



SGB Bank SA

BANK SPÓŁDZIELCZY W POŁCZYNIE - ZDROJU

FORMULARZ REKLAMACJI*

stempel nagłwkowy placówki banku

Numer rachunku i dane składającego reklamację (posiadacza rachunku)

Numer rachunku: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

A horizontal number line with 10 equal intervals. The intervals are labeled with the numbers 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, and 9 from left to right.

Imiona

Nazwisko

[illegible]

Szczegóły reklamacji

1. **Data reklamowanej transakcji** (format: DD-MM-RRRR): | | - | | - | | |

2. Kwota i waluta reklamowanej transakcji: _____

3. Kanał dostępu, przez który realizowano operację:

☐ INTERNET (WWW, APLIKACJA MOBILNA)

☐ PLACÓWKA BANKU

4. Rodzaj operacji

(np. przelew, lokata, zlecenie stałe)

Powód reklamacji

Wybierz tylko jeden z punktów i zaznacz „X” w odpowiedniej kratce.

☐ Nie wykonałem(-am) transakcji i nie upoważniłem(-am) nikogo do jej wykonania.

- ☐ Wykonałem(-am) tylko jedną transakcję, a obciążony/na zostałem(-am) za jej wykonanie podwójnie.
- ☐ Kwota wykonanej przeze mnie transakcji wynosi _____ zł, a nie _____ zł.
- ☐ Inne: _____

Opis reklamacji

Opisz szczegółowo czego dotyczy reklamacja.

Sposób kontaktu

Zaznacz, w jaki sposób mamy przesłać Ci odpowiedź na reklamację.

- ☐ list na adres: _____
- ☐ e-mail na adres (pismo w formie PDF): _____

Moje informacje

Potwierdzam adres e-mail, na który bank ma udzielić odpowiedzi na reklamację: _____

Wskazuję nr telefonu, na który bank może mi przekazać hasło do otwarcia korespondencji przesłanej na adres e-mail: _____

Moje oświadczenia

Zaznacz „TAK” lub „NIE” w odpowiednim oświadczeniu.

Oświadczam, że w ciągu 14 dni przed realizacją transakcji, której dotyczy reklamacja:

Utraciłem(-am) urządzenie, przy pomocy którego wykonywałem(-am) transakcje
(np. telefon komórkowy, komputer, notebook, iPad).

☐ TAK ☐ NIE

Ingerowano w oprogramowanie, które jest zainstalowane na moim urządzeniu i zawiera dane istotne dla przeprowadzania transakcji.

☐ TAK ☐ NIE

Ujawniłem(-am) osobom trzecim dane istotne dla przeprowadzania transakcji.

☐ TAK ☐ NIE

Ponadto, oświadczam, że:

Informacje podane w **formularzu są zgodne z obecnym stanem faktycznym.**

☐ TAK ☐ NIE

Przyjmuję do wiadomości, że bank zwróci mi (jako posiadaczowi rachunku) pieniądze w przypadku nieautoryzowanej transakcji płatniczej. Zwrot pieniędzy zostanie wykonany przez bank nie później niż do końca dnia roboczego następnego po dniu stwierdzenia wystąpienia nieautoryzowanej transakcji (na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 roku o usługach płatniczych).

W sytuacji, gdy bank nie uwzględni reklamacji:

☐ **wyrażam zgodę,**
☐ **nie wyrażam zgody,**

by bank zwrótnie pobrał tę samą kwotę, która została zwrócona przez bank na moją rzecz.

Informacje banku

Gdy mamy uzasadnione i należyte udokumentowane podstawy, aby podejrzewać popełnienie przestępstwa oszustwa:

1) mamy obowiązek poinformowania organów powołanych do ścigania przestępstw,

2) nie mamy obowiązku zwrotu transakcji zgłaszanej jako nieautoryzowana.

Podpis

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

Wyjaśnienie

*	formularz nie dotyczy reklamacji transakcji kartą płatniczą
---	---