



# DEMANDE D'ETUDE ASSURANCE-CREDIT

à renvoyer à Coface Luxembourg à l'attention de .....

## 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

*Veillez 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	Nbre DE CLIENTS PAR TRANCHE	MONTANT TOTAL DE LA TRANCHE
> C 1.000.000 €.	.....	.....
500.000 C 1.000.000 €	.....	.....
250.000 C 500.000 €	.....	.....
100.000 C 250.000 €	.....	.....
50.000 C 100.000 €	.....	.....
25.000 C 50.000 €	.....	.....
10.000 C 25.000 €	.....	.....
3.000 C 10.000 €	.....	.....
0 C 3.000 €	.....	.....

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

Encours total maximum .....

Encours total minimum .....

Encours individuel maximum .....

coface LUXEMBOURG

coface









## 8. Votre gestion des débiteurs

Une procédure de *Credit management* est-elle en vigueur  
et respectée dans votre entreprise ?

oui  non

Prenez-vous en charge la récupération des impayés ?

oui  non

Délégez-vous cette tâche à un assureur-crédit (ou autre) ?

oui  non

## 9. Principaux clients

Nom .....

Adresse .....

N° d'identifiant .....

Limite de crédit souhaitée .....

Durée max. de crédit consentie .....

Nom .....

Adresse .....

N° d'identifiant .....

Limite de crédit souhaitée .....

Durée max. de crédit consentie .....





Nom .....

Adresse .....

.....

N° d'identifiant .....

Limite de crédit souhaitée .....

Durée max. de crédit consentie .....

Nom .....

Adresse .....

.....

N° d'identifiant .....

Limite de crédit souhaitée .....

Durée max. de crédit consentie .....

Nom .....

Adresse .....

.....

N° d'identifiant .....

Limite de crédit souhaitée .....

Durée max. de crédit consentie .....

Nom .....

Adresse .....

.....

N° d'identifiant .....

Limite de crédit souhaitée .....

Durée max. de crédit consentie .....




  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  


coface **LUXEMBOURG** 

## 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 Luxembourg 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 Luxembourg n'a été soustraite.

Nom du signataire ..... Fonction .....

Lieu ..... Date .....

Signature ..... Cachet commercial .....

coface **LUXEMBOURG** 

2 Rue d'Arlon 8399 Windhof

Tél: +352 26108143 Fax: +352 26108144

[info@coface.lu](mailto:info@coface.lu)

[www.coface.lu](http://www.coface.lu)

YOUR TRADE RISKS UNDER CONTROL

coface 

