Bank Spółdzielczy w Gryficach
Spółdzielcza Grupa Bankowa

FORMULARZ REKLAMACJI*

_____
stempel nagłówkowy placówki banku

Numer rachunku i dane składającego reklamację (posiadacza rachunku)

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

_____ _____

Imiona **Nazwisko**

PESEL: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

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.

☐ papierowo na adres: _____

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

☐ na adres do e-Doręczeń (pismo w formie PDF):
_____

Moje informacje

Potwierdzam adres e-mail/adres do e- Doręczeń, 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 lub do końca dnia roboczego następnego po dniu otrzymania przez bank stosownego zgłoszenia 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 zwrotnie pobrał tę samą kwotę, która została zwrócona przez bank na moją rzecz.

Informacje banku

Gdy mamy uzasadnione i należycie 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

_____	_____
miejscowość, data	podpis posiadacza rachunku/pełnomocnika

Potwierdzenie przyjęcia reklamacji przez bank

_____	_____
miejscowość, data	stempel funkcyjny i podpis pracownika przyjmującego reklamację w placówce banku oraz nr telefonu

Wyjaśnienie oznaczeń użytych w formularzu

*formularz nie dotyczy reklamacji transakcji kartą płatniczą