



Caisse Centrale
3, rue des Prés
L-7561 Mersch

B.P. 182
L-7502 Mersch

Tél. : 27488 - 488
Fax. : 27488 - 300
Email : caisse.centrale@do.etat.lu

Heures d'ouverture : 08.00 - 17.00 heures

QUBE SOLUTIONS GROUP S.à r.l.
2 RUE DE KALCHESBRÜCK

L-1852 LUXEMBOURG

00338

Suite à la régularisation de la taxe sur les véhicules routiers, veuillez trouver ci-dessous la vignette fiscale :

Plaque	: PM4499
Catégorie	: VOITURE
Châssis	: WVGZZZC1ZKY010759
Référence	: 21/0263263-49
Validité	: 14.06.2021 au 13.06.2022
Taxe acquittée:	53,00 EUR

Remboursement éventuel de la taxe acquittée :

- mise hors circulation provisoire ou définitive auprès de la SNCA
- changement du débiteur de la taxe
- transcription du véhicule

Aucun remboursement de la taxe n'est effectué :

- lorsque le montant remboursable ne dépasse pas 1 EUR
- pour les véhicules historiques et de collection

Le montant à rembourser sera calculé au prorata des journées non encore entamées de la taxe annuelle. La date à prendre en considération pour calculer le montant de la taxe à rembourser est celle de la mise hors circulation du véhicule enregistrée dans la base de données du Ministère de la Mobilité et des Travaux publics.

Des informations complémentaires concernant la mise hors circulation définitive ou temporaire, sont disponibles sur le site Internet de la SNCA sous l'URL : <http://www.snca.lu>

>>>>> l'original est à conserver parmi les papiers de bord du véhicule <<<<<

Taxe sur les véhicules routiers

VIGNETTE FISCALE

Veuillez indiquer votre
compte bancaire

--	--	--	--	--

Afin d'obtenir un remboursement de la taxe acquittée, il faut :

- 1) **d'abord** mettre le véhicule hors circulation (temporaire / définitive) auprès de la SNCA, en renvoyant la partie 1 du certificat d'immatriculation

et

- 2) **ensuite** faire parvenir directement, mais au plus tard 60 jours après la fin de validité, la présente vignette à :

Administration des douanes et accises
- Caisse Centrale -
Boîte postale 182
L-7502 Mersch

Plaque : **PM4499**
Catégorie : VOITURE
Châssis : WVGZZZC1ZKY010759
Référence : 21/0263263-49
Valable : du **14.06.2021**
au **13.06.2022**
Taxe acquittée: 53,00 EUR

**CARTE INTERNATIONALE D'ASSURANCE AUTOMOBILE
INTERNATIONAL MOTOR INSURANCE CARD**

(1) Dans chaque pays visité, le Bureau de ce pays garantit, pour ce qui a trait à l'utilisation du véhicule décrit ci-contre, la couverture d'assurance conformément aux lois de ce pays relatives à l'obligation d'assurance.

(2) L'Assuré autorisé par la présente le BUREAU LUXEMBOURGEOIS DES ASSUREURS CONTRE LES ACCIDENTS D'AUTOMOBILE ainsi que les Bureaux du ou des pays indiqués ci-contre, auxquels le dit Bureau a délégué ses pouvoirs, à recevoir les notifications, à instruire et à régler, pour son compte, toute demande de dommages-intérêts qui met en cause la responsabilité à l'égard des tiers que les lois sur l'assurance obligatoire du ou des pays indiqués ci-contre lui font une obligation de couvrir par une assurance et qui peut résulter de l'utilisation du véhicule dans ce ou ces pays.

(3) La couverture d'assurance fournie par les cartes vertes délivrées pour l'Azerbaïdjan, Chypre et la Serbie est limitée aux parties géographiques des dits pays qui sont sous le contrôle des gouvernements respectifs. Pour plus d'informations, veuillez consulter <http://gc-territorial-validity.cobx.org>

1. CARTE INTERNATIONALE D'ASSURANCE AUTOMOBILE
2. EMISE AVEC L'AUTORISATION DU BUREAU LUXEMBOURGEOIS DES ASSUREURS CONTRE LES ACCIDENTS D'AUTOMOBILE

3. VALABLE		4. Série et N° de Police	
DU		AU	
JOUR	MOIS	ANNEE	JOUR
01	01	22	31
JOUR	MOIS	ANNEE	JOUR
12	12	22	
(ces deux dates comprises)			
5. N° d'immatriculation (ou à défaut) N° du châssis ou du moteur		6. Catégorie du véhicule*	7. Marque du véhicule
PM 4499		A	VW T-CROSS
8. Validité territoriale Cette carte est valable pour les pays dont la case n'est pas rayée Pour l'identification du Bureau approprié, voir www.cobx.org			
A	B	BG	CY ⁽¹⁾
CZ	D	DK	E
EST	F	FIN	GR
H	HR	I	IRL
IS	L	LT	LV
M	N	NL	P
PL	RO	S	SK
SLO	CH	AL	AND
AZ ⁽²⁾	BIH	BY	GB
IL	IR	MA	MD
MK	MNE	RUS	SRB ⁽²⁾
TN	TR	UA	
9. Nom et Adresse du souscripteur de la police (ou de l'utilisateur du véhicule)			
QUBE SOLUTIONS GROUP 2 RUE KALCHESBRUCK L-1852 LUXEMBOURG			
1144			
10. Cette carte a été délivrée par:		11. Signature de l'assureur Le Directeur Général	
 LA LUXEMBOURGEOISE Société Anonyme d'Assurances 9, rue Jean Fischbach L-3372 Leudelange Tél.: 4761-1 - Fax: 4761-6300 groupeL@lalux.lu R.C.S. Luxembourg B 31035			

* CATÉGORIE DE VÉHICULES (CODE)

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

Si vous désirez suspendre votre contrat, prière de renvoyer cette carte d'assurance à:
LA LUXEMBOURGEOISE
L-2095 LUXEMBOURG

Nom et prénom du signataire:
Date: Signature:

TOP ASSISTANCE

**Remorquage et Rapatriement
24 h / 24 et 7 j / 7
en cas d'Accident ou de Vol**

Tél.: (+352) 44 88 88

au GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG, dans l'UNION EUROPÉENNE, en NORVÈGE et en SUISSE

✓ REMORQUAGE

la compagnie organise et prend en charge:
• le REMORQUAGE du véhicule jusqu'au garage compétent le plus proche (max.200 EUR en cas de non-appel à la compagnie).

✓ ASSISTANCE AUX OCCUPANTS

la compagnie organise et prend en charge:
• soit les frais pour le retour immédiat des assurés à leur résidence habituelle;
• soit les frais pour une destination de leur choix à l'intérieur du Grand-Duché de Luxembourg.

✓ VOITURE DE REMPLACEMENT

si le véhicule assuré n'est plus en état de circuler et est irréparable dans un délai de 24 heures ou si le véhicule a été volé, la compagnie met à disposition de l'assuré un véhicule de location de la catégorie B pour une période de 5 jours maximum, à condition que la demande ait été faite dans les meilleurs délais au numéro (+352) 44 88 88.

✓ TRANSMISSION DE MESSAGES

la compagnie se charge de transmettre à vos proches tout message relatif aux garanties.

En cas d'accident ou de tentative de vol, immobilisant le véhicule assuré et exigeant un remorquage, ainsi qu'en cas de vol dudit véhicule, LA LUXEMBOURGEOISE accorde une garantie ASSISTANCE au VÉHICULE et aux OCCUPANTS avec les prestations suivantes:

dans l'UNION EUROPÉENNE, en NORVÈGE et en SUISSE

✓ RAPATRIEMENT

si le véhicule n'est pas réparable dans un délai de 5 jours ouvrables:
Cas de non-réparation sur place, la compagnie organise et prend en charge:
• le RAPATRIEMENT du véhicule assuré jusqu'au garage au Luxembourg choisi par l'assuré.
Cas de réparation sur place, si l'assuré ne peut attendre la fin des réparations:
• le transfert du véhicule à la résidence habituelle, soit
• le billet de chemin de fer (1^{re} classe) ou billet d'avion de ligne pour aller récupérer le véhicule.

✓ ASSISTANCE AUX OCCUPANTS

la compagnie organise et prend en charge:
Cas de rapatriement du véhicule:
• soit le retour immédiat des assurés à leur résidence habituelle par chemin de fer (1^{re} classe) ou avion de ligne;
• soit les frais de taxi pour permettre aux assurés d'atteindre leur lieu de destination (max.125 EUR).
Cas de réparation du véhicule sur place:
• les frais d'hôtel (chambre + petit-déjeuner) en attente de la réparation indispensable, à concurrence de 62 EUR par assuré.

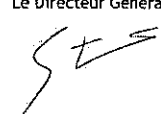
**CARTE INTERNATIONALE D'ASSURANCE AUTOMOBILE
INTERNATIONAL MOTOR INSURANCE CARD**

(1) Dans chaque pays visité, le Bureau de ce pays garantit, pour ce qui a trait à l'utilisation du véhicule décrit ci-contre, la couverture d'assurance conformément aux lois de ce pays relatives à l'obligation d'assurance.

(2) L'Assuré autorisé par la présente le BUREAU LUXEMBOURGEOIS DES ASSUREURS CONTRE LES ACCIDENTS D'AUTOMOBILE ainsi que les Bureaux du ou des pays indiqués ci-contre, auxquels le dit Bureau a délégué ses pouvoirs, à recevoir les notifications, à instruire et à régler, pour son compte, toute demande de dommages-intérêts qui met en cause la responsabilité à l'égard des tiers que les lois sur l'assurance obligatoire du ou des pays indiqués ci-contre lui font une obligation de couvrir par une assurance et qui peut résulter de l'utilisation du véhicule dans ce ou ces pays.

