

INTERVENCION POLICIAL

Numero de Comisaria:

Fecha de Denuncia:

Nombre y Apellido de Testigos:

Señores de la Compañía de Seguros de Jujuy S.E.

Declaro, a mi leal saber y entender, que todos los datos especificados en esta denuncia son veraces y exactos, responsabilizando- me por cualquier falsa información u omisión. En tal sentido, me comprometo a integrar la información, así como acompañar la documentación adicional requerida por la Compañía de Seguros de Jujuy S.E. dentro del plazo notificado a tal fin. Asimismo, tomo conocimiento que como consecuencia de esta denuncia podré ser contactado/a por un estudio verificador / liquidador de siniestros, conforme la Ley de Seguros 17.418, para verificar las circunstancias del mismo y el alcance de la prestación a cargo del asegurador, de corresponder.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar información adicional y/o realizar las indagaciones necesarias, para la liquidación del siniestro. La recepción por parte de la Compañía del presente formulario no implica aceptación y/o aprobación de liquidación de alguna. Asimismo, la presente denuncia no se considerará finalizada hasta tanto la Compañía reciba toda la documentación adicional solicitada.

Lugar y Fecha de Confección

Firma y Aclaración del Tomador

Firma y Aclaración del Denunciante