KAISER PERMANENTE®

Small Business

TỪ CHỐI BẢO HIỂM

(Chứng Thực của Hãng Sở)

THÔNG TIN QUAN TRỌNG

Vui lòng sử dụng 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, vui lòng sử dụng biểu mẫu Chấm Dứt, 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. Đã tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe của hãng sở khác thông qua vợ/chồng, bạn đời hoặc cha/mẹ
2. Đã tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe khác của hãng sở này
3. Đã tham gia chương trình bảo hiểm sức khỏe của hãng sở khác mà họ làm việc cho
4. Có bảo hiểm theo nhóm thông qua COBRA hoặc Cal-COBRA
5. Đã tham gia bảo hiểm của Medicare, Medi-Cal hoặc TRICARE (quyền lợi quân đội hoặc cựu chiến binh (veterans affairs, VA))
6. Đã tham gia bảo hiểm của một chương trình bảo hiểm sức khỏe cá nhân
7. Không muốn ghi danh vào thời điểm này

Tránh việc xử lý chậm trễ bằng cách đảm bảo hoàn thành mã lý do bên dưới. **Sử dụng các mã lý do 1–7 nêu trên.**

Tên	Họ	Mã lý do (bắt buộc)

Để liệt kê thêm các nhân viên khác, vui lòng tạo các 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 Sẵn Sàng Được Đảm Bảo (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.

Xin lưu ý: Các nhóm ghi danh trong Thời Gian Sẵn Sàng Được Đảm Bảo có thể được gắn cờ để chứng nhận lại và phải đáp ứng tất cả các tiêu chí bảo hiểm, bao gồm các yêu cầu tham gia và đóng góp, vào 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 chữ in hoa)
Chữ ký X	Ngày