

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 réservé

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 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) ³ :

❖ *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 famille² ou de votre entourage³ 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 ou Actionnaire dans l'entité personne morale ; Fondateur ou membre du bureau exécutif d'OBNL ; personne physique*

² : *Ascendants, descendants ou conjoint*

³ : *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
n-3				
n-2				
n-1				
n (..... mois)				
Prévisionnel (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'agrément 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)

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

Nom :

Qualité :

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 41 77 77 Fax : 74 41 77 70 E-mail : sfax@cotunace.com.tn

Site Web : www.cotunace.com.tn