



BORANG TUNTUTAN KEMUDAHAN PERLINDUNGAN INSURANS KESIHATAN KE LUAR NEGARA/NEGARA KETIGA ATAS URUSAN PERSendirian

(Sila isikan ruang kosong dengan menggunakan HURUF BESAR)

PANDUAN:

- Borang ini hendaklah diisi oleh pegawai/kakitangan SURUHJAYA INTEGRITI AGENSI PENGUATKUASAAN sendiri.
- Borang ini perlu diisi dengan lengkap untuk memastikan pemprosesan yang cepat. Permohonan tidak lengkap akan dikembalikan.
- Sila kemukakan **resit asal** beserta perincian bersama-sama borang ini dan dihantar kepada :

SEKSYEN PENGURUSAN SUMBER MANUSIA, BAHAGIAN KHIDMAT PENGURUSAN

ARAS 5, BLOK MENARA, BANGUNAN MENARA USAHAWAN, NO.18 PERSTARAN PERDANA, PERSINT 2, PUTRAJAYA

Sila hubungi: 03-88805703/5705/5706

Permohonan ini adalah selaras dengan:

Surat JP, JPA(S)187/20 Jld.18 (2) Bertarikh 16 Januari 2019. Pelaksanaan Berkuatkuasa Mulai 1 Januari 2019.

ARAHAN:

- Kemudahan ini adalah secara tuntutan bayaran balik (reimbursement) di mana pegawai hendaklah mendahulukan bayaran premium dan kemudian menuntut balik bayaran berkenaan daripada Jabatan masing-masing dengan menyertakan **resit asal** berkaitan;
- Kadar Premium yang ditetapkan adalah terhad kepada kadar premium mengikut negara dilawati; dan

Bil Hari	Kadar Premium Insurans Kesihatan (RM)		
	Kawasan 1	Kawasan 2	Kawasan 3
1-5	32	42	52
6-10	46	64	80
11-18	62	103	120
19-31	72	119	170

Kawasan 1	Singapura, Brunei, Thailand, Indonesia, Filipina, Myanmar, Nepal, Kemboja, Laos, China, India, Jepun, Korea Selatan, Korea Utara, Pakistan, Sri Lanka, Taiwan, Vietnam, Hong Kong, Macau, dan di dalam Malaysia.
Kawasan 2	Seluruh dunia kecuali USA/Kanada dan negara-negara di Kawasan 1
Kawasan 3	USA/Kanada

- Pegawai yang membuat tuntutan bayaran balik premium dianggap telah menggunakan kemudahan perlindungan insurans kesihatan kepada pegawai Perkhidmatan Awam yang berada di luar negara/negara ketiga atas urusan persendirian bagi tahun 2019.

MAKLUMAT PEGAWAI

Nama Pegawai	:		
No. K/P Baru	:		
Maklumat Bank	:	No. Akaun	:

MAKLUMAT PERJALANAN KE LUAR NEGARA

Negara Dilawati	:	Tempoh Lawatan	:
Tarikh Bertolak	:	Tarikh Tiba	:

MAKLUMAT TUNTUTAN

Bilangan Hari	:	Kawasan	:	1 () 2 () 3 ()
Kadar Premium	:	No. Resit	:	

Saya mengesahkan segala maklumat di atas adalah benar.

Tandatangan yang menuntut : _____
 Tarikh : _____

SEMAKAN SEKSYEN PENGURUSAN SUMBER MANUSIA, BKP

Semakan SPSM: <input type="checkbox"/> Pegawai LAYAK menuntut Kemudahan Perlindungan Insurans Kesihatan. <input type="checkbox"/> Pegawai TIDAK LAYAK menuntut Kemudahan Perlindungan Insurans kesihatan. Jumlah Premium RM _____ _____ Tarikh Tandatangan & Cop Rasmi	Pengesahan Kelulusan LULUS/ TIDAK LULUS Catatan: _____ Tarikh Tandatangan & Cop Rasmi
---	---

KEGUNAAN SEKSYEN KEWANGAN, BKP

Diperakukan Untuk Bayaran

_____ **Tandatangan & Cop Rasmi**