

## DEMANDE D'ETUDE D'ASSURANCE

Les informations à fournir sont strictement confidentielles.  
Elles nous permettent l'élaboration d'une offre d'assurance spécifique à votre entreprise.

### I. IDENTITE :

Raison Sociale ou Nom Commercial : .....

..... Sigle : .....

Forme Juridique : ☐ SA ☐ SARL ☐ SUARL  
☐ OBNL(1) ☐ Personne Physique(2) ☐ AUTRE : .....

(1) ; (2) : veuillez remplir la partie réservée

Identifiant Unique : ☐☐☐☐☐☐☐☐ / ☐ .. / .. / .. ☐☐☐☐ Date de Création : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Adresse du Siège Social : ..... Code Postal : ☐☐☐☐

Localité : ..... Ville : ..... Gouvernorat : ..... Pays : .....

Adresse Courrier : .....  
(si différent du Siège Social)

Téléphone (s) : ☐☐☐☐☐☐☐☐ / ☐☐☐☐☐☐☐ Fax : ☐☐☐☐☐☐☐☐

E-mail : ..... Site Web : .....

Appartenez vous à un groupe : ☐ Oui ☐ Non  
Si oui, lequel : ..... (Veuillez joindre liste des sociétés du groupe)

Si oui, précisez la nature du lien : ☐ Maison mère ☐ Filiale  
☐ Succursale ☐ Autre : .....

Capital Social : ..... dont ..... % étranger

	PP ou PM (*)	Nom et Prénom Ou Raison sociale	Date et lieu de naissance	Pièce d'Identité		Adresse complète
				Type CIN, Passeport ou Identifiant unique	N°, Date et lieu de délivrance	
Dirigeant						
Actionnaire => 20%						
Actionnaire => 20%						
Actionnaire => 20%						
Actionnaire => 20%						
Actionnaire => 20%						

(\*) PP : Personne Physique | PM : Personne Morale ; pour chaque PM veuillez remplir le tableau, ci-après, du bénéficiaire effectif (\*\*)

Bénéficiaire Effectif (\*\*)

	Nom et Prénom	Date et lieu de naissance	Pièce d'Identité		Adresse complète
			Type CIN ou Passeport	N°, Date et lieu de délivrance	
Actionnaire => 20%					
Actionnaire => 20%					
Actionnaire => 20%					
Actionnaire => 20%					
Actionnaire => 20%					

(\*\*) Loi organique n° 2015-26 du 7 août 2015

***Si Organisation à But Non Lucratif (1) :***

**Type :** ☐ Association ..... ☐ Parti Politique ☐ ONG

☐ Filiale d'une Association étrangère ☐ Réseau d'association ☐ Syndic

☐ Ambassade ☐ AUTRE : .....

N° de Visa : ..... Référence dans le jort : .....

Nom du Réseau : .....

	Nom et Prénom	Date et Lieu de naissance	Pièce d'Identité		Adresse complète
			Type CIN Passport	N°, Date et lieu de délivrance	
Fondateur					
Membres du Bureau Exécutif					

***Si personne physique(2)***

Nom ..... prénom : ..... Nom de jeune fille : .....

Date de naissance .... / .... / ..... Lieu de naissance : ..... Nationalité : .....

Type de pièce d'identité : ..... N° : ..... Date et lieu de délivrance.....  
(Joindre copie)

Adresse personnelle complète : .....

N° téléphone : ..... E-mail : .....

Profession : ..... Adresse professionnelle : .....

**Personne(s) Politiquement Exposée(s) <sup>3</sup> :**

❖ Exercez- vous ou avez-vous exercé une fonction politique, juridictionnelle, administrative, diplomatique, syndicale ou un poste haut gradé dans l'armée ou les forces de l'ordre : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, Nom : ..... Prénom : .....

Fonction : ..... Pays ..... Date de fin de mandat : .....

❖ Une personne de votre famille<sup>2</sup> ou de votre entourage<sup>3</sup> exerce-t-elle ou a-t-elle exercé une fonction politique, juridictionnelle, administrative, diplomatique, syndicale ou un poste haut gradé dans l'armée ou les forces de l'ordre : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, Nom : ..... Prénom : ..... Relation : .....

Fonction : ..... Pays : ..... Date de fin de mandat : .....

<sup>1</sup> : Dirigeant ou Actionnaire dans l'entité personne morale ; Fondateur ou membre du bureau exécutif d'OBNL ; personne physique

<sup>2</sup> : Ascendants, descendants ou conjoint

<sup>3</sup> : Etroite relation d'affaire

**II. ACTIVITE :**

Régime d'activité : ☐ Résident : ☐ Totalement Exportateur

☐ Partiellement Exportateur : dont .....% du CA domestique  
dont .....% du CA à l'exportation

☐ Non Résident : Monnaie de décompte : .....  
(Monnaie d'établissement de vos bilans)

Nature d'activité : ☐ Producteur ☐ Prestataire de Services ☐ Commerçant ☐ Autre : .....

Biens et/ou services vendus : ..... Expérience à l'exportation depuis : .....

Avez-vous une cellule export indépendante ? ☐ Oui ☐ Non si oui, depuis : .....

Possédez-vous, ou le groupe à qui vous appartenez, une entité implantée à l'étranger ? ☐ Oui ☐ Non

si oui, veuillez compléter les informations suivantes :

i. Statut (Précisez filiale, succursale, agence, bureau de représentation ou autre) : .....

ii. Adresse: ..... Code Postal :

Localité : ..... Ville : ..... Gouvernorat : ..... Pays : .....

