

## KEBENARAN BAYARAN MELALUI KAD KREDIT/DEBIT (AUTOPAY)

### (VISA / MASTERCARD / AMEX)

#### Arahan Pembayaran

Saya dengan ini membenarkan Etiqa Life Insurance Berhad untuk mendebit premium pertama dan yang berikutnya daripada akaun kad Visa/MasterCard/Amex saya.

Jika berlaku keadaan di mana akaun kad Visa/MasterCard/Amex gagal didebit dan diproses pada tarikh potongan tertentu, saya membenarkan Etiqa Life Insurance Berhad untuk membuat percubaan mencajkan jumlah premium yang perlu dibayar daripada akaun kad Visa/MasterCard/Amex saya pada tarikh potongan seterusnya.

Saya juga bersetuju untuk mematuhi Terma-terma & Syarat-syarat yang tertera di belakang Borang ini dan faham bahawa tiada sebarang resit akan dikeluarkan untuk pembayaran melalui kad Visa/MasterCard/Amex.

Sila debit akaun kad Visa/MasterCard/Amex saya seperti yang dinyatakan di bawah:

Nama Pemegang Kad (Mengikut KP/ID)					
No. Amex	_ _ _	-  _ _ _	-  _ _ _	-  _ _ _	atau
No. Visa/MasterCard	_ _ _	-  _ _ _	-  _ _ _	-  _ _ _	Bank : <span style="border: 1px solid black; padding: 0 20px;"></span>
Tarikh Luput Kad	_ _  /  _ _	(BB/TT)	Jenis Kad:	<input type="checkbox"/> Kad Kredit	<input type="checkbox"/> Kad Debit

	Frekuensi Premium				Bayaran Sekali Jumlah (RM)
	Bulanan	Suku Tahunan	Setengah Tahunan	Tahunan	
No. Cadangan/Polisi (1)	_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _ _ _
No. Cadangan/Polisi (2)	_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _ _ _
No. Cadangan/Polisi (3)	_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _ _ _

	Hubungan dengan Pemegang Kad				
	Sendiri	Pasangan	Anak	Ibu / Bapa	Adik Beradik
Nama Pemilik Polisi (1)	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
Nama Pemilik Polisi (2)	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
Nama Pemilik Polisi (3)	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _

\* Maklumat tambahan Pemegang Kad perlu dilengkapi sekiranya Pemegang Kad bukan Pemilik Polisi dan disertakan **SALINAN KP/ID**.

*No. KP Pemegang Kad	_ _ _  -  _ _  -  _ _ _ _  (Baru)		*Sila sertakan salinan KP/ID
	_ _ _ _ _ _ _  (Lama/Pasport)	Emel :	
*Tarikh Lahir	_ _  /  _ _  /  _ _ _ _  (HH/BB/TTTT)	*Warganegara :	
*Pekerjaan		*Bidang Perniagaan:	
*Nama Majikan		*Perniagaan Sendiri:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
*No. Tel	_ _ _  -  _ _ _ _ _ _ _ _	Tel Bimbit	_ _ _  -  _ _ _ _ _ _ _ _
*Alamat Rumah Pemegang Kad			
Poskod	_ _ _	Negeri	_ _ _
		Negara	_ _

X Tandatangan Pemegang Kad  
(Seperti tandatangan pada Kad Kredit/Debit)

Tarikh Tandatangan : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nota : Sila isi borang ini dan pilih di mana yang berkenaan.

### PENGESAHAN DAN MAKLUMAT EJEN

Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya telah melihat dan mengesahkan dokumen berkaitan maklumat Pemegang Kad dan hubungan Pemegang Kad dengan Pemilik Polisi. Saya dengan ini mengesahkan bahawa kesemua butiran dan/ atau maklumat yang diberikan oleh Pemegang Kad kepada Etiqa Life Insurance Berhad adalah benar dan betul dan saya tidak menahan dan/atau menyalahgunakan sebarang maklumat dan /atau maklumat Pemegang Kad yang mungkin menjejaskan kepentingan Etiqa Life Insurance Berhad.

