

CARTE CORPORATE AMERICAN EXPRESS® ACHATS STRATÉGIQUES ET SERVICES GÉNÉRAUX

 Ouverture de Compte
 Changement de raison sociale

Pour ouvrir votre compte société ou pour un changement de raison sociale, merci de :

1 - Compléter intégralement et signer ce formulaire.

2 - Fournir obligatoirement :

- Un relevé d'Identité Bancaire (original),
- Une photocopie (recto/verso) de la carte d'identité du signataire en cours de validité,
- Un extrait de K-Bis de moins de 3 mois (original),
- Le mandat de prélèvement (en cas de paiement centralisé) dûment rempli.
- Une copie des états financiers relatifs aux 2 exercices précédents,

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

3 - Retournez l'ensemble sous enveloppe libre sans l'affranchir à :

American Express Carte France - Corporate Unit - Libre réponse 43120 - 92509 Rueil-Malmaison Cedex

À remplir par American Express

N° Master Control ou Basic Control : MSI

1. Information sur la Société

Nom de la Société :

(tel qu'il doit apparaître sur la Carte : 20 caractères maximum, espaces compris)

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Date de création :

Chiffre d'affaires de l'exercice précédent :

SA

SARL

Autre

Numéro de TVA :

N° SIRET :

(Joindre K-Bis)

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

S'il s'agit d'une filiale :

Nom de la maison mère :

Part du capital désigné par la maison mère :

Adresse de la maison mère :

Code postal :

Ville :

Nom du responsable du compte (dans votre Société) :

Prénom :

Téléphone :

CARTE CORPORATE AMERICAN EXPRESS® ACHATS STRATÉGIQUES ET SERVICES GÉNÉRAUX

1. Information sur la Société - SUITE

Indiquez vos options :

Adresse d'envoi des Cartes Corporate :

Adresse Société
(envoi groupé)

Adresse du Titulaire de la Carte Corporate
(envois séparés)

Utilisation des Cartes pour l'achat de biens et de services en vue de la revente :

Oui Non (cf. article 2.d. des Conditions Générales Société)

Relevé Individuel ou Société

Paiement Individuel ou Société

Responsabilité Solidaire ou Société

Indiquez votre choix pour le différé de paiement : 7 jours 14 jours 28 jours

2. Adhésion au Programme Corporate Membership Rewards® (programme optionnel)

Merci d'inscrire la Société désignée en page précédente au Programme Corporate Membership Rewards American Express. En cochant la case ci-contre, les signataires de la présente demande reconnaissent avoir pris connaissance des Conditions Applicables au Programme Corporate Membership Rewards d'American Express, fournies avec le présent formulaire, et ils s'engagent à s'y conformer. Conformément aux Conditions en vigueur, une cotisation de 45€ sera facturée pour toute Carte inscrite au Programme Corporate Membership Rewards.

Désignation du (des) Gestionnaire(s) du Programme Corporate Membership Rewards.

Les signataires désignent le/les collaborateur(s) suivant(s), Gestionnaire(s) du Programme Corporate Membership Rewards. Ce(s) dernier(s) sera/seront habilité(s) à prendre au nom de l'entreprise toutes dispositions relatives au Programme Corporate Membership Rewards, conformément aux conditions applicables au programme remises avec le présent formulaire. Les signataires conviennent que le(s) Gestionnaire(s) du programme doit/doivent impérativement détenir une Carte Corporate American Express Achats Stratégiques et Services Généraux et être inscrit(s) au Programme Corporate Membership Rewards.

Gestionnaire principal (obligatoire) :

Merci de remplir tous les champs

Nom :

Prénom :

Date de naissance : J | J | M | M | A | A

Numéro de téléphone :

Adresse e-mail* :

Gestionnaires additionnels (facultatif) :

Merci de remplir tous les champs

Nom :

Prénom :

Date de naissance : J | J | M | M | A | A

Numéro de téléphone :

Adresse e-mail* :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : J | J | M | M | A | A

Numéro de téléphone :

Adresse e-mail* :

* L'adresse e-mail est indispensable pour nous permettre de communiquer avec vous sur la gestion de votre compte Corporate Membership Rewards, conformément aux Conditions Applicables au Programme Corporate Membership Rewards.

