Denuncia di sinistro

L’assicurazione trasporti

Nota

La preghiamo di compilare e firmare la presente denuncia di sinistro e di spedirla a:

KESSLER & CO AG

Forchstrasse 95

Casella postale

CH-8032 Zurigo

T +41 44 387 87 11

# Numero di polizza

Contraente

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome, nome o ragione sociale |  |
| Interlocutore |  |
| Via, NPA Località |  |
| Telefono, cellulare, fax |  |
| E-mail |  |
| Coordinate bancarie per il risarcimento | |
| Nome e sede della banca |  |
| Numero di conto, numero di clearing |  |
| IBAN, BIC |  |
| Conto postale |  |
| Titolare del conto |  |
| La sua azienda ha diritto alla detrazione fiscale?  Si  No | |

Merce da trasportare

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione esatta (secondo la fattura o la bolla di consegna, numero colli e peso inclusi) |  |
| Tipo di spedizione |  |
| Tipo di imballaggio |  |

Mezzo di trasporto

|  |  |
| --- | --- |
| Mezzo di trasporto |  |
| Altri mezzi di trasporto |  |
| Chi ha effettuato l’imballaggio? |  |
| Chi ha effettuato il carico?1 |  |
| Chi ha effettuato lo scarico?1 |  |

Percorso del trasporto

|  |  |
| --- | --- |
| Punto di partenza1 e data |  |
| Punto di trasbordo1 e data |  |
| Punto di destinazione1 e data |  |
| Spedizioniere1, ultimo vettore |  |

1 La preghiamo di indicare cognome e nome o ragione sociale, indirizzo incluso

Sinistro

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Si tratta di | |  |
| Descrizione | |  |
| Data e ora | |  |
| Via, NPA Località, Paese | |  |
| Ammontare del sinistro in CHF (stima) | |  |
| Termini di consegna (Incoterm) | |  |
| Sinistro constatato da | |  |
| È stato redatto un verbale di constatazione ufficiale?  Si  No | | |
| Se sì: | * Persona che ha esposto denuncia |  | |
|  | * Data della denuncia |  | |
|  | * Posto di polizia |  | |
|  | * Ufficiale di polizia |  | |
|  | * Telefono |  | |

Perizia neutrale

|  |  |
| --- | --- |
| Il danno è stato / viene constatato da un commissario di avaria / esperto. | |
| Località |  |
| Commissario di avaria / esperto | |
| Cognome, nome o ragione sociale |  |
| Via, NPA Località, Paese |  |

La merce danneggiata si trova presso

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome, nome o ragione sociale |  |
| Interlocutore |  |
| Via, NPA Località |  |
| Telefono/cellulare |  |

Attribuzione della responsabilità / Garanzia di regresso

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| È stata avanzata una riserva?  Si  No | | |
| L’ultimo vettore è stato reso responsabile per iscritto?  Si  No | | |
| Se no: | * Per quale motivo? |  |

Altre assicurazioni

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sussistono anche altre assicurazioni (eventualmente da parte del mittente, destinatario o spedizioniere)?  Si  No | | |
| Se sì: | * Società |  |
|  | * Numero di polizza |  |

Osservazioni

Allegati (se disponibili)

|  |  |
| --- | --- |
| Certificato di assicurazione (originale)  Lista degli imballaggi e / o dei pesi  Fattura commerciale  Bolla di consegna (originale)  Lettera di vettura (originale)  Lettera di vettura CMR (originale)  Lettera di vettura ferroviaria  Polizza di carico marittima (originale)  Lettera di vettura aerea  Giustificativo di consegna alla Posta  Fotografie | Certificato di avaria (originale)  Incarico di spedizione e / o di trasporto  Lettera di riserva nei confronti del vettore  Risposta alla lettera di riserva  Verbale di constatazione ferrovia  Verbale dei danni della Posta  Conferma definitiva di perdita  Corrispondenza disponibile  Calcolo dei danni  Richiesta di ricerca da parte della Posta |

Consenso

Il sottoscritto / La sottoscritta autorizza la società assicurativa a richiedere informazioni concernenti il sinistro ad altri assicu-rati o a terzi coinvolti nello stesso, a consultare documenti ufficiali e giudiziari che fanno riferimento al sinistro come pure a trasmettere dati ad autorità ufficiali o giudiziarie e ad altre società assicurative eventualmente coinvolte nel sinistro (coassi-curatori e riassicuratori) in Svizzera e all’estero. Preghiamo il sottoscritto / la sottoscritta di non riconoscere alcuna pretesa di responsabilità senza previa consultazione con la società assicurativa.

|  |
| --- |
| Luogo, data |

|  |
| --- |
| Firma / Timbro del contraente |