Nama Ejen _____	Kod Ejen _____
No Tel Ejen _____	Emel Ejen _____

### UNTUK KEGUNAAN ETIQA

No Alt : \_\_\_\_\_ Diproses oleh / tarikh : \_\_\_\_\_ Disahkan oleh / tarikh : \_\_\_\_\_

### UNTUK KEGUNAAN PIHAK BANK SAHAJA

Butir-butir pemegang kad diperiksa & disahkan oleh: \_\_\_\_\_ Tarikh : \_\_\_\_\_

**TERMA-TERMA DAN SYARAT-SYARAT KEBENARAN BAYARAN MELALUI KAD KREDIT/DEBIT (AUTOPAY)**  
**VISA / MASTERCARD / AMEX**

Atas persetujuan anda untuk menerima kebenaran daripada saya untuk mendebitkan akaun Kad Visa / MasterCard / Amex saya bagi tujuan pembayaran premium insurans, saya dengan ini bersetuju untuk mematuhi Terma-Terma dan Syarat-Syarat berikut:

- 1) Saya membenarkan Etiqa Life Insurance Berhad untuk mendebitkan akaun Kad Visa/MasterCard/Amex saya bagi pembayaran premium insurans di bawah nombor polisi / cadangan yang diberikan
- 2) Debit pertama akan berkuatkuasa pada bila-bila masa daripada tarikh penghantaran Borang Kebenaran Bayaran Melalui Kad Kredit/Debit (AutoPay) Visa / MasterCard / Amex ini.
- 3) Saya akan menerima tanggungjawab penuh ke atas semua transaksi daripada penggunaan kad Visa / MasterCard / Amex bagi pembayaran premium.
- 4) Etiqa Life Insurance Berhad tidak akan bertanggungjawab ke atas apa-apa tuntutan, kerugian, kerosakan, kos dan perbelanjaan yang timbul akibat proses pendebitan yang berjaya atau proses pendebitan yang tidak berjaya akibat melebihi had kredit, sistem tidak berfungsi, kegagalan tenaga elektrik atau lain-lain faktor di luar kawalan Etiqa Life Insurance Berhad.
- 5) Etiqa Life Insurance Berhad hanya bertanggungjawab di atas urusan untuk mendebitkan akaun kad Visa/ MasterCard / Amex saya melalui Pusat Kad seperti yang dibenarkan oleh saya. Oleh itu sekiranya terdapat apa-apa masalah atau pertikaian yang timbul akibat pemprosesan / pendebitan tersebut, adalah menjadi tanggungjawab saya untuk menyelesaikannya dengan Syarikat Kad Visa / MasterCard / Amex saya.
- 6) Saya akan memastikan Etiqa Life Insurance Berhad dimaklumkan secara bertulis tentang apa-apa perubahan, kehilangan atau penggantian kad Visa / MasterCard / Amex, atau pembatalan kebenaran ini sekurang-kurangnya satu bulan sebelum tarikh premium yang berikut perlu dibayar. Perubahan atau pembatalan seperti ini hanya akan berkuatkuasa setelah Etiqa Life Insurance Berhad mengesahkan penerimaan permintaan yang sepatutnya.
- 7) Etiqa Life Insurance Berhad boleh mengikut budi bicara mutlak pada bila-bila masa menamatkan urusan pendebitan Kad Visa / MasterCard / Amex sekiranya polisi / cadangan tidak aktif.
- 8) Etiqa Life Insurance Berhad berhak meminda Terma -Terma dan Syarat-Syarat daripada yang dinyatakan pada bila-bila masa atau dari masa ke semasa sekiranya keadaan perlu tanpa memberi notis kepada saya terlebih dahulu.
- 9) Bayaran premium yang boleh bayar akan dianggap berbayar hanya apabila proses pendebitan oleh Pusat Kad berjaya.
- 10) Perlindungan Insurans hanya akan berkuatkuasa dari tarikh kelulusan permohonan tertakluk kepada premium penuh dibayar mengikut Terma-Terma dan Syarat-Syarat yang terkandung di dalam kontrak polisi.
- 11) Saya/Kami bersetuju dan bersetuju bahawa Etiqa Life Insurance Berhad dan/atau pihak penyedia perkhidmatan Etiqa Life Insurance Berhad boleh mengumpul, menggunakan dan memproses maklumat peribadi saya (sama ada diperolehi dalam borang ini atau yang
- 12) Sekiranya terdapat pertikaian dan percanggahan mengenai Terma-Terma dan Syarat-Syarat ini di dalam Bahasa Inggeris dan Bahasa Melayu, versi Bahasa Inggeris akan diutamakan.

Mukasurat 2 dari 2

ELIB\_LIFE\_CRM\_PC2b\_CC\_BM\_Feb2021