(3) La couverture d'assurance fournie par les cartes vertes délivrées pour l'Azerbaïdjan, Chypre et la Serbie est limitée aux parties géographiques des dits pays qui sont sous le contrôle des gouvernements respectifs. Pour plus d'informations, veuillez consulter <http://gc-territorial-validity.cobx.org>

1. CARTE INTERNATIONALE D'ASSURANCE AUTOMOBILE
2. EMISE AVEC L'AUTORISATION DU BUREAU LUXEMBOURGEOIS DES ASSUREURS CONTRE LES ACCIDENTS D'AUTOMOBILE

3. VALABLE						4. Série et N° de Police											
DU			AU			L/13 AF00070003											
JOUR	MOIS	ANNEE	JOUR	MOIS	ANNEE												
01	01	22	31	12	22	5. N° d'immatriculation (ou à défaut) N° du châssis ou du moteur PM 4499											
(ces deux dates comprises)																	
						A				VW T-CROSS							
8. Validité territoriale																	
Cette carte est valable pour les pays dont la case n'est pas rayée																	
Pour l'identification du Bureau approprié, voir www.cobx.org																	
A	B	BG	CY ⁽²⁾	CZ	D	DK	E	EST	F	FIN	GR	H	HR	I	IRL		
IS	L	LT	LV	M	N	NL	P	PL	RO	S	SK	SLO	CH	AL	AND		
AZ ⁽³⁾	BIH	BY	GB	IL	IR	MA	MD	MK	MNE	RUS	SRB ⁽³⁾	TN	TR	UA			
9. Nom et Adresse du souscripteur de la police (ou de l'utilisateur du véhicule)																	
QUBE SOLUTIONS GROUP 2 RUE KALCHESBRUCK L-1852 LUXEMBOURG																	
1144																	
10. Cette carte a été délivrée par:												11. Signature de l'assureur					
la lux ASSURANCES LA LUXEMBOURGEOISE Société Anonyme d'Assurances 9, rue Jean Fischbach L-3372 Leudelange Tél.: 4761-1 • Fax: 4761-6300 groupeLL@lalux.lu R.C.S. Luxembourg B 31035												Le Directeur Général 					

* CATEGORIE DE VEHICULES (CODE)

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

Si vous désirez suspendre votre contrat, prière de renvoyer cette carte d'assurance à:
LA LUXEMBOURGEOISE
L-2095 LUXEMBOURG

Nom et prénom du signataire:
Date: Signature:

TOP ASSISTANCE

**Remorquage et Rapatriement
24 h / 24 et 7 j / 7
en cas d'Accident ou de Vol**

Tél.: (+352) 44 88 88

au GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG, dans l'UNION EUROPÉENNE, en NORVÈGE et en SUISSE

✓ REMORQUAGE

la compagnie organise et prend en charge:
• le REMORQUAGE du véhicule jusqu'au garage compétent le plus proche (max.200 EUR en cas de non-appel à la compagnie).

✓ ASSISTANCE AUX OCCUPANTS

la compagnie organise et prend en charge:
• soit les frais pour le retour immédiat des assurés à leur résidence habituelle;
• soit les frais pour une destination de leur choix à l'intérieur du Grand-Duché de Luxembourg.

✓ VOITURE DE REMPLACEMENT

si le véhicule assuré n'est plus en état de circuler et est irréparable dans un délai de 24 heures ou si le véhicule a été volé, la compagnie met à disposition de l'assuré un véhicule de location de la catégorie B pour une période de 5 jours maximum, à condition que la demande ait été faite dans les meilleurs délais au numéro (+352) 44 88 88.

✓ TRANSMISSION DE MESSAGES

la compagnie se charge de transmettre à vos proches tout message relatif aux garanties.

En cas d'accident ou de tentative de vol, immobilisant le véhicule assuré et exigeant un remorquage, ainsi qu'en cas de vol dudit véhicule, LA LUXEMBOURGEOISE accorde une garantie ASSISTANCE au VÉHICULE et aux OCCUPANTS avec les prestations suivantes:

dans l'UNION EUROPÉENNE, en NORVÈGE et en SUISSE

✓ RAPATRIEMENT

si le véhicule n'est pas réparable dans un délai de 5 jours ouvrables:
Cas de non-réparation sur place, la compagnie organise et prend en charge:
• le RAPATRIEMENT du véhicule assuré jusqu'au garage au Luxembourg choisi par l'assuré.
Cas de réparation sur place, si l'assuré ne peut attendre la fin des réparations:
• le transfert du véhicule à la résidence habituelle, soit
• le billet de chemin de fer (1^{re} classe) ou billet d'avion de ligne pour aller récupérer le véhicule.

✓ ASSISTANCE AUX OCCUPANTS

la compagnie organise et prend en charge:
Cas de rapatriement du véhicule:
• soit le retour immédiat des assurés à leur résidence habituelle par chemin de fer (1^{re} classe) ou avion de ligne;
• soit les frais de taxi pour permettre aux assurés d'atteindre leur lieu de destination (max.125 EUR).
Cas de réparation du véhicule sur place:
• les frais d'hôtel (chambre + petit-déjeuner) en attente de la réparation indispensable, à concurrence de 62 EUR par assuré.

Département
Indemnisation

Nos références:

Sinistre: 20200009615/SL241
QUBE SOLUTIONS GROUP
Date sinistre: 08.02.2020
Gestionnaire: Liliana SOARES
Tél.: 4761-6710
indem@lalux.lu

QUBE SOLUTIONS GROUP
2 RUE KALCHESBRUCK
L-1852 LUXEMBOURG

Leudelange, le 09.03.2020

Concerne: Votre véhicule VW T-CROSS Immatriculation: PM 4499

Madame, Monsieur,

Nous nous permettons de vous contacter au sujet du sinistre susmentionné.

A toutes fins utiles, nous vous signalons que nous avons chargé le bureau d'expertises

AUTEX S.A R.L., 7 RUE JEAN FISCHBACH, L-3372 LEUDELANGE
Tél.: (+352) 26190510 - Fax: (+352) 26190512 - Email: autex@pt.lu

d'évaluer l'importance des dégâts causés à votre véhicule auprès du réparateur

GARAGE ROBY CRUCIANI S.A R.L. (VW) 73 ROUTE DE LUXEMBOURG L-3515 DUDELANGE
Tél : (+352) 5202521 - Fax: (+352) 520242 - Email: marina.borrega@garage-cruciani.lu

en date du 30.03.2020.

Les frais de réparation du véhicule sous rubrique retenus par l'expert dans son rapport, sont à notre charge, sur base de votre contrat Dégâts Matériels.

Afin de vous éviter d'avancer les frais de réparation, nous avons informé le garage réparateur que ces frais, TVA non comprise, lui seront réglés directement par nos soins.

Nous restons évidemment à votre disposition pour tout renseignement concernant le règlement de ce sinistre, et nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

LA LUXEMBOURGEOISE
Société Anonyme d'Assurances
9, rue Jean Fischbach
L-3372 Leudelange

Adresse postale:
L-2095 Luxembourg

Tél.: 4761-1
Fax: 4761-200
indem@lalux.lu
www.lalux.lu

R.C.S. Luxembourg B 31035
TVA LU 147 28 983

BCEELULL:
IBAN LU59 0019 1000 3773 5000
BGLLLULL:
IBAN LU30 0030 0453 0540 0000
BILLLLULL:
IBAN LU71 0020 1008 5100 0000
CCPLLLULL:
IBAN LU05 1111 0000 8383 0000

LA LUXEMBOURGEOISE
Société Anonyme d'Assurances

Romain Fohl,
Fondé de Pouvoir

Henri Hostert,
Directeur





Département
Indemnisation

Nos références:

Sinistre: 20200009615/SL241
(à rappeler sur toute correspondance)

QUBE SOLUTIONS GROUP
2 RUE KALCHESBRUCK
L-1852 LUXEMBOURG

QUBE SOLUTIONS GROUP
Date sinistre: 08.02.2020
Gestionnaire: Liliana SOARES
Tél.: 4761-6710
indem@lalux.lu



00441

Leudelange, le 12.02.2020

Concerne: Votre véhicule VW T-CROSS Immatriculation: PM 4499

Madame, Monsieur,

Nous nous permettons de vous contacter au sujet du sinistre susmentionné.

Veuillez nous adresser, sous les réserves d'usage et en rappelant les références de notre dossier:

- un devis des réparations afin de juger s'il y a lieu de déléguer un expert,

Vous voudrez également nous indiquer le numéro de votre compte bancaire sur lequel nous pourrions virer l'indemnité qui vous revient le cas échéant.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

LA LUXEMBOURGEOISE

Société Anonyme d'Assurances
Un Délégué,

Un Fondé de pouvoir,

LA LUXEMBOURGEOISE
Société Anonyme d'Assurances
9, rue Jean Fischbach
L-3372 Leudelange

Adresse postale:
L-2095 Luxembourg

Tél.: 4761-1
Fax: 4761-200
indem@lalux.lu
www.lalux.lu

R. C. S. Luxembourg B 31035
TVA LU 147 28 983

BCEELULL:
IBAN LU59 0019 1000 3773 5000
BGLLULL:
IBAN LU30 0030 0453 0540 0000
BILLULL:
IBAN LU71 0020 1008 5100 0000
CCPLLULL:
IBAN LU05 1111 0000 8383 0000

Votre compte no. IBAN:	LU 49 0090 0000 178 4717
Banque / CCPL (Code BIC):	CCRALULL
Nom du titulaire de compte:	QUBE SOLUTIONS GROUP
Adresse du titulaire de compte:	2, RUE KALCHESBRUCK L-1852 LUXBG
No. Référence Sinistre:	20200009615

ZUSÄTZLICHE MITTEILUNGEN

vom Versicherten auszufüllen und unverzüglich an seine Versicherungsgesellschaft einzureichen

Versicherungsnehmer:

Name des Versicherungsnehmers angeben:

Beruf des Versicherungsnehmers angeben:

Besteht Berechtigung zum Abzug der Mehrwertsteuer? JA Prozentsatz.....% NEIN

Bankkonto des Versicherungsnehmers angeben (zwecks Überweisung eventueller Entschädigungssummen)

Schadenschilderung:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Handelt es sich um einen Arbeits- oder Wegeunfall? JA NEIN

