

Chartis Europe S.A. (Finland Branch)
Kasarmikatu 44
FI-00130 Helsinki
Finland



Kundtjänst: +358 9 2527 1191 (Mån-Fre 9-21, Lör-Sön 10-16)
Fax: +358 9 2527 1111
E-post: finlandclaims@chartisinsurance.com

SKADEANMÄLNINGSBLANKETT FÖR KÖPSKYDDSFÖRSÄKRINGEN OCH PRISSKYDDSFÖRSÄKRINGEN

INSTRUKTIONER FÖR ERSÄTTNINGSSÖKANDEN

Vänligen fyll i blanketten noggrant.

För snabbare behandling av Er ärende ber vi Er skicka följande bilagor med skadeanmälan: 1. inköpskvitto, 2. kreditkortsfaktura eller annat verifikat där det framgår hur produkten har betalats, 3. uppskattning av reparationskostnader, ifall Ni söker ersättning för skadad produkt (Köpskyddsförsäkring) samt 4. reklam, erbjudande eller annan utredning med det lägre priset, ifall Ni söker ersättning från Prisskyddsförsäkring.

Skadeanmälan med bilagor skickas till:

(Inom Finland, portot betalt)
Chartis Europe S.A.
Tunnus 5008951
00003 Vastauslähetys

(Utanför Finland)
Chartis Europe S.A.
Kasarmikatu 44
00130 Helsinki

UPPGIFTER OM FÖRSÄKRINGEN

Från vilken försäkring ansöker Ni om ersättning?

<input type="checkbox"/> Ålandsbankens Köpskyddsförsäkring (försäkringsnummer 119-4070)
<input type="checkbox"/> Ålandsbankens Prisskyddsförsäkring (försäkringsnummer 119-4071)

ERSÄTTNINGSSÖKANDES PERSONUPPGIFTER

Namn		Person- beteckning
Adress		
Postnummer	Postkontor	Land, om inte Finland
E-postadress		Telefonnummer
Kontonummer (IBAN)	Vems konto, om inte ersättningssökandes?	

Vid ifyllandet av e-postadress godkänner Ni att försäkringsbolaget kan kontakta Er via e-post vid behandlingen av skadeanmälan.

UPPGIFTER OM DEN KÖPTA PRODUKTEN

Produktens inköpsdatum	Köpt produkt (märke, modellnamn och/eller nummer)
Produktens inköpspris	Produktens försäljare (affärens namn och adress)

UPPGIFTER OM SKADEFALLET

Ifall Ni söker ersättning från Köpskyddsförsäkringen:		Uppskattning av reparationskostnader
Datum för skadan		
Ifall Ni söker ersättning från Prisskyddsförsäkringen:	Datum, då det lägre priset fanns tillgängligt	Instans som erbjuder produkten till lägre pris
Lägre pris		

Detaljerad beskrivning av skadefallet

ERSÄTTNINGSKRAV

	€		€
	€		€
	€		€
	€	Summa	€

UNDERSKRIFT

Jag försäkrar att uppgifterna i denna anmälan är korrekta. Jag samtycker även till att läkare, Folkpensionsanstalten 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. Genom att tillhandahålla Chartis Personuppgifter i samband med ditt anspråk, samtycker du till insamlande och behandling (inklusive användande och utlämnande) av dina Personuppgifter så som beskrivits i vår Integritetspolicy som är tillgänglig vid adressen http://www.chartisinsurance.com/privacy_661_206938.html eller på begäran. Du samtycker särskilt till utlämnande av information internationellt. I den utsträckning som information om andra individer tillhandahålls (eller kommer att tillhandahållas) till Chartis försäkrar du att du har informerat individen om Integritetspolicyens innehåll och att du har befogenhet att utlämna hans eller hennes Personuppgifter till Chartis så som beskrivits i Integritetspolicyen.

Datum och ort

Ersättningssökandes underskrift