

**BORANG PERMOHONAN KEMUDAHAN PERLINDUNGAN INSURANS KESIHATAN
KE LUAR NEGARA/NEGARA KETIGA ATAS URUSAN PERSENDIRIAN**

DI BAWAH PEKELILING PERKHIDMATAN BILANGAN 6 TAHUN 2015

Arahan: Maklumat hendaklah dilengkapkan dengan jelas dan menggunakan huruf besar.

BAHAGIAN I : BUTIRAN DIRI PEGAWAI

| | |
|-------------------------------------|--|
| 1. Nama Penuh : | |
| 2. Jawatan/Gred Hakiki : | |
| 3. No. Kad Pengenalan : | |
| 4. No. Pasport Antarabangsa : | |
| 5. Alamat Jabatan dan No. Telefon : | |
| 6. Alamat Rumah dan No. Telefon : | |
| 7. E-mel : | |

BAHAGIAN II : BUTIRAN LAWATAN

| | |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 8. Negara dilawati : | |
| 9. Tujuan lawatan : | |
| 10. Tarikh lawatan : | mulai (tarikh bertolak dari Malaysia/negara pegawai berkhidmat) : <input type="text"/> |
| | sehingga (tarikh tiba di Malaysia/negara pegawai berkhidmat) : <input type="text"/> |
| | jumlah hari lawatan : <input type="text"/> hari |

BAHAGIAN III : BUTIRAN KEMUDAHAN PERLINDUNGAN INSURANS KESIHATAN

(jika pegawai belum menggunakan kemudahan insurans kesihatan dalam tahun ini)

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 11. Butir Diri Waris : | |
| (i) Nama waris : | |
| (ii) No. Kad Pengenalan : | |
| (iii) Hubungan dengan pegawai : | |
| (iv) Alamat rumah : | |
| (v) No. Telefon : | |
| (vi) E-mel : | |
| 12. Sila kemukakan tuntutan bayaran premium insurans kesihatan kepada alamat di bawah : | |

BAHAGIAN IV : PENGESAHAN PEGAWAI

13. Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat sebagaimana yang dinyatakan di Bahagian I, II dan III adalah benar dan memohon kelulusan kemudahan perlindungan insurans kesihatan ke luar negara/negara ketiga atas urusan persendirian mulai sehingga

Tandatangan :

Nama penuh :

Tarikh :

BAHAGIAN V : PENGESAHAN DAN KEPUTUSAN KETUA JABATAN/KETUA PERWAKILAN

KEGUNAAN PEJABAT

14. Permohonan ke luar negara/negara ketiga bagi pegawai adalah **DILULUSKAN/ TIDAK DILULUSKAN***. Saya dengan ini mengesahkan bahawa permohonan kemudahan perlindungan insurans kesihatan ke luar negara/negara ketiga atas urusan persendirian pegawai **MEMATUHI/TIDAK MEMATUHI*** peraturan sebagaimana ditetapkan dalam Pekeliling Perkhidmatan Bilangan 6 Tahun 2015.

Tandatangan :

Nama dan cap rasmi :

Jawatan :

Tarikh :

**potong mana yang tidak berkenaan*