

**MODULO CONTESTAZIONE IMPORTI
(CLAIM FORM)**

**BNL Gruppo BNP Paribas
Business Partner Italia
Banca Digitale e Monetica
Via degli Aldobrandeschi, 300
00163 ROMA
Fax 06.66470704**

NOME E COGNOME _____
(Name/First Name)
NUMERO DI TELEFONO _____
(phone number)
CARTA N. _____
(Card No.)
INDIRIZZO E-MAIL _____@_____
(E-mail address)
N° POLIZZA Card No Problem _____
(Insurance contract No.)

DATI RELATIVI ALLE TRANSAZIONI CONTESTATE (details about claimed transactions):

Data Operazione (<i>transaction date</i>)	Importo operazione in valuta originaria (<i>transaction in original amount</i>)	Importo operazione valuta euro (<i>transaction in euro amount</i>)	Nome esercente (<i>merchant name</i>)	Località esercente (<i>merchant location</i>)

- Al fine di garantire la corretta gestione della pratica, si raccomanda di:
(In order to process the claim correctly, you are requested to):
- Compilare l'allegato/i di riferimento avendo cura di verificare l'esattezza dei dati riportati;
(to fill out the required attached form/s):
- Firmare i moduli debitamente compilati ed inviarli via posta/fax all'Ufficio Dispute di Banca Nazionale del Lavoro all'indirizzo sopra indicato.
(to sign the form/s and send it/them to address shown on top).

NOTA BENE: fare particolare attenzione alla documentazione da allegare, diversa per ciascuna casistica: in mancanza della documentazione richiesta, la pratica potrebbe non essere accolta dai circuiti internazionali. Qualora uno o più documenti richiesti non fossero in suo possesso, la preghiamo di dichiararlo nel campo note qui sotto.

NOTE/COMMENTI/ALTRI MOTIVI DI CONTESTAZIONE:
(COMMENTS)

Data _____ Firma _____ **(valido solo se firmato dal titolare della carta)**
(date of declaration) (signature) (the present form will be valid only if signed by the credit card owner)