

Formulaire de demande d'ouverture de compte Buyer Initiated Payment (BIP)

Notice

1. À lire avant de remplir

Veuillez noter que nos obligations légales, en tant qu'institution de paiement, requiert une stricte similitude entre les signatures apposées sur ce formulaire et celles présentes sur les justificatifs fournis. Nous pouvons également demander la fourniture d'un deuxième justificatif en cas de doute.

Merci de nous faire parvenir ce formulaire complété et signé à l'adresse suivante :
**American Express Carte France - Service Nouveaux Comptes - Libre-réponse - 43120
92509 RUEIL-MALMAISON Cedex**

Vous devrez également faire parvenir les originaux signés à votre contact American Express.

2. Important

1 - Compléter intégralement et signer ce formulaire. Tous les champs sont obligatoires. Tout élément non complété ou non signé retardera l'étude de votre dossier.

2 - Veuillez fournir les justificatifs suivants relatifs à votre entreprise :

- Un extrait de Kbis original de moins de 3 mois,
- Une copie des états financiers relatifs aux 2 exercices précédents ou à défaut un bilan prévisionnel / Business Plan,
- Pour les sociétés nouvellement créées, un bilan prévisionnel,
- Les statuts de la Société,
- Un justificatif permettant d'identifier les bénéficiaires effectifs,
- Le mandat de prélèvement (en cas de paiement centralisé) dûment rempli,
- Un relevé d'identité bancaire au nom de la société.

Pour la vérification de l'identité du représentant légal, du signataire autorisé (si différent du représentant légal) et du gestionnaire de programme habilité, nous vous demandons de fournir une copie lisible d'une pièce d'identité en cours de validité, parmi les suivantes :

- Une copie du passeport (pages incluant photo et signature),
- Une copie recto et verso de carte nationale d'identité française, d'un pays de l'Union Européenne ou espace économique européen (EEE),
- Une copie recto et verso de carte de résident en France, ou du titre de séjour en France d'une durée supérieure à 1 an
- Lorsque le signataire autorisé n'est pas le représentant légal veuillez fournir une délégation de pouvoirs valide, datée et signée par l'ensemble des parties ainsi qu'un document d'identité du délégant et du délégataire.

Sur demande, la Société fournira à American Express d'autres informations relatives à son activité commerciale.

3. Loi du 6 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés

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

AMERICAN EXPRESS BUYER INITIATED PAYMENT (BIP)

À remplir par American Express

Age Group	Number of People
0-14	10
15-24	20
25-34	30
35-44	25
45-54	20
55-64	15
65-74	10
75-84	5
85-94	2
95+	1

Numéro MC

1. Informations sur la Société

Raison sociale de la Société (30 caractères maximum, espaces compris)

Numéro de compte BIP

Adresse du siège social de la Société

Code postal	Ville
-------------	-------

Pays

Nom commercial de la société (si différent de la raison sociale)

Adresse commerciale (si différente de l'adresse du siège social)

Code postal	Ville
-------------	-------

Téléphone (inclure les codes pays et zone)

Fax (inclure les codes pays et zone)

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Date de création

Votre Société appartient-elle à un groupe bénéficiant d'un contrat multinational avec American Express ?

☐ Oui ☐ Non

Votre Société appartient-elle à un groupe dont le chiffre d'affaires est supérieur à 250 millions de dollars ?

☐ Oui ☐ Non

Forme juridique

Numéro Siret

Numéro TVA Intracommunautaire

Si la Société possède déjà un numéro de compte **American Express**, merci de préciser ce numéro

AMERICAN EXPRESS BUYER INITIATED PAYMENT (BIP)

Nombre d'employés

Secteur d'activité

Chiffre d'affaire de l'exercice précédent

S'il s'agit d'une filiale :

Nom de la maison mère

Numéro Siret

Part du capital désigné par la maison mère

Adresse de la maison mère

Code postal

Ville

Pays

AMERICAN EXPRESS BUYER INITIATED PAYMENT (BIP)

2. Représentant(s) légal (légaux)

Veillez fournir les coordonnées des représentants légaux de votre société. Il s'agit de la personne physique ayant le pouvoir légal de représenter votre société, et de signer des contrats pour le compte de la société conformément à ses statuts et aux lois applicables.

