



Znak sprawy: RA-Z-17/2020

załącznik nr 6 do SIWZ

.....
Nazwa/firma i adres Wykonawcy

OPIS SPOSOBU LIKWIDACJI SZKÓD – dotyczy Części 1, 2 i 3

O Ś W I A D C Z A M Y, że likwidacja szkód w ramach umowy na „Usługę grupowego ubezpieczenia 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