

Eligibility Inquiry Form Covered Card

* All fields are mandatory fields

Type of Product Requested	
☐ Smiles Titanium Covered Card	☐ Cashback Titanium Covered Card
☐ Smiles World Covered Card	
Requested limit (AED):	

Applicant Personal Information			
First name:		Last name:	
Gender:	☐ Male ☐ Female	Date of Birth:	
Marital Status:	☐ Single ☐ Married	Nationality:	
Mobile Number:		Passport No.:	Expiry date:
Emirates ID No.:	Expiry date:	Email:	

The information below is required by the Bank to determine eligibility criteria	
Fixed monthly salary (AED):	Variable monthly income (AED) (if any):
Residency period (number of years in UAE):	Employment type: ☐ Salaried ☐ Self Employed
Name of company:	Designation:
Length of service/Business establishment (in years):	

Customer Consent and Declaration
I holding Emirates ID hereby agree that: - This information is provided to a third party vendor for the purpose of applying for Sharjah Islamic Bank products. - I have no objection to SIB accessing my credit information from AECB (Al Etihad Credit Bureau) at any time. This information received by the Bank and shall be used to provide different services and facilities to the customer from time to time. - The Bank may obtain my bank statement through Central Bank of United Arab Emirates from time to time without any further consent. - The Bank has the right to approve or decline my request according to its internal policies and procedures. - Neither the Bank, nor its credit officers/relationship managers shall be liable for any disclosure of information.

Applicant name :	
Signature:	
	Date:

For official use only	
Sales Agent code:	SIB Sales coordinator:
Sales Manager code:	SIB Team leader:
Agency name:	☐ Signature verified ☐ Email from applicant

نموذج الاستعلام عن الأهلية البطاقات المغطاة

* جميع الحقول إلزامية

نوع المنتج المطلوب	
☐ بطاقة سمايلز تيتانيوم المغطاة	☐ بطاقة الاسترداد النقدي تيتانيوم المغطاة
☐ بطاقة سمايلز وورلد المغطاة	
الحد المطلوب: (درهم)	

المعلومات الشخصية لمقدم الطلب:			
الاسم الأول:		الاسم الأخير:	
النوع:	☐ ذكر ☐ أنثى	تاريخ الميلاد:	
الحالة الاجتماعية:	☐ أعزب ☐ متزوج	الجنسية:	
رقم الهاتف المتحرك:	رقم جواز السفر:		
رقم الهوية الإماراتية:	تاريخ الانتهاء:	البريد الإلكتروني:	تاريخ الانتهاء:

المعلومات الواردة أدناه مطلوبة للمصرف لتحديد معايير الأهلية:	
الراتب الشهري الأساسي (بالدرهم الإماراتي):	الدخل الشهري المتغير (بالدرهم الإماراتي) (إن وجد):
فترة الإقامة (عدد السنوات في دولة الإمارات العربية المتحدة):	نوع العمل: ☐ صاحب عمل ☐ موظف براتب
اسم الشركة:	المسمى الوظيفي:
مدة الخدمة/ المنشأة التجارية (عدد السنوات):	

موافقة العميل وإقراره:	
أوافق أنا، وأحمل بطاقة هوية إماراتية رقم بموجبه على ما يلي: • تقديم هذه المعلومات لبائع خارجي لأغراض الحصول على منتجات مصرف الشارقة الإسلامي. • أقر أنا الموقع أدناه ، أنه ليس لدي أي اعتراض على طلب حصول مصرف الشارقة الإسلامي على بيانات الحساب الائتمانية من AECB (الاتحاد للمعلومات الائتمانية) في أي وقت. وبذلك سيتم استخدام هذه المعلومات لتوفير الخدمات والتسهيلات المختلفة من وقت لآخر. • يجوز للمصرف الحصول على كشف حسابي المصرفي من خلال مصرف الإمارات العربية المتحدة المركزي، من وقت لآخر دون أي موافقة أخرى مني. • يحق للمصرف الموافقة على طلبي أو رفضه وفقاً لسياسته وإجراءاته الداخلية. • لن يكون المصرف أو أي من مسؤولي الإئتمان/مدرء العلاقات مسؤولاً عن إفشاء أية معلومات.	

اسم مقدم الطلب:	
التوقيع:	التاريخ:

للاستخدام الرسمي فقط	
رمز وكيل المبيعات:	منسق مبيعات مصرف الشارقة الإسلامي:
رمز مدير المبيعات:	قائد فريق من مصرف الشارقة الإسلامي:
اسم الوكالة:	تم التحقق من التوقيع ☐ بريد إلكتروني من مقدم الطلب ☐