

Unfallanzeige ohne Drittbeteiligung

DATUM UND UHRZEIT DES SCHADENS: _____
ORT DES SCHADENS: _____
KENNZEICHEN: _____
UNTERNEHMEN: _____
VOR- UND NACHNAME DES FAHRERS: _____
ADRESSE: _____
FÜHRERSCHEINNUMMER: _____
TELEFONNUMMER: _____
EMAIL: _____
ART DES SCHADENS: _____

DARSTELLUNG: _____



Dieser Unfallanzeige sind beizufügen: Kostenvoranschlag der Werkstatt sowie Fotos der Schäden am Fahrzeug



NAME DER WERSTATT: _____
ANSPRECHPARTNER: _____
VEREINBARTES DATUM: _____
ERSATZWAGEN ERFORDERLICH: JA NEIN

Ausgefertigt am, _____ Unterschrift : _____

**BITTE BINEN 24 STUNDEN NACH DEM UNFALL, PER E-MAIL SENDEN operations@vwlfs.lu
Ansprechpartner: Miguel Maia 40 33 33 – 5269 – Jessica Maquet 40 33 33 - 5370**