

COMPTE CARTE VOYAGES D'AFFAIRES

Ouverture de compte Changement de raison sociale

L'ouverture de ce Compte Carte Voyages d'Affaires a pour objet de permettre à la Société signataire de régler de façon centralisée les prestations de voyages d'affaires (billets de transport aérien, maritime et ferroviaire...) fournies par l'Agence de Voyages désignée. Merci de compléter ce formulaire et de signer les parties réservées à cet effet.

Fournir obligatoirement :

- un Relevé d'Identité Bancaire
- un extrait de Kbis de moins de 3 mois (original)
- une photocopie (recto/verso) de la carte d'identité du signataire en cours de validité
- une copie des états financiers relatifs aux 2 exercices précédents
- le mandat de prélèvement dûment rempli.

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

Les signataires reconnaissent le droit discrétionnaire à American Express de ne pas donner suite à la présente demande sans indiquer les raisons de sa décision.

En application de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, vous êtes habilité à obtenir de notre part la communication des informations nominatives vous concernant enregistrées dans nos fichiers informatiques et à nous en demander toute rectification éventuelle en adressant un courrier à notre Service Clientèle ou par téléphone. Par ailleurs, les réponses à ce questionnaire sont obligatoires pour que soit examinée votre demande.

1. À remplir par la Société

Nom de la Société :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Code Postal :	<input type="text"/>
Tél. :	<input type="text"/>
Ville :	<input type="text"/>
Chiffre d'affaires de l'exercice précédent :	<input type="text"/>
N° SIRET :	<input type="text"/>
Numéro TVA :	<input type="text"/>
Date de création de la Société :	<input type="text"/>
Votre Société appartient-elle à un groupe bénéficiant d'un contrat multinational avec American Express ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre Société appartient-elle à un groupe dont le chiffre d'affaires est supérieur à 250 millions de dollars ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
S'il s'agit d'une filiale :	
Nom de la maison mère :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/> <input type="text"/>
Code Postal :	<input type="text"/>
Ville :	<input type="text"/>
N° SIRET :	<input type="text"/>

2. Renseignements bancaires

Nom de la banque :	<input type="text"/>
Responsable du compte :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/> <input type="text"/>
Code Postal :	<input type="text"/>
Tél. :	<input type="text"/>
Ville :	<input type="text"/>
BIC :	<input type="text"/>
IBAN :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

3. Programme BlueBiz Air France (suite)

Avez-vous déjà un compte BlueBiz Air France ?

Oui Numéro :

Non

Avez-vous un contrat firme Air France ?

Oui Non

Si vous avez répondu « non » aux 2 questions ci-dessus, et que vous souhaitez adhérer au programme BlueBiz* ; merci de remplir l'adhésion ci-après.

* Ce programme n'est pas cumulable avec un contrat firme conclu avec AIR FRANCE - KLM

Administrateur du programme

M. Mme Mlle

Nom :	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>
E-mail :	<input type="text"/>
Tél. professionnel :	<input type="text"/>
Numéro Flying Blue (optionnel) :	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text" value="J J M M A A"/>

4. Votre agence de voyages

Nom de l'agence :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/> <input type="text"/>
Code Postal :	<input type="text"/>
Ville :	<input type="text"/>
N° IATA (optionnel) :	<input type="text"/>

5. Signature obligatoire

Nom et Prénom du mandataire habilité par la Société (figurant sur le K-bis) :

Fonction :

Signature manuscrite du mandataire :

X

J J M M A A

Le signataire ci-dessus autorise America3.5n Express à obtenir de la Banque de la Société ou de toute autre source de son choix, tout renseignement nécessaire. Il reconnaît en outre le droit discrétionnaire d'American Express de ne pas donner suite à la présente demande sans indiquer les raisons de sa décision.

OBLIGATOIRE :

En cochant la case ci-contre, le signataire de la présente demande reconnaît avoir pris connaissance des Conditions Générales fournies avec le présent formulaire, et régissant le Compte Carte Voyages d'Affaires et il s'engage à s'y conformer.

À remplir par American Express

N° MC :

6. Informations légales

Nom de la Société (maximum 20 caractères, espaces compris) :

Votre Société est-elle cotée* en bourse ?

Oui Non

S'agit-il d'un établissement du secteur public ?

Oui Non

La législation nous impose de rassembler les informations ci-dessous concernant votre Société. Nous ne pourrons pas enregistrer votre demande sans ces informations. (Art. L.561-5 et suivants du code monétaire et financier).

* Société dont les titres sont admis à la négociation sur un marché réglementé en France ou dans un Etat partie à l'accord sur l'Espace Economique Européen, ou dans un pays à réglementation équivalente.

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).

1^{er} bénéficiaire effectif

M. Mme Mlle Date de naissance J J M M A A

Lieu de naissance :

Prénom :

Nom :

Nom de naissance :

Adresse personnelle :

Code Postal :

Ville :

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). **(suite)**

2^{ème} bénéficiaire effectif

M. Mme Mlle Date de naissance

Lieu de naissance :

Prénom :

Nom :

Nom de naissance :

Adresse personnelle :

Code Postal : Ville

3^{ème} bénéficiaire effectif

M. Mme Mlle Date de naissance

Lieu de naissance :

Prénom :

Nom :

Nom de naissance :

Adresse personnelle :

Code Postal : Ville

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 ci-dessus) :

Nom de la Société % du capital détenu %

Nom de la Société % du capital détenu %

Nom de la Société % du capital détenu %

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

Nom

Fonction dans la Société

Signature manuscrite du mandataire

Date :

Signature du 2^{ème} mandataire habilité par la Société

(si dans votre Société, 2 signatures sont requises)

Nom

Fonction dans la Société

Signature manuscrite du mandataire

Date :

Merci d'imprimer ce coupon sur une page séparée

Mandat de prélèvement SEPA interentreprises mensuel

Identifiant SEPA American Express Carte-France FR 48 ZZZ 101869

Référence Unique de Mandat :

Merci de ne pas remplir ce champ, ce dernier 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.

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

Nom de la Société titulaire du compte à débiter :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Pays :

Coordonnées bancaires :

IBAN :

BIC :

Nom de votre banque actuelle :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

AMERICAN EXPRESS CARTE - FRANCE

4, rue Louis Blériot

92561 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.

Signature manuscrite du mandataire :

X

Date :