KAISER PERMANENTE®

Small Business

TỪ CHỐI BẢO HIỂM

(Chứng Thực của Hãng Sở)

THÔNG TIN QUAN TRỌNG

Vui lòng sử dụng biểu mẫu này để liệt kê các nhân viên của quý vị đã từ chối bảo hiểm. Nếu nhân viên đã điền vào biểu mẫu Miễn Tham Gia Bảo Hiểm, vui lòng điền thông tin của họ vào danh sách bên dưới và gửi cho đại diện Kaiser của quý vị. Vui lòng giữ một bản sao biểu mẫu này để lưu hồ sơ của quý vị. **Để chấm dứt ghi danh cho một nhân viên nào đó, vui lòng sử dụng Biểu Mẫu Chấm Dứt Ghi Danh, Chuyển Nhượng và Khôi Phục Ghi Danh.**

1 THÔNG TIN CÔNG TY

Tên công ty	ID Nhóm (nếu được chỉ định)

2 LÝ DO TỪ CHỐI

Các nhân viên đủ điều kiện có tên dưới đây đã được cung cấp chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm của Kaiser Permanente. Những nhân viên này tự nguyện chọn không ghi danh tham gia chương trình bảo hiểm của Kaiser Permanente vào thời điểm này vì một trong những lý do sau đây:

1. Đang được bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm sức khỏe của hãng sở khác thông qua vợ/chồng, bạn đời sống chung hoặc cha/mẹ
2. Đang được bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm sức khỏe khác do hãng sở này cung cấp
3. Đang được bảo hiểm theo hãng sở khác nơi họ làm việc
4. Bảo hiểm theo nhóm thông qua Đạo Luật Điều Phối Ngân Sách Tổng Hợp Omnibus (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) hoặc Cal-COBRA
5. Đang được bảo hiểm theo Medicare, Medi-Cal hoặc TRICARE (chương trình quyền lợi do quân đội hoặc Bộ Cựu Chiến Binh [Veterans Affairs, VA] cung cấp)
6. Đang được bảo hiểm theo chương trình bảo hiểm y tế cá nhân
7. Không muốn ghi danh vào thời điểm này

Để tránh tình trạng chậm trễ khi xử lý, vui lòng điền đầy đủ mã lý do xuống bên dưới. **Hãy sử dụng mã lý do từ 1 đến 7 bên trên.**

Tên	Họ	**Mã lý do (bắt buộc)**

Để liệt kê thêm các nhân viên khác, vui lòng sử dụng bản sao của biểu mẫu này, nếu cần. Tất cả các bản sao của biểu mẫu này đều phải được ký tên.

Các nhóm ghi danh trong Thời Gian Đảm Bảo Tham Gia (từ ngày 15 tháng 11 đến ngày 15 tháng 12) không cần phải điền mã lý do bắt buộc ở trên và không cần đáp ứng các yêu cầu tham gia và đóng góp.

Lưu ý: Các nhóm ghi danh trong Thời Gian Đảm Bảo Tham Gia có thể được đánh dấu để chứng nhận lại và phải đáp ứng tất cả các tiêu chí bảo hiểm, bao gồm các yêu cầu về tư cách tham gia và mức đóng tại thời điểm đó.

3 ĐỌC VÀ KÝ TÊN

Tôi xác nhận rằng tôi có quyền thay mặt cho nhóm ký hợp đồng với Kaiser Foundation Health Plan, Inc. và Kaiser Permanente Insurance Company.
Tôi hiểu rằng cơ hội ghi danh tiếp theo sẽ là vào giai đoạn ghi danh mở hàng năm hoặc sau khi có sự kiện đủ điều kiện.

Người ký tên được công ty ủy quyền (vui lòng ghi tên in hoa)	Tên công ty (vui lòng ghi in hoa)
Chữ ký X	Ngày