Spółdzielcza Grupa Bankowa

Wniosek
o zmianę usług w ramach rachunku/kart

Nazwa placówki banku prowadzącej rachunek:

Dane posiadacza rachunku

Numer rachunku |_ _|_ _| |_ _|_ _|_ _|_ _| |_ _|_ _|_ _|_ _| |_ _|_ _|_ _|_ _| |_ _|_ _|_ _|_ _| |_ _|_ _|_ _|_ _| |_ _|_ _|_ _|_ _|

imię i nazwisko, adres /nazwa i siedziba

☐ Wyciągi bankowe

Z dniem 01-|_ _|_ _|-|_ _|_ _|_ _|_ _| proszę/ prosimy o generowanie wyciągów bankowych do rachunku (tak ☐, nie ☐)*)

- ☐ na koniec miesiąca (bezpłatnie)
- ☐ po każdej zmianie salda (odpłatnie – zgodnie z taryfą)

☐ Bank będzie przekazywać posiadaczowi rachunku wyciąg bankowy

- ☐ w formie pisemnej – pocztą na adres korespondencyjny posiadacza wskazany w umowie
- ☐ w postaci elektronicznej - za pośrednictwem elektronicznych kanałów dostępu
- ☐ w postaci elektronicznej – na adres poczty elektronicznej (e-mail) wskazany przez posiadacza

☐ Posiadacz rachunku oświadcza, iż

- ☐ rezygnuje z otrzymywania wyciągów bankowych za pośrednictwem poczty lub drogą elektroniczną i zobowiązuje się do odbierania:
  - ☐ wyciągów w formie pisemnej w placówce banku prowadzącym rachunek
  - ☐ pobierania wyciągów w postaci elektronicznej za pośrednictwem elektronicznych kanałów dostępu
- ☐ rezygnuje z otrzymywania zestawień operacji dla karty nr |_ _|_ _|_ _|_ _| - |_ _|_ _|_ _|_ _| - |_ _|_ _|_ _|_ _| za pośrednictwem poczty lub drogą elektroniczną i zobowiązuje się do odbierania:
  - ☐ zestawień operacji w formie pisemnej w placówce banku prowadzącej rachunek,
  - ☐ pobierania zestawień operacji w postaci elektronicznej za pośrednictwem elektronicznych kanałów dostępu.

☐ Zmiana limitów dziennych karty

Nowe limity dla karty:

|__|__|__|__| - |__|__|__|__| - |__|__|__|__| - |__|__|__|__|

limit dzienny wypłat gotówki: ..... zł limit transakcji bezgotówkowych: ..... zł

☐ Rezygnacja ze wznowienia karty

Proszę o niewznawianie karty numer:

|__|__|__|__| - |__|__|__|__| - |__|__|__|__| - |__|__|__|__|

☐ Ubezpieczenia

Przystępuję ☐ / nie przystępuję ☐ do ubezpieczenia Rezygnacja z ubezpieczenia ☐ zmiana zakresu ubezpieczenia ☐:

Imię i nazwisko posiadacza rachunku/użytkownika karty	PESEL	Bezpieczna Karta		Bezpieczny Podróżnik		Bezpieczna Karta i Bezpieczny Podróżnik	
		Classic ☐	Gold ☐	Classic ☐	Gold ☐	Classic ☐	Gold ☐

w Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych na warunkach zawartych w Szczegółowych Warunkach Ubezpieczenia Pakiet Bezpieczna Karta oraz Pakiet Bezpieczny Podróżnik.

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z warunkami zamieszczonymi w Szczegółowych Warunkach Ubezpieczenia Pakiet Bezpieczna Karta oraz Pakiet Bezpieczny Podróżnik oferowanych do kart płatniczych i akceptuję ich brzmienie.
Niniejszym wyrażam zgodę na udostępnienie przez bank wydający kartę firmie Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, z siedzibą przy ul. Św. Michała 43, 61-119 Poznań moich danych osobowych i informacji stanowiących tajemnicę bankową w celu umożliwienia wykonywania umowy ubezpieczenia, do której przystąpiłem oraz umożliwienia wykonania przez Concordia Polska TUW obowiązków ubezpieczyciela w związku z dochodzeniem przeze mnie roszczenia z tytułu tej umowy ubezpieczenia.

Uprawniony do odbioru świadczenia (dot. Pakietu Bezpieczny Podróżnik):

imiona | nazwisko

PESEL

☐ Duplikat karty

Proszę o wydanie:

☐ duplikatu karty z nowym numerem PIN

☐ duplikatu karty bez nowego numeru PIN

☐ nowego numeru PIN

Numer karty: |__|__|__|__| - |__|__|__|__| - |__|__|__|__| - |__|__|__|__|

Dane posiadacza rachunku/użytkownika karty:

imiona | nazwisko

PESEL

imię i nazwisko nadrukowane na karcie: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

nazwa firmy nadrukowana na karcie (maksymalnie 21 znaków) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

miejscowość, data

pieczątka i podpisy osób reprezentujących posiadacza rachunku | stempel funkcyjny i podpisy pracownika placówki banku przyjmującego wniosek

---

Potwierdzam odbiór zamówionego duplikatu Karty

miejscowość, data | podpis posiadacza rachunku /użytkownika karty

**) proszę wstawić znak X w wybrane pole*