

☐ **Ouverture de Compte**
☐ **Changement de dénomination sociale**

Pour ouvrir votre compte société merci de :

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 - En fonction de la forme juridique de votre société, nous vous demanderons de bien vouloir fournir l'ensemble ou certains des documents ci-dessous :

- Un extrait de Kbis original de moins de 3 mois,
- Une copie des états financiers relatifs aux 2 exercices précédents,
- 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/de l'entité.

Pour les associations (Loi 1901), les syndicats ou les fondations, veuillez fournir :

- Les statuts,
- Un justificatif permettant d'identifier les bénéficiaires effectifs,
- Un extrait de Kbis (si applicable) ou un extrait d'avis de situation datant de moins de 3 mois.

Association : extrait du Journal Officiel constatant sa déclaration en préfecture

Association ou Fondation d'utilité publique : copie du décret en Conseil d'État reconnaissant l'utilité publique

Fondation d'entreprise ou un fonds de dotation : extrait du Journal Officiel constatant son autorisation ou sa déclaration préfectorale

- Le procès-verbal relatif à la nomination du représentant légal,
- Pour les associations, syndicats ou fondations nouvellement créées, un bilan prévisionnel,
- Une copie des états financiers relatifs aux 2 exercices précédents, ou comptes prévisionnels,
- Le procès-verbal listant les membres du bureau,
- Le mandat de prélèvement (en cas de paiement centralisé) dûment rempli,
- Un relevé d'identité bancaire au nom de l'entité.

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.

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

American Express Carte France - Service Nouveaux Comptes - Libre-réponse - 43120 - 92509 RUEIL-MALMAISON Cedex

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 s'engage à ne pas transférer à des tiers les données personnelles contenues dans ce formulaire, sauf si la loi l'exige ou si vous avez préalablement donné votre consentement. Nous ne vendons vos données à quiconque. Les données personnelles seront conservées pendant toute la durée nécessaire pour permettre de vous servir en tant que client, ou pendant la durée requise par la loi.

COMPTE CARTE D'ACHATS (CORPORATE PURCHASING CARD) AMERICAN EXPRESS®

1. Informations sur la Société

Dénomination sociale de la société :

Adresse du siège social :

Code postal :

Ville :

Pays :

Numéro de téléphone de la société :

Nom commercial de la société :

(si différent de la raison sociale)

Adresse commerciale :

(si différente de l'adresse du siège social)

Code postal :

Ville :

Pays :

Nom de votre société
tel qu'il doit apparaître sur la Carte

(Attention : maximum 20 caractères, espaces compris)

Si la société possède déjà un numéro de
compte Carte d'Achats American Express,
merci de préciser ce numéro :

Date de création de la société :

Chiffre d'affaire de l'exercice précédent :

Numéro de TVA :

Numéro de SIRET :

Secteur d'activité :

(Correspondant au code NAF 4 chiffres + 1 lettre)

Forme juridique :

☐ SA ☐ SARL ☐ Autre

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 d'euros ?

☐ Oui ☐ Non

Votre société est-elle cotée en bourse ?

☐ Oui ☐ Non Pourcentage : %

Pour les Associations, n° de RNA :

Nombre d'employés :

Montant annuel moyen des transactions
envisagées en € :

Règlement des dépenses :

☐ Prélèvement automatique (Remplir le mandat de prélèvement ci-après)

☐ Virement (Ne pas remplir le mandat de prélèvement ci-après)

S'il s'agit d'une filiale :

Nom de la maison mère :

Numéro de SIRET ou équivalent de la maison mère :

Part du capital détenu par la maison mère :

Adresse de la maison mère :

Code postal :

Ville :

Pays :

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 à l'égard des tiers, et de signer des contrats pour le compte de la société conformément à ses statuts et aux lois applicables.

☐ Représentant légal 1

M. ☐ Mme ☐

Prénom :

Autres prénoms :

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Pays de naissance :

Adresse du domicile :

Code postal : Ville :

Pays du domicile :

Fonction :

☐ Représentant légal 2

M. ☐ Mme ☐

Prénom :

Autres prénoms :

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Pays de naissance :

Adresse du domicile :

Code postal : Ville :

Pays du domicile :

Fonction :

COMPTE CARTE D'ACHATS (CORPORATE PURCHASING CARD) AMERICAN EXPRESS®

Représentant légal ☐

Dénomination sociale :

Forme juridique :

N° SIRET :

Date de création de l'entreprise :

Adresse du siège social :

Code postal :

Ville :

Pays :

Représentant légal ☐

Dénomination sociale :

Forme juridique :

N° SIRET :

Date de création de l'entreprise :

Adresse du siège social :

Code postal :

Ville :

Pays :

3. Informations sur les bénéficiaires effectifs

Le bénéficiaire effectif est toujours une personne physique ; il s'agit de :

- soit la ou les personnes physiques qui détiennent, directement ou indirectement, plus de 25 % du capital ou des droits de vote de la société déclarante ;
- soit la ou les personnes physiques qui exercent, par d'autres moyens, un pouvoir de contrôle sur les organes de gestion, d'administration ou de direction de la société déclarante ou sur l'assemblée générale de ses associés ou actionnaires ;
- soit, uniquement à défaut d'identification d'un bénéficiaire effectif selon les deux critères précédents, la ou les personnes physiques qui occupent directement ou indirectement (par l'intermédiaire d'une ou plusieurs personnes morales) la position de représentant légal de la société déclarante.

