



CAGEX

COMPAGNIE ALGERIENNE D'ASSURANCE ET DE GARANTIE
DES EXPORTATIONS

R.C 00 B 14088 S.P.A. AU CAPITAL DE 2.000.000.000 DA

Adresse : 10, Route nationale N° 36 Dély-Ibrahim, Alger, ALGERIE

Tél (213)021.91.00.49 à 51- Fax :(213) 021.91.00.44/45

Matricule Fiscal :099616239128706- Article d'Imposition :16232415021 – NIS : 099616230082327

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

1. LE DEMANDEUR :

- Nom/ Raison Sociale :.....
- Adresse :.....
- Tél :..... Fax :..... e-mail :.....
- Nom/Prénoms du Dirigeant :Qualité :.....

▪ N° Registre Commerce :

▪ N° d'Immatriculation Fiscale :

▪ Domiciliations Bancaires :

1^{ère} Banque :..... Agence :Compte N°:

2^{ème} 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 Dirigeant :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 :**

Traités Simples Traités Acceptés Traités Avalisées 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 : (Obligatoires)

- Copie dernier statut actualisé.
- Copie registre de Commerce.
- Copie pièce d'identité du signataire (Délégation de pouvoir de signature s'il y'a lieu).
- Fiche des bénéficiaires effectifs « UBO » renseignée, cachetée et signée.
- Copie carte Fiscale.
- Extrait de naissance N° 12 du mandataire légal.
- Copie des trois derniers bilans et TCR.

10. CONTACT :

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

	Nom/ Raison sociale	Adresse Complète	N° RC	Dernier Chiffre d'Affaires Réalisé (K DA)		Montant du découvert demandé (K DA)	Durée du Crédit	Mode de Paiement
				Année	Montant			
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
..n								

ANNEXE 2

CLIENTS DÉFAILLANTS

(Pour Eventuel Recouvrement)

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