

Nr z dz. korespondencji przychodzącej:

Nr w Rejestrze reklamacji:

Nr w Rejestrze Visiona Claims

Data zgłoszenia do systemu OperNet:

Nr zdarzenia w systemie OperNet:

Formularz osobistego lub telefonicznego 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) (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 składanej reklamacji.		
5	Jednostka/komórka 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⁾		
11	Czy Użytkownik karty był w posiadaniu karty w chwili realizacji transakcji płatniczej za pośrednictwem karty, której zgłoszenie dotyczy ^{1) 2)}	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> 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) 2)}	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wie	

13	Oczekiwana forma odpowiedzi ¹⁾²⁾	<input type="checkbox"/> list na adres <small>UWAGA! Przekazanie odpowiedzi na aktualnie obowiązujący adres korespondencyjny</small> <input type="checkbox"/> e-mail <small>UWAGA! Możliwe wyłącznie na podstawie dyspozycji Klienta zgłaszanej podczas składania reklamacji oraz z zastrzeżeniem, że Bank posiada potwierdzony przez klienta adres mailowy do kontaktu, dotyczy wyłącznie klientów instytucjonalnych</small> <input type="checkbox"/> pisemnie do odbioru w Banku <small>UWAGA! Klient potwierdza odbiór odpowiedzi podpisem i datą na kopii sporządzonej przez Bank odpowiedzi \</small> <input type="checkbox"/> nie oczekuje odpowiedzi w przypadku uwzględnienia przez Bank mojej reklamacji w całości
14	Uwagi pracownika przyjmującego reklamację	
15	Imię i nazwisko pracownika przyjmującego zgłoszenie ¹⁾	

Podpis pracownika Banku

Podpis Klienta / osoby zgłaszającej

1. wypełnienie pola jest obowiązkowe
2. zaznaczyć wskazaną przez Klienta odpowiedź/formę