述) 由於所示日期
- 合格入保受撫養人的生日
- 或工作小時數的增加
- (月/日/年)發生的特殊情況

B. 要求變更的內容? (投保人標記您所要求的每項變更的方框)

- 投保人入保 (和受撫養人)
- 從投保人帳戶中移除受撫養人
- 更新地址
- 添加受撫養人到現有投保人帳戶
- 變更投保人及/或受撫養人的姓名
- 其他

C. 投保人/員工資訊

注意: 加州法律禁止保健服務計劃/健康保險公司要求或使用艾滋病毒檢測, 作為獲得承保/健康保險的條件。

該人士是否曾在Kaiser Permanente機構接受治療? 是 否 性別: * 男 女

名字*

中間名*
醫療記錄號碼 (如果已知)

姓氏*

社會安全號碼*

曾用名/暱稱

出生日期 (月/日/年)

家庭地址* (實際位置, 非郵政信箱)

城市* 州* 郵遞區號* 電話

郵寄地址 (若與家庭地址不同)

城市 州 郵遞區號

D. 簽名 (請在下方本頁底部方框作為投保人簽名)

Kaiser Foundation Health Plan 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的任何其他索賠除外), 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, 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、有疏失或不合適的情況下所提供之醫療服務的索賠)、場地責任、與服務或用品承保範圍或提供有關的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。

X

日期 (月/日/年)

投保人簽名*

*所有入保和變更所需的欄位。†因以下充分保險的Kaiser Permanente Insurance Company承保範圍所引起的爭議不受制於具有約束力的仲裁: 1) 特選醫療服務機構 (PPO) 以及自選服務點計劃 (POS) 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 (OOA) 計劃; 以及 4) KPIC牙科計劃。

投保人的姓氏*

投保人醫療記錄號碼(如果已知)

受撫養人資訊頁

本頁用於入保、移除或更新受撫養人。如果有額外的受撫養人並需要更多空間，可使用多張受撫養人資訊頁。所有請求都需要用戶和入保人資訊頁上的A-D部分。

E. 受撫養人

1 入保 移除 變更姓名 與投保人關係： 配偶 同居伴侶 受撫養子女

該人士是否曾在Kaiser Permanente機構接受治療？ 是 否 性別： 男 女

名字* 中間名* 醫療記錄號碼(如果已知)

姓氏* 社會安全號碼* --

曾用名/暱稱 出生日期(月/日/年) //

2 入保 移除 變更姓名 與投保人關係： 配偶 同居伴侶 受撫養子女

該人士是否曾在Kaiser Permanente機構接受治療？ 是 否 性別： 男 女

名字* 中間名* 醫療記錄號碼(如果已知)

姓氏* 社會安全號碼* --

曾用名/暱稱 出生日期(月/日/年) //

其他資訊

居住在不同地址(而非投保人地址)的受承保受撫養人的姓名

家庭地址*(實際位置,非郵政信箱)

城市

州

郵遞區號

以下特殊入保資訊適用於小團體計劃的承保:如果您在首次有資格入保時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變更保險,或者如您發生特殊情況,則可以在特殊入保期入保或變更保險。您必須在特殊情況發生後的60天內申請保險。特殊入保特殊情況包括:

- 因以下任何理由而喪失(最低基本)健康護理保險:因您和/或您的受撫養人不再符合入保資格規定,或因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;失去享有失保僱員健康保險(COBRA)承保範圍的資格(因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;或因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《聯邦規則彙編》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、同居、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;
- 永久搬遷,例如搬遷到新地點並有不同的保健計劃選擇,或獲得釋放出獄;
- 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治療之際,網絡醫護人員終止參加您和/或受撫養人的保健計劃:急性病症(急性病症是指因生病、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);嚴重慢性病症(嚴重慢性病症是指因疾病或其他醫療問題或醫療病症而導致的病情,其性質嚴重且持續不斷而無法痊癒,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);妊娠;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證明要在合約終止保險日期後的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外科診療;
- 根據《美國法典》第32章規定從現役返回部隊的美國軍隊預備役成員,或是從現役返回部隊的加州國民警衛隊成員;
- 個人針對透過健康保險交換平台以外來源所提供的健康理賠計劃向保健計劃管理局或保險部(如適用)證明,由於當事人收到錯誤通知以為自己享有最低基本保險,因而未在上一個入保期入保健康理賠計劃。