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Angaben bezüglich des Fahrers des versicherten Fahrzeugs

Geburtsdatum des Fahrers: Datum der Erstaussstellung des Führerscheins:

Andere Bemerkungen (Zutreffendes ankreuzen)

War die Polizei an Ort und Stelle? JA NEIN

Wenn ja, wurde Protokoll errichtet? JA NEIN

Wenn ja, von welchem Polizeikommissariat?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

In, den 20 Unterschrift

ZUSÄTZLICHE MITTEILUNGEN

vom Versicherten auszufüllen und unverzüglich an seine Versicherungsgesellschaft einzureichen

Versicherungsnehmer:

Name des Versicherungsnehmers angeben: QUBE SOLUTIONS GROUP
Beruf des Versicherungsnehmers angeben: FIRMA
Besteht Berechtigung zum Abzug der Mehrwertsteuer? JA Prozentsatz % NEIN
Bankkonto des Versicherungsnehmers angeben (zwecks Überweisung eventueller Entschädigungssummen):

Schadenschilderung: KAM VON DER AUTOBAHN IN DEN KREISVERKEHR. RICHTIGE SPUR UM AUSFAHRT FÜNDEL ZU NEHMEN, BIN VOR DER EINFAHRT WO DIE AUTOS AUS RICHTUNG SANDWEILER IN DEN KREISVERKEHR REINFAHREN, ALS DAS AUTO "A" EINFACH RAUSFAHRT. HABE VERSUCHT AUSZUNEICHEN, HAT ABER MEIN AUTO AUF DER BEIFAHRENER SEITE GERAMMT UND UNTERBODEN BEIFAHRENER TÜR UND HINTERE TÜR GESCHRAMMT U. EINGEDRÜCKT
Handelt es sich um einen Arbeits- oder Wegeunfall? JA NEIN

Verantwortung

Wer ist Ihrer Meinung nach verantwortlich?
(Zutreffendes ankreuzen)

- Sie selbst respektiv der Fahrzeuglenker
 die Gegenpartei
 geteilte Verantwortung

Ihr Fahrzeug kann zwecks Expertise besichtigt werden:

wann? MONTAG - FREITAG 08H00 - 17H00
wo? QUBE Tel.: 661 162 402
Adresse: 2, RUE KALCHESBRUCK
L-1852 LUXEMBOURG

Angaben bezüglich des Fahrers des versicherten Fahrzeugs

Geburtsdatum des Fahrers: 26/10/1964 Datum der Erstaussstellung des Führerscheins:

Andere Bemerkungen (Zutreffendes ankreuzen)

- War die Polizei an Ort und Stelle? JA NEIN
Wenn ja, wurde Protokoll errichtet? JA NEIN

Wenn ja, von welchem Polizeikommissariat?

Falls möglich, den Namen des oder der protokollierenden Beamten angeben:

Wurde eine Blutprobe oder ein Alkoholttest vorgenommen? JA NEIN

Gab es Verletzte? (Name, Vorname, Adresse und Telefonnummer der Verletzten angeben und falls möglich die Art der Verletzungen)?

- in Ihrem Fahrzeug:

- im Fahrzeug der Gegenpartei:

- außerhalb dieser Fahrzeuge:

Gab es andere Materialschäden als an den Fahrzeugen A und B? (Art der Beschädigungen angeben)

NEIN

Name und Adresse der respektiven Geschädigten: QUBE SOLUTIONS GROUP

In Luxbg, den 10/10/21 20..... Unterschrift Blong

VERKEHRsunFALLBERICHT

1. Datum des Unfalls 09-02-2020	Zeit 11h30	2. Ort Land: Luxemburg	Ort: Rond point Sandweiler	3. Verletzte, einschließlich Leichtverletzte <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
------------------------------------	---------------	---------------------------	----------------------------	--

4. Sachschäden an anderen Fahrzeugen als A und B: <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja	anderen Gegenständen als Fahrzeugen: <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	5. Zeugen: Namen, Anschriften, Telefon SCHUMANN DOMINIK 16, rue Conth L-1329 Luxembourg 097656255
--	--	--

FAHRZEUG A	
6. Versicherungsnehmer/Versicherter (siehe Versicherungsbescheinigung)	
Name: DEANTSONG NOLTER	
Vorname: CRESSANCE	
Anschrift: 6, rue Lamartine	
PLZ: Luxemburg	Land:
Tel. oder E-Mail: 691721384	

12. UNFALLUMSTÄNDE	
↓ A	↓ B
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
<input checked="" type="checkbox"/> 7	<input checked="" type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 17

FAHRZEUG B	
6. Versicherungsnehmer/Versicherter (siehe Versicherungsbescheinigung)	
Name: QUBE SOLUTIONS	
Vorname:	
Anschrift: 2, RUE KALCHESBRUCK	
PLZ: L-1852	Land: LUXEMBOURG
Tel. oder E-Mail: OFFICE@QUBE-GROUP.EU	

7. Fahrzeug	
KRAFTFAHRZEUG	ANHÄNGER
Marke, Typ Mercedes	
Amtliches Kennzeichen KG 6208	
Land der Zulassung Luxemburg	

7. Fahrzeug	
KRAFTFAHRZEUG	ANHÄNGER
Marke, Typ VW T-CROSS	
Amtliches Kennzeichen PH 4499	
Land der Zulassung LUX 36	

7. Fahrzeug	
KRAFTFAHRZEUG	ANHÄNGER
Marke, Typ VW T-CROSS	
Amtliches Kennzeichen PH 4499	
Land der Zulassung LUX 36	

8. Versicherungsunternehmen (siehe Versicherungsbescheinigung)	
Name: Foyer	
Vertragsnummer: L 11/2045033	
Nr. der grünen Karte:	
Versicherungsbescheinigung oder grüne Karte gültig vom: 17.07 bis: 16.07.2020	
Geschäftsstelle (oder Büro oder Makler):	
Name:	
Anschrift:	
Land:	
Tel. oder E-Mail:	
Sind die Sachschäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrags versichert? <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja	

8. Versicherungsunternehmen (siehe Versicherungsbescheinigung)	
Name: LA LUX	
Vertragsnummer: L113 AF00070003	
Nr. der grünen Karte:	
Versicherungsbescheinigung oder grüne Karte gültig vom: 01/01 bis: 31/12/20	
Geschäftsstelle (oder Büro oder Makler):	
Name:	
Anschrift:	
Land:	
Tel. oder E-Mail:	
Sind die Sachschäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrags versichert? <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja	

8. Versicherungsunternehmen (siehe Versicherungsbescheinigung)	
Name: LA LUX	
Vertragsnummer: L113 AF00070003	
Nr. der grünen Karte:	
Versicherungsbescheinigung oder grüne Karte gültig vom: 01/01 bis: 31/12/20	
Geschäftsstelle (oder Büro oder Makler):	
Name:	
Anschrift:	
Land:	
Tel. oder E-Mail:	
Sind die Sachschäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrags versichert? <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja	

9. Fahrer (siehe Führerschein)	
Name: DEANTSONG NOLTER	
Vorname: CRESSANCE	
Geburtsdatum: 28.01.1988	
Anschrift: 6, rue Lamartine	
Land: Luxemburg	
Tel. oder E-Mail: 691721384	
Führerschein-Nr.: 050857300581	
Klasse (A, B,...): B	
Führerschein gültig bis:	

9. Fahrer (siehe Führerschein)	
Name: BLANG	
Vorname: PASCAL	
Geburtsdatum: 26/10/64	
Anschrift: 2, RUE ADOLPHE	
Land: LUX 36	
Tel. oder E-Mail:	
Führerschein-Nr.: 0000084375	
Klasse (A, B,...): A1 B1 F	
Führerschein gültig bis: 26/10/2024	

9. Fahrer (siehe Führerschein)	
Name: BLANG	
Vorname: PASCAL	
Geburtsdatum: 26/10/64	
Anschrift: 2, RUE ADOLPHE	
Land: LUX 36	
Tel. oder E-Mail:	
Führerschein-Nr.: 0000084375	
Klasse (A, B,...): A1 B1 F	
Führerschein gültig bis: 26/10/2024	

10. Markieren Sie die ursprüngliche Aufprallstelle am Fahrzeug A durch einen Pfeil →	<i>tutorat</i>
11. Sichtbare Schäden am Fahrzeug A:	<i>Sandweiler</i>

13. Skizze des Unfalls zum Zeitpunkt des Aufpralls	
Bitte angeben: 1. den Verlauf der Fahrspuren 2. die Fahrtrichtung der Fahrzeuge A, B (durch Pfeile) 3. ihre Position zum Zeitpunkt des Aufpralls 4. die Verkehrszeichen 5. die Straßennamen	

10. Markieren Sie die ursprüngliche Aufprallstelle am Fahrzeug B durch einen Pfeil →	
11. Sichtbare Schäden am Fahrzeug B:	<i>TÜR HINTEN RECHTS UNTERBODEN RECHTS</i>

14. Eigene Bemerkungen: <i>Je plus engagé sur le rond point Dont B a dévié vers nous sans accident</i>

15. Unterschriften der Fahrer	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
-------------------------------	--------------------	--------------------

