

重要資訊

僅供員工／雇主使用 — 請勿將本表格交還給KAISER PERMANENTE代表。

員工：請僅使用本表格來拒絕團體健康保險並將其交還給雇主。

雇主：請保留本表格以作為記錄。如欲終止投保人的保險，請使用Subscriber Termination, Transfer, and Reinstatement Form（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

本人的雇主已向本人提供Kaiser Permanente團體健康保險。本人自願選擇目前不為自己入保Kaiser Permanente計劃。本人瞭解，本人下次將需等到年度開放入保期或在發生合格事件之後才有機會可以入保。

因下列拒絕理由及享有的保險而影響參與計劃的資格規定。

拒絕理由（請勾選一項）：

- ☐ 本人透過本人的配偶／同居伴侶／父母受保於由其他雇主所提供的保健計劃。
- ☐ 本人受保於本雇主所提供的其他保健計劃。
- ☐ 本人受保於本人其他工作之雇主所提供的保險。
- ☐ 本人受保於透過COBRA或Cal-COBRA所提供的團體保險。
- ☐ 本人受保於Medicare、Medi-Cal或Tricare（軍人或退伍軍人福利）。
- ☐ 本人受保於個人保健計劃。
- ☐ 目前沒有意願入保。

3 請閱讀並簽名

如果您拒絕為自己投保，也等同於拒絕為合格受撫養人投保。您僅能在雇主規定的年度開放入保期入保或變更保險，或者若您發生合格事件，則可在特別入保期入保或變更保險。您必須在合格事件發生後的60天內申請保險。特別入保合格事件包括：

- 您的工作時數增加，使您符合雇主的醫療計劃入保資格規定
- 銷假返回上班
- 非自願性終止保險或喪失其他團體保險
- 受撫養人喪失其他保險
- 結婚或新增同居伴侶
- 生產、領養孩子或接受領養安置
- 法庭命令
- 配偶、同居伴侶或受撫養人死亡

員工姓名（請以正楷填寫）

簽名	日期
X	