

Kaiser Permanente (“KP”)

通用免究責任及同意協議書 (ALL-PURPOSE Talent Release and Consent Agreement)—— 供 KP 會員、雇員、臨床人員、非會員、專業模特等使用

日期_____

本人，_____（正楷姓名），在此不可撤銷地同意 Kaiser Foundation Health Plan, Inc.、Kaiser Foundation Hospitals、Permanente Medical Groups 和其所有附屬機構和子公司及其各自的董事、幹部、雇員、代理、客戶、繼承人和受讓人（統稱為 KP）無限制採用或使用下述資訊/材料，以作為對所獲有值對價*的交換（請勾選所有適用的項目）：

- ☐ **相片 / 錄影：**今天所拍攝和錄製的我的任何及全部照片和 / 或錄影以及由此產生的所有圖像（統稱為「圖像」）
- ☐ **錄音：**今天用我的聲音所錄製的任何及全部錄音以及由此產生的所有錄音產品。
- ☐ **名字/表述：**我的名字和我所提供的任何表述或引語（不論直接引用還是釋義，無論是否經過修飾）
- ☐ **個人藝術作品、相片或其他創意作品：**我所創作並已提交給 KP 供其使用的畫作、歌曲、故事、錄影、相片或其他原創（「創意作品」）。在此處簡單描述這些創作：

本人是：（請勾選所有符合的項目）

- ☐ KP 會員 ☐ KFHP 或 KFH 雇員
- ☐ Permanente Medical Group 雇員或合作夥伴
- ☐ 其他（請指明）_____

同意範圍 - KP 可將上述我的名字、圖像、錄音和/或我所做的表述用於任何及一切目的，包括但不限於業務推廣、健康教育、公關、專業教育以及藝術資料，並可用於所有媒體（包括電子、數位、網路以及印刷媒體），無需向我支付額外的補償。茲證明，我是成年人且有自主能力作出此項同意。（如果「才藝人士」為未成年人，家長或監護人必須填寫下述相關的部分。）

條款 - 本同意書條款自以下本人簽署之日起十五（15）年內有效。

以下條款僅適用於 **KAISER PERMANENTE 醫生**：如果您與 PMG 的專業關係結束，KP 在終止日期後仍可繼續使用您的名字、圖像、錄音和 / 或表述（如上所披露）。但是如果您以書面方式通知 KP 你們的關係已經結束並要求 KP 停止使用您的名字、圖像、錄音和 / 或表述，則任何相關印刷資料將只使用至現有庫存用完為止，而電視廣告、廣播廣告或類似的公開資料可用至當初製作該材料時所計畫使用的時間結束為止。此類通知必須寄至 Kaiser Permanente Brand Management, 393 E. Walnut St. (Parsons East Annex), Pasadena, CA 91188。

術語「對價」指您因參與製作而可從 KP 得到的一切，無論是禮品卡或是參與我們的樂趣。

Kaiser Permanente (“KP”)

各種用途的形象免責同意書 (ALL-PURPOSE Talent Release and Consent Agreement)——

供 KP 會員、雇員、臨床人員、非會員、職業模特等使用

豁免 - 我放棄任何批准下列事項的權利：1) 由我製作的完稿照片、影像、錄音和／或表述，以及任何可能使用我的名字、圖像、錄音和／或表述的行銷資料或其他印刷、錄影或數位資料；2) 前述任何一項的最終使用。我承認 KP 擁有對我製作的照片、影像、錄音和／或表述的所有權利，並且放棄我對使用由其衍生的相片、圖像、錄影、錄音和/或表述所擁有或可能擁有的權利主張。

免究責任 - 我在此放棄對 KP 就使用我的名字、圖像、錄音和／或表述而可能引起和/或有關的所有損失的責任追究和賠償要求。

完整協議。本協議為我本人和 KP 就我參與本專案的唯一協議，KP 所做的任何其他口頭或書面表述對本人皆不足為憑。

才藝人士姓名 _____			
地址			
城市	州	郵遞區號	
簽名		日期	

如果才藝人士為未成年人，則家長或監護人必須填寫下述表格：

我，簽署人，作為上述未成年人的家長或監護人，謹此同意上述條件，並保證我有權對此表示同意。

未成年人的姓名和出生日期			
地址			
城市	州	郵遞區號	
簽名 _____		日期	