1^{er} bénéficiaire effectif :

	M.	<input type="checkbox"/>	Mme	<input type="checkbox"/>
Prénom :	<input type="text"/>			
Autres prénoms :	<input type="text"/>			
Nom d'usage :	<input type="text"/>			
Nom de naissance :	<input type="text"/>			
Date de naissance :	<input type="text" value="J J M M A A A A"/>			
Lieu de naissance :	<input type="text"/>			
Nationalité :	<input type="text"/>			
Pays de naissance :	<input type="text"/>			
Adresse du domicile :	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
Code postal :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>	
Pays du domicile :	<input type="text"/>			
% du capital ou droit de vote détenu :	<input type="text"/>	%		

2^e bénéficiaire effectif :

	M.	<input type="checkbox"/>	Mme	<input type="checkbox"/>
Prénom :	<input type="text"/>			
Autres prénoms :	<input type="text"/>			
Nom d'usage :	<input type="text"/>			
Nom de naissance :	<input type="text"/>			
Date de naissance :	<input type="text" value="J J M M A A A A"/>			
Lieu de naissance :	<input type="text"/>			
Nationalité :	<input type="text"/>			
Pays de naissance :	<input type="text"/>			
Adresse du domicile :	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
Code postal :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>	
Pays du domicile :	<input type="text"/>			
% du capital ou droit de vote détenu :	<input type="text"/>	%		

COMPTE CARTE D'ACHATS (CORPORATE PURCHASING CARD) AMERICAN EXPRESS®

3^e bénéficiaire effectif :

	M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/>
Prénom :	<input type="text"/>
Autres prénoms :	<input type="text"/>
Nom d'usage :	<input type="text"/>
Nom de naissance :	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text" value="J J M M A A A A"/>
Lieu de naissance :	<input type="text"/>
Nationalité :	<input type="text"/>
Pays de naissance :	<input type="text"/>
Adresse du domicile :	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/> Ville : <input type="text"/>
Pays du domicile :	<input type="text"/>
% du capital ou droit de vote détenu :	<input type="text"/> %
	<input type="checkbox"/> Le bénéficiaire effectif est par défaut le représentant légal si aucun des deux premiers critères précités dans la définition n'est rempli. <input type="checkbox"/> Le bénéficiaire effectif est par défaut le représentant légal car la société est cotée ou détenue à plus de 75% par une société cotée sur un marché réglementé en France ou dans un autre État imposant des obligations équivalentes en matière de transparence.
Nom de la Société cotée détenant plus de 75% :	<input type="text"/>
% du capital détenu :	<input type="text"/> %
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

4. Désignation du Gestionnaire de Programme Habilité

Le Gestionnaire de Programme Habilité, ci-dessous désigné, sera autorisé à accéder à tous les services relatifs à la gestion du compte et à l'ensemble des services en ligne d'American Express @ Work® relatifs au Programme Corporate Purchasing Card géré ainsi qu'à approuver les demandes de carte et nommer d'autres Gestionnaires de Programme / Gestionnaires de Programme Habilités (formulaire spécifique à disposition).

Prénom :	<input type="text"/>	
Autres prénoms :	<input type="text"/>	
Nom d'usage :	<input type="text"/>	
Nom de naissance :	<input type="text"/>	
Date de naissance :	<input type="text" value="J J M M A A A A"/>	
Lieu de naissance :	<input type="text"/>	
Nationalité :	<input type="text"/>	
Pays de naissance :	<input type="text"/>	
Adresse du domicile :	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	
Code postal :	<input type="text"/>	Ville : <input type="text"/>
Pays du domicile :	<input type="text"/>	
Raison sociale de la société (si différente de celle indiquée dans la section 1) :	<input type="text"/>	
Adresse de correspondance (si différente de l'adresse du siège sociale indiquée dans la section 1) :	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	
Code postal :	<input type="text"/>	Ville : <input type="text"/>
Pays :	<input type="text"/>	
Fonction :	<input type="text"/>	
Numéro de Téléphone professionnel (inclure les codes pays et zone) :	<input type="text"/>	
Adresse email professionnelle :	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	
Si le Gestionnaire de Programme gère les Comptes dans un certain nombre de pays, merci d'indiquer son pays principal. Le pays principal définit la largeur par défaut et la page d'accueil des Services en Ligne.		
Pays principal du Gestionnaire de Programme :	<input type="text"/>	
Si le Gestionnaire de Programme est déjà utilisateur d'American Express@Work, merci de saisir son identifiant@Work (nom d'utilisateur) :	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	
Le Gestionnaire de Programme désigné doit compléter les cinq champs ci-après. Ces informations seront utilisées pour permettre son identification lors de demande de maintenance, et s'appliqueront à tous les Comptes que le Gestionnaire de Programme est autorisé à gérer.		
Date de naissance :	<input type="text" value="J J M M A A A A"/>	
Nom de naissance de la mère :	<input type="text"/>	
Code secret (4 chiffres) :	<input type="text"/>	Merci de ne pas choisir des nombres consécutifs ou répétitifs, tels que 1234 ou 5555. Ce code doit être différent de votre date de naissance ou votre date mémorable
Date mémorable (JJMM) :	<input type="text"/>	Merci de ne pas utiliser votre date de naissance, ni votre code secret.
Indice sur la Date mémorable :	<input type="text"/>	
Pour vous aider à vous rappeler de la date mémorable en cas d'oubli.		
Obligatoire : signature du Gestionnaire de Programme		
<div style="border: 1px solid red; padding: 10px; display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> X <div style="flex-grow: 1;"> Date <input type="text" value="J J M M A A A A"/> </div> </div>		