Représentant légal n°1

☐ Madame ☐ Mademoiselle ☐ Monsieur

[illegible]

Nom

[illegible]

Prénom

[illegible]

Autres prénoms

[illegible]

Nom de naissance

[illegible]

Date de naissance

Lieu de naissance

[illegible]

Pays de naissance					

[illegible]

Nationalité

[illegible]

Adresse du domicile

Code postal

Ville

[illegible][illegible][illegible]

Variable	Unit	Value
Fonction		

AMERICAN EXPRESS BUYER INITIATED PAYMENT (BIP)

2. Représentant(s) légal (légaux)

Veillez fournir les coordonnées des représentants légaux de votre société. Il s'agit de la personne physique ayant le pouvoir légal de représenter votre société, et de signer des contrats pour le compte de la société conformément à ses statuts et aux lois applicables.

Représentant légal n°2

☐ Madame ☐ Mademoiselle ☐ Monsieur

[illegible]

Nom

[illegible]

Prénom

[illegible]

Autres prénoms

[illegible]

Nom de naissance

[illegible]

Date de naissance

Lieu de naissance

[illegible]

Pays de naissance					

[illegible]

Nationalité

[illegible]

Adresse du domicile

Code postal

Ville

[illegible]

	Pays du domicile
01	France
02	Belgique
03	Allemagne
04	Autriche
05	Suisse
06	Royaume-Uni
07	Italie
08	Espagne
09	Portugal
10	Grèce
11	Turquie
12	Israël
13	Arabie Saoudite
14	Émirats Arabes Unis
15	Australie
16	Nouvelle-Zélande
17	Canada
18	USA
19	Mexique
20	Brazill
21	Argentine
22	Chili
23	Colombie
24	Venezuela
25	Cuba
26	Inde
27	Chine
28	Japon
29	Korée du Sud
30	Singapour
31	Hong Kong
32	Taiwan
33	Malaisie
34	Thaïlande
35	Philippines
36	Indonésie
37	Brésil
38	Amérique latine
39	Asie
40	Océanie
41	Europe
42	Amérique du Nord
43	Amérique du Sud
44	Asie de l'Est
45	Asie du Sud-Est
46	Asie Centrale
47	Asie du Nord
48	Asie du Sud
49	Asie du Centre
50	Asie du Sud-Ouest
51	Asie du Nord-Ouest
52	Asie du Sud-Est
53	Asie du Nord-Est
54	Asie du Centre-Est
55	Asie du Sud-Est
56	Asie du Nord-Est
57	Asie du Centre-Est
58	Asie du Sud-Est
59	Asie du Nord-Est
60	Asie du Centre-Est
61	Asie du Sud-Est
62	Asie du Nord-Est
63	Asie du Centre-Est
64	Asie du Sud-Est
65	Asie du Nord-Est
66	Asie du Centre-Est
67	Asie du Sud-Est
68	Asie du Nord-Est
69	Asie du Centre-Est
70	Asie du Sud-Est
71	Asie du Nord-Est
72	Asie du Centre-Est
73	Asie du Sud-Est
74	Asie du Nord-Est
75	Asie du Centre-Est
76	Asie du Sud-Est
77	Asie du Nord-Est
78	Asie du Centre-Est
79	Asie du Sud-Est
80	Asie du Nord-Est
81	Asie du Centre-Est
82	Asie du Sud-Est
83	Asie du Nord-Est
84	Asie du Centre-Est
85	Asie du Sud-Est
86	Asie du Nord-Est
87	Asie du Centre-Est
88	Asie du Sud-Est
89	Asie du Nord-Est
90	Asie du Centre-Est
91	Asie du Sud-Est
92	Asie du Nord-Est
93	Asie du Centre-Est
94	Asie du Sud-Est
95	Asie du Nord-Est
96	Asie du Centre-Est
97	Asie du Sud-Est
98	Asie du Nord-Est
99	Asie du Centre-Est
100	Asie du Sud-Est

[illegible]

Variable	Unit	Value
Fonction		

AMERICAN EXPRESS BUYER INITIATED PAYMENT (BIP)

2. Représentant(s) légal (légaux)

Veillez fournir les coordonnées des représentants légaux de votre société. Il s'agit de la personne physique ayant le pouvoir légal de représenter votre société, et de signer des contrats pour le compte de la société conformément à ses statuts et aux lois applicables.

