Bank Spółdzielczy w Kościerzynie

WNIOSEK
o wydanie międzynarodowej debetowej karty płatniczej dla osób fizycznych

Prosimy o staranne wypełnienie wniosku używając drukowanych liter. Wniosek wypełniony nieczytelnie nie będzie rozpatrzony.

Pieczęć Placówki Banku

Proszę o wydanie karty:
☐ Maestro ☐ Visa Electron ☐ Visa Electron ,,młodzieżowa''
(proszę postawić znak X w wybranym polu – należy wybrać tylko jedną z wymienionych kart)

I. Dane personalne Posiadacza rachunku

imię | nazwisko

nr rachunku: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

II. Dane personalne Użytkownika karty

imię | nazwisko

imię i nazwisko do umieszczenia na karcie (maks. 21 znaków)

nr PESEL: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

seria i numer dowodu tożsamości: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

data urodzenia (dd/mm/rrrr): |__|__| - |__|__| - |__|__|__|__| miejsce urodzenia:

obywatelstwo: | imię ojca:

imię matki | nazwisko panieńskie matki:

Adres stałego zameldowania

kod: |__|__|-|__|__|__| poczta: | miejscowość:

ulica: | nr domu/mieszkania

tel. stacjonarny: | tel. komórkowy:

Adres do korespondencji (proszę wypełnić jedynie w przypadku, gdy adres do korespondencji jest inny niż adres stałego zameldowania)

kod: |__|__|-|__|__|__| poczta: | miejscowość:

ulica: | nr domu/mieszkania

III. Deklaracja Wnioskodawcy

Oświadczam, że:

1. Wszystkie podane we Wniosku dane są prawdziwe i zobowiązuję się do niezwłocznego zawiadomienia Banku w przypadku ich zmiany.
2. Zapoznałam/em się z treścią „Regulaminu świadczenia usług w zakresie prowadzenia rachunków bankowych, wydawania kart do rachunków oraz usług bankowości elektronicznej dla klientów indywidualnych, SKO i PKZP w Banku Spółdzielczym w Kościerzynie", której dotyczy niniejszy wniosek i akceptuję jego treść.

3. Wyrażam zgodę na udostępnienie danych personalnych zawartych we Wniosku innym wydawcom kart płatniczych oraz ich organizacjom, w celu zapobiegania fałszerstwom i nadużyciom związanym z używaniem kart.
4. PEŁNOMOCNICTWO: Udzielam niniejszym pełnomocnictwa osobie wymienionej we wniosku do dokonywania w moim imieniu i na moją rzecz przy użyciu Karty, której dotyczy niniejszy Wniosek, operacji określonych w umowie o kartę płatniczą oraz Regulaminie. Jednocześnie zrzekam się prawa do odwołania pełnomocnictwa do momentu zwrotu do Banku karty wydanej pełnomocnikowi lub jej skutecznego zastrzeżenia*

5. Proszę o ustalenie dziennych limitów:

limit wypłat gotówki _____ zł limit operacji bezgotówkowych _____ zł

6. Proszę o: ☐ przesyłanie/ ☐ nie przesyłanie miesięcznych zestawień transakcji
7. ☐ Wyrażam zgodę/ ☐ nie wyrażam zgody na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów marketingowych, promocyjnych i statystycznych przez Bank Spółdzielczy oraz/lub Gospodarczy Bank Wielkopolski S.A. w Poznaniu. Zgoda ta obejmuje również przetwarzanie moich danych osobowych w przyszłości, jeżeli nie zmieni się cel przetwarzania.

8. Oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia:
   1) Ja, niżej podpisana/y ☐ przystępuję/ ☐ nie przystępuję do odpłatnych Pakietów Ubezpieczeń:

   2)
   ☐ Bezpieczna Karta – wariant: ☐ Classic lub ☐ Gold
   ☐ Bezpieczny Podróżnik - wariant: ☐ Classic lub ☐ Gold
   ☐ Bezpieczna Karta i Bezpieczny Podróżnik- wariant: ☐ Classic lub ☐ 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.

   3) uprawniony do odbioru świadczenia (Pakiet Bezpieczny Podróżnik)

   imię _____ nazwisko _____ PESEL: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

   4) Niniejszym upoważniam Bank do obciążania mojego rachunku, do którego wydano Kartę kwotami wynikającymi z tytułu ubezpieczenia, o którym mowa w pkt. 8 a.
   5) Upoważnienie dla Banku (w przypadku przystąpienia do ubezpieczenia): 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.
9. Odbiorę kartę w Oddziale Banku.

_____	_____	_____
(Użytkownika karty)*	Miejscowość, data	Podpis Posiadacza Rachunku/Przedstawiciela Ustawowego***

* dotyczy karty wydanej Pełnomocnikowi
** w przypadku kart wydawanych osobie małoletniej limity operacji gotówkowych i bezgotówkowych nie mogą być większe niż po 500 zł
*** dotyczy, jeżeli karta będzie wydawana osobie małoletniej

W przypadku wyboru opcji prosimy o zaznaczenie znaku X we właściwym polu