

## 説明

- 您可使用本表格來針對現有的Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) 帳戶進行計劃變更或帳戶變更。只有兒童專用帳戶的投保人或父母／法定監護人可以填寫此表格。
- 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，並選擇您希望計劃或帳戶變更生效的日期（我們不對生效日期作保證）。然後在B部分選擇您想進行的變更。在不溯及既往的計劃中，您只能新增一名新生兒或新領養的子女。
- 如果您是保險即將終止的投保人，您受撫養人的保險也會自動終止，他們將可使用特殊入保期來入保新的保險。
- 註：如果您有權享有Medicare A部分或已經入保Medicare B部分，則您沒有資格變更KPIF計劃。如果您的某位家人有權享有Medicare A部分或已經入保Medicare B部分，則他們沒有資格變更KPIF計劃或以新受撫養人的身分新增至您的KPIF計劃中。

### A. 請填寫您的資訊

如果您想更改資訊，請利用下方的方框更新您的資訊。

名字

[illegible]

中間名縮寫

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

出生日期 (月月/日日/年年年年)

姓氏

[illegible]

醫療記錄號碼 (若有)

[illegible]

性別：

☐男 ☐女

未公開

社會安全號碼 (若有)

住家地址 (請勿使用郵政信箱)

[illegible]

城市

[illegible]

州

郵遞區號

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

電話 (若有手機, 請填手機號碼)

A horizontal number line with arrows at both ends, labeled from 0 to 100 in increments of 10. A blue bracket is drawn above the line, starting at 0 and ending at 30, with the number 30 written below the bracket.

郵寄地址 ☐ 若與住家地址相同，請勾選此處

[illegible]

城市

[illegible]

州

郵遞區號

要求的未來生效日期（日期必須是某個月的一號）

/ 0 1 /

電子郵件地址

[illegible]

### B.您想要進行什麼變更？

投保人(包括兒童專用帳戶的父母或法定監護人)可以為任何家人進行以下所有變更。若要針對下列以外的項目進行變更,您可致電**1-800-464-4000 (TTY 711)** 與會員服務部聯絡。

- ☐ 本人想要終止自己和所有家人的所有保險。
  - ☐ 本人想要終止某位家人的所有保險。
  - ☐ 本人想要變更計劃。（請參閱第3頁的計劃變更規定，然後根據該等限制選擇您想更換成哪一項計劃。）
  - ☐ 本人想要為新生兒或新領養的子女新增醫療保險。
  - ☐ 本人想要終止可選牙科保險。
  - ☐ 本人想要變更A部分所示的資訊。（如果您想要變更姓名，請附上變更姓名的法律文件。）

### C. 變更會影響到哪些家人？（請在下方列出。）

如果您有超過3名以上的受撫養人需要進行變更，請附上此頁面的副本並填妥這些受撫養人的資訊。

| 配偶／同居伴侶          | <input type="checkbox"/> 姓名變更                                                      | <input type="checkbox"/> 終止醫療保險 | <input type="checkbox"/> 新增牙科保險 | <input type="checkbox"/> 終止牙科保險 |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 名字               |                                                                                    |                                 | 中間名縮寫                           | 出生日期 (月月／日日／年年年年)               |
|                  |                                                                                    |                                 |                                 |                                 |
| 姓氏               |                                                                                    |                                 |                                 |                                 |
|                  |                                                                                    |                                 |                                 |                                 |
| 醫療記錄號碼 (若有)      | 性別                                                                                 | 社會安全號碼 (若有)                     |                                 |                                 |
|                  | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 未公開 |                                 |                                 |                                 |
| 電話 (若有手機，請填手機號碼) |                                                                                    |                                 |                                 |                                 |
|                  |                                                                                    |                                 |                                 |                                 |

| 受撫養人1            | <input type="checkbox"/> 姓名變更                                                      | <input type="checkbox"/> 新增醫療保險 | <input type="checkbox"/> 終止醫療保險 | <input type="checkbox"/> 新增牙科保險 | <input type="checkbox"/> 終止牙科保險 |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 名字               |                                                                                    |                                 | 中間名縮寫                           | 出生日期 (月月／日日／年年年年)               |                                 |
|                  |                                                                                    |                                 |                                 |                                 |                                 |
| 姓氏               |                                                                                    |                                 |                                 |                                 |                                 |
|                  |                                                                                    |                                 |                                 |                                 |                                 |
| 醫療記錄號碼 (若有)      | 性別                                                                                 | 社會安全號碼 (若有)                     |                                 |                                 |                                 |
|                  | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 未公開 |                                 |                                 |                                 |                                 |
| 電話 (若有手機，請填手機號碼) |                                                                                    |                                 |                                 |                                 |                                 |
|                  |                                                                                    |                                 |                                 |                                 |                                 |