14. Eigene Bemerkungen: <i>WAR IN MEINER SPUR UM FÜRDEL RAUS ZU FAHREN ALS A MICH GERAMMT HAT</i>
--

VERKEHRSUNFALLBERICHT

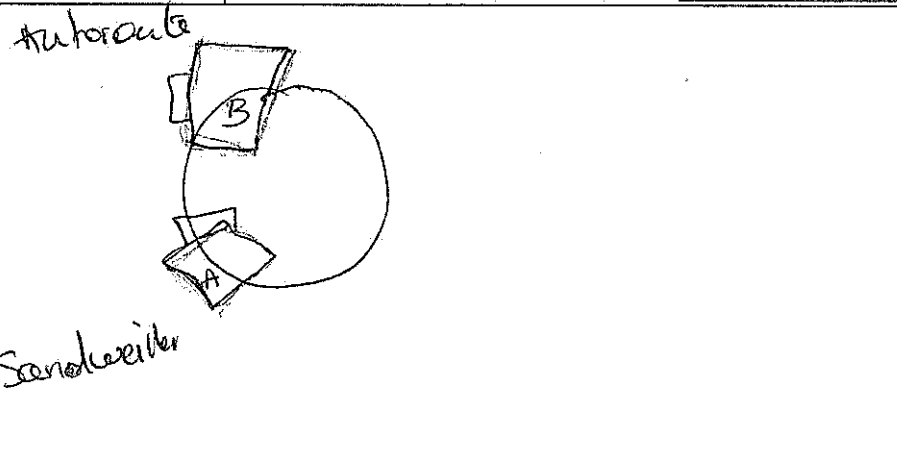
Datum des Unfalls 02-02-2020	Zeit 11h30	Ort Land: Luxemburg	Ort: Rond point Sandweiler	Verletzte, einschließlich Leichtverletzte <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	----------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--

Sachschäden an anderen Fahrzeugen als A und B: <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sachschäden an anderen Gegenständen als Fahrzeugen: <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zeugen: Namen, Anschriften, Telefon SCHUMANN SCHMIDT 16, rue Centre L-1329 Luxembourg
---	--	---

FAHRZEUG A		12. UNFALLUMSTÄNDE		FAHRZEUG B	
5. Versicherungsnehmer/Versicherter (siehe Versicherungsbescheinigung) Name: PHANTSONG NOLLER Vorname: CRESSANCE SANDRINE Anschrift: 6 rue Lamarine PLZ: Luxemburg Land: Tel. oder E-Mail: 691721384		Kreuzen Sie jeweils das entsprechende Feld an, um die Skizze zu präzisieren *Nichtzutreffenden Text streichen		6. Versicherungsnehmer/Versicherter (siehe Versicherungsbescheinigung) Name: QUBE SOLUTIONS Vorname: Anschrift: 2, RUE KALCHESBRUCK PLZ: L-1852 Land: LUXEMBOURG Tel. oder E-Mail: OFFICE @ QUBE-GROUP, E	
Fahrzeug				7. Fahrzeug	
KRAFTFAHRZEUG	ANHÄNGER			KRAFTFAHRZEUG	ANHÄNGER
Marke, Typ: Mercedes Amtliches Kennzeichen: KG 6208 Land der Zulassung: Luxemburg				Marke, Typ: VW T-CROSS Amtliches Kennzeichen: PM 4499 Land der Zulassung: LUX 36	
8. Versicherungsunternehmen (siehe Versicherungsbescheinigung)				8. Versicherungsunternehmen (siehe Versicherungsbescheinigung)	
Name: Foyer Vertragsnummer: L 11/2015033 Nr. der grünen Karte: Versicherungsbescheinigung oder grüne Karte gültig vom: 17.02 bis 16.02.2020 Geschäftsstelle (oder Büro oder Makler): Name: Anschrift: Land: Tel. oder E-Mail:				Name: LA LUX Vertragsnummer: L113 AF06070003 Nr. der grünen Karte: Versicherungsbescheinigung oder grüne Karte gültig vom: 01/01 bis 31/12/20 Geschäftsstelle (oder Büro oder Makler): Name: Anschrift: Land: Tel. oder E-Mail:	
Sind die Sachschäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrags versichert? <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja				Sind die Sachschäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrags versichert? <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja	
9. Fahrer (siehe Führerschein)				9. Fahrer (siehe Führerschein)	
Name: PHANTSONG NOLLER Vorname: CRESSANCE Geburtsdatum: 28.01.1988 Anschrift: 6 rue Lamarine 1314 Land: Luxemburg Tel. oder E-Mail: 691721384 Führerschein-Nr.: 05087300581 Klasse (A, B,...): B Führerschein gültig bis:				Name: BLANG PASCALE Vorname: Geburtsdatum: 26/10/64 Anschrift: 2 RUE ADOLPHE 13212 Land: LUX 36 Tel. oder E-Mail: Führerschein-Nr.: 0000084375 Klasse (A, B,...): A1B1F Führerschein gültig bis: 26/10/2024	
Geben Sie die Anzahl der angekreuzten Felder an: 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input checked="" type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/>				Geben Sie die Anzahl der angekreuzten Felder an: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input checked="" type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/>	
Unbedingt von BEIDEN Fahrern zu unterzeichnen Stellt keine Anerkennung der Haftung dar, sondern eine Feststellung der Identität und der Umstände, die der Beschleunigung der Regulierung dient.				Unbedingt von BEIDEN Fahrern zu unterzeichnen Stellt keine Anerkennung der Haftung dar, sondern eine Feststellung der Identität und der Umstände, die der Beschleunigung der Regulierung dient.	
13. Skizze des Unfalls zum Zeitpunkt des Aufpralls				13. Skizze des Unfalls zum Zeitpunkt des Aufpralls	
Bitte angeben: 1. den Verlauf der Fahrspuren 2. die Fahrtrichtung der Fahrzeuge A, B (durch Pfeile) 3. ihre Position zum Zeitpunkt des Aufpralls 4. die Verkehrszeichen 5. die Straßennamen				Bitte angeben: 1. den Verlauf der Fahrspuren 2. die Fahrtrichtung der Fahrzeuge A, B (durch Pfeile) 3. ihre Position zum Zeitpunkt des Aufpralls 4. die Verkehrszeichen 5. die Straßennamen	

10. Markieren Sie die ursprüngliche Aufprallstelle am Fahrzeug A durch einen Pfeil →

Sichtbare Schäden am Fahrzeug A:



10. Markieren Sie die ursprüngliche Aufprallstelle am Fahrzeug B durch einen Pfeil →

Sichtbare Schäden am Fahrzeug B:
**TUR HINTEN RECHTS
 UNTERBODEN RECHTS**

15. Unterschriften der Fahrer	15. Unterschriften der Fahrer
14. Eigene Bemerkungen: WAG IN MEINER SPUR UM FINDER RAUSZUFAHREN ALS A NICHT GERAHMAT HAT	

Département
Indemnisation

Nos références:

Sinistre: 20200009615/SL241
(à rappeler sur toute correspondance)

QUBE SOLUTIONS GROUP
Date sinistre: 08.02.2020
Gestionnaire: Liliana SOARES
Tél.: 4761-6710
indem@lalux.lu

QUBE SOLUTI
2 RUE KALCH
L-1852 LUXE/

30/03 -> 02/04
08h (un expert 8-10h)
±2000€ => expert vienne condegest
sup à 2000€
etc est l'expert qui fixe si OK
devis de remplacement véhicule
50€/jour
opéras de conduite



Leudelange, le 12.02.2020

Concerne: Votre véhicule VW T-CROSS Immatriculation: PM 4499

Madame, Monsieur,

Nous nous permettons de vous contacter au sujet du sinistre susmentionné.

Veillez nous adresser, sous les réserves d'usage et en rappelant les références de notre dossier:

- un devis des réparations afin de juger s'il y a lieu de déléguer un expert,

Vous voudrez également nous indiquer le numéro de votre compte bancaire sur lequel nous pourrions virer l'indemnité qui vous revient le cas échéant.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

LA LUXEMBOURGEOISE
Société Anonyme d'Assurances
Un Délégué,

Un Fondé de pouvoir,

LA LUXEMBOURGEOISE
Société Anonyme d'Assurances
9, rue Jean Fischbach
L-3372 Leudelange

Adresse postale:
L-2095 Luxembourg

Tél.: 4761-1
Fax: 4761-200
indem@lalux.lu
www.lalux.lu

R.C.S. Luxembourg B 31035
TVA LU 147 28 983

BCEELULL:
IBAN LU59 0019 1000 3773 5000
BGLLLULL:
IBAN LU30 0030 0453 0540 0000
BILLULL:
IBAN LU71 0020 1008 5100 0000
CCPLLULL:
IBAN LU05 1111 0000 8383 0000

Votre compte no. IBAN: _____
Banque / CCPL (Code BIC): _____
Nom du titulaire de compte: _____
Adresse du titulaire de compte: _____
No. Référence Sinistre: 20200009615

DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL / DE TRAJET

La déclaration doit être remplie, selon les instructions, **par l'employeur ou son représentant !**

1. EMPLOYEUR

1.01 Dénomination de l'entreprise / de l'administration ou nom et prénom de l'employeur

1.02 Adresse

1.03 Matricule de l'employeur auprès du Centre commun de la sécurité sociale

2. ASSURÉ

2.01 Nom, prénom de l'assuré

2.02 Matricule de l'assuré

2.03 Adresse

2.04 Travailleur intérimaire?

Oui Non

Le cas échéant, dénomination de l'entreprise utilisatrice

Le cas échéant, matricule de l'entreprise utilisatrice

2.05 L'assuré travaille :

à temps plein à temps partiel

Veillez préciser le nombre habituel d'heures de travail hebdomadaires

heures / semaine

2.06 Profession de l'assuré (p.ex. peintre, éducateur, comptable)

3. INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT

3.01. Date et heure de l'accident

jour / mois / année H mn

3.02. Date et heure de la déclaration à l'employeur ou à son représentant

jour / mois / année H mn

3.03 Heures pendant lesquelles l'assuré a travaillé ou aurait dû travailler le jour de l'accident

matin de / à H mn / H mn

après-midi de / à H mn / H mn

3.04 L'accident a-t-il eu lieu sur :

- le poste de travail habituel
 un poste de travail occasionnel ou mobile
 le trajet

Veillez indiquer l'adresse du lieu de travail si différente de 1.02 :

En cas d'accident de la circulation :

- l'assuré se trouvait-il :

- en voiture de société en voiture privée autre

- l'assuré était-il :

- conducteur passager autre

- un constat à l'amiable a-t-il été rempli?

- Oui Non

- un procès-verbal a-t-il été dressé?

- Oui Non

3.05 Description détaillée de l'endroit ou du lieu de travail de l'assuré lors de l'accident (en cas d'accident de la circulation, veuillez préciser l'endroit exact : p.ex. localité, rue, sortie de l'autoroute, etc.). En cas d'accident à l'étranger, veuillez indiquer le pays.

3.06 Description détaillée du déroulement de l'accident en précisant l'activité de l'assuré au moment de l'accident, les objets impliqués (p.ex. outils, machines, équipements, matériaux, objets, instruments, substances, etc.) ainsi que les événements déviant du processus normal d'exécution du travail et ayant entraîné l'accident.

3.07 Le cas échéant, veuillez indiquer l'autorité publique (p.ex. : Police, ITM) qui suite à l'accident a été prévenue / était sur place :

3.08 Y a-t-il eu un (des) témoin(s) oculaire(s)?

Oui Non

Le cas échéant, nom(s) et adresse(s) du (des) témoin(s)

3.09 Nom, adresse et fonction de la première personne avertie dans l'entreprise

4. MESURES DE PREVENTION

4.01 Quelles étaient les mesures de prévention en place lorsque l'accident est survenu?

4.02 Quelles sont les mesures de prévention prises ou à prendre pour éviter à l'avenir un accident similaire?

5. CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT SELON LES RENSEIGNEMENTS DE L'ASSURE

5.01 **Pas de lésion**, seulement dégât au véhicule automoteur -> Veuillez passer à la rubrique 6.

5.02 En cas de lésion, veuillez indiquer la nature de la (des) lésion(s)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Plaies et blessures superficielles
<input type="checkbox"/> Fractures osseuses
<input type="checkbox"/> Luxations, entorses et foulures
<input type="checkbox"/> Commotions et traumatismes internes
<input type="checkbox"/> Autre(s) lésion(s), veuillez indiquer: <input style="width: 50%; border: 1px solid black;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> Effets du bruit, des vibrations et de la pression
<input type="checkbox"/> Effets des extrêmes de température, de la lumière ou des radiations
<input type="checkbox"/> Choc (émotionnel/psychologique)
<input type="checkbox"/> Brûlures et gelures |
|---|--|

5.03 Veuillez indiquer la localisation de la (des) lésion(s)

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tête
<input type="checkbox"/> Cou
<input type="checkbox"/> Dos
<input type="checkbox"/> Thorax
<input type="checkbox"/> Ventre, bassin
<input type="checkbox"/> Autre(s) partie(s) du corps blessée(s), veuillez indiquer: <input style="width: 50%; border: 1px solid black;" type="text"/> | <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">Oeil (Yeux)</td> <td><input type="checkbox"/> gauche</td> <td><input type="checkbox"/> droit</td> </tr> <tr> <td>Epaule(s)</td> <td><input type="checkbox"/> gauche</td> <td><input type="checkbox"/> droite</td> </tr> <tr> <td>Bras, y compris coude(s)</td> <td><input type="checkbox"/> gauche</td> <td><input type="checkbox"/> droit</td> </tr> <tr> <td>Main(s)</td> <td><input type="checkbox"/> gauche</td> <td><input type="checkbox"/> droite</td> </tr> <tr> <td>Jambe(s), y compris genou(x)</td> <td><input type="checkbox"/> gauche</td> <td><input type="checkbox"/> droite</td> </tr> <tr> <td>Pied(s)</td> <td><input type="checkbox"/> gauche</td> <td><input type="checkbox"/> droit</td> </tr> </table> | Oeil (Yeux) | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droit | Epaule(s) | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droite | Bras, y compris coude(s) | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droit | Main(s) | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droite | Jambe(s), y compris genou(x) | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droite | Pied(s) | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droit |
| Oeil (Yeux) | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droit | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Epaule(s) | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droite | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bras, y compris coude(s) | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droit | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Main(s) | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droite | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jambe(s), y compris genou(x) | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droite | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pied(s) | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droit | | | | | | | | | | | | | | | | | |

5.04 Le cas échéant, nom et adresse du 1^{er} médecin consulté

Date de la consultation : jour / mois / année Code-médecin (si connu) : -

5.05 Le cas échéant, nom de l'établissement hospitalier visité

5.06 Conséquences des lésions:

- Décès de l'assuré.
 L'assuré n'a pas interrompu son travail
 L'assuré a quitté le travail le

à h : mn

L'assuré :

- a repris le travail le jour / mois / année
 n'a pas repris le travail

Veuillez indiquer la date de fin d'incapacité prévue sur le certificat d'incapacité de travail (si connue) jour / mois / année

6. SIGNATAIRE (EMPLOYEUR OU SON REPRESENTANT)

6.01 Nom, prénom de l'employeur ou de son représentant

6.02 Fonction

6.03 Numéro de téléphone

6.04 Lieu, date

, le jour / mois / année

6.05 Signature de l'employeur ou de son représentant

Prière de remplir toutes les rubriques avant l'envoi de ce formulaire **par ordinateur** ou s'il est rempli à la main à **l'encre noire en caractères d'imprimerie**

Tout formulaire incomplet sera retourné !

La déclaration est à adresser à l'**Association d'assurance accident**,
 soit par courrier à l'adresse postale L-2976 Luxembourg,
 soit par fax au numéro +352 495335,
 soit par courriel au format PDF à l'adresse declaration.aaa@secu.lu

Instructions relatives à la déclaration d'accident du travail / de trajet

Notice importante:

En vue de l'instruction rapide et correcte des déclarations d'accident, il est indispensable qu'elles soient remplies avec soin et de façon complète. Toute déclaration incomplète sera retournée et la non-observation des présentes instructions pourra entraîner les amendes d'ordre prévues à l'article 445 du Code de la sécurité sociale (CSS).

Toute fraude ou fausse déclaration entraînera, d'une part, une demande de remboursement des prestations indues et exposera, d'autre part, le fraudeur à des peines d'amende voire d'emprisonnement (Art. 451 du CSS).

Conformément à la réglementation applicable en matière de protection des données à caractère personnel, seules les informations strictement nécessaires au traitement de la déclaration introduite suite à un accident du travail ou de trajet sont collectées par l'AAA dans le cadre de l'exercice de ses missions légales. Ces informations ne font pas l'objet d'un traitement ultérieur incompatible. Un droit d'accès et de rectification sur les données personnelles peut être exercé par la personne dont les données sont collectées via l'envoi d'un courriel au délégué à la protection des données à l'adresse dpo.aaa@secu.lu.

1. Instructions générales

- a) Quand faut-il faire une déclaration d'accident ?
Pour tout accident du travail ou accident de trajet (y inclus tous les accidents minimes n'ayant pas causé une incapacité de travail et les accidents sans lésion corporelle ayant seulement produit des dégâts matériels aux véhicules automoteurs).
- b) Comment l'accident doit-il être déclaré ?
Par écrit à l'Association d'assurance accident moyennant le formulaire de déclaration prescrit, téléchargeable sur le site internet www.aaa.lu sous la rubrique « Documentation / Formulaires ».

La déclaration est à adresser à l'Association d'assurance accident, soit par courrier à l'adresse postale L-2976 Luxembourg, soit par fax au numéro +352 495335, soit par courriel au format PDF à l'adresse declaration.aaa@secu.lu.

Le déclarant doit fournir toutes les indications demandées sur le formulaire.

Les certificats médicaux et mémoires d'honoraires sont à adresser à la Caisse nationale de santé (CNS).
- c) Qui doit faire la déclaration de l'accident ?
L'employeur ou son représentant (personne habilitée par l'employeur).
- d) Dans quel délai la déclaration d'accident doit-elle être faite ?
Dans les meilleurs délais, mais au plus tard une année après la survenance de l'accident.
- e) Faut-il faire des copies ?
Une copie de la déclaration est à remettre à l'assuré et une autre est à conserver dans les dossiers de l'entreprise. L'Association d'assurance accident transmettra selon le cas une copie de la déclaration à l'Inspection du Travail et des Mines ou au Service national de la sécurité dans la fonction publique.

Pour tout renseignement supplémentaire, veuillez-vous adresser au service « Prestations » par téléphone au 261915-2235 ou par courriel à l'adresse « prestations.aaa@secu.lu ».

2. Instructions spécifiques (Une réponse à toutes les questions posées sur le formulaire est indispensable)

Rubriques :

1. EMPLOYEUR

1.03 Numéro d'affiliation de l'employeur auprès du Centre commun de la sécurité sociale (13 ou 15 chiffres).

2. ASSURÉ

2.02 Numéro d'affiliation de l'assuré auprès des organismes de sécurité sociale.

2.04 S'il s'agit d'un contrat de travail intérimaire, il faut demander les renseignements nécessaires auprès de l'entreprise utilisatrice pour pouvoir répondre aux questions des rubriques 3 à 5.

3. INFORMATIONS RELATIVES À L'ACCIDENT

3.04 « Poste ou lieu de travail habituel » s'entend au sens restrictif du terme, c'est-à-dire toujours dans les locaux de travail habituels (poste de travail fixe dans un atelier, magasin, bureau).

« Poste ou lieu de travail occasionnel ou mobile » s'utilise dans un sens plus large et couvre :

- une intervention spécifique pour le compte de l'employeur en dehors de l'unité locale habituelle et dans les locaux d'un client ou d'une autre entreprise (réunion, mission, entretien professionnel, installation ou réparation, déplacement occasionnel pour le compte de l'employeur, etc.) ;
- une affectation temporaire sur un poste de travail fixe mais différent ou dans une unité locale différente de l'unité habituelle, ce qui englobe les postes de travail occupés pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines mais qui ne constituent pas un lieu de travail affecté à titre définitif (affectation temporaire en tant que salarié d'une entreprise travaillant dans les locaux d'une autre entreprise ou en tant que personne engagée par un bureau de placement, importantes activités de maintenance chez un client, télétravail, etc.) ;
- les emplois pour lesquels le poste de travail est mobile (chauffeur de camion, travailleur du bâtiment, monteur, réparateur, agent de police, gardien, balayeur, etc.).

« Sur le trajet » signifie sur le trajet de l'aller et du retour:

- entre la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où l'assuré se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu du travail ;
- entre le lieu du travail et le restaurant, la cantine ou, d'une manière plus générale, le lieu où l'assuré prend habituellement ses repas.

