



**Schafer Assurances SA**  
 Impasse de la Forêt 13  
 Case postale 1424  
 1701 Fribourg

Tel.: +41 26 488 34 34  
 Fax.: +41 26 488 34 35  
 e-mail: office@schafer.ch

## Avis de sinistre - Assurance Transport (formulaire en bref)

### Assurance Transport

#### Preneur d'assurance

Nom, prénom

Rue

N° téléphone privée

NPA / Lieu

N° téléphone professionnelle

Compagnie

N° police

Assurance de protection juridique?

Le cas a-t-il été annoncé?

Compagnie (Protection juridique)

oui non

oui non

N° compte CCP

N°

Etes-vous astreint à la TVA?

oui non

N° de compte bancaire

N°

Si oui, pouvez-vous déduire l'impôt préalable?

non non

Nom et lieu de la filiale

Si oui, numéro de TVA

#### Circonstances et importance du sinistre

Que s'est-il passé ? Quelles sont les marchandises qui ont été endommagées / perdues ? Qui a causé le dommage ?

#### Communications supplémentaires

Une autre assurance transport a été conclue ?

non oui, par quelle compagnie ?

Montant du dommage en CHF :

Réparation possible

destruction totale

Des réserves ont-elles été émises vis-à-vis du responsables ?

oui non, raison ?

#### Marchandises transportées

Genre de marchandise:

nouvelle

occasion

Valeur CHF

Description de l'emballage

Etat de l'emballage

bon

à la livraison

défectueux

Lieu de départ

Lieu de destination

Qui a chargé ?

Expéditeur

Chauffeur

Qui a déchargé?

Destinataire

Chauffeur

Moyen de transport

Si véhicule routier : Plaque de contrôle no.

Nom et adresse du camionneur

#### Annexes

- copie lettre de voiture (CMR, B/L, AWB - copie bulletin de livraison - copie de la facture d'achat et/ou de vente - evt. potos du sinistre - copie lettre de réserves - procès-verbal de constat du dommage/cargo damage report - décompte du sinistre  
 - feuille de réclamation à la poste en cas de perte

Le/la soussigné(e) autorise la Compagnie à se procurer auprès d'autres assureurs ou auprès de tiers des renseignements relatifs au cas de sinistre et à prendre connaissance des dossiers officiels et des actes judiciaires qui se rapportent à ce dernier.

Le/la soussigné(e) autorise en outre les médecins et les tiers interrogés par la Compagnie à fournir à la Compagnie ou à son médical tous les renseignements souhaités en relation avec le cas de sinistre.

Le/la soussigné(e) approuve le fait que la Compagnie puisse transmettre des données découlant de ce cas de sinistre, dans la mesure nécessaire, à d'autres assureurs, à savoir à des co-assureurs et à des réassureurs en Suisse et à l'étranger.

Lieu et Date

Signature du preneur d'assurance