

## طلب سحب نقدي "إيزي كاش" - بطاقة سمايلز الإئتمانية Easy Cash 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 100% of the available cash to any account under

حول حتى 100% من الحد النقدي المتوفر في بطاقتك إلى أي من حساباتك الأخرى في دولة الامارات العربية المتحدة.

Please tick the required tenure

يرجى اختيار مدة السداد

Charge/Tenure	3 أشهر 3 months	6 أشهر 6 months	12 أشهر 12 months	18 أشهر 18 months	24 أشهر 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 Account 1

بيانات المستفيد - حساب العميل 1

Bank Name: ..... اسم البنك:

IBAN: ..... الأيبان:

Account Number: ..... رقم الحساب:

Account Holder Name: ..... اسم صاحب الحساب:

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

Beneficiary details - Customer Account 2

بيانات المستفيد - حساب العميل 2

Bank Name: ..... اسم البنك:

IBAN: ..... الأيبان:

Account Number: ..... رقم الحساب:

Account Holder Name: ..... اسم صاحب الحساب:

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

Declaration

إقرار

I acknowledge that I have read and understood the Terms and Conditions of the Easy Cash facility and upon submission of the request, I agree to process the Easy Cash 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 السحب النقدي الخاص ببطاقة سمايلز الإئتمانية قبل تسليم هذا الطلب، وأوافق على مبلغ السحب النقدي 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: