



FORMULÁRIO DE CONTESTAÇÃO PERDA / ROUBO

LEIA ATENTAMENTE ESSE FORMULÁRIO ANTES DE PREENCHÊ-LO.
É OBRIGATÓRIO A ASSINATURA NO FINAL DO DOCUMENTO.

DADOS PESSOAIS

Nome do titular do cartão:		
Nome do adicional:		
Quatro últimos números do cartão:	CPF:	
Telefone residencial:	Telefone Comercial:	
Endereço:	Bairro:	
Cidade:	CEP:	Estado:

Declaro que não reconheço e não autorizei a(s) transação(ões) relacionadas abaixo:

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR

Assinale este campo somente quando necessitar de mais espaço para descrição das transações não autorizadas (utilizar uma cópia deste formulário para a inclusão de mais transações).

FAVOR ASSINALAR O MOTIVO DA CONTESTAÇÃO

1	<p><input type="checkbox"/> A(s) transação(ões) não é(são) do meu conhecimento e não foi(ram) por mim autorizada(s). Informo que não estou de posse do meu cartão, pois o mesmo foi:</p> <p><input type="checkbox"/> Perdido <input type="checkbox"/> Roubado</p> <p>Informar a data: _____, local: _____</p> <p>A polícia foi comunicada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não.</p> <p>Se sim, por favor, anexar os seguintes documentos: cópia do RG, CPF (ou CNH) e do Boletim de Ocorrência (B.O.). Preencher os dados abaixo:</p> <p>Data da Ocorrência (B.O.): _____, local: _____</p> <p>Nº do B.O.: _____ Cidade: _____ Delegacia: _____</p>
----------	--

Tenho ciência de que é direito do Emissor do Cartão investigar o uso indevido ou não autorizado do meu cartão de crédito e estou em pleno acordo em cooperar com qualquer processo de verificação de compras efetuadas mediante uso indevido do meu cartão e dos meus adicionais (caso o tenha). Declaro também, estar ciente de que a presente contestação poderá gerar a necessidade de fornecer informações às autoridades policiais, à justiça ou a ambos.

Estou ciente e me responsabilizo por todas as informações acima declaradas.

, de de .

Assinatura do Titular do Cartão
(Igual a do cartão utilizado)

Assinatura do Portador Adicional
(Igual a do cartão utilizado)

Obs.: Caso a(s) despesa(s) tenha(m) sido feita(s) no cartão adicional, o titular também deverá assinar o formulário.

Por determinação das Bandeiras do Cartão BV, a ausência da assinatura do cliente neste formulário acarretará no não atendimento da solicitação.

IMPORTANTE:

O cliente tem o prazo de 7 (sete) dias para contestar as despesas, a contar da data que ocorreu a transação indevida. O não envio da carta em um prazo máximo de 5 (cinco) dias da reclamação via Fone BV implicará na possibilidade de reinclusão da(s) despesa(s) contestada(s), com os devidos encargos. A carta deverá ser enviada devidamente preenchida e assinada para o e-mail: formulario@bv.com.br. Caso prefira, você pode enviar para o Suporte Operacional: Caixa Postal 129, São Bernardo do Campo/SP – CEP 09720-971.

ATENDIMENTO BV

Na app

Meu Cartão BV



No Facebook

fb.com/minhabv

No site

bv.com.br/minhabv

Nos fones

3003 7728

Capitais e regiões metropolitanas

0800 777 2828

Demais localidades

SAC - Informações, reclamações e cancelamentos: 0800 772 8028 ou 0800 771 0755 (especial para deficientes auditivos e de fala).

Ouvidoria: de segunda a sexta, das 9h às 18h, exceto feriados nacionais. 0800 707 0083 ou 0800 771 0755 (especial para deficientes auditivos e de fala), 24h por dia, 7 dias por semana..