

DEMANDE DE CARTE CORPORATE AIR FRANCE - AMERICAN EXPRESS

FRCP 160236

Demande de Carte



Carte Corporate AIR FRANCE - AMERICAN EXPRESS

MODE D'EMPLOI

Nous vous remercions de :

- 1 - compléter et imprimer ce formulaire. **Tous les champs sont obligatoires. Tout élément non complété ou non signé retardera l'étude de votre dossier.**
- 2 - signer les parties réservées à cet effet (**signatures manuscrites obligatoires**),
- 3 - en cas de règlement par prélèvement automatique, signer le mandat de prélèvement figurant en page 3/3 (**signatures manuscrites obligatoires**),
- 4 - joindre à votre demande :



• **obligatoire**, une copie (recto/verso) de votre carte d'identité en cours de validité, ou de votre passeport en cours de validité ou, le cas échéant, de votre titre de séjour recto-verso (validité supérieure à un an) si vous n'êtes pas membre de l'Union Européenne et que vous résidez en France.



• **obligatoire en cas de paiement individuel**, un RIB.

Merci de retourner votre formulaire imprimé et agrafé avec les pièces ci-dessus, et de les envoyer sans affranchir, à : American Express Carte France - Service Carte Corporate - Libre-réponse - 43120 - 92509 RUEIL-MALMAISON Cedex

DÉLAIS D'ÉMISSION

Normal = 8 jours environ / Urgent = 5 jours (hors délais d'expédition).

Toute demande d'émission de carte en urgence donne lieu à des frais de traitement s'élevant à 30€, prélevés par American Express sur votre premier relevé.

Je souhaite effectuer une demande de carte en urgence et j'en accepte les conditions.

Les signataires ci-après autorisent American Express à obtenir de la Banque de la Société, ou de toute autre source de son choix, tout autre renseignement nécessaire. Ils reconnaissent en outre le droit discrétionnaire à American Express de ne pas donner suite à la présente demande sans indiquer les raisons de sa décision.

1. À remplir par la Société

Nom de la Société* :	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	<small>(30 caractères maximum, espaces compris)</small>		
Adresse de la Société* :	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Code postal* :	<input style="width: 100px;" type="text"/>	Ville* :	<input style="width: 100px;" type="text"/>
	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Téléphone* :	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Indiquez votre mode de paiement* :	<input type="checkbox"/> Paiement individuel avec responsabilité solidaire <input type="checkbox"/> Paiement et responsabilité société		
Votre N° de compte American Express* :	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; min-height: 50px;"> <p style="margin: 0;">Cachet de la Société</p> <p style="margin: 0; color: red; font-size: 2em;">X</p> </div>		

* Ces champs sont obligatoires. Tout élément non complété ou non signé retardera l'étude de votre dossier.

DEMANDE DE CARTE CORPORATE AIR FRANCE - AMERICAN EXPRESS

Demande de Carte

2. Autorisation de la société

Ce formulaire doit être signé par soit un Gestionnaire de Programme Habilité, soit un Mandataire habilité par la Société.
 Au nom de la Société, je confirme l'exactitude des informations fournies ci-dessous par le bénéficiaire ainsi que son identité et valide la présente demande de Carte.

Nom* :

Fonction dans la Société* :

Obligatoire : Date et signature manuscrite

Date

3. À remplir par le bénéficiaire de la Carte

M. Mme Mlle

Nom* :

Prénom* :

Autres prénoms* :

Nom de naissance* :

Date et lieu de naissance* : à* :

Pays de naissance* :

Nationalité* :

Nom de naissance de votre mère* :

(celui-ci sera utilisé comme mot de passe, en cas de besoin, à des fins d'identification et de protection contre la fraude)

Fonction dans la Société* :

Téléphone professionnel* : Portable professionnel :

Code du service (si nécessaire) : N° d'employé (si nécessaire) :

Adresse du domicile* :

Code postal* : Ville* :

Pays du domicile* :

Téléphone* :

Adresse e-mail* :

Celle-ci ne sera utilisée qu'à des fins non commerciales, à moins que vous ne cochiez la case ci-dessous. Si vous désirez recevoir par email des offres personnalisées, ou des informations concernant les produits et les services American Express, merci de cocher la case ci-contre :

Nous ne transmettons pas votre adresse email à un tiers. Vous pouvez à tout moment demander à ne plus recevoir d'offres commerciales électroniques en nous indiquant l'adresse email concernée dans la rubrique Confidentialité/Protection des données nominatives de notre site Internet www.americanexpress.fr

Souhaitez-vous adhérer à l'option Multi Miles ?** Oui Non

**Cotisation 40€/an. Sous réserve de l'autorisation préalable de votre société

Si vous êtes titulaire d'une carte Flying Blue, merci d'en indiquer le numéro :

Si vous êtes déjà titulaire d'une Carte American Express, merci d'indiquer son numéro :

* Ces champs sont obligatoires. Tout élément non complété ou non signé retardera l'étude de votre dossier.

DEMANDE DE CARTE CORPORATE AIR FRANCE - AMERICAN EXPRESS

Demande de Carte

4. Déclaration individuelle et signature du bénéficiaire de la Carte

OBLIGATOIRE

En cochant la case ci-contre, le titulaire reconnaît avoir pris connaissance des Conditions Générales pour les Titulaires fournies avec le présent formulaire et régissant l'utilisation de la Carte Corporate AIR FRANCE - AMERICAN EXPRESS, et il s'engage à s'y conformer. En cas de paiement individuel, le titulaire s'engage par ailleurs expressément à régler les débits dont il serait redevable à American Express, conformément aux Conditions Générales.

Obligatoire : Date et signature manuscrite du bénéficiaire

X

Date

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, vous avez le droit d'obtenir de notre part la communication des informations personnelles vous concernant enregistrées dans nos fichiers informatiques et de nous en demander toute rectification éventuelle en adressant un courrier à l'attention du Délégué à la Protection des données d'American Express à l'adresse : Immeuble Voyager, 8-10 rue Henri Sainte-Claire Deville, CS 60182 92506 Rueil-Malmaison cedex, France ou par e-mail à l'adresse : DPO-Europe@aexp.com

À remplir par American Express

MM OPT IN

Mandat de prélèvement SEPA mensuel

Nom du Titulaire du compte :	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/> Ville : <input type="text"/>
	<input type="text"/>
Pays :	<input type="text"/>
Coordonnées bancaires :	
IBAN :	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
BIC :	<input type="text"/>
Nom de votre banque actuelle :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/> Ville : <input type="text"/>
	<input type="text"/>

Identifiant SEPA American Express Carte France FR 48 ZZZ 101869

AMERICAN EXPRESS CARTE FRANCE
Immeuble Voyager
8-10 rue Henri Sainte-Claire Deville
CS 60182
92506 Rueil Malmaison Cedex France

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez American Express Carte France à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'American Express Carte France.

Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Signature manuscrite du Titulaire du compte à débiter

X

Date