



**CREDIT CARD BALANCE TRANSFER APPLICATION FORM
BORANG PERMOHONAN PINDAHAN BAKI KAD KREDIT**

MY PERSONAL DETAILS / BUTIRAN PERIBADI SAYA

BSN CREDIT CARD NO. /
NO. KAD KREDIT BSN

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

FULL NAME / NAMA PENUH

NRIC NO. / NO KAD PENGENALAN

MOBILE TEL NO. / NO. TEL BIMBIT

EMAIL / EMEL

PLAN / PELAN	TENURE / TEMPOH	RATES (PER ANUM) / KADAR (TAHUNAN)	ONE-TIME UPFRONT FEE / FI PENDAHULUAN SEKALI	MINIMUM TRANSFER AMOUNT / AMAUN PINDAHAN MINIMUM	SUBSCRIBE TO CREDIT SHIELD / LANGGAN KREDIT SHIELD
BA	6 months / bulan	0.00%	1.99%	RM500	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak I understand that the contribution for this takaful protection / BSN Don't Worry & Don't Worry Bereavement Credit Shield is RM0.30 for every RM100.00 of the outstanding balance of the credit card/i account per month. / Saya memahami bahawa sumbangan yang diperlukan untuk perlindungan takaful / Perlindungan Kad Kredit Don't Worry & Don't Worry Bereavement BSN ini adalah RM0.30 bagi setiap RM100.00 daripada baki tertunggak akaun kad kredit/i setiap
BB	12 months / bulan	0.00%	3.99%	RM500	
BC	24 months / bulan	3.99%	-	RM1,000	
BD	36 months / bulan	3.99%	-	RM2,000	
BE	48 months / bulan	4.99%	-	RM3,000	

APPLICATION DETAILS / BUTIR-BUTIR PERMOHONAN

Please transfer the outstanding balance of my Credit Card / Sila pindahkan baki tertunggak Kad Kredit saya di:

CARD ISSUER / PENGELUARAN KAD	PLAN / PELAN	CARD NO. / NO. KAD	TRANSFER AMOUNT / JUMLAH PINDAHAN (RM)

DECLARATION / PENGAKUAN

I agree that BSN shall reserve the absolute right to approve or reject my application as it deems fit without assigning any reason. I authorise BSN to check and receive all information relating to my account with the Card issuer(s) or financial institution(s) for the purpose herein. I hereby agree to all Terms and Conditions of the BSN Cardmembers Agreement and Balance Transfer Programme / Saya bersetuju bahawa BSN berhak meluluskan atau menolak permohonan saya atas budi bicaranya tanpa memberi sebarang sebab. Saya memberi kebenaran kepada BSN untuk menyemak dan menerima semua maklumat berkaitan akaun saya dengan pengeluar (pengeluar-pengeluar) Kad atau mana-mana bank atau institusi kewangan yang lain untuk tujuan ini. Saya dengan ini bersetuju dengan Terma dan Syarat Perjanjian Pemeqang Kad BSN dan Program Pemindahan Baki.

--

To apply, follow these simple steps / Untuk memohon, ikuti langkah berikut :

1. Complete the attached application form / Lengkapkan borang permohonan yang dilampirkan
2. Send to / Hantar ke : cardservices@bsn.com.my

Cardmember's Signature / Tandatangan Ahli Kad

Date / Tarikh : _____

FOR BANK USE ONLY / UNTUK KEGUNAAN BANK SAHAJA

Staff / Agent ID
No. Pekerja / Ejen

BSN Branch Code
Kod Cawangan BSN

BSN Source Code
Kod Sumber BSN

Quality Assurance ID
Kod Pengesahan Kualiti

QA Receiver Date
Tarikh Penerimaan QA

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--