3.05 Endroit ou lieu de travail p.ex.: atelier d'entretien, entrepôt, bâtiment en réparation, chantier de percement d'un tunnel, étable, bureau, école, magasin, hôpital, hôtel, domicile privé, égout, verger, jardin, autoroute, à bord d'une voiture, à bord d'un bateau, sous l'eau, etc. En cas d'accident de la circulation, prière d'indiquer la localité et la rue.

3.06 L'activité de l'assuré p.ex. : manipuler une machine, travailler avec un outil à main, conduire un engin, saisir, soulever ou transporter un objet, monter ou descendre une échelle, marcher, courir, s'asseoir, etc.

Les événements déviant du processus normal d'exécution du travail p.ex. : problème électrique, explosion, feu, débordement, renversement, fuite, dégagement de gaz, bris, éclatement, chute ou effondrement d'objets, démarrage ou fonctionnement anormal d'une machine, perte de contrôle d'un moyen de transport ou d'objets, glissade ou chute de personne, actions inopportunes, « faux mouvements », surprise, frayeur, violence, agression, etc.

5. CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT SELON LES RENSEIGNEMENTS DE L'ASSURÉ

5.01 Cette case est à cocher si l'accident a seulement produit des dégâts matériels au véhicule automobile sans lésion corporelle. Dans ce cas, les rubriques 5.02 à 5.06 ne sont pas à remplir. L'indemnisation des dégâts matériels au véhicule se fait sur demande à présenter par l'assuré dans la limite d'une franchise fixée à 2/3 du salaire social minimum et à condition qu'il s'agisse d'un dommage personnel et d'un dégât non indemnisable à un autre titre. Le formulaire de demande est téléchargeable sur notre site internet www.aaa.lu sous la rubrique « Documentation / Formulaires ».

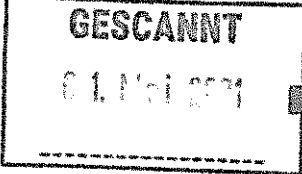
5.02 Ces indications n'ont qu'une valeur informative et l'Association d'assurance accident se chargera de demander, le cas échéant, un rapport médical circonstancié.

5.03

6. SIGNATAIRE (EMPLOYEUR OU SON REPRÉSENTANT)

6.05 La déclaration d'accident doit être signée par l'employeur ou son représentant.

Telefon: (+352) 52 02 52 1
 Telefax: (+352) 52 02 42
 Internet: www.cruciani.lu



Datum: 23.04.2021
 Annahmedatum: 22.04.2021
 Kunden-Nr.: 1441
 Auftragsnummer: 3421A2021
 Kunden-USt-IdNr.: LU24506447

Garage Cruciani s.à r.l. 73, route de Luxembourg L-3515 DUDELANGE

QUBE SOLUTIONS GROUP S.A.R.L.
 2, RUE KALCHESBRUCK
 L-1852 LUXEMBOURG
 LUXEMBURG

Ihr Kundendienstberater
Ludovic Richard

Seite 1 von 1

Modell	Fahrzeug-Identifikationsnummer	Kennzeichen	Kilometerstand	Erstellungsdatum
T-CROSS Style 1.0 TSI 85 kW D5	WVGZZC1ZKY010759	PM 4499	19727	04.04.2019

Position	Menge	Bezeichnung	USt	Preis	Umsatz
		Tätigkeit			
		revision des 20000 km			286,81 €
		Notiz: expert passé pour degat attendre rapport			
		Inspektion mit Ölwechsel (flexibel) .			104,48 €
		Staub-u.Pollenfilter aus-u.einbauen			8,71 €
MO - 01090014					
MO - 85181900					
R - OEL004	4,00	VW Motoröl 508/00 - 509/00 0W20	25,87 €		103,48 €
R - N 0138158	1,00	Dichtring	1,96 €		1,96 €
R - N 90288901	1,00	Ölablassschraube	3,35 €		3,35 €
R - 04E115561H	1,00	Ölfilter	13,41 €		13,41 €
R - 2Q0819669	1,00	Geruchs- und Allergenfilter	36,84 €		36,84 €
R - A1000	1,00	SCHEIBENREINIGER	4,20 €		4,20 €
R - WHT000729A	3,00	Innensechsrundschrabe, selbstsichernd	1,24 €		3,72 €
O - ABF001		Entsorgung Altöl			0,96 €
O - ABF002/2		Entsorgung 2.Altfilter			1,95 €
O - O. Reiniger		Reiniger			3,75 €
		Tätigkeit			
		Ersatzwagen			42,74 €
O - Ersatzwagen		Ersatzwagen			42,74 €



Facture reçue le: 30. April 2021 14823
 Payée par: BILL BCEE CCRA
 Echéance par: Scat OK

Arbeiten
 Sonstiges
 Ersatzteile
 Steuersatz
 Betrag Netto
 MwSt.
 Summe Gesamt

Zahlbar sofort nach Erhalt der Rechnung netto ohne Abzug auf eines der unten genannten Konten. Die Lieferungen und Leistungen unter Anerkennung unserer Lieferungs- und Instandsetzungsbedingungen. Gerichtsstand Luxemburg. Beanstandungen können nur angenommen werden, wenn sie innerhalb 8 Tagen nach Rechnungsdatum schriftlich erfolgen. Hinweise zum Datenschutz erhalten Sie von uns unter <https://cruciani.lu/2-protection-des-donnees>

Wir danken für Ihr Vertrauen und wünschen gute Fahrt.

Garage Cruciani s.à r.l. Ident. TVA LU27938615 Matr. TVA 2015 2447 559 Auf. Gouv. 10062141 R.C. Lux B199925
 Bel Zahlung bitte Rechnungs-Nr. und Kunden-Nr. angeben
 BILL LULL LU47 0028 1176 8420 0000
 BCEE LULL LU63 0019 7000 0099 4000
 BGLL LULL LU41 0030 1677 8283 0000
 CELLLL LULL LU82 0141 0141 4050 0000
 CCRA LULL LU04 0090 0000 1111 6712



GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Administration des Douanes et Accises

Mersch, le 12.05.2020 **VERIFIE**



DIGICASH
by BO payconiq

Taxe pour 12 mois uniquement!



QUBE SOLUTIONS GROUP S.à r.l.
2 RUE DE KALCHESBRUCK

L-1852 LUXEMBOURG

QUBE	
N° Facture fourm.:	12899
Facture reçue le:	15 Mai 2020
Nom client :	Fraus
Bon livraison N° :	Qube
Exécutée par :	Jeth

**AVIS D'ÉCHÉANCE
APPEL DE PAIEMENT 20/0261351-01**

Concerne : Taxe sur les véhicules routiers

votre véhicule enregistré sous le no d'immatriculation **PM4499**

Le paiement doit intervenir avant l'échéance du **13.06.2020**, date fin de votre vignette actuelle.

Taxe à payer : **53,00 EUR** pour 12 mois

Le paiement de la taxe pour 6 mois n'est autorisé que si la taxe annuelle dépasse 75 EUR.

Le paiement de la taxe est constaté par l'émission d'une vignette fiscale.

La taxe reste due jusqu'à la **date de la mise hors circulation temporaire ou définitive** auprès de la Société Nationale de Circulation Automobile (SNCA) par renvoi du **certificat d'immatriculation**.

Des informations **complémentaires** concernant la mise hors circulation définitive ou temporaire, sont disponibles sur le site Internet de la SNCA sous l'URL : <http://www.snca.lu>

Caisse Centrale
3, rue des Prés
L-7561 MERSCH

Tel +352 27488-488
Fax +352 27488-300

Boîte Postale 182
L-7502 MERSCH

caisse.centrale@do.etat.lu
<https://douanes.public.lu>

VIREMENT

Un caractère MAJUSCULE (BLEU ou NOIR) ou signe par case en cas d'écriture manuscrite

Code BIC de la banque du bénéficiaire	EUR ou	Montant
CCPLLULL	EUR	53,00
N° de compte du bénéficiaire		
LU83 1111 0000 4444 0000		
Nom de la banque du bénéficiaire (uniquement si code BIC non indiqué)		Code Pays
Nom et adresse du bénéficiaire		Code Pays de résidence
Adm. des Douanes et Accises - Caisse Centrale		
Communication au bénéficiaire		
Référence : 20/0261351-01 Plaque : PM4499		
N° de compte du donneur d'ordre		Avis de débit
Nom et adresse du donneur d'ordre (Max 4 lignes)	Date d'exécution souhaitée	Date et Signature
QUBE SOLUTIONS GROUP S.à r.l. 2 RUE DE KALCHESBRUCK L-1852 LUXEMBOURG		
	Frais à charge (par défaut = PARTAGÉS)	
	<input type="checkbox"/> PARTAGÉS <input type="checkbox"/> Bénéficiaire <input checked="" type="checkbox"/> Donneur d'ordre	

Département
Contrats

QUBE SOLUTIONS GROUP
2 RUE KALCHESBRUCK
L-1852 LUXEMBOURG

Leudelange, le 02.07.2019

Objet: Votre police n° AF00070003
Numéro d'adhésion: AF00070003/26
Lettre de confirmation d'assurance

Madame, Monsieur,

Par la présente, nous avons l'honneur de vous confirmer que nous assurons le véhicule ci-après à partir du 01.07.2019.

Voiture VW T-CROSS PM 4499

Genre de véhicule: Voiture. Puissance: 85.00 kW. Date de mise en circulation: 11.04.2019. TVA assurée: Non. Cylindrée: 999 ccm. La valeur assurée est à considérer comme: Valeur à neuf. Nombre total de places: 5. Numéro d'immatriculation: PM 4499. Marque: VW. Numéro de châssis: WVGZZC1ZKY010759. Carburant: Essence. Modèle: T-CROSS. Valeur assurée (TVA comprise): 27000.00 EUR.

