

DÉCLARATION D'ACCIDENT SANS TIERS

DATE ET HEURE DU SINISTRE : _____
LIEU DU SINISTRE : _____
NR PLAQUE : _____
SOCIÉTÉ : _____
NOM - PRÉNOM DU CONDUCTEUR : _____
ADRESSE : _____
NR DU PERMIS DE CONDUIRE : _____
NR DE TÉLÉPHONE : _____
E-MAIL : _____
NATURE DES DÉGÂTS : _____

DÉCLARATION : _____



**À joindre à cette déclaration d'accident :
le devis du garage ainsi que les photos des dégâts du véhicule**



NOM DU GARAGE RÉPARATEUR : _____
PERSONNE DE CONTACT : _____
DATE DU RDV : _____
VOITURE DE REMPLACEMENT NÉCESSAIRE : OUI NON

Fait le, _____ Signature : _____

**A ENVOYER PAR E-MAIL ENDÉANS LES 24 HEURES APRÈS L'ACCIDENT operations@vwlfs.lu
Personnes de contact : Miguel Maia 40 33 33 - 5269 – Jessica Maquet 40 33 33 - 5370**