KAISER PERMANENTE®

小型企業

拒絕保險

（雇主證明）

重要資訊

請使用本表格列出已拒絕保險的員工。如果員工已填寫Waiver of Coverage（放棄保險）表格，請將員工的資訊轉填入下方列表並將其提交給您的Kaiser代表。請保留一份本表格的副本以作為記錄。**如欲終止投保人的保險，請使用Subscriber Termination, Transfer, and Reinstatement（投保人保險終止、轉換及恢復）申請表。**

1 公司資訊

公司名稱	團體號碼（若有指定）

2 拒絕理由

本公司已向下列合格員工提供Kaiser Permanente團體健康保險。這些員工已基於以下其中一項理由自願選擇目前不入保Kaiser Permanente計劃：

1. 透過配偶、同居伴侶或父母受保於其他雇主的保健計劃
2. 受保於本雇主所提供的其他保健計劃
3. 受保於員工受雇的其他雇主
4. 透過統一綜合預算協調法案 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) 或Cal-COBRA擁有團體保險
5. 受保於Medicare、Medi-Cal或TRICARE（軍人或退伍軍人事務部〔Veterans Affairs, VA〕福利）
6. 受保於個人保健計劃
7. 目前沒有興趣入保

請務必在下方填寫理由代碼，以避免處理受到延遲。**請使用上列1-7的理由代碼。**

名字	姓氏	**理由代碼（必填）**

如欲列出額外的員工，請視需要影印本表格。本表格的所有影本都必須簽名。

在保證承保期間（11月15日至12月15日）入保的團體可免填上方必填的理由代碼且無須滿足參與計劃及供款的規定。

請注意：在保證承保期間入保的團體可能會遭到特別標記而必須進行重新認證，且屆時將必須滿足所有承銷標準，包括參與計劃及供款的規定。

3 請閱讀並簽名

本人確認，本人已獲得授權可代表團體與Kaiser Foundation Health Plan, Inc.和Kaiser Permanente Insurance Company簽約。
本人瞭解，本人下次將需等到年度開放入保期的期間或在發生合格事件之後才有機會可以入保。

獲得授權的公司簽名者（請以正楷填寫姓名）	公司職稱（請以正楷填寫）
簽名 X	日期