



Déclaration de sinistre - Assurance transport

Preneur d'assurance

Société / Nom	<input type="text"/>
Rue / Case postale	<input type="text"/>
NPA / Localité	<input type="text"/>
Personne responsable	<input type="text"/>
Téléphone prof.	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>

Etes-vous astreint à la TVA Oui Non Si oui, pouvez-vous déduire l'impôt préalable Oui Non

Relation bancaire

Nom de la banque	<input type="text"/>	N° IBAN	<input type="text"/>
N° de compte bancaire	<input type="text"/>	N° de clearing	<input type="text"/>

Compagnie d'assurance

Nom	<input type="text"/>	N° de police	<input type="text"/>
-----	----------------------	--------------	----------------------

Moyen de transport

Propre <input type="checkbox"/>	Tiers <input type="checkbox"/>	Véhicule automobile <input type="checkbox"/>	N° de plaque	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bateau <input type="checkbox"/>	Avion <input type="checkbox"/>	Chemin de fer <input type="checkbox"/>	Nom	<input type="text"/>	
Poste <input type="checkbox"/>	Paquet <input type="checkbox"/>	Lettre <input type="checkbox"/>	Mode d'expédition	<input type="text"/>	
Nous offrons en tant que	Transporteur <input type="checkbox"/>	Commissionnaire-expéditeur <input type="checkbox"/>	Autre fonction	<input type="text"/>	

Itinéraire

Expéditeur	<input type="text"/>				
Destinataire	<input type="text"/>				
Transporteur	<input type="text"/>				
Date de chargement	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Forme de chargement	<input type="text"/>
Lieu de départ	<input type="text"/>			Lieu de destination	<input type="text"/>
Date d'arrivée	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Date de réception	<input type="text"/>
La marchandise a-t-elle été transbordée ou entreposée Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
Où et qui	<input type="text"/>				
Qui a déchargé la marchandise	<input type="text"/>				
La marchandise était-elle en règle à la réception / y avait-il des réserves	<input type="text"/>				

Expositions et foires

Nom

Adresse

Date : dès le et jusqu'au

Cargaison / marchandise

Désignation Nombre / poids

Emballage Montant de la facture

Estimation du montant Date de la réception

Le véhicule a-t-il été plombé après le chargement Oui Non Numéro du plomb

Le numéro du plomb a-t-il été indiqué sur la lettre de voiture (groupage) Oui Non

La caisse mobile était-elle plombée au moment de la prise en charge Oui Non

Y a-t-il eu un enregistrement officiel des faits Oui Non

Y a-t-il une assurance séparée contre les risques de transport Oui Non

Si oui, compagnie N° de police

Description du sinistre

Date du sinistre Heure du sinistre

Rue / Lieu

Déroulement

Y a-t-il eu faute du conducteur du véhicule Oui Non

Y a-t-il eu faute de la part d'une autre personne Oui Non Si oui, qui

Y a-t-il eu un enregistrement officiel des faits (rapport de police) Oui Non Par quel poste

Avez-vous convenu de conditions spéciales ? Par ex. conditions ASTAG Oui Non Si oui, lesquelles

Mesure en vue de réduire les dommages

Lieu des marchandises

Quelles mesures
avez-vous prises ?

Partie adverse

Société / Nom

Rue

NPA / Localité

Personne responsable

Téléphone prof. / E-Mail

Nom de la banque

N° IBAN

N° de compte bancaire

N° de clearing

La/les personne(s) soussignée(s) autorise(nt) la compagnie d'assurance mentionnée à la page 1 à traiter les données issues du règlement des sinistres. La compagnie d'assurances peut transmettre des données aux tiers participant au contrat, pour traitement si nécessaire, en Suisse comme à l'étranger, en particulier aux co-assureurs et réassureurs. La compagnie d'assurances est en outre autorisée à demander tous renseignements utiles auprès des bureaux officiels ou des tiers et à consulter les actes officiels et judiciaires. Cette autorisation est valable même si le sinistre n'est pas pris en charge. La/les personne(s) assurée(s) ou l'/les ayant(s) droit autorise(nt) par sa (leur) signature les médecins traitants, les établissements hospitaliers et d'autres tiers désignés à donner à la compagnie d'assurances ou à son service médical, tout renseignement nécessaire en rapport avec le sinistre et le règlement du sinistre. A cet effet, elle(s) les libère(nt) expressément du secret professionnel. La compagnie d'assurances est en outre autorisée, en cas de recours envers un tiers responsable, à communiquer à ce tiers, ou à son assureur responsabilité civile, les données nécessaires à l'exercice du recours. La/les personne(s) soussignée(s) a (ont) le droit d'exiger auprès de la compagnie d'assurances les renseignements prévus par la loi sur l'élaboration des données la/les concernant. L'autorisation relative à l'élaboration des données peut être révoquée en tout temps.

Lieu / Date

.....

Timbre de l'entreprise /signature

.....