

團體健康保險計畫證明

1. 證明日期： _____
2. 參與者姓名： _____
3. 團體健康保險計畫名稱： _____
4. 參與者辨別號： _____
5. 此證明適用的任何受贍養人： _____

6. 出具此證明的責任承保人姓名、地址及電話號碼：

7. 欲瞭解進一步資訊，請致電： _____
8. 若第 2 行和第 5 行所列的個人已經擁有至少 18 個月可替代承保（不含 63 天的間隔），請在此打勾 _____ 並略過第 9 行和第 10 行。
9. 等候階段或加入階段（如果有）開始日期： _____
10. 承保開始日期： _____
11. 承保終止日期： _____
(或查核承保在出具證明的當日是否仍然繼續 _____)。

註：若參與者與每個涵蓋受贍養人的資訊有所不同，則需要開具單獨的證明。

HIPAA 流通權利聲明

重要事項 — 請妥善保存本證明。本證明的提供符合「健康保險流通和責任法案」（HIPAA，1996 年頒布）的要求。該證明為您先前於「新澤西州健康福利計畫」中的健康保險計畫提供證據。若您開始有資格參與團體健康保險計畫，而該計畫不涵蓋參與前已有的特定疾病，您可能就需要出具此證明給新的承保人。在參與新計畫之前的 6 個月內，若您曾經受過或接受關於該疾病的醫療建議、診斷、護理或治療，則必須提供此證明。若您要開始受保於另一項團體健康保險計畫，請向計畫管理人查核，瞭解是否需要出具此證明。要為自己或家人購買不涵蓋參與前已有疾病的保險時，可能也需要使用此證明。

原有疾病排除 — 某些團體保險計畫對個人參與之前已有疾病的涵蓋作出了限制。這些限制稱為「原有疾病排除」。原有疾病排除僅適用於「參與日期」之前 6 個月內曾經受過或接受醫療建議、診斷、護理或治療的疾病。您的參與日期即是開始受保於新計畫的第一天，或者，若有等候階段則為等候階段的第一天（通常是上班的第一天）。此外，原有疾病排除期一般不得超過參與日期之後的 12 個月（後期參與者則為 18 個月）。最後，原有疾病排除不適用於懷孕女性，也不適用於出生、領養或安排領養未到 30 天即受保於健康保險計畫的兒童。

(背面繼續)

HIPAA 流通權利聲明 (續)

若某項計畫含有原有疾病排除，則排除期應該減去您前一項保險的可替代承保。大部分健康保險計畫均為可替代承保，包括：團體健康保險承保、COBRA 延續承保、個人健康保險政策承保、醫療保險、醫療補助、州兒童健康保險計畫 (SCHIP) 以及高風險保險聯營和和平工作團的承保。並非所有可替代承保都需要這樣提供證明。若您收不到原有保險計畫的證明，請告訴新計畫的管理人。

您可以累加您擁有的任何可替代承保，包括本證明所列的保險。但是，若在任何時候，您 63 天或以上沒有受保（稱為承保間隔），則計畫可能不包含間隔之前已有的承保。

- 因此，一旦您的承保結束，您應該盡快嘗試取得可替代承保以避免 63 天的間隔期。若您要參與另一項計畫，則可以使用本證明作為可替代承保的證據，以減去您任何原有疾病排除期。

特別參與另一項計畫的權利 — 根據 HIPAA，失去您的團體健康保險計畫承保之後，若您在 30 天之後要求參與，則可以參與另一項您有資格參與的團體健康保險計畫（例如配偶的計畫），即使該計畫一般不接受後期參與者。（額外特別參與權可由婚姻、出生、領養和安排領養產生。）

- 因此，您的承保結束之後，若您有資格參與另一項計畫（例如配偶的計畫），則應該盡快要求取得特別參與權。

禁止出於健康因素的歧視 — 根據 HIPAA，團體健康保險計畫不得因您的任何健康問題而將您（或您的受贍養人）排除在計畫之外。同時，團體健康保險計畫不得因您（或您的受贍養人）的健康狀況而收取比情況類似的個人更多的費用。

個人健康保險權利 — 根據 HIPAA，若您是「合資格的個人」，則有權購買特定的個人健康保險政策（或在某些州，可以購買高風險醫療保險計畫），而不受原有疾病排除的限制。要成為合資格的個人，您必須符合以下要求：

- 您已經擁有至少 18 個月的承保，並且期間沒有 63 天或以上的間隔；
- 您最近的承保源於團體健康保險計畫（如本證明所示）；
- 您的團體保險不是因為欺詐或欠付保險金而終止；
- 您不符合 COBRA 延續承保的資格，或者您的 COBRA 福利已用完（或者類似州規定下的延續承保）；以及
- 您不合資格參與其他團體健康保險計畫、醫療保險或醫療補助，並且不受保於任何其他健康保險。