Représentant légal n°

☐ Madame ☐ Mademoiselle ☐ Monsieur

Nom

Prénom

Autres prénoms

Nom de naissance

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays de naissance

Nationalité

Adresse du domicile

Code postal

Ville

Pays du domicile

Fonction

AMERICAN EXPRESS BUYER INITIATED PAYMENT (BIP)

2. Représentant(s) légal (légaux)

Veillez fournir les coordonnées des représentants légaux de votre société. Il s'agit de la personne physique ayant le pouvoir légal de représenter votre société, et de signer des contrats pour le compte de la société conformément à ses statuts et aux lois applicables.

Représentant légal n°

☐ Madame ☐ Mademoiselle ☐ Monsieur

Nom

Prénom

Autres prénoms

Nom de naissance

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays de naissance

Nationalité

Adresse du domicile

Code postal

Ville

Pays du domicile

Fonction

AMERICAN EXPRESS BUYER INITIATED PAYMENT (BIP)

3. Désignation du Gestionnaire de programme

La personne désignée ci-dessous est autorisée par la Société à gérer tous les aspects du compte BIP

☐ Madame ☐ Monsieur

[illegible]

Nom

[illegible]

Prénom

[illegible]

Autres prénoms

[illegible]

Nom de naissance

[illegible]

Date de naissance Lieu de naissance

[illegible]

Pays de naissance					

[illegible]

Nationalité

[illegible]

Adresse du domicile

Code postal	Ville
-------------	-------

[illegible]

Pays du domicile

[illegible][illegible]

Adresse e-mail (indispensable pour nous permettre de communiquer avec vous sur la gestion de votre compte BIP, conformément aux Conditions Générales.)

[illegible]

Téléphone (inclure les codes pays et zone)

Pays principal du Gestionnaire de Programme

(si le Gestionnaire de Programme gère les Comptes de plusieurs pays, merci d'indiquer le pays principal /

Le pays principal dénit la langue par défaut et la page d'accueil des Services en Ligne)

[illegible]

Identifiant American Express @ Work (nom d'utilisateur)

(si le Gestionnaire de Programme est déjà utilisateur d'American Express @ Work)

[illegible]

Fonction

AMERICAN EXPRESS BUYER INITIATED PAYMENT (BIP)

Le Gestionnaire de Programme désigné doit compléter les cinq champs ci-dessous. Ces informations seront utilisées pour permettre son identification lors de demandes de maintenance et s'appliqueront à tous les Comptes que le Gestionnaire de Programme est autorisé à gérer

[illegible]

Date de naissance

[illegible]

Code secret (4 chiffres qui doivent être différents de votre date de naissance ou de votre date mémorable)

Date mémorable (JJMM qui doivent être différents de votre date de naissance ou de votre code secret)

Indice sur la Date mémorable (pour vous aider à vous remémorer de la Date mémorable en cas d'oubli)

Signature du Gestionnaire de Programme

X

Date _____

J	J	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---

4. Nature des paiements

Nature des biens et services vendus par votre Société

Nature des biens et services payés avec BIP

Devises utilisées pour vos paiements (hors €)

Nombre estimatif de paiements par mois en devises étrangères

Montant estimatif moyen de chaque paiement en euros

Montant limite de chaque transaction
(si souhaité)

AMERICAN EXPRESS BUYER INITIATED PAYMENT (BIP)

5. Informations sur les bénéficiaires effectifs

Veuillez compléter les informations ci-dessous concernant chaque bénéficiaire effectif (personne physique qui contrôle la personne morale ou qui détient plus de 25 % du capital ou des droits de vote).

% de capital détenu

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom

Prénom

Autres prénoms

Nom de naissance

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays de naissance

Nationalité

Adresse du domicile

Code postal

Ville

Pays du domicile

Fonction

AMERICAN EXPRESS BUYER INITIATED PAYMENT (BIP)

5. Informations sur les bénéficiaires effectifs

Veuillez compléter les informations ci-dessous concernant chaque bénéficiaire effectif (personne physique qui contrôle la personne morale ou qui détient plus de 25 % du capital ou des droits de vote).

