

do Instrukcji rozpatrywania reklamacji oraz zgłoszeń w Banku Spółdzielczym w Krzeszowicach

Formularz zgłoszenia nieautoryzowanej transakcji płatniczej

1	Data i godzina zgłoszenia ¹⁾-.....-.....	godz.
2	Imię i nazwisko/nazwa firmy Posiadacza rachunku/Użytkownika e25/Użytkownika karty ¹⁾		
3	Modulo Klienta lub numer PESEL lub REGON ¹⁾ UWAGA! Jeżeli nie jest możliwe ustalenie numeru modulo, należy wpisać numer PESEL a w przypadku braku PESEL datę urodzenia (osoby prywatne) lub REGON (firmy)PESEL (osoby prywatne) lub REGON (firmy)		
4	ID rozmowy ²⁾		
5	Telefon kontaktowy Klienta ¹⁾ UWAGA! Należy wskazać numer telefonu kontaktowego, pod którym można kontaktować się z klientem w sprawie składanej reklamacji.		
6	Placówka obsługująca Klienta ¹⁾		
7	Numer rachunku lub numer karty związanej z nieautoryzowaną transakcją ¹⁾		
8	Data dokonania transakcji płatniczej ¹⁾		
9	Oryginalna kwota transakcji płatniczej ¹⁾		
10	Nazwa Akceptanta/usługodawcy lub bankomatu w przypadku transakcji dokonanych kartą debetową ¹⁾		
11	Opis zdarzenia ¹⁾		
12	Czy Użytkownik karty był w posiadaniu karty w chwili realizacji transakcji płatniczej za pośrednictwem karty, której zgłoszenie dotyczy ^{1) 4)}	a) tak b) nie c)nie wie	
13	Czy transakcja na rachunku płatniczym była wykonana z należącego do Posiadacza/Użytkownika karty/ Użytkownika e25urządzenia umożliwiającego dokonanie tej transakcji ^{1) 4)}	a) tak b) nie c) nie wie	
14	Oczekiwana forma odpowiedzi ^{1) 4)}	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 zgłoszenia oraz z zastrzeżeniem, że Bank posiada potwierdzony przez klienta adres mailowy do kontaktu. c) klient nie oczekuje odpowiedzi	

1. wypełnienie pola jest obowiązkowe

2. dotyczy reklamacji przyjmowanych telefonicznie poprzez Infolinię Banku

3. należy podsumować rozmowę i upewnić się, czy reklamacja została przez nas zrozumiana w sposób właściwy

4. zaznaczyć wskazaną przez Klienta odpowiedź/formę

15	Uwagi pracownika przyjmującego reklamację			
16	Imię i nazwisko pracownika przyjmującego zgłoszenie ¹⁾		Komórka org.:	

Podpis pracownika Banku

Podpis Klienta / osoby zgłaszającej