無論您已經被解雇、開除或辭職，購買個人保險的權利都是一樣的。

- 因此，若您對個人保險感興趣而您又符合成為合資格個人的其他標準，則應該盡快提出申請，以免因為 63 天的間隔而失去您的合資格個人狀態。

各州差異 — 本證明的描述符合聯邦法規的 HIPAA 最低保護要求。各州可能會要求承保人和 HMO 為該州的個人提供額外的保護。

瞭解更多資訊 — 若您對您的 HIPAA 權利存在任何疑問，請聯絡您的州保險部門或美國勞工部，或者撥打勞工福利安全局 (EBSA) 的免費電話 1-866-444-3272（索取免費的 HIPAA 出版物以及有關健康護理法例修訂的出版物）。您還可以撥打聯邦醫療保險補助服務中心的出版物熱線 1-800-633-4227（索取「Protecting Your Health Insurance Coverage」【保護您的健康保險計畫】）。這些出版物及其他有用資訊還可透過 Internet 取得，網址為：www.dol.gov/ebsa，勞工部的互動網頁 — 電子健康法例，或以下網址：www.cms.hhs.gov/hipaa1。

出具 HIPAA 涵蓋範圍證明的指示

出具「涵蓋範圍證明」是聯邦「健康保險流通與責任法案」(HIPAA) 的要求。HIPAA 要求，團體健康保險計畫自覺為受保的雇員或在 1997 年 6 月 1 日之後失去團體涵蓋範圍的受贍養人提供「涵蓋範圍證明」。HIPAA 還要求，若個人在 1996 年 6 月 1 日和 1997 年 6 月 1 日期間失去團體計畫涵蓋範圍，則該團體計畫必須根據該個人或其指定代理人（例如，新的團體保險提供者）的要求為其提供「涵蓋範圍證明」。根據 SHBP（州健康福利計畫），參與的當地雇主或州發薪辦公室有責任因應要求提供「涵蓋範圍證明」。

第 1 項： 填上填寫本表格的日期。

第 2 項： 填上索取「涵蓋範圍證明」的受保參與者全名。

第 3 項： 填上涵蓋該參與者的 SHBP 健康保險計畫的名稱。

第 4 項： 填上該參與者的 SHBP 健康保險計畫涵蓋範圍辨別號。

第 5 項： 填上在參與者的健康保險涵蓋範圍終止時該保險所涵蓋的任何受贍養人之全名。指明任何與參與者涵蓋範圍時間不同的受贍養人。例如，若參與者的涵蓋範圍超過 18 個月，而受贍養人的涵蓋範圍只有八個月，請在本表格中指明。

第 6 項： 大多數情況下，此處用於填寫出具證明的雇主姓名、地址和電話號碼。若在 COBRA 涵蓋範圍終止之後出具「涵蓋範圍證明」，則由 SHBP 的 COBRA 管理人填寫本表格並在此填上其識別資訊。

第 7 項： 填上第 6 項中所示的同一電話號碼。

第 8 項： 指明在參與者的新計畫之原有疾病排除規定下，參與者有權計入的時間段。這包括參與者受保於 SHBP 計畫的時間段，無論是作為活躍雇員或是建立在其他基礎上，包括 COBRA。若參與者連續 63 天或以上沒有受保於健康保險計畫，則參與者在此重大涵蓋範圍間隔之前的任何涵蓋範圍均會被忽略。雇員有資格受保於計畫之前的等候階段不會作為重大涵蓋範圍間隔的一部分，亦不會作為個人總可替代承保的一部分。若受贍養人的涵蓋範圍時間段與參與者不同，您也必須指明。在第 4 項中填寫。HIPAA 規定的原有疾病排除期最長為 18 個月，因此若參與者已受保於 SHBP 計畫至少 18 個月，則此處只需記述該時間段。若涵蓋期少於 18 個月，則必須在第 9 項到第 11 項記述以下內容：

- 參與者的等候階段（如果有）的第一天（此階段介於雇用日期和涵蓋期開始之間）；
- 參與者的可替代承保的第一天；
- 參與者的可替代承保的最後一天。

第 9 項： 填上等候階段（如果有）的開始日期。這將是不能立即受保的新雇員上班的第一天。

第 10 項： 填上涵蓋範圍開始日期。

第 11 項： 填上涵蓋範圍終止日期。若您確認 COBRA 或 SHBP 退休團體計畫仍然繼續，請勾選涵蓋範圍延續空格。若您不確定 COBRA 或退休團體計畫申請是否已獲批准並已加入，請勿勾選涵蓋範圍延續空格。