CARTE CORPORATE AMERICAN EXPRESS® ACHATS STRATÉGIQUES ET SERVICES GÉNÉRAUX

2. Adhésion au Programme Corporate Membership Rewards® (programme optionnel) - SUITE

Cartes à inscrire au Programme Corporate Membership Rewards

Veuillez inscrire au Programme Corporate Membership Rewards, les Cartes Corporate American Express Achats Stratégiques et Services Généraux des collaborateurs suivants¹:

Nom du titulaire :	<input type="text"/>
Nom du titulaire :	<input type="text"/>
Nom du titulaire :	<input type="text"/>
Nom du titulaire :	<input type="text"/>
Nom du titulaire :	<input type="text"/>

1. Merci de joindre les formulaires de demande de Carte Corporate American Express Achats Stratégiques et Services Généraux correspondants.

3. Renseignements bancaires

Nom de la banque de la Société :	<input type="text"/>	(joindre obligatoirement un RIB)
Adresse :	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	
Code postal :	<input type="text"/>	Ville : <input type="text"/>
	<input type="text"/>	
Téléphone :	<input type="text"/>	
IBAN :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BIC :	<input type="text"/>	
Responsable de votre compte à la banque :	<input type="text"/>	

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

Nom :	<input type="text"/>	
Adresse :	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	
Code postal :	<input type="text"/>	Ville : <input type="text"/>
	<input type="text"/>	
Téléphone :	<input type="text"/>	

CARTE CORPORATE AMERICAN EXPRESS® ACHATS STRATÉGIQUES ET SERVICES GÉNÉRAUX

4. Signatures indispensables

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.

OBLIGATOIRE :

En tant que signataire de cette demande, vous acceptez, au nom de votre entreprise, les Conditions Générales des Programmes de Paiement Corporate d'American Express (du Contrat Cadre Global si applicable), fournies avec le présent formulaire et demandez que nous inscrivions votre entreprise au Programme Carte Corporate American Express Achats Stratégiques et Services Généraux.

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

Nom :

Prénom :

Nom de naissance **obligatoire** :

Fonction dans la Société :

Obligatoire : signature manuscrite

Date :

Signature du 2^{ème} Mandataire habilité par la Société (si requise par votre Société)

Nom :

Prénom :

Nom de naissance **obligatoire** :

Fonction dans la Société :

Obligatoire : signature manuscrite

Date :

Les signataires ci-dessus 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 d'American Express de ne pas donner suite à la présente demande sans indiquer les raisons de sa décision.

5. Informations légales

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

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

* Société dont les titres sont admis à la négociation sur un marché réglementé en France ou dans un État partie à l'accord sur l'Espace Économique 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 :

Lieu de naissance :

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Adresse personnelle :

Code postal : Ville :

CARTE CORPORATE AMERICAN EXPRESS® ACHATS STRATÉGIQUES ET SERVICES GÉNÉRAUX

5. Informations légales - SUITE

2^e bénéficiaire effectif :

M. Mme Mlle Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Adresse personnelle :

Code postal : Ville :

3^e bénéficiaire effectif :

M. Mme Mlle Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nom :

Prénom :

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 en page précédente) :

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 :

Prénom :

Nom de naissance **obligatoire** :

Fonction dans la Société :

Obligatoire : signature manuscrite

Date :

Signature du 2^{ème} Mandataire habilité par la Société (si requise par votre Société)

Nom :

Prénom :

Nom de naissance **obligatoire** :

Fonction dans la Société :

Obligatoire : signature manuscrite

Date :

Merci d'imprimer ce coupon sur une page séparée

Mandat de prélèvement SEPA interentreprises mensuel

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 :

Identifiant SEPA American Express Carte France FR 48 ZZZ 101869

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 :

Date :