

ZGŁOSZENIE ZABLOKOWANIA KARTY

ZGŁOSZENIE UTRATY KARTY LOST OR STOLEN CARD REPORT – tel: 0-86 215 50 30, fax: 0-86 215 50 31

Numer karty / <i>Card number:</i>	Miejsce utraty karty / <i>Place where card was lost or stolen:</i>
Nazwa i adres banku wydawcy karty (w przypadku, gdy numer karty jest nieznany) / <i>If account number unavailable, list name and address of issuer.</i>	Data i godzina zgłoszenia / <i>Date and time of report (DDMMRR):</i>
	Data ostatniego użycia karty / <i>Date card was last used:</i>
Typ karty / <i>Card type:</i>	Wartość ostatniej transakcji / <i>Amount of last purchase:</i>
Imię i nazwisko (inicjały) wytłoczone na karcie / <i>Cardholder's name:</i>	Miejsce ostatniego użycia karty / <i>Place where card was last used:</i>
Adres Kredytobiorcy/Użytkownika karty oraz telefon kontaktowy / <i>Address and telephone number:</i>	<p>Czy Kredytobiorca/Użytkownik karty ma jakiegokolwiek podejrzenia co do okoliczności utraty karty / <i>Does cardholder have any suspects?</i></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tak / <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nie / <i>No</i></p> <p>Opis / <i>Description:</i></p>
Adres, pod którym bank może kontaktować się z Kredytobiorcą/Użytkownikiem karty przez najbliższe 2 dni robocze / <i>Address where cardholder can be reached for the next 2 business days:</i>	<p>Czy Kredytobiorca/Użytkownik karty został poinformowany, że nie powinien używać innych kart (dodatkowych o tym samym numerze) / <i>Was cardholder advised to discontinue use of cards with the same number?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Tak / <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Nie / <i>No</i></p>

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej blokadę karty / <i>Name of person reporting loss or theft:</i>	Sposób zgłoszenia utraty karty / <i>Method cardholder advised of loss or theft:</i>
Adres zgłaszającego utratę karty / <i>Address of person reporting loss or theft:</i>	Seria i numer dowodu tożsamości zgłaszającego utratę karty / <i>Passport number of person reporting loss or theft:</i>
	Podpis zgłaszającego utratę karty / <i>Signature of person reporting loss or theft:</i>
Numer telefonu / <i>Telephone number:</i>	Stempel memoriałowo-kasowy i podpis pracownika banku / <i>Date and name of employee:</i>
Sposób utraty karty / <i>The card was:</i> <input type="checkbox"/> Zgubiona / <i>Lost</i> <input type="checkbox"/> Skradziona / <i>Stolen</i> <input type="checkbox"/> Inne (jakie?) / <i>Other</i>	
Data utraty karty / <i>Date when card was lost or stolen:</i>	
Dodatkowe adnotacje / <i>Additional remarks</i>	

Data / Date: _____ Podpis (zgodny z podpisem na karcie) / Signature: _____

wypełnia placówka sprzedażowa Banku:

Dane dotyczące placówka sprzedażowej Banku: Oddział w	Stempel memoriałowy/ kasowo- memoriałowy
Imię i nazwisko pracownika do kontaktu oraz jego nr telefonu:	