Załącznik nr 7 do Instrukcji służbowej 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.

Spółdzielcza Grupa Bankowa

WNIOSEK
o zmianę usług w ramach Rachunku / Kart

Nazwa Placówki Banku prowadzącej Rachunek:

Dane Posiadacza Rachunku:

Numer Rachunku |_ _|_ _|_ _ _|_ _ _ _|_ _ _ _|_ _ _ _|_ _ _ _|

imiona

nazwisko

PESEL

☐ 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
- ☐ dla Karty nr |_ _|_ _|_ _|_ _| - |_ _|_ _|_ _|_ _| - |_ _|_ _|_ _|_ _| - |_ _|_ _|_ _|_ _|
  rezygnuję z otrzymywania ☐, prosi o generowanie i wysyłkę zestawień transakcji ☐

☐ Zmiana limitów dziennych Karty

Nowe limity dla Karty:
|_ _|_ _|_ _|_ _| - |_ _|_ _|_ _|_ _| - |_ _|_ _|_ _|_ _| - |_ _|_ _|_ _|_ _|

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

☐ Rezygnacja ze wznowienia Karty

Proszę o nie wznawianie Karty numer:
|_ _|_ _|_ _|_ _| - |_ _|_ _|_ _|_ _| - |_ _|_ _|_ _|_ _| - |_ _|_ _|_ _|_ _|
|

☐ Ubezpieczenia

Przystępuję ☐ / nie przystępuję ☐ do Ubezpieczenia zmiana zakresu Ubezpieczenia ☐ :

Imię i nazwisko Posiadacza/Użytkownika	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:

☐ z nowym PIN - em

☐ bez nowego PIN - u

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

Dane Posiadacza / Użytkownika karty:

imiona | nazwisko

PESEL

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

Miejscowość, data

Podpis Posiadacza/Posiadaczy | Pieczątka i podpis pracownika Placówki Banku

---

Potwierdzam odbiór zamówionego duplikatu karty

Miejscowość, data | Podpis Posiadacza / Użytkownika karty