



**Bank Spółdzielczy
w Pszczółkach**

Bank
oddział
data wniosku
numer wniosku

Wniosek o kartę kredytową oraz przyznanie limitu

Czytelnie wypełnij wniosek. Znakiem „X” zaznacz odpowiednie informacje w polach wyboru .
Jeśli będziesz miał/miała wątpliwości podczas wypełniania wniosku, zwróć się do naszego pracownika.

Rodzaj karty: Visa Mastercard Mastercard Gold

Kwota kredytu: _____ PLN

Zabezpieczenie kredytu: kredyt bez zabezpieczeń weksel własny in blanco
 pełnomocnictwo do rachunku _____ inne

WŁAŚCICIEL karty głównej

Imię i nazwisko do umieszczenia na karcie (max.21 znaków): _____

Limit dzienny transakcji bezgotówkowych: _____ PLN w tym dla:

transakcji MOTO _____ PLN

- zamówień e-mail/telefonicznych:
transakcji internetowych: _____ PLN

Limit dzienny wypłat gotówki: _____ PLN

Nr telefonu komórkowego: |_|_|_|-|_|_|-|_|_|
(pole obowiązkowe dla kart Mastercard Gold)

Miejsce odbioru karty: odbiór osobisty w banku za pośrednictwem poczty

Sposób dostarczenia nr PIN pisemnie na podany adres korespondencyjny

To działam za pomocą SMS na telefon komórkowy o numerze
|_|_|_|-|_|_|-|_|_|

WNIOSKODAWCA – który nie jest posiadaczem karty głównej

Oświadczam, że:

- Rezygnuję z dodatkowej karty kredytowej Ubiegam, się o dodatkową kartę kredytową na podstawie odrębnego wniosku

Oświadczam, że wszystkie podane we wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym. Mam świadomość odpowiedzialności prawnej opisanej w art. 297 Kodeksu karnego.

| _____
Twoje imię/imiona i nazwisko PESEL podpis klienta

Adnotacje banku:

Numer rachunku karty: |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

Nadano nr karty: |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| _____
data, stempel funkcyjny i podpis
pracownika banku

Potwierdzenie odbioru karty: _____
data i podpis posiadacza
karty

Potwierdzenie wydania karty: _____
data, stempel funkcyjny i podpis
pracownika banku



**Bank Spółdzielczy
w Pszczółkach**

Bank
oddział
data wniosku
numer wniosku

Wniosek o wydanie karty dodatkowej - kredytowej

Czytelnie wypełnij wniosek. Znakiem „X” zaznacz odpowiednie informacje w polach wyboru .
Jeśli będziesz miał/miała wątpliwości podczas wypełniania wniosku, zwróć się do naszego pracownika.

Rodzaj karty: Visa Mastercard Mastercard Gold

WNIOSKODAWCA - użytkownik karty dodatkowej

Imię / Imiona: _____

Nazwisko: _____

Imię i nazwisko do
umieszczenia
na karcie (max.21 znaków): _____

Data urodzenia: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

Miejsce urodzenia: _____

Nazwisko panięńskie matki: _____

PESEL: _____

Obywatelstwo: _____

Dokument tożsamości: dowód osobisty dokument mObywatel
(mDowód) paszport inny, jaki? _____

Seria i numer dokumentu
tożsamości: _____

Adres zameldowania:

miejsowość: _____

ulica / nr domu / mieszkania: _____

kod pocztowy / poczta: _____

|_|_|-|_|_|_| _____

Adres zamieszkania:

miejsowość: _____

ulica / nr domu / mieszkania: _____

kod pocztowy / poczta: _____

|_|_|-|_|_|_| _____

Adres do korespondencji:

miejsowość: _____

ulica / nr domu / mieszkania: _____

kod pocztowy / poczta: _____

|_|_|-|_|_|_| _____

Nr telefonu komórkowego:

(pole obowiązkowe dla karty
Mastercard Gold)

|_|_|_|-|_|_|_|-|_|_|_|

Adres e-mail:

**Limit dzienny transakcji
bezgotówkowych:**

_____ PLN w tym dla:

transakcji MOTO

_____ PLN

- zamówień e-mail/telefonicznych:

transakcji internetowych:

_____ PLN

Limit dzienny wypłat gotówki:

