

Supplementary Covered Card Application Form

Applicant's Name:

Passport No./Emirates ID No.:

Card No.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Supplementary card 1

Title: Mr. Miss. Mrs. Dr. Other:

Name (as per passport): (First) (Middle) (Family)

Date of birth: | DD | MM | YYYY | UAE Resident: Yes No Mobile No.:

Relationship with applicant: Spouse Son Daughter Brother Sister Father Mother

Passport No.: Expiry date: | DD | MM | YYYY |

Emirates ID No.: Expiry date: | DD | MM | YYYY |

Name as it should appear on the card in English:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Supplementary Card limit (1):

Supplementary card 2

Title: Mr. Miss. Mrs. Dr. Other:

Name (as per passport): (First) (Middle) (Family)

Date of birth: | DD | MM | YYYY | UAE Resident: Yes No Mobile No.:

Relationship with applicant: Spouse Son Daughter Brother Sister Father Mother

Passport No.: Expiry date: | DD | MM | YYYY |

Emirates ID No.: Expiry date: | DD | MM | YYYY |

Name as it should appear on the card in English:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Supplementary Card limit (2):

Supplementary card 3

Title: Mr. Miss. Mrs. Dr. Other:

Name (as per passport): (First) (Middle) (Family)

Date of birth: | DD | MM | YYYY | UAE Resident: Yes No Mobile No.:

Relationship with applicant: Spouse Son Daughter Brother Sister Father Mother

Passport No.: Expiry date: | DD | MM | YYYY |

Emirates ID No.: Expiry date: | DD | MM | YYYY |

Name as it should appear on the card in English:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Supplementary Card limit (3):

Declaration:

I acknowledge that I agree to the Terms and Conditions of the supplementary Covered Card facility available on www.sib.ae and that the information provided in this application is true and correct and I authorize the bank to verify such information from any source or third party or disclose the content of this application to a third party(ies) and I hereby agree that all telephone calls made to me by the bank concerning my application may be recorded by the bank and that such recording may be submitted as evidence in any proceeding. I agree to be legally bound by the Covered Card Terms and Conditions and amendments, which are made by the Bank from time to time.

Neither Sharjah Islamic Bank, nor its employees shall be held liable for any direct, indirect, incidental, or any type of damages arising in any way out of, or in connection with, any unauthorized request for supplementary card from the Customer's registered mail address.

Applicant's signature Date: | DD | MM | YYYY |

--

*Supplementary card applicant should be 14 years or above.
**All fields are mandatory.

طلب إصدار بطاقة مغطاة إضافية

إسم مقدم الطلب:

رقم جواز السفر / الهوية الإماراتية:

رقم البطاقة:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

طلب البطاقة الإضافية 1

اللقب: السيد السيدة الأتسة الدكتور أخرى:

الإسم (حسب الجواز): (الاسم الأول) (اسم الأب) العائلة (اللقب)

تاريخ الميلاد: | يوم | شهر | سنة | مقيم في دولة الإمارات: نعم لا رقم الهاتف المتحرك:

العلاقة مع حامل البطاقة الأساسية: الزوج/الزوجة الإبن الإبنة الأخ الأخت الأب الأم

رقم جواز السفر: تاريخ الإنتهاء: | يوم | شهر | سنة |

رقم الهوية الإماراتية: تاريخ الإنتهاء: | يوم | شهر | سنة |

يرجى كتابة الإسم كما ترغب أن يظهر على البطاقة:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

الحد الإئتماني للبطاقة الإضافية (1):

طلب البطاقة الإضافية 2

اللقب: السيد السيدة الأتسة الدكتور أخرى:

الإسم (حسب الجواز): (الاسم الأول) (اسم الأب) العائلة (اللقب)

تاريخ الميلاد: | يوم | شهر | سنة | مقيم في دولة الإمارات: نعم لا رقم الهاتف المتحرك:

العلاقة مع حامل البطاقة الأساسية: الزوج/الزوجة الإبن الإبنة الأخ الأخت الأب الأم

رقم جواز السفر: تاريخ الإنتهاء: | يوم | شهر | سنة |

رقم الهوية الإماراتية: تاريخ الإنتهاء: | يوم | شهر | سنة |

يرجى كتابة الإسم كما ترغب أن يظهر على البطاقة:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

الحد الإئتماني للبطاقة الإضافية (2):

طلب البطاقة الإضافية 3

اللقب: السيد السيدة الأتسة الدكتور أخرى:

الإسم (حسب الجواز): (الاسم الأول) (اسم الأب) العائلة (اللقب)

تاريخ الميلاد: | يوم | شهر | سنة | مقيم في دولة الإمارات: نعم لا رقم الهاتف المتحرك:

العلاقة مع حامل البطاقة الأساسية: الزوج/الزوجة الإبن الإبنة الأخ الأخت الأب الأم

رقم جواز السفر: تاريخ الإنتهاء: | يوم | شهر | سنة |

رقم الهوية الإماراتية: تاريخ الإنتهاء: | يوم | شهر | سنة |

يرجى كتابة الإسم كما ترغب أن يظهر على البطاقة:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

الحد الإئتماني للبطاقة الإضافية (3):

إقرار

أقر بأنني قرأت شروط وأحكام طلب البطاقة الإضافية المذكورة على موقع المصرف www.sib.ae قبل إرفاق هذا الطلب، وأن المعلومات المقدمة في هذا الطلب صحيحة وأخول المصرف بالتحقق من هذه المعلومات من أي مصدر أو طرف آخر كما أعطيه حرية الإفصاح عن محتوى هذا الطلب إلى أطراف أخرى، وأوافق بموجبه على أن جميع المعاملات الهاتفية التي تتم من قبل المصرف بشأن طلبي هذا قد تكون مسجلة وقد تستخدم هذه التسجيلات كدليل لأي إجراء، كما أقر بالتزامي بكافة الشروط والأحكام الخاصة بالبطاقة والتحديثات التي قد تتم من قبل المصرف في أي وقت.

لا يتحمل مصرف الشارقة الإسلامي ولا موظفوه، أية مسؤولية عن أي ضرر أياً كانت طبيعته، سواء نشأ بطريقة مباشرة أو غير مباشرة أو بشكل عارض بسبب أو بناء على أي طلب غير مصرح به، للحصول على بطاقة إضافية من خلال العنوان البريدي للمعامل.

التاريخ: | يوم | شهر | سنة |

توقيع مقدم الطلب

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* يجب أن يكون عمر المتقدم للبطاقة الإضافية 14 سنة أو أكثر.
** جميع الحقوق إلهامية.