

AUTO RENEWAL PAYMENT INSTRUCTION FORM BORANG ARAHAN BAYARAN PEMBAHARUAN AUTO

Agent's Code / Kod Ejen : _____



Agent's Name / Nama Ejen : _____

SECTION A: PARTICULARS OF POLICYHOLDER / SEKSYEN A: BUTIR-BUTIR PEMEGANG POLISI

| | | | |
|--|--|--|--|
| Name of Policyholder <i>Nama Pemegang Polisi</i> | <input type="text"/> | | |
| Policy No. <i>No. Polisi</i> | <input type="text"/> | Policy Expiry Date <i>Tarikh Tamat Polisi</i> | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> |
| NRIC No. <i>No.K.P. (Baru)</i> | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | | (dd/mm/yyyy) |
| Passport No. <i>No.Pasport</i> | <input type="text"/> | Handphone No. <i>No. Telefon Bimbit</i> | <input type="text"/> - <input type="text"/> |
| Telephone No.(House) <i>No. Telefon (Rumah)</i> | <input type="text"/> - <input type="text"/> | Telephone No.(Office) <i>No. Telefon (Pejabat)</i> | <input type="text"/> - <input type="text"/> |
| E-Mail Address <i>Alamat E-Mel</i> | <input type="text"/> | | |

SECTION B: PAYMENT INSTRUCTION / SEKSYEN B: ARAHAN PEMBAYARAN

Please charge the premium to my Nominated Account. / Sila caj premium ke Akaun Calon saya.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Name of Cardholder <i>Nama Pemegang Kad</i> | <input type="text"/> | | |
| NRIC No. <i>No.K.P. (Baru)</i> | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | Mode of Payment (Please tick) <i>Cara Pembayaran (Sila tandakan)</i> | |
| Passport No. <i>No.Pasport</i> | <input type="text"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |
| Credit Card No. <i>No.Kad Kredit</i> | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | Monthly <i>Bulanan</i> | <input type="checkbox"/> |
| Card Expiry Date <i>Tarikh Tamat Kad</i> | <input type="text"/> / <input type="text"/> | Annually <i>Tahunan</i> | <input type="checkbox"/> |
| | (mm/yyyy) | | |
| Card Issuing Bank <i>Bank Pengeluar Kad</i> | <input type="text"/> | | |

- NOTE:**
- (a) Premium billing shall be on advance basis, within 14 days before the year/month due date.
- (b) Cardholder's relationship for person to be insured must be either spouse, parent or child.
- NOTE:**
- (a) Pembilan premium akan dibil secara mod pendahuluan tahunan/bulanan, dalam tempoh 14 hari sebelum tarikh tahunan/bulanan yang patut dibayar.
- (b) Hubungan pemegang kad kepada orang yang diinsuranskan mestilah pasangan suami isteri, ibubapa atau anak.

- DECLARATION:**
- (a) I hereby authorize Kurnia Insurans (Malaysia) Berhad (KIMB) to charge to my nominated Credit Card account for the premium payment due on annual/monthly basis or such other amount as advised by KIMB from time to time under my insurance policy, on the first of the commencement year/month of the policy and every year/month thereafter.
- (b) My first payment shall only commence after KIMB receives and approves this insurance proposal. It is my responsibility to advise KIMB, by written notification of any change which invalidates this authorization. I understand that coverage becomes effective after receipt of premium paid. My policy will remain effective, as long as I continue to pay the premium due and the premium is duly received by KIMB.
- (c) I hereby declare and agree that any personal data on this application may be held, used and disclosed by the Insurer for the purpose of processing this application and providing subsequent services for this and other insurance products and services, direct marketing, and data matching, to communicate with me for such purpose.
- (d) I/We hereby warrant that the information given above is correct and true. In the event of any changes or cancellation of the instruction above, I/We shall keep KIMB informed in writing or by giving a fresh payment instruction.

- PERAKUAN:**
- (a) Saya memberi kuasa kepada Kurnia Insurans (Malaysia) Berhad (KIMB) untuk mengenakan potongan premium ke atas akaun calonan kad kredit untuk pembayaran premium secara tahunan/bulanan untuk premium patut dibayar atau jumlah yang berkenaan yang dimaklumkan oleh KIMB dari masa ke semasa di bawah insurans polisi, pada hari/bulan pertama pada tahun/bulan kuatkuasa polisi dan pada setiap tahun/bulan berikutnya.
- (b) Bayaran premium pertama saya hanya akan bermula selepas KIMB menerima dan meluluskan cadangan insurans ini. Adalah menjadi tanggungjawab saya untuk memberitahu KIMB, secara notis bertulis jika ada sebarang perubahan yang mungkin akan membatalkan kelulusan ini. Saya faham bahawa perlindungan hanya akan berkuatkuasa selepas penerimaan pembayaran premium. Polisi saya akan berkuatkuasa, selagi saya membayar premium yang patut dibayar dan premium tersebut diterima oleh KIMB.
- (c) Saya dengan ini bersetuju bahawa mana-mana butir peribadi saya di dalam borang ini akan digunakan oleh pihak insurans dengan tujuan untuk memproses permohonan dan memberikan maklumat untuk perkhidmatan berkaitan khidmat dan produk lain, perkhidmatan terus dan penyamaan data, berhubung dengan saya perkara-perkara bertalian.
- (d) Saya/Kami dengan ini menjamin bahawa segala maklumat yang diberikan adalah betul. Sekiranya ada sebarang perubahan atau pembatalan merujuk kepada arahan yang diberikan diatas, saya/kami akan memberi notis bertulis kepada KIMB atau arahan pembayaran yang baru.

 Cardholder's Signature (Signature as per card) /
 Tandatangan Pemegang Kad Kredit (seperti di dalam kad)

Date / Tarikh : _____

 Policyholder's Signature (if different from Cardholder) /
 Tandatangan Pemegang Polisi (Jika berbeza daripada Pemegang Kad)

Date / Tarikh : _____

For Kurnia Office Use / Untuk Kegunaan Pejabat Kurnia:

I hereby confirmed that this instruction form is in good order.

Premium due / Premium Patut Dibayar : _____

Checked by / Diperiksa oleh Signature / Tandatangan : _____

Name / Nama : _____

Date / Tarikh : _____