| 受撫養人2            | <input type="checkbox"/> 姓名變更                                                      | <input type="checkbox"/> 新增醫療保險 | <input type="checkbox"/> 終止醫療保險 | <input type="checkbox"/> 新增牙科保險 | <input type="checkbox"/> 終止牙科保險 |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 名字               |                                                                                    |                                 | 中間名縮寫                           | 出生日期 (月月／日日／年年年年)               |                                 |
|                  |                                                                                    |                                 |                                 |                                 |                                 |
| 姓氏               |                                                                                    |                                 |                                 |                                 |                                 |
|                  |                                                                                    |                                 |                                 |                                 |                                 |
| 醫療記錄號碼 (若有)      | 性別                                                                                 | 社會安全號碼 (若有)                     |                                 |                                 |                                 |
|                  | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 未公開 |                                 |                                 |                                 |                                 |
| 電話 (若有手機，請填手機號碼) |                                                                                    |                                 |                                 |                                 |                                 |
|                  |                                                                                    |                                 |                                 |                                 |                                 |

| 受撫養人3            | <input type="checkbox"/> 姓名變更                                                      | <input type="checkbox"/> 新增醫療保險 | <input type="checkbox"/> 終止醫療保險 | <input type="checkbox"/> 新增牙科保險 | <input type="checkbox"/> 終止牙科保險 |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 名字               |                                                                                    |                                 | 中間名縮寫                           | 出生日期 (月月／日日／年年年年)               |                                 |
|                  |                                                                                    |                                 |                                 |                                 |                                 |
| 姓氏               |                                                                                    |                                 |                                 |                                 |                                 |
|                  |                                                                                    |                                 |                                 |                                 |                                 |
| 醫療記錄號碼 (若有)      | 性別                                                                                 | 社會安全號碼 (若有)                     |                                 |                                 |                                 |
|                  | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 未公開 |                                 |                                 |                                 |                                 |
| 電話 (若有手機，請填手機號碼) |                                                                                    |                                 |                                 |                                 |                                 |
|                  |                                                                                    |                                 |                                 |                                 |                                 |

D. 選擇您的保健計劃

如果您想將您的保險變更為其他不溯及既往的計劃，您僅可更換到擁有同等福利或較少福利的計劃。換而言之，若根據右方的列表，您僅可更換到列於您現有計劃**下方**的計劃。請謹記這一點並勾選您想變更之計劃旁的方框。您帳戶中所有具備有效會員資格的家人都將轉至此計劃。

註：在您的不溯及既往的新計劃生效滿30天後，您將無法再轉回原先的計劃。

- ☐ Copayment 25 HMO
- ☐ Deductible HMO 20/500
- ☐ Copayment 40 HMO
- ☐ Deductible HMO 25/1000
- ☐ Copayment 50 HMO
- ☐ Deductible HMO 30/1500
- ☐ Deductible HMO 40/2000
- ☐ Deductible HMO 0/1650 with HSA
- ☐ Deductible HMO 0/2700 with HSA
- ☐ Deductible HMO 30/2700 with HSA

E. 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，且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。
- 本人確認，列在本表格中要變更計劃或被新增為受撫養人的人當中，沒有人有權享有Medicare A部分或已經入保Medicare B部分。
- 如本人有與保險經紀人合作，本人瞭解，保險經紀人可能可因為本保險而獲得Kaiser Permanente所提供的現金報酬或其他津貼。我們的標準津貼範圍是每位會員每月\$9-\$11，外加可能的獎金。如欲瞭解詳情，請瀏覽[kp.org/brokercompensation](https://kp.org/brokercompensation) (英文)。
- 提供本人的電子郵件地址和手機號碼即代表本人瞭解，本人可能會收到來自Kaiser Permanente的電子郵件和簡訊通信。

註：投保人必須在本表格上簽名。

X

日期 (月月/日日/年年年年)  
 /  /

投保人／新投保人 (未滿18歲之投保人的父母或法定監護人)

