AutoBILLPAY Enrolment Form / Borang Pendaftaran AutoBILLPAY







Complete and return the enrolment form by mail or fax to/ Hantarkan borang pendaftaran yang lengkap dengan mel atau faks ke:

Hantarkan borang pendaftaran yang lengkap dengan mel atau faks k



General Line 03-2178 8888

For assistance, please call/Untuk bantuan, sila hubungi:

03-2171 3171

AmBank (M) Berhad
Card Centre, P.O. Box 12925,
50792 Kuala Lumpur

All fields are mandatory to be filled up to process your application. / Semua bahagian ada	lah wajib untuk diisi bagi urusan pemprosesan permohonan anda.
TENAGA NASIONAL BERHAD 1. Account No./No. Akaun:	AmBank Credit Card/AmBank Islamic Credit Card-i ACCOUNT DETAILS/ MAKLUMAT AKAUN Kad Kredit AmBank/Kad Kredit-i AmBank Islamic
2. Account No./No. Akaun : 3. Account No./No. Akaun : ASTRO	I wish to enjoy the convenience of AmBank Credit Card/AmBank Islamic Credit Card-i AutoBILLPAY and use this service to pay for my Bills through my AmBank Credit Card/AmBank Islamic Credit Card-i under the terms and conditions. Details of my AmBank Credit Card/AmBank Islamic Credit Card-i account are as follows/Saya ingin menikmati kemudahan AutoBILLPAY Kad Kredit AmBank/Kad Kredit-i AmBank Islamic dan menggunakan perkhidmatan ini untuk membayar bil-bil saya dengan Kad Kredit AmBank/Kad Kredit-i AmBank Islamic di bawah terma dan syarat. Maklumat akaun Kad Kredit AmBank/Kad Kredit-i AmBank Islamic saya adalah seperti berikut: Card Account No./No. Akaun Kad: Card Expiry Date/Tarikh Tamat Tempoh: (MM/YY)/(BB/TT)
1. Account No./No. Akaun: 2. Account No./No. Akaun: 3. Account No./No. Akaun:	
INSURANCE/INSURANS (Applicable to AmBank Credit Card only/Hanya untuk Kad Kredit AmBank sahaja)	Name (As in I.C.)/Nama (Seperti dalam K.P.:
Name of Policyholder/Nama Pemegang Polisi:	NRIC No./No. K.P. Baru:
Policyholder's New I.C. No./No. K.P. Baru Pemegang Polisi:	Billing Address/ <i>Alamat Surat-Menyurat</i> :
Policy No./No. Polisi:	
Name of Policyholder/Nama Pemegang Polisi:	Tel No./No. Tel: (Office/Pejabat)(Home/Rumah)
Policyholder's New I.C. No./No. K.P. Baru Pemegang Polisi:	(H/P/T/B) E-mail address/Alamat E-mel :
Policy No./No. Polisi:	
3. Zurich Insurance Name of Policyholder/ <i>Nama Pemegang Polisi</i> :	
Policyholder's New I.C. No./No. K.P. Baru Pemegang Polisi :	
Policy No./No. Polisi:	
Relationship to Cardholder/Hubungan dengan Pemegang Kad:	Cardholder's Signature/ <i>Tandatangan Pemegang Kad</i> : Date/ <i>Tarikh</i> :
	Date/larikh: