

## VALIDITE TERRITORIALE :

- Cette carte est valable pour les pays dont la case ci-contre n'est pas rayée (pour information complémentaire consulter [www.cobx.org](http://www.cobx.org)).

- Dans chaque pays visité, le Bureau de ce pays garantit, pour ce qui a trait à l'utilisation du véhicule décrit ici, la couverture d'assurance conformément aux lois de ce pays relatives à l'obligation d'assurance.  
Pour l'identification du Bureau approprié, voir au verso.

(1). La couverture d'assurance fournie par les cartes vertes délivrées pour Chypre est limitée aux cartes géographiques de Chypre qui sont sous le contrôle du gouvernement de la République de Chypre.

(2). La couverture d'assurance fournie par les cartes vertes délivrées pour l'Azerbaïdjan est limitée aux parties géographiques de l'Azerbaïdjan qui sont sous le contrôle du gouvernement de la République d'Azerbaïdjan.

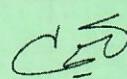
(3). La couverture d'assurance fournie par les cartes vertes délivrées pour la Serbie est limitée aux parties géographiques de la Serbie qui sont sous le contrôle du gouvernement de la République de Serbie.

N°B 60121930

## (\*) CATEGORIE DE VEHICULES - CODE

A. AUTOMOBILE	C. CAMION OU TRACTEUR	E. AUTOBUS OU AUTOCAR
B. MOTOCYCLE	D. CYCLE A MOTEUR AUXILIAIRE	F. REMORQUE G. AUTRES

Votre assureur  
01 64 28 08 76  
**BOULAY BOULAY**  
64 RUE DE PARIS  
77140 NEMOURS

1. INTERNATIONAL MOTOR INSURANCE CARD 1. CARTE INTERNATIONALE D'ASSURANCE AUTOMOBILE		2. EMISE AVEC L'AUTORISATION DU BUREAU CENTRAL FRANCAIS																																																	
3. <b>VALABLE</b> DU <b>AU</b> Jour Mois Année Jour Mois Année 19/08/21 30/07/22 (Ces deux dates comprises)		4. Code pays / Code assureur / Numéro 0000007166436104 F943																																																	
5. N° d'immatriculation (ou à défaut) N° du châssis ou N° du moteur <b>FP-989-RE</b>		6. Catégorie(*) <b>F</b>																																																	
7. marque du véhicule <b>DAUDIN</b>																																																			
8. Validité territoriale (voir également ci-contre):																																																			
<table border="0"> <tr> <td>A</td><td>B</td><td>BG</td><td>CY<sup>(1)</sup></td><td>CZ</td><td>D</td><td>DK</td><td>E</td><td>EST</td><td>F</td><td>FIN</td><td>GB</td><td>GR</td><td>H</td><td>HR</td><td>I</td> </tr> <tr> <td>IRL</td><td>IS</td><td>L</td><td>LT</td><td>LV</td><td>M</td><td>N</td><td>NL</td><td>P</td><td>PL</td><td>RO</td><td>S</td><td>SK</td><td>SLO</td><td>CH</td><td>AL</td> </tr> <tr> <td>AND</td><td>AZ<sup>(2)</sup></td><td>BIH</td><td>BY</td><td>IL</td><td>IR</td><td>MA</td><td>MD</td><td>MK</td><td>MNE</td><td>RUS</td><td>SRB<sup>(3)</sup></td><td>TN</td><td>TR</td><td>UA</td><td></td> </tr> </table>				A	B	BG	CY <sup>(1)</sup>	CZ	D	DK	E	EST	F	FIN	GB	GR	H	HR	I	IRL	IS	L	LT	LV	M	N	NL	P	PL	RO	S	SK	SLO	CH	AL	AND	AZ <sup>(2)</sup>	BIH	BY	IL	IR	MA	MD	MK	MNE	RUS	SRB <sup>(3)</sup>	TN	TR	UA	
A	B	BG	CY <sup>(1)</sup>	CZ	D	DK	E	EST	F	FIN	GB	GR	H	HR	I																																				
IRL	IS	L	LT	LV	M	N	NL	P	PL	RO	S	SK	SLO	CH	AL																																				
AND	AZ <sup>(2)</sup>	BIH	BY	IL	IR	MA	MD	MK	MNE	RUS	SRB <sup>(3)</sup>	TN	TR	UA																																					
9. Nom et adresse du souscripteur ou contractant (ou de l'utilisateur du véhicule).																																																			
SOC MECALOC  6 RUE DE LA TREATTE 95310 ST OUEN L AUMONE		10. Cette carte a été délivrée par <b>AXA FRANCE IARD</b> 313, TERRASSES DE L'ARCHE 92727 NANTERRE CEDEX																																																	
11. Signature de l'assureur 																																																			

## QUITTANCE DE COTISATION

Nom de l'assuré

**SOC MECALOC**

N° de contrat

**7166436104**

Catégorie

**Auto entreprise**La somme de **EUR**a été **Payée**Pour la période du **19/08/21** au **30/07/22**

dont cotisation T.T.C catastrophes naturelles

Nom et adresse du conseiller

**BOULAY BOULAY**

64 RUE DE PARIS

77140 NEMOURS

Tél: **01 64 28 08 76**

La société  
**AXA FRANCE IARD**

Raison Sociale au verso

Le Directeur Général Délégué,  


(DEVISE : EUR)

NOM DE L'ASSURE **SOC MECALOC**

## AVIS DE PAIEMENT

N° DE CONTRAT <b>7166436104</b>	CATEGORIE <b>Auto entreprise</b>	SOMME	PERIODE <b>19/08/21 30/07/22</b>					
REG : <b>64</b>	Somme à : <b>Payer</b>							
NUMERO D'ORDRE	NOM ABREGE <b>MECALOC</b>	DATE D'EMISSION <b>19/08/21</b>	A-B					
DATE D'EFFET	M.A. <b>7</b>	CATEGORIE <b>02674</b>	D.P. <b>63</b>	COTISATION TOTALE	PROVISION			
TARIF	COEFF. TECH <b>E4</b>	NBRE SIN	COEFF. R/M	ZONE	GR/CL	NIV. BASE	CORRECT	TOTAL

## CERTIFICAT D'ASSURANCE

du **19/08/21** au **30/07/22**

Identification

**FP-989-RE**

N°

**0000007166436104****AXA FRANCE IARD**