

Załącznik nr 9 do Instrukcji rozpatrywania reklamacji , zgłoszeń oraz skarg w Banku Spółdzielczym w Nowym Sączu

Formularz zgłoszenia nieautoryzowanej transakcji płatniczej

1	Data i godzina zgłoszenia ¹⁾	-.....-.....	godz.
2	Imię i nazwisko/nazwa firmy Posiadacza rachunku/Użytkownika bankowości elektronicznej/Użytkownika karty ¹⁾		
3	Modulo Klienta lub numer PESEL lub REGON ¹⁾ UWAGA! Jeżeli nie jest możliwe ustalenie numeru modulo/numeru identyfikacyjnego Klienta, należy wpisać numer PESEL, a w przypadku braku PESEL datę urodzenia (osoby prywatne) lub REGON (firmy)		
4	Telefon kontaktowy Klienta ¹⁾ UWAGA! Należy wskazać numer telefonu kontaktowego, pod którym można kontaktować się z klientem w sprawie składanego zgłoszenia.		
5	Placówka obsługująca Klienta ¹⁾		
6	Numer rachunku lub numer karty związanej z nieautoryzowaną transakcją ¹⁾		
7	Data dokonania transakcji płatniczej ¹⁾		
8	Oryginalna kwota transakcji płatniczej ¹⁾		
9	Nazwa Akceptanta/usługodawcy lub bankomatu w przypadku transakcji dokonanych kartą debetową ¹⁾		
10	Opis zdarzenia ¹⁾		

1. wypełnienie pola jest obowiązkowe
2. należy podsumować rozmowę i upewnić się, czy reklamacja została przez nas zrozumiana w sposób właściwy
3. zaznaczyć wskazaną przez Klienta odpowiedź/formę

11	Czy Użytkownik karty był w posiadaniu karty w chwili realizacji transakcji płatniczej za pośrednictwem karty, której zgłoszenie dotyczy ^{1) 3)}	a) tak b) nie c) nie wie		
12	Czy transakcja na rachunku płatniczym była wykonana z należącego do Posiadacza/Użytkownika karty/ Użytkownika bankowości elektronicznej urządzenia umożliwiającego dokonanie tej transakcji ^{1) 3)}	a) tak b) nie c) nie wie		
13	Oczekiwana forma odpowiedzi ^{1) 3)}	a) list UWAGA! Przekazanie odpowiedzi na aktualnie obowiązujący adres korespondencyjny, wskazany przez Klienta w dyspozycji. b) e-mail UWAGA! Możliwe wyłącznie na podstawie dyspozycji Klienta zgłaszanej podczas składania reklamacji oraz z zastrzeżeniem, że Bank posiada potwierdzony przez klienta adres mailowy do kontaktu.		
14	Uwagi pracownika przyjmującego reklamację			
15	Imię i nazwisko pracownika przyjmującego zgłoszenie ¹⁾		Komórka org.:	

Podpis pracownika Banku

Podpis Klienta / osoby zgłaszającej