

**PROPOSAL FORM**
**Importance of disclosure**

- You are required to disclose in the proposal fully and faithfully all the relevant facts, which you know or ought to know, otherwise the takaful cover may be void.
- Family Plan includes you, your spouse and all your children accompanying you age 17 years old or less or 23 years old or less for fulltime student.

Please use BLOCK Letters and tick (✓) in the appropriate boxes

TYPE OF PLAN : <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> FAMILY (Premier Coverage)	JOURNEY : <input type="checkbox"/> RETURN <input type="checkbox"/> ONE-WAY	PURPOSE : <input type="checkbox"/> BUSINESS <input type="checkbox"/> SOCIAL/LEISURE
--	---	--

Destination Country(s) : \_\_\_\_\_ Travel Date (dd/mm/yyyy) : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Return Arrival Date (dd/mm/yyyy) : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Name of participant(s)	MyKad / My Kid / Passport No.	Date of birth (dd/mm/yy) - if MyKad/MyKid not specified.	Relation to Main participant	Takaful Contribution (RM)
1.			Main participant	
2.				
3.				
4.				
5.				

Address of Main participant :	Address (cont'd):	Address (cont'd):
Postcode :	City :	State :
		Country :
Phone (office) :	Phone (home) :	Phone (mobile) :
		E-mail address :

Name of nominee	MyKad / My Kid / Passport No.	Address	Relation to Main participant	% Share
1.				
2.				
3.				
4.				

Syarikat Takaful Malaysia Berhad hereby will pay all the benefit(s) receiveable to the nominee(s) named above upon death with the terms and condition stated in the certificate.

**For Muslim Participant**

To the 1st nominee which is entrusted with the responsibility to distribute the benefits to the participant's beneficiary who is entitled in accordance with Shariah (Faraid Law) in accordance to Section 65 Takaful Act 1984 and any Shariah Court order. Should the first nominee predecease the participant then the 2nd nominee will be entrusted to carry the same responsibility as the 1st and thereafter.

**For Non-Muslim Participant**

To the named above. If any one of the named beneficiary predeceased the participant, his/her share will be equally shared between the survivor(s) according to the share as stated above.

**PAYMENT INSTRUCTION**

- Cash / Cheque / Bank Draft / Money Order / Postal Order in favour of "GABUNGAN BAIDURI SDN. BHD"
- Direct Bank in / Fund Transfer into Public Bank Account No. 3-9924154-11 for "GABUNGAN BAIDURI SDN. BHD."

I/we hereby warrant that the information given above is correct and shall form the basis of the contract between myself/ourselves and the Takaful operator. I/we further confirm that I/we are in good health, free from physical impairment or deformity and age between 1 month to 16years (for children) and 17 to 70 years (for adults) at the commencement of the Period of Takaful. I/we further declare that I/we are not travelling for the purpose of obtaining medical treatment or travelling against the advice of any medical practitioner. I/we understand that no refund of contribution is granted once the takaful certificate is issued.

**SUBMISSION INSTRUCTION**

- Please fax the completed form to 03-5879 8167/ 03-7734 7270 together with a proof of payment document (e.g. Bank-in slip).
- Please write your name and MyKad/MyKid/Passport No. on the proof of payment document.
- or deliver to :-  
**Gabungan Baiduri Sdn Bhd**  
 2-1-04 d'Vida Business Center, Jalan Bazar U8/101,  
 Bukit Jelutong, 40150 Shah Alam, Selangor Tel.: 03-5879 8163/64/65

SIGNATURE OF PROPOSER	DATE (dd/mm/yy)
-----------------------	-----------------

**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) :
  - sehingga (tarikh tiba di Malaysia/negara pegawai berkhidmat) :
  - jumlah hari lawatan :  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*

LAMPIRAN B



KERAJAAN MALAYSIA

---

PEKELILING PERKHIDMATAN BILANGAN 6 TAHUN 2015

---

**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**

**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**

6. **Butiran Lawatan Lama**
  - (i) 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
7. **Butiran Lawatan Baru**
  - (i) 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)

8. **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**

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

Tandatangan :

Nama penuh :  Tarikh :

**SYARIKAT PENANGGUNG INSURANS KESIHATAN  
KEPADA PEGAWAI PERKHIDMATAN AWAM  
YANG BERADA DI LUAR NEGARA/NEGARA KETIGA  
ATAS URUSAN PERSENDIRIAN**

**[DI BAWAH PEKELILING PERKHIDMATAN BILANGAN 6 TAHUN 2015]**

Kerajaan telah melantik **Syarikat Takaful Malaysia Berhad** sebagai syarikat penanggung insurans kesihatan kepada pegawai Perkhidmatan Awam yang berada di luar negara/negara ketiga atas urusan persendirian untuk tempoh tiga (3) tahun mulai **23 Ogos 2015 sehingga 22 Ogos 2018**. Skim perlindungan yang digunakan adalah **Takaful My Ar-Rehlah**. Sebarang pertanyaan berkaitan skim perlindungan ini bolehlah dikemukakan kepada syarikat tersebut seperti alamat di bawah:

**SYARIKAT TAKAFUL MALAYSIA BERHAD (131646-K)  
26TH FLOOR, ANNEXE BLOCK  
MENARA TAKAFUL MALAYSIA  
NO. 4, JALAN SULTAN SULAIMAN  
50000 KUALA LUMPUR**

**TELEFON : 603-22681984  
FAKS : 603-22747568  
E-MEL : [csu@takaful-malaysia.com.my](mailto:csu@takaful-malaysia.com.my)/  
[services@myarrehlah.my](mailto:services@myarrehlah.my)**