% de capital détenu

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom

Prénom

Autres prénoms

Nom de naissance

Date de naissance Lieu de naissance

Pays de naissance

Nationalité

Adresse du domicile

Code postal Ville

Pays du domicile

Fonction

Informations sur les bénéficiaires effectifs

Veuillez compléter les informations ci-dessous concernant chaque bénéficiaire effectif (personne physique qui contrôle la personne morale ou qui détient plus de 25 % du capital ou des droits de vote).

☐ Il n'y a pas de bénéficiaire effectif

☐ La Société est détenue à plus de 25 % par une/des personne(s) morale(s), cotée(s) sur un marché réglementé (cf. définition en page précédente) :

Nom de la Société

% de capital détenu

Nom de la Société

% de capital détenu

Nom de la Société

% de capital détenu

AMERICAN EXPRESS BUYER INITIATED PAYMENT (BIP)

6. Renseignements bancaires

Nom de la banque de la Société

Adresse

Code postal

Ville

Pays

Téléphone

Coordonnées bancaires

IBAN

BIC

Nom de la Banque

Responsable de votre compte à la banque

Si le compte est ouvert depuis moins de 2 ans, nom et adresse de la banque précédente

Nom

Adresse

Code postal

Ville

Pays

Téléphone

AMERICAN EXPRESS BUYER INITIATED PAYMENT (BIP)

7. Déclaration de la société et signature du/des mandataire(s)

En tant que signataire, vous confirmez que: (i) vous êtes autorisé à signer cette demande, la déclaration et les autorisations ci-incluses au nom de l'entreprise mentionnée à la section 1; (ii) vous avez informé les personnes désignées dans ce formulaire des finalités du traitement effectué par American Express, y compris de la vérification des documents personnels et professionnels détenus par les agences de crédit et par des agences de prévention de la fraude; (iii) vous êtes autorisé à fournir les données personnelles les concernant à American Express; (iv) vous avez informé ces personnes que des contrôles d'identification et des vérifications supplémentaires peuvent être effectués à leur rencontre selon les besoins; et (v) Vous reconnaissez que les données personnelles fournies dans ce formulaire peuvent être traitées conformément à la loi applicable sur la protection des données, afin de permettre la gestion de votre participation au(x) Programme(s).

Pour plus d'informations sur la manière dont American Express collecte et traite les données, veuillez vous reporter aux Conditions Générales des Programmes de Paiement Corporate d'American Express / du Contrat Cadre Global si applicable, fournies avec la présente demande.

Vous garantissez que vous avez respecté et que vous continuerez à respecter toutes les règles, réglementations, autorités judiciaires ou gouvernementales applicables pour autoriser le transfert des données tel que prévu dans le présent document, que les informations contenues dans le présent document sont correctes et que vous informerez American Express de tout changement. Vous autorisez American Express à contacter votre banque ou toute autre source afin d'obtenir les informations nécessaires à l'établissement de votre compte.

Vous certifiez que votre entreprise n'est pas une micro-entreprise au sens de la recommandation 2003/361 / CE de la Commission, c'est-à-dire qu'elle dispose d'un chiffre d'affaires au niveau groupe et / ou d'un bilan annuel supérieur à 2 millions d'euros et emploie 10 personnes ou plus.

Vous assumez la responsabilité de tous les frais engagés par vos directeurs, employés ou sous-traitants, ainsi que de la mise en oeuvre et l'exercice de mesures et de contrôles visant à garantir que le compte est utilisé en totale conformité avec les Conditions Générales des Programmes de Paiement Corporate d'American Express / du Contrat Cadre Global si applicable, fournies avec la présente demande. Vous acceptez qu'American Express se réserve le droit de refuser cette demande sans donner de raison et sans entrer dans aucune correspondance.

