

Credit Card Payment Authority



Policy number

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Customer name

| |
|--|
| |
|--|

I / We hereby authorise nib to deduct payments from my / our credit card

☐ **Credit card**

To be paid:

☐ Monthly ☐ Quarterly ☐ Half-yearly ☐ Annually ☐ One Off

Card type

☐ Visa ☐ MasterCard

Card number

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Expiry date

| | | | |
|---|---|---|---|
| m | m | y | y |
|---|---|---|---|

Name on card

Cardholder's signature

Name

Date

Signature

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Sign here