



Spółdzielcza Grupa Bankowa

WNIOSEK

o Kartę Visa Business Electron/Visa Business Electron payWave

Prosimy o staranne wypełnienie niniejszego wniosku używając drukowanych liter.

stempel nagłówkowy placówki banku

Proszę o wydanie karty¹:

Karty bez funkcji zbliżeniowej: Visa Business Electron

Karty z funkcją zbliżeniową: Visa Business Electron payWave

(proszę postawić znak X w wybranym polu – należy wybrać tylko jedną z wymienionych kart)

I. Dane posiadacza rachunku

imię i nazwisko/nazwa i siedziba posiadacza rachunku

nr rachunku

nazwa firmy nadrukowana na karcie (maksymalnie 21 znaków)

Adres/siedziba posiadacza rachunku

kod: - poczta: miejscowość:

ulica: nr domu/mieszkania

II. Dane personalne użytkownika karty

imię nazwisko

imię i nazwisko do umieszczenia na karcie (max 21 znaków)

nr PESEL: seria i nr 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

¹ Dla kart Visa Business Electron payWave usługa 3D-Secure zostanie udostępniona od dnia 1 lipca 2013 r.

III. Deklaracja wnioskodawcy/użytkownika

Oświadczam, że:

1. Wszystkie podane we wniosku dane są prawdziwe i zobowiązuję się do niezwłocznego zawiadomienia banku w przypadku ich zmiany.
2. Zapoznałem się z treścią „Regulaminu świadczenia usług w zakresie prowadzenia rachunków bankowych, wydawania kart do rachunków oraz usług bankowości elektronicznej dla klientów instytucjonalnych w Banku Spółdzielczym w Halinowie”, w zakresie funkcjonowania karty, 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 operacji 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. Hasło tymczasowe do 3D-Secure (dotyczy kart Visa Business Electron): (max ... znaków)

6. Proszę o ustalenie dziennych limitów:

limit wypłat gotówki [] zł limit operacji bezgotówkowych [] zł

7. Proszę o: przesyłanie/ nie przesyłanie miesięcznych zestawień transakcji*).

8. Bank informuje, iż przetwarza Pani/a dane osobowe w celu podjęcia niezbędnych działań związanych z zawarciem i wykonaniem umowy. Dane te są przeznaczone dla banku oraz mogą być przekazane podmiotom wymienionym w art. 105 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Prawo bankowe (Dz. U. z 2002 r. Nr 72, poz. 665 z późn. zm.) oraz SGB-Bankowi S.A., bankowi zrzeczającemu z siedzibą w Poznaniu, a także:

9. Administratorem przekazanych przez Panią/a danych osobowych jest

Bank Spółdzielczy w Halinowie

nazwa i adres banku – administratora

9. Bank informuje również, że przysługuje Pani/u prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże ich podanie warunkuje zawarcie i realizację umowy.

10. Niniejszym wyrażam / nie wyrażam zgody*) **) na przetwarzanie przez bank moich danych osobowych dla celów marketingowych, promocyjnych i statystycznych zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.). Zgoda ta obejmuje również przetwarzanie moich danych osobowych w przyszłości, jeżeli nie zmieni się cel przetwarzania.

11. Oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia:

1) Ubezpieczenia dodane do karty: (dla karty Karty Visa Business Electron payWave) - Bezpieczna Karta dla klienta oraz Concordia Visa Assistance, w Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych na warunkach zawartych w Szczegółowych warunkach ubezpieczenia Pakiet Bezpieczna Karta dla klienta oraz Concordia Visa Assistance

przystępuję/ nie przystępuję do pakietów ubezpieczeń.

Oświadczam, że otrzymałem ww. Warunki ubezpieczenia akceptuję ich treść.

