|  |
| --- |
| **JABATAN HAL EHWAL KESATUAN SEKERJA**  **PERMOHONAN PEMBAYARAN PREMIUM INSURAN** |

1. Nama kesatuan:

${entity\_name}

1. Alamat kesatuan sekerja:

${entity\_address}

1. Nama dan alamat cawangan yang terlibat:

(jika Permohonan Insuran ini dibuat bagi maksud sesuatu cawangan sahaja)

${branch\_name} ${branch\_address}

1. Tarikh Kelulusan (${meeting\_type}:

${resolved\_at}

1. Kuorum ${meeting\_type}:

${total\_attendant}

1. Bilangan Ahli yang dilindungi

${total\_covered}

1. Jenis Insuran:

${insurance\_type}

1. Nama Syarikat Insuran

${insurance\_name}

1. Tempoh Perlindungan Insuran

${start\_date} sehingga ${end\_date}

1. Tarikh Kelulusan Permohonan yang lepas

${last\_approved\_at}

1. Jumlah Bayaran Tahunan:

${annual\_fee}

1. Jumlah Bayaran tahunan setiap ahli:

${annual\_member\_fee}

1. Tarikh Borang N terkini

${formn\_applied\_at}

1. Borang L&U Terkini:

${lu\_date}