

6.2 Est-ce que l'accident a eu lieu sous influence de:

Alcoolémie $\geq 0,5\text{‰}$? oui non
Médicaments? oui non

Drogues? oui non
Surmenage? oui non

6.3 Témoins et rapports officiels:

Un rapport de police a-t-il été établi? oui non
Si oui, par qui?
Un constat européen a-t-il été établi? oui (à joindre) non
Y a-t-il un (des) témoin(s) oculaire(s)? oui non

Si oui, veuillez indiquer les noms et adresses:

6.4 Dommages à votre vélo:

Quelles sont les parties endommagées?
Coût approximatif des réparations: CHF _____ **(joindre un devis détaillé avec des photos du vélo et des parties endommagées)**
Dans quel magasin votre vélo sera-t-il réparé?
A quelle date notre expert peut-il aller chez le réparateur pour examiner votre vélo?
A quelle date avez-vous acheté le vélo? neuf ou d'occasion? A quel prix? CHF _____
Date de 1ère mise en circulation: _____ **(joindre une copie de la facture d'achat)**

6.5 Autres véhicules impliqués (y compris d'autres vélos):

D'autres véhicules sont-ils impliqués dans l'accident? oui non
Marque et type: _____ N° plaque: _____
Nom et adresse du détenteur: _____ Nom et adresse du conducteur: _____

Nom de la compagnie et n° de la police d'assurance responsabilité civile: _____

7. Dommages aux accessoires

Uniquement en cas d'accident lors de l'utilisation du vélo mentionné dans l'attestation de couverture et nécessitant immédiatement une hospitalisation.

7.1 Equipements concernés: _____

7.2 Documents à fournir impérativement:

- Copie de l'attestation d'hospitalisation En cas de vol entre le lieu d'accident et l'hôpital, une copie du rapport de police
- Factures d'achat originales des équipements volés ou endommagés

8. Vol du cycle (uniquement pour le remboursement de la franchise appliquée par une assurance)

8.1 Montant de la franchise non-remboursée en CHF:

8.2 Documents à fournir impérativement:

- Décompte de l'assurance ménage indiquant explicitement le montant de la franchise non remboursée lors de la prise en charge de ce sinistre
- Copie de la facture d'achat du cycle volé

9. Remarques

Le / la soussigné(e) autorise TAS Assurances SA à prendre, en cas de besoin, tout renseignement se rapportant au règlement du sinistre auprès de tiers (compagnies d'assurances, autorités, etc.) et à transmettre des données à de tels organismes. Le/la soussigné(e) confirme que les indications fournies sur ce formulaire sont **complètes et conformes à la vérité.**

Lieu et date _____

Signature _____