



**ASSURANCE CREDIT DOMESTIQUE  
DEMANDE D'ASSURANCE  
POLICE LOCALE GLOBALIANCE**

**1. LE DEMANDEUR :**

- Nom/ Raison Sociale : .....
- Adresse : .....
- Tél : ..... Fax : ..... e-mail : .....

▪ Nom/Prénoms du Mandataire Légal : .....Qualité : .....

▪ N° Registre Commerce :

▪ N° d'Immatriculation Fiscale :

▪ Domiciliations Bancaires :

1<sup>ère</sup> Banque : ..... Agence : .....Compte N°:

2<sup>ème</sup> Banque : ..... Agence : .....Compte N°:

▪ Si la société est liée à un groupe :

Nom/Raison Sociale du Groupe : .....

Adresse : .....

Tél : ..... Fax : ..... e-mail : .....

Nom/Prénoms du Mandataire Légal : .....Qualité : .....

**2. ACTIVITE:**

- Industrie     Commerce     Prestations de Services     Autres (préciser).....

Secteur d'Activité : .....

Nature des Produits Vendus ou Prestations Fournies :(joindre documentation technique, si possible)

.....  
.....

**3. TYPES DE CLIENTELES :**

- Industriels     Distributeurs     Grossistes     Détaillants     Autres (préciser).....

Sociétés affiliées au même groupe

#### 4. CONDITIONS DE PAIEMENT :

- **Mode de paiement :**

Traite Simple  Traite Accepté  Traite Avalisée  Chèque  Virement  Autres (préciser).....

- **Durée de crédit** (Généralement consentie aux clients) : ..... jours.

#### 5. CREDITS ACCORDES :

	TRANCHES DE CRÉDITS (DA)	NOMBRE DE CLIENTS
1	De 500.000 à 2.000.000	
2	De 2.000.001 à 5.000.000	
3	De 5.000.001 à 10.000.000	
4	De 10.000.001 à 20.000.000	
5	De 20.000.001 à 30.000.000	
6	De 30.000.001 à 50.000.000	
7	Supérieurs à 50.000.000	

6. PRINCIPAUX CLIENTS : (Remplir Tableau en Annexe1)

7. CLIENTS DÉFAILLANTS : (Remplir Tableau en Annexe 2)

8. CHIFFRE D'AFFAIRES A ASSURER :

.....DA
---------

9. PIECES CONSTITUTIVES DU DOSSIER :

- Registre de Commerce.
- Extrait de naissance N° 12 du mandataire légal.
- Carte Fiscale.
- Trois derniers bilans et TCR.

10. CONTACT :

- Chargé du dossier (Nom/ Prénoms) :.....
- Fonction :.....
- Tél :..... Fax :..... e-mail :.....
- Signataire de la Police d'Assurance (Nom/Prénoms) :.....
- Fonction :.....
- Tél :..... Fax :..... e-mail :.....

Le signataire certifie sincères et véritables les informations rapportées dans la présente demande d'assurance.

Fait à..... le .....  
(Cachet et signature)

## ANNEXE 1

### PRINCIPAUX CLIENTS

(Par Ordre d'Importance et représentant au moins 80% du chiffre d'affaires)

N° d'Ordre	Nom/ Raison sociale	Adresse Complète	Contact Tél Fax E-mail	Nature d'Activité	N° RC	Dernier Chiffre d'Affaires Réalisé (K DA)		chiffre d'affaires prévisionnel (pour l'Année d'Assurance)  Du .....au .....	Montant du découvert demandé (K DA)	Délai de Crédit	Mode de Paiement	Sureté ou Garantie (1)	Observations
						Année	Montant						
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
..n													

(1) Mentionner Nature de la Sureté ou Garantie, le cas échéant

**ANNEXE 2**

**CLIENTS DÉFAILLANTS**  
(Pour Eventuel Recouvrement)

	Nom/ Raison Sociale	N° Registre de Commerce	Adresse Complète	Montant de la Créance Impayée	Année de la Créance
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
..n					