2) Ubezpieczenia dodatkowe dla kart Visa Business Electron

ja, niżej podpisana/y

a) przystępuję/ nie przystępuję*) do pakietów ubezpieczeń (dla kart Visa Business Electron i Visa Business Electron payWave):

Bezpieczna Karta – wariant:

Bezpieczny Podróżnik - wariant:

Bezpieczna Karta i
Bezpieczny Podróżnik- wariant:

Classic lub Gold

Classic lub Gold

Classic lub Gold

w Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych na warunkach zawartych w Szczegółowych Warunkach Ubezpieczenia Pakiet Bezpieczna Karta oraz Pakiet Bezpieczny Podróżnik. Niniejszym upoważniam bank do obciążania mojego rachunku, do którego wydano kartę kwotami wynikającymi z tytułu ww. ubezpieczenia

Oświadczam, że otrzymałam/em ww Warunki ubezpieczenia i akceptuję ich treść.

Oświadczam, że otrzymałam/em ww Warunki ubezpieczenia i akceptuję ich treść.

Uprawniony do odbioru świadczenia (Pakiet Bezpieczny Podróżnik)

Imię [] nazwisko [] PESEL: []

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 T UW obowiązków ubezpieczyciela w związku z dochodzeniem przeze mnie roszczenia z tytułu tej umowy ubezpieczenia.

12. Odbiór karty: w placówce banku,
 wysyłka na adres do korespondencji*):

wskazany we wniosku o otwarcie rachunku adres do korespondencji użytkownika

Karty Visa Business Electron payWave oraz duplikaty tych kart wysłane do klienta wymagają aktywacji poprzez dokonanie pierwszej transakcji z użyciem PIN.

[] podpis pełnomocnika* (użytkownika karty)

[] miejscowość, data

[] pieczętka i podpisy osób reprezentujących posiadacza rachunku

*) proszę wstawić znak X w wybrane pole

**) zgoda na przetwarzanie danych osobowych dotyczy wyłącznie przedsiębiorcy będącego osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą oraz rolnika indywidualnego

***W przypadku rezygnacji ze wznowienia karty wydanej dla użytkownika karty, niniejszy formularz podpisany jest przez posiadacza lub użytkownika

Adnotacje banku (dotyczy kart dostarczonych do placówki):

Wniosek przyjęto dnia: | | | | - | | | | - | | | | | |

| | | | | |
stempel funkcyjny i podpis pracownika
placówki banku

Kartę wydano:

Potwierdzam odbiór karty o numerze | | | | | | | | - | | | | | | | | - | | | | | | | | - | | | | | | | | ,

| | | | | | | | miejscowość, data | | | | | | | | podpis posiadacza karty/użytkownika | | | | | | | | stempel funkcyjny i podpis pracownika
karty placówki banku

Kartę wysłano:

Numer karty | | | | | | | | - | | | | | | | | - | | | | | | | | - | | | | | | | | ,

| | | | | | | | miejscowość, data | | | | | | | | stempel funkcyjny i podpis pracownika
placówki banku

Potwierdzenie odbioru kart wznowionych:

| | | | | | | | miejscowość, data | | | | | | | | podpis posiadacza karty/użytkownika | | | | | | | | stempel funkcyjny i podpis pracownika
karty placówki banku

| | | | | | | | miejscowość, data | | | | | | | | podpis posiadacza karty/użytkownika | | | | | | | | stempel funkcyjny i podpis pracownika
karty placówki banku

Kartę wznowioną wysłano:

| | | | | | | | miejscowość, data | | | | | | | | stempel funkcyjny i podpis pracownika
placówki banku

Adnotacje banku

Posiadacz zrezygnował ze wznowienia karty*** w dniu : | | | | | | - | | | | | | - | | | | | | | |

| | | | | | | | miejscowość, data | | | | | | | | podpis posiadacza | | | | | | | | stempel funkcyjny i podpis pracownika
placówki banku

*) proszę wstawić znak X w wybrane pole
**) zgoda na przetwarzanie danych osobowych dotyczy wyłącznie przedsiębiorcy będącego osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą oraz rolnika indywidualnego
***W przypadku rezygnacji ze wznowienia karty wydanej dla użytkownika karty, niniejszy formularz podpisywany jest przez posiadacza lub użytkownika