Garantie(s) assurée(s)	Prime nette annuelle
Responsabilité civile	172,82
Protection juridique Somme assurée 10000,00 EUR	22,05
Incendie	56,54
Vol	148,15
Bris de glaces	84,00
Forces de la nature	Gratuit
Collision avec un animal errant Franchise par sinistre néant	Gratuit
Dégâts au véhicule Franchise par sinistre néant	504,96
Véhicule de remplacement	16,54
Top-Assistance	Gratuit
Assurance en valeur à neuf pendant trois ans jusqu'au 10.04.2022	23,81

LA LUXEMBOURGEOISE
Société Anonyme d'Assurances
9, rue Jean Fischbach
L-3372 Leudelange

Adresse postale:
L-2095 Luxembourg

Tél.: 4761-1
Fax: 4761-300
groupeLL@lalux.lu
www.lalux.lu

R.C.S. Luxembourg B 31035
TVA LU 147 28 983

BCEELULL:
IBAN LU59 0019 1000 3773 5000
BGLLLULL:
IBAN LU30 0030 0453 0540 0000
BILLULL:
IBAN LU71 0020 1008 5100 0000
CCPLLULL:
IBAN LU05 1111 0000 8383 0000

Garage Roby Cruciani



Telefon: (+352) 52 02 52 1
 Telefax: (+352) 52 02 42
 Internet: www.cruciani.lu

EXPÉDIÉ LE 17 DEC. 2019

KOPIE

Garage Cruciani s.à r.l. 73, route de Luxembourg L-3515 DUDELANGE

QUBE SOLUTIONS GROUP S.A.R.L.

**2, RUE KALCHESBRUCK
 L-1852 LUXEMBOURG
 LUXEMBURG**

✓ PAYÉ

17 Jan 2020

Rechnung 19WR12491

Datum 13.12.2019
 Annahmedatum 11.12.2019

Kunden-Nr. 1441
 Auftragsnummer 11583A2019
 Kunden-USt-IdNr. LU24506447

Seite 1 von 1

Ihr Kundendienstberater
 Jean-Louis Battiston

FAHRZEUGDATEN

Modell	Fahrzeug Identifikationsnummer	Kennzeichen	Kilometerstand	Erstzulassung
T-CROSS Style 1.0 TSI 85 kW D&S	WVGZZZC1ZKY010759	PM 4499	6991	04.04.2019

Position	Menge	Beschreibung	Preis/Einheit	% Rabatt	Netto
	Tätigkeit	PARE BRISE À REMPLACER			563,97 €
MO - 64105503		Windschutzscheibe ersetzen			257,16 €
R - 2GM845011ABNVB	1,00	Frontscheibe nicht vorbehandelt	239,12 €		239,12 €
R - 7N0955609	1,00	Gel-Folie für Regensensor (selbstklebend)	17,88 €		17,88 €
R - 8U0907671	1,00	Haltefeder	3,83 €		3,83 €
R - NOR289350640	1,00	Screenox Quantum-Scheibenkleber set	35,00 €		35,00 €
O - ABF006		Entsorgung Altfenster			7,98 €
O - 0. Windschutzscheibe		Trenn und Reinigungsmaterial			3,00 €
	Tätigkeit	Ersatzwagen			36,30 €
	Notiz:	Cat. B			
O - Ersatzwagen		Ersatzwagen			36,30 €

Schéin Feierdeeg



Garage Roby Cruciani

LALUX 20190078588

QUBE

N° Facture four.: 12339

Facture reçue le: 06. Jan. 2020

Nom client: Fraus

Bon livraison N°: Qube

Editée par: Jeth

Requ compta par le client Bar 24/231210

Coste TVA a payer

Arbeiten	257,16 €
Sonstiges	47,28 €
Ersatzteile	295,83 €
Steuersatz	17,00%
Betrag Netto	600,27 €
MwSt.	102,05 €
Summe Gesamt	702,32 €

Zahlbar sofort nach Erhalt der Rechnung netto ohne Abzug auf eines der unten genannten Konten. Die Lieferungen und Leistungen unter Anerkennung unserer Lieferungs- und Instandsetzungsbedingungen. Gerichtsstand Luxemburg. Beanstandungen können nur angenommen werden, wenn sie innerhalb 8 Tagen nach Rechnungsdatum schriftlich erfolgen. Der Kunde hat die Bestimmungen und Hinweis zum Datenschutz auf der Folgeseite zur Kenntnis genommen und diese ausdrücklich anerkannt.

Wir danken für Ihr Vertrauen und wünschen gute Fahrt.

Garage Cruciani s.à r.l.
 Ident. TVA LU 27938615
 Matr. TVA 2015 2447 559
 Aut. Gov. 10062141
 R.C. Lux B 199925

Bei Zahlung bitte Rechnungs-Nr. und Kunden-Nr. angeben
 BILL LULL LU47 0028 1176 8420 0000
 BCEE LULL LU53 0019 7000 0099 4000
 BGLL LULL LU41 0030 1677 6283 0000
 CELL LULL LU82 0141 0141 4050 0000
 CCRA LULL LU04 0090 0000 1111 6712

Garage Cruciani S.à r.l. VW



PAYÉ

08 JUIN 2019

Banque Parifaisen
 BGL BNP Paribas
 Banque Bil

Garage Cruciani S.à r.l. VW 73, route de Luxembourg L-3515 DUDELANGE LUXEMBOURG

QUBE SOLUTIONS GROUP S.AR.L.

2, RUE KALCHESBRUCK
 L-1852 LUXEMBOURG
 LUXEMBURG

Rechnung - Gebrauchtwagen

Kennzeichen	Fahrgestellnummer	Kilometerstand
PM 4499	WVGZZC1ZKY010759	1.120

FAK 11395

Fahrzeug

C114KZ	T-CROSS Style 1.0 TSI 85 kW DSG7	23.247,86 €
OZ0Z	Turquoise Makena Métallisé	
OK	Gris Silex-Noir Titane/Noir Titane/Noir Titane/Noir Titane	
999 cm³ 85 kw Benzin		
Erstzulassung	04.04.2019	

Rechnungs-Nr.
19GR00336

Datum
12.06.2019

Kunden-Nr.
1441

Kunden-USt-IdNr.
LU24506447

Kaufvertrags-Nr.
11958

Inzahlungnahme Nr.
19NI00014

Garage Cruciani s.à r.l.
 73, route de Luxembourg
 L-3515 DUDELANGE
 Telefon: (+352) 52 02 52 1
 Telefax: (+352) 52 02 42
 www.cruciani.lu

Ident. TVA: LU 27938615
 Matr. TVA: 2015 2447 559
 Auto. Gouv.: 10062141
 R.C. Lux: B 199925

Gesamt ohne MwSt.: 23.247,86 €

MwSt.: 3.952,14 €

Betrag zu zahlen: 27.200,00 €

BILL LULL
 LU47 0028 1176 8420 0000
 BCEE LULL
 LU53 0019 7000 0099 4000
 BGLL LULL
 LU41 0030 1677 6283 0000
 CCRA LULL
 LU04 0090 0000 1111 6712
 CELL LULL
 LU82 0141 0141 4050 0000

Bemerkung:

Besteuerungsbasis	Steuersatz	MwSt.:	Gesamtpreis
23.247,86 €	17,00 %	3.952,14 €	27.200,00 €

*nouvelle voiture de service
 Pascale Blang*



GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Administration des Douanes et Accises

Mersch, le 18.06.2019

QUBE

N° Facture four.: **11450**

Facture reçue le: **25 Juni 2019**

Nom client : **Frais**

Bon livraison N° : **Qube**

Éditée par : **Seth**

QUBE SOLUTIONS GROUP S.à r.l.
2 RUE DE KALCHESBRUCK
L-1852 LUXEMBOURG



DIGICASH
Taxe pour 12 mois uniquement!

00474
DO010

**BULLETIN DE FIXATION
APPEL DE PAIEMENT 19/0337508-34**

En application de la loi du 22 décembre 2006 promouvant le maintien dans l'emploi et définissant des mesures spéciales en matière de sécurité sociale et de politique de l'environnement, modifiée (Mémorial A - 2006, No 239, p 4722), la **taxe sur les véhicules routiers** pour votre véhicule enregistré sous le numéro d'immatriculation **PM4499** s'élève à

Taxe à payer : **53,00 EUR** pour 12 mois

Le paiement de la taxe pour 6 mois n'est autorisé que si la taxe annuelle dépasse 75 EUR.

Le paiement doit intervenir avant l'échéance du **14.07.2019**, date fin de votre vignette provisoire.

Châssis	:	WVGZZC1ZKY010759
Catégorie	:	VOITURE
Marque	:	VOLKSWAGEN
Alimentation du moteur	:	Essence
Cylindrée (cm3)	:	999
Emissions CO2 (g/km)	:	112 à vérifier sur le certificat de conformité (en principe sous 46.2)
Coefficient exponentiel	:	0,8
Multiplicateur	:	0,6
Réduction	:	0



En cas de contestation d'une des données techniques ci-dessus, une demande de correction est à adresser immédiatement à la Société Nationale de Circulation Automobile (SNCA), B.P. 23 L-5201 Sandweiler.

