

Formularz osobistego lub telefonicznego zgłoszenia nieautoryzowanej transakcji płatniczej
[prócz transakcji kartowych]

| | | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1 | Data i godzina zgłoszenia ¹⁾ |-.....-..... | godz. |
| 2 | Imię i nazwisko/nazwa firmy Posiadacza rachunku/Użytkownika eBN i eCN 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) | | |
| 4 | ID rozmowy ²⁾ lub numer telefonu z którego została przeprowadzona rozmowa ¹⁾ | | |
| 5 | Telefon kontaktowy Klienta ¹⁾ UWAGA! Należy wskazać numer telefonu kontaktowego, pod którym można kontaktować się z klientem w sprawie składanej reklamacji. | | |
| 6 | Oddział Klienta ¹⁾ | | |
| 7 | Numer rachunku związany z nieautoryzowaną transakcją ¹⁾ | | |
| 8 | Data dokonania transakcji płatniczej ¹⁾ | | |
| 9 | Oryginalna kwota transakcji płatniczej ¹⁾ | | |
| 10 | Opis zdarzenia ¹⁾ | | |
| 11 | Czy transakcja na rachunku płatniczym była wykonana z należącego do Posiadacza/ Użytkownika eBN i eCN urządzenia umożliwiającego dokonanie tej transakcji ^{1) 4)} | a) tak b) nie c) nie wie | |
| 12 | Oczekiwana forma odpowiedzi ^{1) 4)} | a) list UWAGA! Przekazanie odpowiedzi na aktualnie obowiązujący adres korespondencyjny, wskazany w aktach Banku. 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 wprowadzony w systemie. c) klient nie oczekuje odpowiedzi | |
| 13 | Uwagi pracownika przyjmującego reklamację | | |
| 14 | Imię i nazwisko pracownika przyjmującego zgłoszenie ¹⁾ | | |
| 15 | Oddział/ Komórka organizacyjna Centrali przyjmująca zgłoszenie | | |

Podpis pracownika Banku

Podpis Klienta / osoby zgłaszającej

- wypełnienie pola jest obowiązkowe
- dotyczy reklamacji przyjmowanych telefonicznie poprzez Infolinię Banku
- należy podsumować rozmowę i upewnić się, czy reklamacja została przez nas zrozumiana w sposób właściwy
- zaznaczyć wskazaną przez Klienta odpowiedź/formę