



Date:

To: HSBC Bank Malaysia Berhad / HSBC Amanah Malaysia Berhad

From: _____ (the Customer)

RE: Authorisation Of Representative to Operate Bank Account

I, the Customer, due to current health condition as per following:

(Please tick (✓) whichever is applicable)

- Bed-Ridden (support with medical certificate)
- Hospitalised (support with medical certificate)
- Old age
- Others, please state: _____

which prevent me from attending to matters at the branch personally **DO HEREBY APPOINT AND AUTHORISE** the below named Authorised Person to have access to selected or all of my sole accounts in HSBC Bank Malaysia Berhad / HSBC Amanah Malaysia Berhad over the counter as follows:

(Please tick (✓) whichever is applicable)

- Balance enquiry for saving accounts, current accounts and Time/Term Deposit/-i accounts;
- Time/Term Deposit/-i renewal;
- Time/Term Deposit/-i upliftment (direct credit into account owner's account only)
- Fund transfer directly to the hospital/ clinic/ insurance or takaful institution / school or university or college (only for payment of medical bills, insurance/takaful and education with supporting documents);
- Fund transfer to own account within HSBC/ HSBC Amanah Malaysia only;
- Standing instruction for Fund transfer to Authorised person's account in HSBC at MYR _____ monthly (Maximum capped at total MYR3,000.00 per month); and
- Bank statement retrieval.

Authorised Person Full name:	
Authorised Person NRIC / Passport No.:	
Authorised Person Contact Number:	
HSBC Sole account(s) number:	

In acceding to my instructions herein, I hereby absolve HSBC of any liabilities that may arise out of my instruction herein

This authorisation is only valid for 6 months from the date of this letter.

Signed by Customer

Signed by Authorised person

.....
Customer Full Name:

.....
Authorised person's Full Name:

NRIC/Passport No. :

NRIC/Passport No.:

Tarikh:

Kepada: HSBC Bank Malaysia Berhad / HSBC Amanah Malaysia Berhad

Daripada: _____ (Pelanggan)

RE: Kebenaran Wakil untuk Mengendalikan Akaun Bank

Saya, Pelanggan, disebabkan oleh keadaan kesihatan semasa seperti berikut:

(Sila tanda (√) mana-mana yang berkenaan)

- Terlantar sakit di katil (disokong dengan sijil perubatan)
 Dirawat di hospital (disokong dengan sijil perubatan)
 Usia lanjut
 Yang lain, sila nyatakan: _____

yang menghalang saya daripada menghadiri urusan di cawangan secara peribadi, **DENGAN INI MELANTIK DAN MEMBERI KUASA** kepada individu yang dinamakan di bawah untuk mengakses akaun tunggal saya di HSBC Bank Malaysia Berhad / HSBC Amanah Malaysia Berhad sama ada sebahagian atau sepenuhnya melalui kaunter seperti berikut:

(Sila tanda (√) mana-mana yang berkenaan)

- Pertanyaan baki untuk akaun simpanan, akaun semasa dan akaun deposit tetap;
 Pembaharu deposit tetap;
 Pengeluaran deposit tetap (kredit terus ke dalam akaun pemilik)
 Pemindahan dana terus ke hospital/klinik/institusi insurans atau takaful/sekolah atau universiti atau kolej (hanya untuk pembayaran bil perubatan, insurans/takaful dan pendidikan dengan dokumen sokongan);
 Pemindahan dana ke akaun sendiri dalam HSBC/ HSBC Amanah Malaysia only;
 Arahan tetap untuk pemindahan dana ke akaun individu yang diberi kuasa di HSBC untuk MYR _____ bulanan (Jumlah maksimum dihadkan kepada MYR3,000.00 sebulan); dan
 Memperoleh semula penyata bank.

Nama Penuh Orang yang Diberi Kuasa:	
No Kad Pengenalan/Pasport Orang yang Diberi Kuasa :	
Nombor Telefon Orang yang Diberi Kuasa:	
Nombor Akaun Tunggal HSBC:	

Dengan menuruti arahan saya yang dinyatakan di sini, saya dengan ini membebaskan pihak HSBC daripada sebarang liabiliti yang mungkin timbul akibat daripada arahan saya.

Kebenaran ini hanya sah selama 6 bulan dari tarikh surat ini.

Ditandatangani oleh Pelanggan

Ditandatangani oleh Orang yang Diberi Kuasa

.....
Nama Penuh Pelanggan:.....
Nama Penuh Orang yang Diberi Kuasa:

No. Kad Pengenalan/Pasport:

No. Kad Pengenalan/Pasport:

For Bank use only/ <i>Untuk Kegunaan Bank sahaja</i>		
<input type="checkbox"/> OTC <input type="checkbox"/> Offsite (with biometric) <input type="checkbox"/> Offsite (without biometric) Offsite visited by: _____ Name: Date & Time:	Attended by: _____ Name: Date & Time: <input type="checkbox"/> Customer & Authorised person signature verified <input type="checkbox"/> Customer & Authorised person Mykad biometric / passport verified <input type="checkbox"/> Supporting documents collected Verification: <input type="checkbox"/> (i) physically able and mentally sound or <input type="checkbox"/> (ii) immobile but mentally sound Valid until: (Date)	Approved / Rejected by: _____ Name: Date & Time: Reason(s): _____ _____