.....
Nazwa/firma i adres Wykonawcy

OPIS SPOSOBU LIKWIDACJI SZKÓD – dotyczy Części 1 i 2

O Ś W I A D C Z A M Y, że likwidacja szkód w ramach umowy na „Usługę grupowego ubezpieczenia studentów od NNW" będzie realizowana w następujący sposób:

- poprzez znajdującą się na terenie Zielonej Góry placówkę (agencję) zatrudniającą osoby uprawnione do wykonywania w imieniu Wykonawcy czynności likwidacyjnych na rzecz osób ubezpieczonych przez Zamawiającego: *)

Adres placówki (agencji)	nr telefonu, nr faksu	Dni i godziny przyjmowania zgłoszeń
Zielona Góra, kod pocztowy: ..... ul.	Tel.: ..... Fax:	

lub

- poprzez następującą infolinię (call centre) zatrudniającą osoby uprawnione do przyjmowania w imieniu Wykonawcy zgłoszeń od osób ubezpieczonych przez Zamawiającego oraz posiadającą adres e-mail, na który będzie można prowadzić korespondencję dotyczącą zgłaszania szkód i ich bieżącej obsługi likwidacyjnej: *)

Numer infolinii i jej nazwa (jeśli posiada nazwę)	Dni i godziny przyjmowania zgłoszeń na infolinię	Wykaz centrów likwidacji szkód wraz z ich danymi teleadresowymi (łącznie z e-mail)
e-mail do zgłaszania szkód i ich bieżącej obsługi likwidacyjnej**: .....**		

) niepotrzebne skreślić, właściwe wypełnić

....
D A T A P O D P I S W Y K O N A W C Y