COMPTE CARTE D'ACHATS (CORPORATE PURCHASING CARD) AMERICAN EXPRESS®

5. Configuration de votre programme

Pour chacune des Cartes enregistrées sur ce compte société, une carte plastique sera émise.

☐ Oui

☐ Non

6. Renseignements bancaires

Nom de la banque de la Société :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

Téléphone :

Coordonnées bancaires :

IBAN :

BIC :

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 :

7. Déclaration de la société et signature du signataire autorisé

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 encontre 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 garantisiez 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 œuvre 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 Compte Carte d'Achats (Corporate Purchasing Card) American Express® :

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 Compte Carte d'Achats (Corporate Purchasing Card) American Express®.

Pour les clients déjà titulaires d'un Programme Compte Carte d'Achats (Corporate Purchasing Card) American Express® :

En tant que signataire de cette demande, vous nous demandez d'inscrire votre entreprise à un nouveau Programme Compte Carte d'Achats (Corporate Purchasing Card) American Express®. Vous acceptez que les Conditions Générales des Programmes de Paiement Corporate d'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.

Date et signature

X

Date

COMPTE CARTE D'ACHATS (CORPORATE PURCHASING CARD) AMERICAN EXPRESS®

8. Signatures indispensables

Signataire Autorisé par la société

Veuillez fournir les détails du signataire autorisé de votre société : la personne dûment autorisée à ouvrir un compte avec American Express au nom de votre société¹gpw². Les signataires ci-dessous 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.

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 Compte Carte d'Achats (Corporate Purchasing Card) American Express®.

	M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/>
Prénom :	<input type="text"/>
Autres Prénoms :	<input type="text"/>
Nom d'usage :	<input type="text"/>
Nom de naissance :	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>
Lieu de naissance :	<input type="text"/>
Nationalité :	<input type="text"/>
Pays de naissance :	<input type="text"/>
Adresse du domicile :	<input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/> Ville : <input type="text"/>
Pays :	<input type="text"/>
Fonction dans la société :	<input type="text"/>

Obligatoire : signature

X

Date

Signature d'un 2^{ème} Signataire Autorisé par la société, si requise par votre société

	M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/>
Prénom :	<input type="text"/>
Autres Prénoms :	<input type="text"/>
Nom d'usage :	<input type="text"/>
Nom de naissance :	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>
Lieu de naissance :	<input type="text"/>
Nationalité :	<input type="text"/>
Pays de naissance :	<input type="text"/>
Adresse du domicile :	<input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/> Ville : <input type="text"/>
Pays :	<input type="text"/>
Fonction dans la société :	<input type="text"/>

Obligatoire : signature

X

Date

9. Mandat de prélèvement SEPA interentreprises mensuel

Référence Unique de Mandat :	<input type="text"/>	
<p>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.</p> <p>À réception, transmettez ces deux documents à votre banque pour enregistrement.</p>		
Nom de la société titulaire du compte à débiter :	<input type="text"/>	
Adresse :	<input type="text"/>	
Code postal :	<input type="text"/>	Ville : <input type="text"/>
Pays :	<input type="text"/>	
Coordonnées bancaires :		
IBAN :	<input type="text"/>	
BIC :	<input type="text"/>	
Nom de votre banque actuelle :	<input type="text"/>	
Adresse :	<input type="text"/>	
Code postal :	<input type="text"/>	Ville : <input type="text"/>
Pays :	<input type="text"/>	

Coordonnées de la personne en charge de la relation bancaire au sein de votre entreprise

Vous pouvez, si vous le souhaitez, indiquer ci-dessous le nom, prénom et adresse e-mail de la personne en charge de la relation avec la banque de votre Société. Ces informations ne seront utilisées qu'une seule fois, et nous permettront d'envoyer le mandat complété du n° de RUM à la personne désignée, pour lui demander de le transmettre à la banque de votre Société et s'assurer de la bonne mise en place du prélèvement automatique. Ces données ne seront pas conservées ailleurs dans nos systèmes et nous ne communiquerons en aucun cas ces données à un tiers. A défaut, le mandat sera adressé au Gestionnaire de Programme Habilité.

Nom :	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>
E-mail professionnel :	<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 (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 du Signataire Autorisé :

X

Date