

Formularz reklamacji zgłaszanej osobiście lub telefonicznie bądź zgłoszenia autoryzowanej/ nieautoryzowanej transakcji płatniczej

1	Data/ godzina zgłoszenia-.....-.....	godz.
2	Imię i nazwisko Klienta/ nazwa firmy		
3	Modulo Klienta/ numer identyfikacyjny Klienta lub numer PESEL lub REGON <small>UWAGA! Jeżeli nie jest możliwe ustalenie numeru modulo, należy wpisać numer PESEL (osoby prywatne) lub REGON (firmy)</small>		
4	Telefon kontaktowy Klienta <small>UWAGA! Należy wskazać numer telefonu kontaktowego, pod którym można kontaktować się z klientem w sprawie składanej reklamacji</small>		
5	Adres klienta		
6	Komórka organizacyjna obsługująca klienta		
7	Komórka organizacyjna, której reklamacja dotyczy		
8	Produkty i usługi których dotyczy reklamacja		
9	Przedmiot reklamacji		
10	Treść reklamacji		
11	Czy reklamacja dotyczy:	Transakcji kartą przelewu	BLIK inne
12	Numer rachunku lub numer karty związanej z nieautoryzowaną transakcją		
13	Data dokonania transakcji płatniczej		
14	Kwota transakcji płatniczej		
15	Nazwa akceptanta/ usługodawcy lub bankomatu w przypadku transakcji dokonanych kartą		
16	Czy użytkownik karty był w posiadaniu karty w chwili realizacji transakcji płatniczej za pośrednictwem karty, której zgłoszenie dotyczy	a) TAK b) NIE c) NIE WIE	
17	Czy transakcja na rachunku płatniczym była wykonana z należącego do Posiadacza/ Użytkownika karty/ Użytkownika bankowości elektronicznej urządzenia umożliwiającego dokonanie tej transakcji	a) TAK b) NIE c) NIE WIE	
18	Oczekiwania klienta		
19	Oczekiwana forma odpowiedzi	a) listownie <small>UWAGA! Przekazanie odpowiedzi na aktualnie obowiązujący adres korespondencyjny, wskazany przez Klienta w dyspozycji</small> b) 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, odpowiedź listownie</small> c) panel bankowości elektronicznej <small>UWAGA! Możliwe wyłącznie w przypadku jeżeli klient korzysta z bankowości elektronicznej, dodatkowo odpowiedź zostanie przekazana na adres korespondencyjny</small>	
20	Uwagi pracownika przyjmującego reklamację/ zgłoszenie		
21	Imię i nazwisko pracownika przyjmującego reklamację	Komórka organizacyjna	

.....
(Podpis pracownika Banku)

.....
(Podpis Klienta/ osoby zgłaszającej)

Termin rozpatrzenia reklamacji:

Kwalifikacja wniosku po rozpatrzeniu reklamacji/ zgłoszenia:

- | | | |
|-------------------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Reklamacja | <input type="checkbox"/> Transakcja autoryzowana | <input type="checkbox"/> UUP |
| <input type="checkbox"/> Zgłoszenie | <input type="checkbox"/> Transakcja nieautoryzowana | <input type="checkbox"/> Nie UUP |