**LAMPIRAN B**

PP 6/2015 Borang Permohonan Perlindungan Insurans Kesihatan ke Luar Negara/Negara Ketiga

**BORANG PERUBAHAN TARIKH/NEGARA ATAU PEMBATALAN PERMOHONAN/POLISI PERLINDUNGAN INSURANS KESIHATAN KEPADA PEGAWAI PERKHIDMATAN AWAM YANG BERADA DI 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**.

Sila isikan **Bahagian II jika mengubah tarikh/negara** atau **Bahagian III jika membatalkan urusan ke luar negara /negara ketiga.**

**BAHAGIAN I : BUTIRAN DIRI PEGAWAI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nama Penuh | : | |  |
|  | | | |  |
|  | Gred Jawatan Hakiki | : | |  |
|  | | | |  |
|  | No. Kad Pengenalan | : | |  |
|  | | | |  |
| 4. | Alamat Jabatan dan No. Telefon | : |  | |
|  |  |  |  | |
| 5. | Emel | : |  | |

**BAHAGIAN II : BUTIRAN LAWATAN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 6. | **Butiran Lawatan Lama** | | | | | | |
|  |  |  |  | | | | |
|  | (i) Negara dilawati | : |  | | | | |
|  |  | |  | | | | |
|  | (ii) Tarikh lawatan | : | mulai (tarikh bertolak dari Malaysia/negara pegawai berkhdimat) : | | | |  |
|  |  |  |  | | | |  |
|  |  |  | sehingga (tarikh tiba di Malaysia/negara pegawai berkhdimat) : | | | |  |
|  |  |  |  | | | |  |
|  |  |  | jumlah hari lawatan : |  | | hari | |
|  |  |  |  |  | | |  |
| 7. | **Butiran Lawatan Baharu** | | | | | | |
|  |  |  |  |  | | |  |
|  | (i) Negara dilawati | : |  | | | | |
|  |  |  |  |  | | |  |
|  | (ii) Tarikh lawatan | : | mulai (tarikh bertolak dari Malaysia/negara pegawai berkhdimat) : | | | |  |
|  |  |  |  | | | |  |
|  |  |  | sehingga (tarikh tiba di Malaysia/negara pegawai berkhdimat) : | | | |  |
|  |  |  |  | | | |  |
|  |  |  | jumlah hari lawatan : | |  | hari | |

**BAHAGIAN III : PEMBATALAN PERMOHONAN/POLISI PERLINDUNGAN INSURANS KESIHATAN**

*(sila tandakan*  *di mana berkenaan)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Saya ingin membatalkan** | | : | |  |
|  |  | Permohonan perlindungan insurans kesihatan kepada pegawai Perkhidmatan Awam yang berada di luar negara/negara ketiga atas urusan persendirian (sekiranya polisi belum dikeluarkan); atau | | | |
|  | | | | |  |
|  |  | Polisi insurans kesihatan kepada pegawai Perkhidmatan Awam yang berada di luar negara/negara  ketiga atas urusan persendirian. No. Sijil : | | | |
|  | | | |  |
| **BAHAGIAN III : PEMBATALAN PERMOHONAN/POLISI PERLINDUNGAN INSURANS KESIHATAN** | | | | | |
|  | Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat di atas **adalah benar.**  Tandatangan : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nama Penuh : Tarikh : | | | | |