

طلب تحويل رصيد - بطاقة سمايلز الائتمانية Balance Transfer Form - Smiles Credit Card



Please fill out all details in capital letters and complete the application form in full prior to submission. If the information provided by the applicant is incomplete, SIB will not be able to process the request.

يرجى تعبئة جميع البيانات المطلوبة قبل تسليم هذا الطلب. في حال تسليم الطلب دون إكماله، لن يتم تنفيذ المعاملة من قبل مصرف الشارقة الإسلامي.

Transfer up to 80% of your credit card limit to non-SIB credit cards.

حول حتى ٨٠% من رصيد بطاقة مصرف الشارقة الإسلامي الائتمانية إلى بطاقتك الأخرى.

Please tick the required tenure

يرجى اختيار مدة السداد

Charge/Tenure	٣ أشهر 3 months	٦ أشهر 6 months	١٢ شهر 12 months	١٨ شهر 18 months	٢٤ شهر 24 months	الرسوم/الشهر
Profit Rate p.m	0%	0%	0.89%	0.79%	0.69%	نسبة الأرباح الشهرية
Processing fee	1%	2%	1%	1%	1%	رسوم التنفيذ

Applicant details

بيانات مقدم الطلب

Name: الاسم:

Contact Number (Mobile): رقم التواصل (الهاتف المتحرك):

Smiles Card Number: رقم بطاقة سمايلز:

Beneficiary details - Customer Credit Card 1

بيانات المستفيد - بطاقة العميل المحول إليها ١

Bank Name: اسم البنك:

Credit Card Number: رقم بطاقة الإئتمان:

Name as appeared on the Credit Card: الاسم كما يظهر على البطاقة:

Requested Balance Transfer amount AED..... المبلغ المراد تحويله:

Beneficiary details - Customer Credit Card 2

بيانات المستفيد - بطاقة العميل المحول إليها ٢

Bank Name: اسم البنك:

Credit Card Number: رقم بطاقة الإئتمان:

Name as appeared on the Credit Card: الاسم كما يظهر على البطاقة:

Requested Balance Transfer amount AED..... المبلغ المراد تحويله:

Declaration

إقرار

I acknowledge that I have read and understood the Terms and Conditions of the Balance Transfer facility and upon submission of this request, I agree to process the balance transfer as decided by the bank and I shall not dispute the bank decision on the requested amount and I am obliged to pay any outstanding on the credit card.

أقر أنني قرأت شروط وأحكام طلب تحويل رصيد إلى بطاقة سمايلز الائتمانية قبل تسليم هذه المعاملة، وأوافق على تحويل الرصيد المقرر من قبل المصرف ولن أعارض قرار المصرف بشأن المبلغ المطلوب، وأنا ملزم بدفع أي مبلغ مستحق على بطاقة الائتمان.

Customer Signature : Date: | DD | MM | YYYY | التاريخ: توقيع العميل: