## OBAVIJEST O KAŠNJENJU S PLAĆANJEM

Br**.**  *(ispunjava HKO)*

**OSIGURANIK**

|  |  |
| --- | --- |
| Tvrtka i sjedište: |  |
| OIB: |  |
| Broj Police osiguranja: |  |
| Kontakt osoba: |  |
| Telefon/telefaks/e-mail: |  |

**KUPAC**

|  |  |
| --- | --- |
| Tvrtka i sjedište: |  |
| Kontakt osoba: |  |
| Telefon/telefaks/e-mail: |  |
| Ostale korisne informacije: |  |

Broj ugovora/narudžbe:

**PODACI O NEPODMIRENIM RAČUNIMA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Broj i datum računa | Datum dospijeća | Iznos potraživanja u valuti Ugovora | Otvoreno potraživanje u valuti | Instrumenti osiguranja plaćanja (mjenica, ček...) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Ako Vam je poznato, navedite razlog kašnjenja (nelikvidnost, insolventnost, *stečaj*, politički događaji i sl.)

 .

Da li je razlog neplaćanja spornost potraživanja (reklamacija i sl.): NE / DA (ako DA u kojem iznosu) .

Poduzete mjere za umanjenje štete: .

Predviđene buduće radnje: .

Dodatne informacije (ponuda kupca za povrat robe, objava stečajnog postupka i sl.)

 .

U skladu s obvezama iz Općih uvjeta ovime izjavljujemo da smo svjesni obveze poštivanja uputa Osiguratelja od dana kašnjenja s plaćanjem kupca.

U , dana .

**Osiguranik**

 ***(ovlaštena osoba za zastupanje)***

 ***(potpis i pečat****)*