

DEMANDE D'ETUDE ASSURANCE-CREDIT

1. Identification de l'entreprise

Raison sociale

Adresse

N° de TVA

Entreprises liées

Appartenez-vous à un groupe ? Oui Non Si oui, lequel ? _____

D'autres entités du groupe sont-elles assurées-crédit ? Oui Non

2. Activité

Description précise de l'activité exercée par votre entreprise :
.....
.....

3. Répartition du portefeuille des encours Veuillez joindre également une balance âgée en annexe d'un mois représentatif sous format Excel

(Solde débiteur maximum que peut présenter dans vos livres le compte d'un client y compris les effets en circulation)

TRANCHE D'ENCOURS	NB DE CLIENTS PAR TRANCHE	MONTANT TOTAL DE LA TRANCHE
> → 2.500.001 €
1.000.001 → 2.500.000 €
500.001 → 1.000.000 €
250.001 → 500.000 €
150.001 → 250.000 €
100.001 → 150.000 €
50.001 → 100.000 €
25.001 → 50.000 €
15.001 → 25.000 €
5.001 → 15.000 €
0 → 5.000 €

Note : Si vous souhaitez utiliser un autre barème que celui du tableau, veuillez joindre une annexe structurant les données selon votre barème

Encours total maximum

Encours total minimum

Encours individuel maximum

4. Conditions de paiement octroyées

Délais de paiement mentionnés sur vos factures

Délai moyen de paiement constaté

9. Principaux clients

Nom	Nom
Adresse	Adresse
N° d'identifiant	N° d'identifiant
Limite de crédit souhaitée	Limite de crédit souhaitée
Durée max. de crédit consentie	Durée max. de crédit consentie
Nom	Nom
Adresse	Adresse
N° d'identifiant	N° d'identifiant
Limite de crédit souhaitée	Limite de crédit souhaitée
Durée max. de crédit consentie	Durée max. de crédit consentie
Nom	Nom
Adresse	Adresse
N° d'identifiant	N° d'identifiant
Limite de crédit souhaitée	Limite de crédit souhaitée
Durée max. de crédit consentie	Durée max. de crédit consentie
Nom	Nom
Adresse	Adresse
N° d'identifiant	N° d'identifiant
Limite de crédit souhaitée	Limite de crédit souhaitée
Durée max. de crédit consentie	Durée max. de crédit consentie

10. Déclaration

Le fait de compléter et signer ce questionnaire n'engage pas le candidat-assuré à souscrire une police. Toutefois, ce questionnaire sera à la base d'un éventuel contrat avec Coface Belgium et fera partie intégrante de celui-ci. Le candidat-assuré confirme que les déclarations faites dans ce questionnaire sont exactes et qu'aucune information susceptible de modifier l'appréciation du risque par Coface Belgium n'a été soustraite.

Nom du signataire	Fonction
Lieu	Date
Signature	Cachet commercial



VORSTLAAN 100 BOULEVARD DU SOUVERAIN
BRUSSEL - B- 1170 BRUXELLES
T. +32 (0)2 404 01 11
F. +32 (0)2 663 76 59
Info.belgium@coface.com
www.coface.be

COMPAGNIE FRANCAISE D'ASSURANCE
POUR LE COMMERCE EXTERIEUR S.A, SUCCURSALE EN BELGIQUE