Caisse Centrale
3, rue des Prés
L-7561 MERSCH

Tel +352 27488-488
Fax +352 27488-300

Boîte Postale 182
L-7502 MERSCH

caisse.centrale@do.etat.lu
www.do.etat.lu



Administration des Douanes et Accises
Caisse Centrale

VIREMENT

Un caractère MAJUSCULE (BLEU ou NOIR) ou signe par case en cas d'écriture manuscrite

Code BIC de la banque du bénéficiaire CCPLLULL	EUR ou EUR	Montant 53,00
N° de compte du bénéficiaire LU83 1111 0000 4444 0000		
Nom de la banque du bénéficiaire (uniquement si code BIC non indiqué)		Code Pays
Nom et adresse du bénéficiaire Adm. des Douanes et Accises - Caisse Centrale		Code Pays de résidence
Communication au bénéficiaire Référence : 19/0337508-34 Plaque : PM4499		Avis de débit
N° de compte du donneur d'ordre		
Nom et adresse du donneur d'ordre (Max 4 lignes) QUBE SOLUTIONS GROUP S.à r.l. 2 RUE DE KALCHESBRUCK L-1852 LUXEMBOURG	Date d'exécution souhaitée	Date et Signature
	Frais à charge (par défaut = PARTAGÉS) <input type="checkbox"/> PARTAGÉS Bénéficiaire <input type="checkbox"/> OU <input checked="" type="checkbox"/> DONNEUR D'ORDRE	

00474
DO010

Postfach 100 450, 44704 Bochum, Germany
10791|AILL|B4|6

005193000227

QUBE SOLUTIONS GROUP SARL
Monsieur Mike BASEGGIO
2 RUE KALCHESBRUCK
1852 LUXEMBOURG
LUXEMBOURG



Sehr geehrter Kunde,

Mit diesem Schreiben erhalten Sie Ihre neue BP + Aral Routex Card Luxembourg. Mit der BP + Aral Routex Card Luxembourg können Sie an allen Aral und BP Stationen in Luxemburg und an weiteren 22.000 Routex-Tankstellen in Europa bargeldlos zahlen*.

Bevor Sie Ihre Karte in Gebrauch nehmen, möchten wir Sie noch auf folgendes aufmerksam machen:

- Kontrollieren Sie, ob die Angaben auf der Karte korrekt sind
- Unterschreiben Sie die Karte bitte auf der Rückseite
- Wenn Sie mit diesem Schreiben eine neue Karte erhalten, wird Ihnen der PIN-Code in einem separaten Schreiben in einigen Tagen zugeschickt. Bitte bewahren Sie den PIN-Code getrennt von der BP + Aral Routex Card auf, um bei Verlust Missbrauch zu vermeiden. Wenn Sie die Karte online bestellt haben, erhalten Sie keine PIN-Bestätigung.
- Wenn Sie bei Ablauf Ihrer Karte eine neue BP + Aral Routex Card Luxembourg erhalten, ändert sich Ihr PIN-Code nicht. Sie können die neue Karte sofort in Gebrauch nehmen. Bitte zerstören Sie die alte Karte.
- Bei Verlust oder Diebstahl teilen Sie dies bitte umgehend dem Aral Card Service telefonisch oder schriftlich, per email aralcard@aral.lu mit.
- Sollte eine Station über kein elektronisches Kartenlesegerät verfügen oder eine Störung dieses Gerätes vorliegen, werden Ihre Transaktionen manuell in das System eingegeben. Hierzu wird die Tankstelle Ihnen ein Formular zur Unterschrift vorlegen.

Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte direkt an den Aral Card Service:

Aral Card Service

Michaël Mrozinski
Mélanie Aubry

+352 27 86 72 32

PM4499 Pascale (UW T-Cross)

7006 8500 5193 000227

*Falls diese Option freigeschaltet wurde



Blang

Mit freundlichen Grüßen
B2Mobility GmbH

Wittener Straße 45
44789 Bochum, Deutschland
Registergericht: HRB 16999
Steuernummer: 27/151/01346
USt-Ident-Nr.: DE316163295

Bankverbindung:
BNP Paribas
IBAN: DE 3351 2106 0042 2233 0013
SWIFT-BIC: BNPADEFFXXX

Geschäftsleitung:
René Jansen
Michael Brell

B2Mobility GmbH ist eine 100-prozentige Tochtergesellschaft
der BP Europa SE

Postfach 100 450, 44704 Bochum, Germany
10791|AILL|B4|5

005193000219

QUBE SOLUTIONS GROUP SARL
Monsieur Mike BASEGGIO
2 RUE KALCHESBRUCK
1852 LUXEMBOURG
LUXEMBOURG



Sehr geehrter Kunde,

Mit diesem Schreiben erhalten Sie Ihre neue BP + Aral Routex Card Luxembourg. Mit der BP + Aral Routex Card Luxembourg können Sie an allen Aral und BP Stationen in Luxemburg und an weiteren 22.000 Routex-Tankstellen in Europa bargeldlos zahlen*.

Bevor Sie Ihre Karte in Gebrauch nehmen, möchten wir Sie noch auf folgendes aufmerksam machen:

- Kontrollieren Sie, ob die Angaben auf der Karte korrekt sind
- Unterschreiben Sie die Karte bitte auf der Rückseite
- Wenn Sie mit diesem Schreiben eine neue Karte erhalten, wird Ihnen der PIN-Code in einem separaten Schreiben in einigen Tagen zugeschickt. Bitte bewahren Sie den PIN-Code getrennt von der BP + Aral Routex Card auf, um bei Verlust Missbrauch zu vermeiden. Wenn Sie die Karte online bestellt haben, erhalten Sie keine PIN-Bestätigung.
- Wenn Sie bei Ablauf Ihrer Karte eine neue BP + Aral Routex Card Luxembourg erhalten, ändert sich Ihr PIN-Code nicht. Sie können die neue Karte sofort in Gebrauch nehmen. Bitte zerstören Sie die alte Karte.
- Bei Verlust oder Diebstahl teilen Sie dies bitte umgehend dem Aral Card Service telefonisch oder schriftlich, per email aralcard@aral.lu mit.
- Sollte eine Station über kein elektronisches Kartenlesegerät verfügen oder eine Störung dieses Gerätes vorliegen, werden Ihre Transaktionen manuell in das System eingegeben. Hierzu wird die Tankstelle Ihnen ein Formular zur Unterschrift vorlegen.

Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte direkt an den Aral Card Service:

Aral Card Service

Michaël Mrozinski
Mélanie Aubry

+352 27 86 72 32

XW 4741 Marc (Honda Civic)

7006 8500 5193 00219

*Falls diese Option freigeschaltet wurde



Mit freundlichen Grüßen
B2Mobility GmbH

Wiltener Straße 45
44789 Bochum, Deutschland
Registergericht: HRB 16999
Steuernummer: 27/151/01346
USt-Ident-Nr.: DE316163295

Bankverbindung:
BNP Paribas
IBAN: DE 3351 2106 0042 2233 0013
SWIFT-BIC: BNPADEFXXX

Geschäftsleitung:
René Jansen
Michael Brell

B2Mobility GmbH ist eine 100-prozentige Tochtergesellschaft
der BP Europa SE

Postfach 100 450, 44704 Bochum, Germany

B2Mobility GmbH
Wittener Str. 45
44789 Bochum

01 303D 98A0 20 3000 1D82
DV 04.21 0,79 Deutsche Post



*K7020*63150825020*0515*0000472*

P.P. / PRIORITY

005193 000219 XW 4741
QUBE SOLUTIONS GROUP SARL
Monsieur Mike BASEGGIO
2 RUE KALCHESBRUCK
1852 LUXEMBOURG
LUXEMBOURG

Deutschland

**Diese PIN-Nummer ist für folgende BP + Aral Routex Card gültig:
Ce code secret vaut pour la BP + Aral Routex Card suivante:**

700685	xx5x93	000219	XW 4741
Herausgeber-Nr. N° émetteur	Kunden-Nr. N° client	Karten-Nr. N° carte	Kartentext Texte carte

Ihre PIN-Nummer ist Ihre zusätzliche Sicherheit.

Um Ihre PIN-Nummer zu entdecken, folgen Sie bitte den auf der Rückseite angegebenen Schritten. Falls das graue Feld, in dem die PIN-Nummer steht, beschädigt ist oder schon geöffnet wurde, bitten wir Sie, die Cardabteilung unter der Nummer +352 27 86 72 32 zu kontaktieren.

Prägen Sie sich, für Ihre eigene Sicherheit und um eine missbräuchliche Nutzung durch Dritte zu verhindern, Ihre PIN-Nummer ein oder schreiben Sie diese an einer sicheren Stelle nieder. Bewahren Sie Karte und PIN-Nummer immer getrennt voneinander auf.

Seien Sie bei Eingabe Ihrer PIN-Nummer wachsam. Bei Eingabe einer falschen PIN-Nummer dreimal in Folge, wird die Karte automatisch für 24 Stunden blockiert und Sie müssen Ihre Einkäufe in Bar oder per Kreditkarte zahlen. Es ist nicht möglich Ihre Einkäufe später zu zahlen, auch nicht nach Freischaltung Ihrer Karte 24 Stunden später.

Falls Sie Ihre PIN-Nummer vergessen haben, können Sie diese schriftlich bei der Cardabteilung (E-Mail: aralcard@aral.lu) neu beantragen. Aus Sicherheitsgründen wird Ihnen die PIN-Nummer per Post neu zugeschickt.

Für weitere Informationen besuchen Sie uns auf www.aral.lu oder rufen Sie uns unter +352 27 86 72 32 an.

Mit freundlichen Grüßen
B2Mobility GmbH

Votre code secret est votre sécurité supplémentaire.

Suivez les étapes indiquées au verso afin de découvrir votre code secret. En cas d'endommagement de la partie grisâtre dans laquelle se trouve le code secret ou si cette dernière a déjà été ouverte, veuillez contacter le service carte au +352 27 86 72 32.

Pour votre sécurité et afin d'éviter l'utilisation frauduleuse de votre carte par une tierce personne non autorisée, mémorisez votre code secret ou inscrivez-le à un endroit sûr. Ne conservez jamais votre carte et le code secret au même endroit.

Restez toujours vigilant en entrant votre code secret. En cas de mauvaise saisie du code secret à trois reprises, la carte sera bloquée pour 24 heures et vos achats devront être réglés en liquide ou par carte de crédit. Il ne sera pas possible de payer les achats ultérieurement même une fois votre carte débloquée 24 heures plus tard.

En cas d'oubli de votre code secret, vous pouvez demander par écrit au service carte un nouvel envoi du code (aralcard@aral.lu). Pour des raisons de sécurité le code secret vous sera envoyé par voie postale.

Vous pouvez trouver de plus amples informations sous www.aral.lu ou appelez-nous au +352 27 86 72 32.

Votre équipe
B2Mobility



Von der Rückseite zu öffnen!
(Bitte nicht freirubbeln)

A ouvrir au verso !
(Ne pas gratter ce champ)