

CAMEX

CONTRAT D'ASSURANCE MULTIRISQUES EXPORT

SIGNALETIQUE DE L'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) ¹ :

❖ 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 entourage² 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 :

¹ : Dirigeant/Actionnaire de la personne morale; Fondateur ou membre du bureau exécutif d'OBNL ; personne physique

² : Ascendants, descendants, conjoint, relation d'affaire

II. ACTIVITE :

Régime d'activité : ☐ Résident : ☐ Totalelement 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 :**

SIGNALETIQUE DE L'ACHETEUR

Raison Sociale Complète

Secteur d'activité

Adresse

Téléphone

Fax

RELATION AVEC L'ACHETEUR

Existe-t-il des liens de parenté, d'assignation ou d'affiliation entre vous et votre acheteur ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, quel est la nature de ce lien :

Avez-vous déjà eu des relations commerciales avec cet acheteur ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, votre acheteur vous paie-t-il avec retard ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous déjà eu des incidents de paiement avec cet acheteur ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, prière d'indiquer à quelle période :le montant.....

CONTRAT COMMERCIAL A ASSURER

Objet du contrat :
...../ Montant du contrat :
Mode de règlement : Délai de règlement :

....., 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

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