**iii. Dirigeants et actionnaires :**

	PP ou PM (*)	Nom et Prénom  Ou Raison sociale	Date et lieu de naissance	Pièce d'Identité		Adresse complète
				Type CIN, Passeport ou Identifiant Officiel	N°, Date et lieu de délivrance	
Dirigeant						
Actionnaire => 20%						
Actionnaire => 20%						
Actionnaire => 20%						
Actionnaire => 20%						
Actionnaire => 20%						

Interlocuteur (vis à vis COTUNACE) : ..... Fonction : .....

Téléphone : □□□□□□□□ Poste : □□□ E-mail : .....

**III. CHIFFRE D'AFFAIRES :**

Exercice <i>Du 1er Janvier au 31 Décembre</i>	Réalizations (en monnaie de décompte)			
	Acheteurs Publics		Acheteurs Privés	
	Domestiques	Exportations	Domestiques	Exportations
<b>n-3</b>				
<b>n-2</b>				
<b>n-1</b>				
<b>n</b> (..... mois)				
<b>Prévisionnel</b> (12 prochains mois)				



### **DETAIL DU CHIFFRE D'AFFAIRES PAR ACHETEUR**

Pays	Raison Sociale	Catégorie (1)					CA exercice précédent		Lié (2)	CA 12 prochains mois		Délai de paiement
		D	G	S	I	A	Domestique	Exportation		Domestique	Exportation	

(1) Cochez la case correspondante : «D» : Détaillant ; «G» : Grossiste ; «S» : Grande Surface ; «I» : Industriel ou «A» : Autre catégorie.

(2) Cochez la case si cet acheteur exerce sur votre entreprise un contrôle en participant soit à sa gestion, soit à sa direction, soit à sa structure financière, ou réciproquement vous exercez sur lui un contrôle dans les mêmes conditions. Entrent également dans cette définition, les liens de parentés entre les premiers responsables de votre entreprise et les entreprises clientes.

### **HISTORIQUE DES IMPAYES**

Année	Créances Impayées	Nombre des impayés	Pays
n-3			
n-2			
n-1			
n (...mois)			

#### **IV. INFORMATIONS DIVERSES :**

\* Avez-vous des Conditions Générales de vente ?

Oui	Non

*Domestique*  
*Exportation*

- Si oui, ☐ Sont elles acceptées expressément par vos clients ?  
☐ Sont elles insérées au verso des factures de vente ?  
☐ Sont elles insérées dans un acte séparé ?

\* Recourez vous aux services des : ☐ Sociétés de renseignements commerciaux

☐ Sociétés de factoring

☐ Garantie (s) bancaire (caution, T/A, LCIc, .....)

☐ Compagnies d'Assurance à l'Exportation et/ou de Crédit Domestique

Si vous avez déjà recouru aux services d'une Compagnie d'Assurance Crédit, veuillez préciser :

➤ Compagnie(s) : .....

➤ la situation de votre dernier contrat : ☐ En cours échéance : .././.....

☐ Résilié depuis : .././.....

## **V. RISQUES DONT LA COUVERTURE EST SOUHAITEE :**

☐ Risque Commercial

☐ Risque sur Acheteur Public

☐ Risque Non Commercial

Pays à couvrir:

☐ Risque d'Interruption de marché

Pays à couvrir (si d'origine non commerciale):

**Pièces à joindre  
obligatoirement**

- 1- Copie des statuts en vigueur
- 2- Extrait du registre d'entreprise / Identifiant unique
- 3- Copie d'agrément API, APIA, ou CEPEX
- 4- Les trois derniers bilans, comptes de résultats et annexes
- 5- Les demandes d'agréments dûment remplies sur les acheteurs à couvrir
- 6- Copie de la pièce d'identité du dirigeant (CIN ou Passeport)

**NB**

**L'EXAMEN DE CETTE DEMANDE EST SOUMIS AU PAIEMENT DES « FRAIS D'ETUDE DE DOSSIER » CONFORMEMENT AU BAREME EN VIGUEUR.**

....., le : ...../...../.....

Nom du signataire : .....

Qualité du signataire : .....

L'entreprise certifie que les informations  
fournies dans la présente demande et les  
documents qui l'accompagnent sont sincères,  
exacts et reflètent la situation existante au  
moment de la signature.

**Signature et cachet**

**Cadre réservé à l'intermédiaire en assurance**

(le cas échéant)

**Cadre réservé à la COTUNACE**

....., le : ...../...../.....

Nom : .....

Qualité : .....

Signature et cachet

Je soussigné

Mr/Mme.....

atteste que les informations ci-dessus indiquées sur le  
présent formulaire, sont conformes aux documents

juridiques présentés par la société .....

.....

Date et signature

**Compagnie Tunisienne pour l'Assurance du Commerce Extérieur**

**Société Anonyme au capital de 26.500.000 Dinars – Identifiant Unique. : 0032415W**

*Siège Social* : 14, Rue Borjine - 1073 Cité Montplaisir - Tunis

*Ag. Sousse* : Rue Med Maârouf, Imm. Gloulou - 4000 Sousse

*Ag. Sfax* : Av 14 Janvier, Imm. El Aïn Palace - 3027 Sfax

*Tél.* : 71 90 86 00

*Tél.* : 73 22 06 10

*Tél.* : 74 41 77 77

*Fax* : 71 90 94 39

*Fax* : 73 22 06 11

*Fax* : 74 41 77 70

*E-mail* : info@cotunace.com.tn

*E-mail* : sousse@cotunace.com.tn

*E-mail* : sfax@cotunace.com.tn

*Site Web* : [www.cotunace.com.tn](http://www.cotunace.com.tn)