

## Avis de sinistre assurance transport

### Titulaire de la police

Nom ..... E-Mail .....  
Rue ..... N°Police .....  
Lieu ..... N° d'enregistrement .....  
Personne de contact ..... Banque/PostFinance .....  
N° téléphone ..... IBAN .....

### Itinéraire de transport

Lieu de départ ..... Lieu d'arrivée .....  
Date de départ ..... Date d'arrivée.....

### Moyen de transport :

- |                                                                                                         |                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Transport aérien                                                               | <input type="checkbox"/> Poste              |
| <input type="checkbox"/> Train                                                                          | <input type="checkbox"/> Camion             |
| <input type="checkbox"/> Transport maritime                                                             | <input type="checkbox"/> Véhicule personnel |
| <input type="checkbox"/> Entreprise Courrier (Fedex, EMS, DHL)                                          | Plaque d'immatriculation .....              |
| <input type="checkbox"/> Autre : .....                                                                  |                                             |
| <input type="checkbox"/> Transporteur/Transitaire : (Nom et adresse du prestataire logistique)<br>..... |                                             |

### Transport de marchandise : (description précise/poids/nombre de colis et de paquets)

.....  
.....  
.....

### Détails de l'emballage : (description précise/art/matériau)

.....  
.....

### Valeur de l'envoi:

.....

### Montant de la perte en CHF :

Montant .....  Exacte  Estimé

**Avis de sinistre – Page 2**

**Cause et déroulement du dommage :**

.....  
.....

Date de la constatation du dommage : ..... Lieu de la constatation : .....

**Réserves**

Une réserve a-t-elle été formulée à la livraison des marchandises?

Oui Nom/Adresse: .....

Non

Le dommage a-t-il été signalé par écrit au prestataire logistique causant le sinistre ?

Oui Nom/Adresse : .....

Non, raison : .....

**Visite – Où les marchandises peuvent-elles être vu/consultées ?**

Nom/Adresse de la personne de contact : .....

.....

N° téléphone: ..... E-Mail .....

**Couverture d'assurance pour les mêmes biens/marchandises**

Oui  Expéditeur Société: .....

Destinataire Société: .....

Non

**Communications supplémentaires**

.....  
.....  
.....  
.....

En transmettant cette déclaration de sinistre, l'expéditeur autorise TSM Compagnie d'Assurances à se procurer des renseignements concernant le sinistre auprès d'autres assureurs ou de tiers et à consulter les dossiers officiels et judiciaires qui se rapportent au sinistre. En outre, l'expéditeur autorise les tiers sollicités par TSM Compagnie d'Assurances à fournir à TSM Compagnie d'Assurances tous les renseignements demandés en rapport avec le sinistre. L'expéditeur accepte que TSM Compagnie d'Assurances puisse, dans la mesure nécessaire, transmettre des données résultant du sinistre à d'autres assureurs, notamment à des coassureurs et réassureurs en Suisse et à l'étranger. Le soussigné confirme qu'il a rempli et répondu à la notification de manière complète et véridique.

Lieu et date:

Cachet et signature de l'assuré

.....