聯絡資訊

|                                                                      |                                      |                                      |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 郵寄地址：Kaiser Permanente<br>P.O. Box 23127<br>San Diego, CA 92193-9921 | 或免費傳真至：<br>會員資格管理處<br>1-855-355-5334 | 有疑問嗎？請致電<br>1-800-464-4000 (TTY 711) |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|

F. 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《員工退休及收入保障法令》(Employee Retirement Income Security Act, ERISA) 索賠程序條例的索賠，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，《整合會員資格協議、承保範圍說明書與披露表》(Combined 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）

## 反歧视声明

歧视属于违法行为。Kaiser Permanente<sup>1</sup>遵守州和联邦的民权法律。

Kaiser Permanente不会因年龄、人种、族群认同、肤色、国籍、文化背景、血统、宗教、性别、性别认同、性别表现、性取向、婚姻状况、身体或精神残疾、医疗状况、付款来源、遗传信息、公民身份、主要语言或移民身份而非法歧视、排斥或区别对待任何人。

Kaiser Permanente 提供以下服务：

- 为残障人士提供免费援助和服务，帮助他们更有效地与我们沟通，例如：
  - ◆ 合格的手语翻译员
  - ◆ 其他格式的书面信息，例如盲文、大字体版本、音频、通用电子格式和其它格式
- 为母语非英语的人士提供免费语言服务，例如：
  - ◆ 合格的口译员
  - ◆ 其他语言的文字信息

如果您需要这些服务，请打电话给我们的会员服务联络中心，服务时间为每周7天，每天24小时（节假日除外）。此电话不收取任何费用：

- 所有会员：**1-800-757-7585 (TTY 711)**

根据您的要求，我们可以为您提供本文件的盲文版、大字版、卡式录音带或电子版。如需获取这些替代格式或其他格式的副本，请打电话给我们的会员服务联络中心，索取您需要的格式。

### 如何向Kaiser Permanente递交申诉

如果您认为我们未能提供这些服务或有其他形式的

非法歧视，您可以向Kaiser Permanente 提出歧视申诉。您可以通过电话、邮件、面谈或在线提出申诉。详情请见《承保范围说明书》或《保险证明》。您可以打电话给会员服务部，进一步了解适用于您的选项，或寻求帮助提交申诉。您可以通过以下方式提出歧视申诉：

- **电话：**所有会员均可拨打**1-800-757-7585 (TTY 711)**。每周7天、每天24小时提供帮助（节假日除外）
- **邮寄：**从 **kp.org**下载表格，或打电话给会员服务部，请他们给您寄一份表格，以供填写后寄回。
- **亲自提交：**在计划设施内的会员服务办公室填写投诉表或福利索赔表格（请在**kp.org/facilities**上的保健业者目录中查询地址）
- **在线提交：**请在我们的网站**kp.org**上使用线上表格

---

<sup>1</sup> Kaiser Permanente包括Kaiser Foundation Health Plan, Inc、Kaiser Foundation Hospitals、Permanente Medical Group和Southern California Medical Group

您也可以直接联系Kaiser Permanente民权事务协调员，地址为：

**Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator**  
Member Relations Grievance Operations  
P.O. Box 939001  
San Diego CA 92193

#### 如何向加州医疗保健服务部民权办公室提出申诉（仅适用于*Medi-Cal*受益人）

您可以通过书面、电话或电子邮件向加州医疗保健服务部民权办公室提出民权投诉：

- **电话：**拨打**916-440-7370 (TTY 711)** 联系加州医疗保健服务部 (California Department of Health Care Services, DHCS) 民权办公室

- **邮寄：**填写投诉表或寄信到以下地址：

Deputy Director, Office of Civil  
Rights Department of Health Care  
Services Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413

投诉表可在此网址下载：[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

- **线上：**发送电子邮件至CivilRights@dhcs.ca.gov

#### 如何向美国卫生和民众服务部民权办公室提出申诉

您可以向美国卫生和民众服务部民权办公室提出歧视投诉。您可以通过书面、电话或在线方式投诉：

- **电话：**拨打**1-800-368-1019 (TTY 711 或1-800-537-7697)**
- **邮寄：**填写投诉表或寄信到以下地址：

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

投诉表可在此网址下载：

<https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

- **在线：**访问民权办公室投诉门户网站：  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>。

此頁請保留為空白。

