**LAMPIRAN B**

**PP 6/2015 Borang Perubahan Tarikh/Negara atau Pembatalan Permohonan/Polisi Perlindungan Insurans Kesihatan**

**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**

1. Nama Penuh :
2. Jawatan/ Gred Hakiki :
3. No. Kad Pengenalan :
4. Alamat Jabatan dan No. Telefon :
5. E-mel :

**BAHAGIAN II : PERUBAHAN TARIKH/NEGARA**

1. **Butiran Lawatan Lama**
2. Negara dilawati :

(ii) Tarikh lawatan : mulai (tarikh bertolak dari Malaysia/Negara pegawai berkhidmat) :

sehingga (tarikh tiba di Malaysia negara pegawai berkhidmat) :

jumlah hari lawatan : hari

1. **Butiran Lawatan Baru**
2. Negara dilawati :

(ii) Tarikh lawatan : mulai (tarikh bertolak dari Malaysia/Negara pegawai berkhidmat) :

sehingga (tarikh tiba di Malaysia negara pegawai berkhidmat) :

jumlah hari lawatan : hari

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

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

1. **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 IV : PENGESAHAN PEGAWAI**

1. Saya dengan ini mengaku dan mengesahkan bahawa maklumat di atas adalah benar.

Tandatangan :

Nama penuh : Tarikh :