

1 ÅRS FÖRLÄNGD GARANTI BLANKETT FÖR BEGÄRAN OM ERSÄTTNING

Information om den försäkrade:

Efternamn:		Förnamn:		Födelsenr (11 siffror)			
Adress:							
Postnr:		Postadress:		Telefon dagtid:		Mobiltelefon:	
Yrke:							
Land:			E-post:				

Information om köpt produkt:

Produkten betald med kortnummer:			Produktens inköpsdatum:		
Försäljningsställets namn:					
Försäljningsställets adress:					
Produktbeskrivning:					
Märke:		Modell:		Serienr:	
Produktens pris i SEK:					

Information om ersättningskravet:

Produkten skadades, datum och klockslag:					
Beskriv skadan i detalj (händelseförlopp, orsak, skadetyper och omfattning):					
V.g. bifoga en uppskattning av reparationskostnaden. Kasta inte produkten förrän ersättningskravet är färdigbehandlat. Det är möjligt att vi ber dig skicka den.					
Ersättningen överförs till konto:					

Information om alternativ försäkringsgivare:

Försäkringsgivarens namn och adress:					
Försäkringsnummer:					
Har du skickat detta ersättningskrav till andra försäkringsgivare: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>					

Har du en annan försäkring som täcker skadan, till exempel en hemförsäkring, ska du skicka ersättningskravet även till det bolaget.

Serviceföretag:			
Namn/företag:		Organisationsnummer:	
Adress:			
Postnr:	Postadress:	Telefon:	Telefax:
Kontaktperson:		E-post:	
Följande dokumentation ska bifogas blanketten:			
Originalkvitto från butiken. Kontoutdrag/fakturaspecifikation i original som visar vad köpet gällde. Prisuppskattning från auktoriserad serviceverkstad som visar vad som måste repareras och vad det kommer att kosta, samt en bekräftelse på att skadan är att betrakta som en garantiskada. Originalgaranti från tillverkaren.			

För att undvika dröjsmål är det viktigt att du skickar oss tillräcklig dokumentation. Saknas information kommer vi be dig skaffa fram ytterligare upplysningar för att ditt ersättningskrav säkert ska få så korrekt behandling som möjligt i enlighet med gällande försäkringsvillkor.

*Jag intygar att ovanstående upplysningar är korrekta och lämnade efter bästa förmåga och jag förstår att ersättningskravet kommer att betraktas som ogiltigt om jag medvetet har lämnat felaktig eller osann information.
Försäkringsgivaren inhämtar upplysningar om dig för att säkra bra ersättningsrutiner och en så korrekt bedömning av ersättningskravet som möjligt. Informationen inhämtas även för att förebygga försäkringsbedrägeri. I händelse av bedrägeri kan information om dig vidarebefordras till andra försäkringsgivare och ersättningsutbetalningsföretag. Du samtycker till detta genom att underteckna nedan. Utan ett sådant samtycke kommer inte ditt försäkringskrav att kunna behandlas.*

Ort:	Datum:	Den försäkrades underskrift:
------	--------	------------------------------

Skickas till: Affinion International AB, Box 5470, 114 84 Stockholm

I de fall Kund anmäler ersättningskrav under denna Köptrygghetsförsäkring kommer Affinion International eller den Affinion International samarbetar med att i dessa ersättningsfrågor, såsom personuppgiftsansvarig, enligt lagen om personuppgifter (PUL), behandla Kunds personuppgifter i enlighet med PULs bestämmelser."