Lorsqu'un gestionnaire de programme est employé par une société affiliée ou un centre de service tiers situé en dehors du Royaume-Uni ou de l'Espace économique européen (EEE) ou dont l'adresse de correspondance est située en dehors du Royaume-Uni ou de l'EEE et que vous souhaitez qu'American Express envoie des données ou des fichiers de données en votre nom, vous autorisez et demandez par la présente à American Express et/ou aux entités affiliées d'American Express d'envoyer, de transmettre, de fournir, de donner accès ou de mettre à disposition certaines données vous concernant et concernant les employés, sous-traitants ou agents de vos entités affiliées qui utilisent les services à ce gestionnaire de programme/société affiliée, toutes les données que le gestionnaire de programme est en droit de recevoir. Vous devez vous assurer : (a) que vous avez l'autorisation de vos employés, sous-traitants ou agents qui utilisent le programme ("personnes") et de toute personne de vos sociétés affiliées de demander l'envoi des données ou leur mise à disposition au niveau mondial ; et (b) que le consentement de ces personnes est obtenu lorsque la loi applicable l'exige. American Express n'est pas responsable des informations envoyées ou mises à la disposition d'une personne physique ou morale à la suite d'une telle autorisation de votre part. Vous acceptez qu'American Express effectue les transferts à votre demande, sans être responsable du traitement ultérieur effectué le gestionnaire de programme ou la société affiliée.

Pour les nouveaux clients du Programme Buyer Initiated Payment :

En tant que signataire de cette demande, vous acceptez, au nom de votre entreprise, les Conditions Générales du Programme Buyer Initiated Payment American Express / du Contrat Cadre Global si applicable, fournies avec le présent formulaire et demandez que nous inscrivions votre entreprise au Programme Buyer Initiated Payment.

Pour les clients déjà titulaires d'un Programme Buyer Initiated Payment :

En tant que signataire de cette demande, vous nous demandez d'inscrire votre entreprise à un nouveau Programme Buyer Initiated Payment American Express. Vous acceptez que les Conditions Générales du Programme Buyer Initiated Payment American Express / du Contrat Cadre Global si applicable, que l'entreprise avait précédemment acceptées, avec ses modifications successives -et dont la version actuelle est fournie par American Express à titre de référence avec le présent formulaire- s'appliquent au nouveau programme.

Signature du Mandataire

X

Date

J J M M A A

AMERICAN EXPRESS BUYER INITIATED PAYMENT (BIP)

8. Signature du/des mandataires

- ☐ En cochant la case ci-contre, le signataire de la présente demande reconnaît avoir pris connaissance des Conditions Générales du programme Buyer Initiated Payments d'American Express® pour les Sociétés, fournies avec le présent formulaire, et régissant l'utilisation du compte BIP d'American Express® et il s'engage à s'y conformer. Une caution bancaire est requise pour les sociétés de moins de 3 ans.

Signature du 1^{er} Mandataire habilité par la Société

Nom																											
Prénom																											
Autres Prénoms																											
Nom de naissance																											
J	J	M	M	A	A	A	A																				
Date de naissance								Lieu de naissance																			
Pays de naissance																											
Nationalité																											
Adresse du domicile																											
Code postal								Ville																			
Pays du domicile																											
Fonction dans la Société																											

Signature du Mandataire

 Date



AMERICAN EXPRESS BUYER INITIATED PAYMENT (BIP)

Mandat de prélèvement SEPA interentreprises mensuel

Identifiant SEPA American Express Carte - France
FR 48 ZZZ 101869

À remplir par American Express

Référence Unique de Mandat

**À réception, transmettez ces deux documents
à votre banque pour enregistrement.**

Ce champ sera complété par American Express après l'enregistrement de votre mandat de prélèvement.

Nous vous retournerons votre mandat complété avec votre Référence Unique de Mandat (RUM) ainsi qu'un courrier confirmant votre RUM.

Nom de la Société titulaire du compte à débiter

Adresse de la Société

Code postal

Ville

Pays

Indiquez votre numéro de Carte American Express

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 (A) American Express Carte-France à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'American Express Carte-France. Ce mandat est dédié aux prélèvements SEPA interentreprises.

Vous n'êtes pas en droit de demander à votre banque le remboursement d'un prélèvement SEPA interentreprises une fois que le montant est débité de votre compte. Vous pouvez cependant demander à votre banque de ne pas débiter votre compte jusqu'au jour de l'échéance.

Coordonnées bancaires

IBAN

BIC

Nom de la Banque

Adresse de la Banque

Code postal

Ville

Signature du Mandataire

X

Date

J J M M A A