

## DEMANDE D'ASSISTANCE RECOUVREMENT

### I- Informations sur l'entreprise créancière

#### 1. 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 social	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

***i 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 et 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 morale ; Fondateur ou membre du bureau exécutif d'OBNL ; personne physique

<sup>2</sup> : Ascendants, descendants, conjoint, relation d'affaire

## 2. 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** :  **Poste** :  **E-mail** : .....

## 3. REFERENCE BANCAIRE:

N° de compte complet pour versements des récupérations : .....

## II- Informations sur le débiteur

Merci de saisir le plus d'informations possibles afin de rendre nos actions plus rapides et efficaces.

Nom de l'entreprise	<input type="text"/>
Pays de débiteur	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
Code postal	<input type="text"/>
Ville	<input type="text"/>
N° de Registre de commerce	<input type="text"/>
Personne à contacter	<input type="text"/>
Téléphone / fax	<input type="text"/>
Adresse e-mail	<input type="text"/>
Référence client au sein de votre entreprise	<input type="text"/>

### III- Informations relatives aux factures impayées

Numéro de facture				
Date facture				
Echéance				
Devise				
Montant				

- Annexes à joindre :

Factures  Contrats  Bon de livraison  Echanges écrits

### Commentaires

Merci de préciser les éléments à votre disposition pour enrichir le dossier de recouvrement, notamment des actions déjà réalisées par vos équipes internes.

....., 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 – R.C. : B125931997**

*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)