

Formularz osobistego/telefonicznego* zgłoszenia nieautoryzowanej transakcji płatniczej

1.	Data i godzina zgłoszenia ¹⁾-.....-.....	godz.
2.	Imię i nazwisko/nazwa firmy Posiadacza rachunku/Użytkownika IB/IB dla Firm/ 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 fizyczne) lub REGON (firmy)		
4.	Telefon kontaktowy klienta ¹⁾ UWAGA! Należy wskazać numer telefonu kontaktowego, pod którym można kontaktować się z klientem w sprawie składanego zgłoszenia.		
5.	Jednostka 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 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) 4)}	<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 rachunku/Użytkownika karty/Użytkownika IB/IB dla Firm urządzenia umożliwiającego dokonanie tej transakcji ^{1) 4)}	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wie	

13.	Oczekiwana forma odpowiedzi ^{1) 4)}	<input type="checkbox"/> list UWAGA! przekazanie odpowiedzi na aktualnie obowiązujący adres korespondencyjny, wskazany przez klienta w dyspozycji <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> system bankowości elektronicznej UWAGA! możliwe wyłącznie w przypadku jeżeli klient korzysta z bankowości elektronicznej, dodatkowo odpowiedź zostanie przekazana na adres korespondencyjny <input type="checkbox"/> klient nie oczekuje odpowiedzi
14.	Uwagi pracownika przyjmującego zgłoszenie	
15.	Imię i nazwisko pracownika przyjmującego zgłoszenie ¹⁾	

Podpis pracownika Banku

Podpis klienta /osoby zgłaszającej

1 wypełnienie pola jest obowiązkowe

2 dotyczy zgłoszenia przyjmowanego telefonicznie

3 należy podsumować rozmowę i upewnić się, czy zgłoszenie zostało przez nas zrozumiane w sposób właściwy

4 zaznaczyć wskazaną przez klienta odpowiedź/formę

*) niepotrzebne skreślić