**PRITUŽBA OSIGURATELJU**

Broj pritužbe*(ispunjava HKO)*

**OSIGURANIK/UGOVARATELJ OSIGURANJA/KORISNIK OSIGURANJA**

|  |  |
| --- | --- |
| Tvrtka i sjedište: |  |
| Broj Police osiguranja: |  |
| Zakonski zastupnik/ Odgovorna osoba podnositelja pritužbe |  |
| Telefon/Telefaks/E-mail: |  |

**RAZLOG PRITUŽBE I ZAHTJEV PODNOSITELJA PRITUŽBE/DOKAZI**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

U , dana .

**Osiguranik/Ugovaratelj osiguranja/Korisnik osiguranja**

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

 ***(potpis i pečat****)*

***\**Punomoć za zastupanje, kada je pritužba podnesena po punomoćniku.**