**Wniosek o wydanie karty kredytowej business**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane Wnioskodawcy** | | | | | |
| **Nazwa firmy** | |  | | **NIP lub REGON** |  |
| **Nazwa firmy na karcie (wypełnić jeśli ulega zmianie, maks. 25 znaków)** | |  | | | |
| **NRB, do którego wydać Kartę** | |  | | | |
| **Dane identyfikacyjne Użytkownika karty** | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko** | |  | **PESEL** | |  |
| **Numer dokumentu tożsamości** | |  | **Rodzaj dokumentu toż.** | |  |
| **Dane dotyczące karty** | | | | | | |
| **Imię i nazwisko na karcie** | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | | | | | |
| **Limit karty (miesięczny)** | PLN  Do wysokości Dostępnego limitu kredytowego | | | | | |
| **Sposób wysyłki karty**  **i numeru PIN** | Wysyłka karty pocztą i PIN SMS-em  Wysyłka karty i PIN pocztą  Wysyłka karty kurierem (płatne dodatkowo) i PIN SMS-em na:  Wysyłka karty i PIN kurierem (płatne dodatkowo)  na numer telefonu +48 | | | | | |
| **Limity dzienne:**  - transakcji gotówkowych  - transakcji bezgotówkowych  - transakcji internetowych | PLN  Do wysokości Dostępnego limitu kredytowego        PLN  Do wysokości Dostępnego limitu kredytowego        PLN  Do wysokości Dostępnego limitu kredytowego | | | | | |

WZÓR PODPISU UŻYTKOWNIKA KARTY

WZÓR PODPISU UŻYTKOWNIKA KARTY

|  |
| --- |
| **Oświadczenia i zgody** |

1. Oświadczam, że wszystkie podane we Wniosku informacje są prawdziwe i kompletne i jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Banku w przypadku ich zmiany.
2. Oświadczam, że przed złożeniem Wniosku otrzymałem/am i zapoznałem/am się z postanowieniami Regulamin wydawania i użytkowania karty kredytowej typu business i Taryfą, które stanowią integralną część Umowy oraz uznaję ich wiążący charakter.
3. Potwierdzam/y, że zostałem/am poinformowany/a przez Bank Ochrony Środowiska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Żelazna 32, że dane osobowe mogą być przekazane podmiotom świadczącym usługi związane z działalnością Banku w zakresie: przygotowania karty kredytowej oraz administracji i obsługi systemu kartowego, druku Zestawień transakcji i innych dokumentów papierowych wymaganych przy realizacji Umowy, usług ubezpieczeniowych - aktualna lista podmiotów współpracujących z Bankiem jest udostępniana na stronie internetowej www.bosbank.pl; w trakcie trwania Umowy Bank ma prawo do zmiany lub powierzenia kolejnych usług związanych z wydawaniem i obsługą kart podmiotom zewnętrznym bez konieczności uzyskiwania zgody Posiadacza/Użytkownika karty.

|  |
| --- |
| **DEKLARACJA ZGODY NA OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ W RAMACH UBEZPIECZENIA PODRÓŻY**  **dla Posiadaczy karty Mastercard Business wydanych przez Bank Ochrony Środowiska** |

1. Oświadczam, że **otrzymałem Szczególne Warunki Ubezpieczenia** (dalej „SWU”) dla Posiadaczy karty MasterCard *Business BOŚ Banku* oraz że **wyrażam wolę przystąpienia do Umowy ubezpieczenia** zawartej pomiędzy **Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce z siedzibą ul. Chłodna 51,** (dalej „Ubezpieczyciel”), a Bankiem Ochrony Środowiska, na podstawie tych warunków ubezpieczenia.
2. Oświadczam, iż otrzymałem informację, o której mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (skorowidz **stanowiący** integralną część SWU).
3. Oświadczam, iż otrzymałem Kartę Produktu przygotowaną przez Ubezpieczyciela zgodnie z Rekomendacją U z dnia 24 czerwca 2014 r. dotyczącą dobrych praktyk w zakresie bancassurance wydaną przez Komisję Nadzoru Finansowego.
4. Oświadczam, ze zostałem poinformowany, że administratorem moich danych osobowych przekazanych w związku z przystąpieniem do ubezpieczenia jest Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce z siedzibą ul. Chłodna 51, będąca oddziałem Inter Partner Assistance S.A. z siedzibą w Brukseli. **Jednocześnie zostałem poinformowany, iż moje Dane nie będą pobierane, ani przekazywane do Ubezpieczyciela, wcześniej niż w chwili zgłoszenia się do Ubezpieczyciela w celu uzyskania świadczenia.**
5. Dane przetwarzane są w celu wykonania umowy ubezpieczenia oraz w celach analitycznych.
6. Przyjmuję do wiadomości, ze że przysługuje mi prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Ubezpieczyciela moich danych osobowych dotyczących stanu zdrowia w zakresie niezbędnym do udzielenia mi świadczeń ubezpieczeniowych.
8. Upoważniam niniejszym Ubezpieczyciela do występowania do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych o udzielnie informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych danych o stanie zdrowia oraz ustaleniem prawa do świadczeń z umowy ubezpieczenia i ich wysokości.
9. Oświadczam, iż wszystkie informacje podane w deklaracji przystąpienia i innych dokumentach składanych w związku z przystąpieniem do ubezpieczenia są prawdziwe.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |
| *Posiadacz kary: pieczęć firmowa i podpis osoby uprawnionej* | | *pieczęć imienna i podpis pracownika Banku przyjmującego Wniosek i stwierdzającego autentyczność podpisów* |
|  |

*Podpis Użytkownika Karty*