_____ PLN

Miejsce odbioru karty:

odbiór osobisty w banku / za pośrednictwem poczty

Sposób dostarczenia nr PIN

pisemnie na podany adres korespondencyjny

za pomocą SMS na telefon komórkowy o numerze

|_|_|_|-|_|_|_|-|_|_|_|

hasło do pobrania PIN-u przez SMS (max 64 znaki, bez polskich znaków)

**Zawiadomienie o zmianach
regulaminu, taryfy w postaci:***

- komunikatu przesyłanego Tobie na wskazany adres poczty elektronicznej lub
- pisemnie na wskazany adres korespondencyjny

numer wniosku: _____

1. Przystąpienie do ubezpieczenia dla użytkowników kart kredytowych Mastercard Gold:
 - 1) Przed złożeniem wniosku otrzymałem(-am)/ nie otrzymałem(-am) informacje o produkcie ubezpieczeniowym świadczonym za pośrednictwem banku, w tym:
 - a) zakres ubezpieczenia,
 - b) wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa ubezpieczeń,
 - c) sposób ustalania oraz zasady wypłaty świadczenia/odszkodowania ubezpieczeniowego,
 - d) wyłączenia i ograniczenia dotyczące wysokości świadczenia/odszkodowania i karencji,
 - e) wysokość ponoszonych kosztów związanych z ubezpieczeniem,
 - f) zasady składania i rozpatrywania reklamacji,
 - 2) przystępuję do darmowego pakietu ubezpieczeń, który obejmuje:
 - a) szczegółowe warunki ubezpieczenia – ubezpieczenie kart dla klienta,
 - b) szczegółowe warunki ubezpieczenia – ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków w podróży zagranicznej, otrzymałem(-am)/ nie otrzymałem(-am) szczegółowe/owych warunki/ów ww. ubezpieczeń oferowanych do karty oraz karty produktów i je akceptuję.
2. Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody, aby bank przekazał firmie Generali Towarzystwo Ubezpieczeń SA, z siedzibą przy ul. Senatorska 18, 00-082 Warszawa, moje dane osobowe i informacje, które są tajemnicą bankową, w celu wykonywania umowy ubezpieczenia, do której przystąpiłem oraz wykonania przez Generali TU SA obowiązków ubezpieczyciela w związku z dochodzeniem przeze mnie roszczenia z tytułu tej umowy ubezpieczenia.
3. Zostałem(-am)/ nie zostałem(-am) poinformowany o miejscu i terminie odbioru karty.
4. Zgadzam się/ nie zgadzam się na udostępnianie danych osobowych zawartych we wniosku innym wydawcom kart płatniczych oraz ich organizacjom, aby zapobiegać fałszerstwom i nadużyciom związanym z używaniem kart.
5. Zgadzam się /nie zgadzam się , aby otrzymywać od Was telefonicznie, w tym wiadomościami SMS i MMS, na podany przeze mnie numer telefonu, informacje handlowe i marketingowe, w szczególności o promocjach, konkursach i loteriach oraz nowych i aktualnych produktach,**
6. Zgadzam się /nie zgadzam się na otrzymywanie od banku informacji handlowych i marketingowych, w szczególności o promocjach, konkursach i loteriach oraz nowych i aktualnych produktach banku za pośrednictwem kontaktu telefonicznego, wiadomości SMS i MMS, na podany przeze mnie numer telefonu.**
7. Zgadzam się /nie zgadzam się , abyście przetwarzali moje dane osobowe, aby wysyłać do mnie informacje handlowe i marketingowe od partnerów Zrzeszenia SGB wskazanych na stronie: <https://www.sgb.pl/grupa-sgb/partnerzy-sgb/>. Informacje będą dotyczyły w szczególności o ofert produktowych tych partnerów, promocji, konkursów i loterii oraz nowych i aktualnych produktów. Informacje otrzymam przez bankowość internetową, mobilną, pocztę elektroniczną, kanał bankomatowy.***
8. Zgadzam się / nie zgadzam się , abyście przetwarzali moje dane osobowe, aby prowadzić marketing produktów własnych po okresie obowiązywania umowy zawartej przeze mnie z bankiem,**
9. Otrzymałam(-em) nie otrzymałam(-em) klauzulę informacyjną administratora danych osobowych.**

Każdą z wyżej wyrażonych zgód mogę w dowolnym momencie bezpłatnie cofnąć.

*) wypełnia posiadacz karty będący kredytobiorcą

***) wypełnia posiadacz karty niebędący kredytobiorcą

