



Spółdzielcza Grupa Bankowa

Bank Spółdzielczy we Włoszakowicach

FORMULARZ reklamacji *

stempel nagłówkowy placówki Banku

Numer rachunku:

Dane posiadacza rachunku:

Nazwa i siedziba podmiotu

REGON NIP

- osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą (w tym rolnik, wspólnicy spółki cywilnej **),

- pozostali klienci instytucjonalni **)

1. Reklamacja transakcji na rachunku

Data reklamowanej transakcji: Kwota reklamowanej transakcji złotych

Kanał dostępu, poprzez który realizowano operację**:

WWW PLACÓWKA BANKU

rodzaj operacji (np. przelew, lokata, zlecenie stałe)

Zakres reklamacji (prosimy o zaznaczenie tylko jednego z poniższych punktów)**:

Powyższa transakcja nie była dokonana przeze mnie/ i nikogo nie upoważniłem/am/ do jej dokonania

Dokonałem/am/ tylko jednej transakcji, natomiast zostałem/am/ obciążony/na podwójnie

Kwota dokonanej transakcji wynosi złotych, a nie złotych

Inne:

2. Opis reklamacji:

3. Sposób przekazania przez Bank odpowiedzi na reklamację**:

listownie na adres: _____

mailem na adres (pismo w formie PDF¹): _____

potwierdzam poprawność wskazanego adresu e- mail _____

¹ Numer telefonu na który zostanie przekazane hasło do otwarcia korespondencji: _____

4. Informacje i oświadczenia dodatkowe

Składająca/y Reklamację oświadcza i informuje, że:

- w ciągu 14 dni poprzedzających transakcję, której dotyczy reklamacja nie doszło/ doszło *** do utraty przez Mnie środka komunikacji zawierającego dane istotne dla przeprowadzania transakcji (np. telefonu komórkowego, komputera, notebooka, iPada),

- w ciągu 14 dni poprzedzających transakcję, której dotyczy reklamacja nie doszło/ doszło *** do ingerencji w oprogramowanie posiadanego przez Mnie środka komunikacji zawierającego dane istotne dla przeprowadzania transakcji (np. telefonu komórkowego, komputera, notebooka, iPada),

- w ciągu 14 dni poprzedzających transakcję, której dotyczy reklamacja nie ujawniła/ em/ ujawniłam/ em *** osobom trzecim dane/ ych istotne/ ych dla przeprowadzania transakcji.

Oświadczam, że informacje podane przez mnie w formularzu są zgodne z obecnym stanem faktycznym.

W przypadku zwrotu przez Bank środków w terminie wskazanym w przepisie art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 roku o usługach płatniczych (tj. nie później niż do końca dnia roboczego następującego po dniu stwierdzenia wystąpienia nieautoryzowanej transakcji, którą został obciążony mój/ nasz*** rachunek), wyrażam/y zgodę/nie wyrażam/y zgody*** na zwrotne pobranie przez Bank środków w kwocie równej zwróconym przez Bank na moją/ naszą rzecz środkom, w przypadku gdy złożona przez/e nas/ mnie*** reklamacja zostanie rozpatrzona negatywnie.

Bank informuje o obowiązku poinformowania organów powołanych do ścigania przestępstw i braku obowiązku zwrotu transakcji zgłaszanej jako nieautoryzowana, w przypadku gdy Bank ma uzasadnione i należyte udokumentowane podstawy aby podejrzewać oszustwo użytkownika.

miejsowość, data

podpis posiadacza rachunku/pełnomocnika

Potwierdzenie przyjęcia reklamacji przez Bank:

miejsowość, data

stempel funkcyjny i podpis pracownika przyjmującego reklamację
w placówce Banku oraz nr telefonu

* niniejszy formularz nie dotyczy reklamacji transakcji dokonanej kartą płatniczą,

** wstawić X w wybrane pole

*** niepotrzebne skreślić