

**PAYMENT CREDITING (E-PAY) /  
PENGKREDITAN BAYARAN (E-BAYAR)**



**Policy No. /**   
*No. Polisi:*

**Policy Owner /**   
*Pemegang Polisi <sup>+</sup>:*

**Life Assured /**   
*Orang yang  
diinsuranskan:*

<b>Bank Name /</b> <i>Nama Bank</i>			
<b>Accountholder(s) Name (Policy Owner) /</b> <i>Nama Pemegang Akaun (Pemegang Polisi)</i>			
<b>Accountholder(s) NRIC No. /</b> <i>No. KP Pemegang Akaun or / atau</i>			
<b>Company Registration No. /</b> <i>No. Pendaftaran Syarikat</i>			
<b>Current / Savings Account No.* /</b> <i>No Akaun Semasa / Simpanan*</i>			
<b>Telephone No.# /</b> <i>No. Telefon #</i>		<b>Email /</b> <i>Emel</i>	

\* **Please provide a copy of the Current / Savings Account passbook for verification purpose. / Sila lampirkan salinan buku Akaun Semasa / Simpanan untuk tujuan pengesahan.**

# **Necessary. To ensure that you are contactable immediately should there be any urgent matter(s), please fill up your contact number. / Diwajibkan. Sila isi ruang kosong yang disediakan. Ini adalah untuk memastikan anda boleh dihubungi sekiranya pengemaskinian urusan diperlukan.**

+ **If this policy is assigned, the assignee is consider the Policy Owner. / Sekiranya polisi ini telah diserahkan hak, penerima serah hak adalah dianggap sebagai Pemegang Polisi.**

**Use of Personal Data: Please refer to the Privacy Statement on our official website at [www.fwd.com.my](http://www.fwd.com.my) /  
Penggunaan Maklumat Peribadi: Sila rujuk pada Penyataan Privasi di laman sesawang rasmi kami di [www.fwd.com.my](http://www.fwd.com.my)**

**I / We hereby request and authorized FWD Insurance Berhad to : / Saya / Kami dengan ini memohon dan memberi kuasa kepada FWD Insurance Berhad :**

- 1. Amend / adjust as per above application, subject to the terms of the policy contract. / Meminda / menukar seperti permohonan di atas, tertakluk kepada terma-terma kontrak polisi.**
- 2. Crediting of the payment by the Company to the abovementioned Account shall amount to receipt by me / us of such payment and shall be deemed a good, valid and sufficient discharge to the Company in respect of such payment. I / We shall be responsible for this payment arrangement and agree to indemnify the Company against any losses or damages incurred or may be incurred or may be incurred by the Company arising directly or indirectly from this payment arrangement or this authority. / Saya / Kami bersetuju bahawa pengkreditan bayaran tersebut oleh pihak Syarikat ke Akaun yang dinyatakan adalah jumlah penerimaan oleh saya / kami dan bayaran itu dianggap baik, sah dan discaj sepenuhnya kepada Syarikat. Saya / Kami akan bertanggungjawab untuk pengaturan pembayaran dan bersetuju untuk melindungi pihak Syarikat daripada sebarang kerugian atau kerosakan yang berlaku atau mungkin berlaku kepada Syarikat yang disebabkan secara langsung atau tidak dari pengaturan pembayaran atau pemberian kuasa ini.**

**Signed at / Ditandatangani di \_\_\_\_\_ this / bertarikh pada \_\_\_\_\_ day of / haribulan \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_  
**Signature of Policy Owner / Assignee /**  
*Tandatangan Pemegang Polisi / Pemegang  
Serah Hak*

**Name / Nama:**