

## Customer Dispute Form

## استمارة اعتراض من الزبون

### Customer Details

### معلومات الزبون

Name: \_\_\_\_\_ الاسم: \_\_\_\_\_ إضافي  أساسي   
Supplementary  Primary

Requesting a copy of the transaction (Subject to BD 5.25 Fees)  طلب نسخة من المعاملة (تحتسب رسوم 5.25 د.ب.)

Card No.: \_\_\_\_\_ رقم البطاقة: \_\_\_\_\_  
CPR/ID No. \_\_\_\_\_ رقم الهوية: \_\_\_\_\_  
Mobile No.: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف النقال: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

### Transaction Details

### تفاصيل العملية

القيمة بالدينار البحريني BD Amount	قيمة المعاملة Transaction Amount	اسم التاجر Merchant Name	تاريخ المعاملة Transaction Date	الرقم No

I dispute the above transaction(s) for the following reason: اعترض على المعاملة (المعاملات) المذكورة أعلاه للأسباب التالية:

- المعاملة غير مصرح بها  رسوم مزدوجة  المبلغ غير صحيح \*
- Unauthorized transaction Duplicate Charge Incorrect Amount
- تم الدفع بطرق أخرى  إلغاء الحجز/الاشتراك/العضوية  عدم إتمام عملية استرجاع المبلغ \*
- Paid by other means Cancelled Reservation/Subscription/membership Refund not processed
- عدم استلام الخدمة/ البضاعة
- Service / Goods not received

ATM Withdrawal:

السحب من جهاز الصراف الآلي:

- I have received part of the cash. I asked for \_\_\_\_\_ استلمت جزءاً من المبلغ النقدي. لقد طلبت \_\_\_\_\_ واستلمت \_\_\_\_\_  
but received \_\_\_\_\_
- I did not participate in the above ATM transaction لم أتعامل مع جهاز الصراف الآلي
- Others \_\_\_\_\_ أسباب أخرى \_\_\_\_\_

\*(Please enclose necessary document(s) and communication(s) to support the dispute)

\*(يرجى إرفاق المستندات و المراسلات اللازمة لدعم الاعتراض)

### Cardholder Declaration

### إقرار حامل البطاقة

I declare that:

- CrediMax is authorized to investigate/correct the transaction(s) in dispute
- Should the dispute be found invalid, I agree that i may be liable for the sales slip retrieval fee other processing charge (BD5.25)
- I understand that the investigation may take 30 to 180 days
- The information stated in this form is true and correct to the best of my knowledge

أقر بالآتي:

- تفويض كريدكس مكس بالتحقيق/تصحيح المعاملة (المعاملات) محل الاعتراض
- في حالة ثبوت أن الاعتراض لا أساس له من الصحة، أقر بمسؤوليتي عن رسوم استرجاع كشف المبيعات، ورسوم الاعتراض (5.25 د.ب.)
- أدرك بأن التحقيقات قد تستغرق من 30 إلى 180 يوماً
- المعلومات الواردة في هذه الاستمارة صحيحة على حد علمي

Signature: \_\_\_\_\_ التوقيع:

Date: \_\_\_\_\_ التاريخ:

Please send to:  
Dispute@credimax.com.bh

يرجى إرسال الاستمارة على البريد الإلكتروني:  
Dispute@credimax.com.bh

### For Office Use Only

This form was Submitted to:  CrediMax Branch  Online  Fax  Call Center  BBK Branch.

Please specify the Branch: \_\_\_\_\_