

## 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 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

***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](mailto: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](mailto: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](mailto:sfax@cotunace.com.tn)

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