

## CONTRAT D'ASSURANCE INDIVIDUELLE

### DEMANDE DE GARANTIE

#### EXPORTATEUR

#### I. IDENTITE :

Nom ou Raison Sociale : .....  
 ..... Sigle : .....

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

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 M F	N°, Date et lieu de délivrance	
Dirigeant						
Actionnaire => 20%						
Actionnaire => 20%						
Actionnaire => 20%						
Actionnaire => 20%						
Actionnaire => 20%						

(\*) PP : Personne Physique PM : Personne Morale, si personne morale veuillez remplir le tableau 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 Passeport	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>1</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 ou de votre entourage<sup>2</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/Actionnaire personne physique ; Fondateur ou membre du bureau exécutif d'OBNL ; personne physique

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

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

**Fonction :** ..... **Téléphone :** ☐☐☐☐☐☐☐☐

## RISQUES A COUVRIR

Cochez la case correspondante au risque dont vous demandez la couverture

1) ☐ Défaut de paiement d'un Acheteur Privé ☐ Avec Risque Non Commercial  
☐ Sans Risque Non Commercial

2) ☐ Défaut de paiement d'un Acheteur Public ☐ Avec Risque Non Commercial  
☐ Sans Risque Non Commercial

3) ☐ Risque Non Commercial

## CHIFFRE D'AFFAIRES

Dernier Chiffre d'affaires à l'Exportation (en dinars) :

Année :

Personne chargée du dossier :

## IDENTITE DE L'ACHETEUR

Raison Sociale Complète :

Secteur d'activité :

Statut : ☐ privé ☐ public

Adresse Complète :

Téléphone :

Fax :

email :

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

1) Etes-vous actionnaire dans le capital de l'acheteur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
2) Participez-vous à la gestion ou à la Direction de l'acheteur ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
3) L'acheteur participe t-il à la gestion ou à la direction de votre entreprise	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
4) Avez-vous déjà traité avec cet acheteur ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui votre acheteur vous paye-t-il avec retard ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
5) Avez-vous déjà eu des incidents de paiements ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, Indiquez à quelle date :		
Indiquez le montant :		

## INFORMATIONS SUR LE CONTRAT A ASSURER

1) Objet du contrat :								
2) Durée d'exécution du contrat								
3) Le contrat est <input type="checkbox"/> en projet <input type="checkbox"/> déjà signé (dans ce cas, joignez une copie à cette demande)								
4) Montant en principal du contrat : Taux d'intérêt :								
5) Modalité de règlement du contrat <sup>1</sup>								
6) Le contrat prévoit-il des acomptes ? Si oui en indiquez le montant								
7) Le contrat prévoit-il des retenues de garantie ou des engagements sur caution ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non								
Si oui en indiquez la nature et les montants :								
8) Si le contrat a déjà été entamé avant l'introduction de la présente demande de garantie, veuillez caractériser ci-après les réalisations :								
<table><thead><tr><th>N° facture</th><th>Date réalisation</th><th>Echéance</th><th>Montant de la facture</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	N° facture	Date réalisation	Echéance	Montant de la facture				
N° facture	Date réalisation	Echéance	Montant de la facture					

(<sup>1</sup>) Indiquez le moyen de paiement (crédit documentaire, traite...) et les délais de paiement aussi bien pour les montants en principal que pour les montants en intérêts éventuels.

....., 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**

---

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

Société Anonyme au capital de 26.500.000 Dinars – Identifiant Unique. : 0032415W/P/M000

Siège Social : 14, Rue Borjine - 1073 Cité Montplaisir - Tunis	Tél. : 71 90 86 00	Fax : 71 90 94 39	E-mail : info@cotunace.com.tn
Ag. Sousse : Rue Med Maârouf, Imm. Gloulou - 4000 Sousse	Tél. : 73 22 06 10	Fax : 73 22 06 11	E-mail : sousse@cotunace.com.tn
Ag. Sfax : Av 14 Janvier, Imm. El Aïn Palace - 3027 Sfax	Tél. : 74 22 10 04	Fax : 74 22 51 01	E-mail : sfax@cotunace.com.tn

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