

SKADEANMÄLAN FÖR FÖRSÄKRINGAR FÖR KÖP INHANDLADE MED KORT

För att snabba på handläggningen av ersättningsansökan vänligen bifoga dessa bilagor till skadeanmälan: **1. Inköpskvitto**, **2.**

Kreditkortsfaktura/kreditkortsräkning eller annat verifikat där det framgår hur produkten har betalats, **3. Uppskattning av reparationskostnader**, ifall Ni söker ersättning för skadad produkt (Köpskyddsförsäkringen) samt **4. Reklam** eller erbjudande eller annan utredning med det lägre priset, ifall Ni söker ersättning från Prisskyddsförsäkringen.

VÄNLIGEN , FYLL I BLANKETTEN OMSORGSFULLT

Uppgifter om försäkringen	<input type="checkbox"/> Jag söker ersättning från Köpskyddsförsäkringen	<input type="checkbox"/> Jag söker ersättning från Prisskyddsförsäkringen

Personuppgifter (ersättningssökande)	Namn	Personnummer/Personbeteckning	
	Adress	Postnummer	Postkontor
	E-postadress:får Ni kontaktas per e-post?	<input type="checkbox"/> Ja	Telefonnummer
	Bank och kontonummer	<input type="checkbox"/> Nej	Vems konto, om inte ersättningssökandes?

Information om den köpta produkten	Produktens inköpsdag	Köpt produkt (märke, modellnamn och/eller nummer)
	Produktens inköpspris	Produktens försäljare (affärens namn och adress)

Uppgifter om skadan	Ifall Ni söker ersättning från Köpskyddsförsäkringen:		
	Datum för skadan	Uppskattning av reparationskostnader:	
	Ifall Ni söker ersättning från Prisskyddsförsäkringen:		
	Lägre pris	Datum, då det lägre priset fanns tillgängligt	Instans som erbjuder produkten till lägre pris:
	Kort beskrivning av skadefallet		
<input type="checkbox"/> fortsätter på separat bilaga			
Ersättningskrav	Har Ni en liknande försäkring för denna typ av skadefall? <input type="checkbox"/> Ja, bolag: <input type="checkbox"/> Nej		

Underskrift	Jag försäkrar att uppgifterna i denna anmälan är korrekta. Jag samtycker även till att läkare, Folkpensionsanstalten eller Försäkringskassan eller andra instanser eller personer som har uppgifter om mig och mitt hälsotillstånd har rätt att lämna uppgifter till bolaget som kan anses vara nödvändiga för handläggningen av detta ärende. Jag samtycker till att Chartis Europe S.A. filial i Finland och dess representanter får behandla mina personuppgifter (även känsliga uppgifter) i enlighet med försäkringsvillkoren för handläggningen av ersättningsansökan och för att betala försäkringsersättning.	
	Ort och datum	Underskrift (ersättningssökande)

Försäkringsbolag	Chartis Europe S.A. (Finland) Kaserngatan 44 FIN-00130 HELSINGFORS finlandclaims@chartisinsurance.com	Tel: +358 9 25271191 (Må-Fr 9-21, Lö-Sö 10-16) Fax: + 358 9 25271111 E-Mail: alandsbanken@fi.sos.eu