

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

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

2 - Fournir obligatoirement : Justificatifs relatifs à votre entreprise

- Un extrait de Kbis original de moins de 3 mois,
- Une copie des états financiers relatifs aux 2 exercices précédents
- 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, (une caution bancaire est requise pour les sociétés de moins de 3 ans).

Justificatifs pour les associations :

- Pour les associations (Loi 1901), fondations ou fonds de dotation, veuillez fournir la parution au Journal Officiel
- Pour les associations reconnues d'utilité publique ou fondations, merci de joindre le décret du Conseil d'Etat établissant l'intérêt public.
- Un extrait de KBIS (si applicable)
- Statuts ou articles de l'association

Justificatifs pour les personnes physiques :

- Pour les Mandataires, Gestionnaires de Programme Habilités ainsi que les Signataires Autorisés, merci de joindre impérativement une copie de leur pièce d'identité*
- Si le signataire de la présente demande n'est pas un représentant légal, merci de joindre également une copie de sa pièce d'identité* ainsi qu'une procuration.

* Copie recto/verso de la carte d'identité en cours de validité, ou du passeport en cours de validité ou, le cas échéant, du titre de séjour recto-verso (validité supérieure à un an) si ces personnes ne sont pas membres de l'Union Européenne et qu'elles résident en France. 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 - 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 vendrons 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

Raison sociale de la société :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Adresse du siège social :	<input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/>
Code postal :	<input style="width: 15%;" type="text"/> Ville : <input style="width: 85%;" type="text"/>
Nom commercial de la société : (si différent de la raison sociale)	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Adresse commerciale : (si différente de l'adresse du siège social)	<input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/>
Code postal :	<input style="width: 15%;" type="text"/> Ville : <input style="width: 85%;" type="text"/>
Nom de votre société tel qu'il doit apparaître sur la Carte	<input style="width: 80%;" type="text"/> (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 :	<input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/>
Date de création :	<input style="width: 15%;" type="text"/> J <input style="width: 15%;" type="text"/> J <input style="width: 15%;" type="text"/> M <input style="width: 15%;" type="text"/> M <input style="width: 15%;" type="text"/> A <input style="width: 15%;" type="text"/> A <input style="width: 15%;" type="text"/> A <input style="width: 15%;" type="text"/> A
Chiffre d'affaire de l'exercice précédent :	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Numéro de TVA :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Numéro de SIRET :	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Secteur d'activité :	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Forme juridique :	<input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> SARL <input type="checkbox"/> Autre
	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
Pour les Associations, n° de RNA :	W <input style="width: 80%;" type="text"/>
Nombre d'employés :	<input style="width: 20%;" type="text"/>
	S'il s'agit d'une filiale :
Nom de la maison mère :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Part du capital désigné par la maison mère :	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Adresse de la maison mère :	<input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/>
Code postal :	<input style="width: 15%;" type="text"/> Ville : <input style="width: 85%;" type="text"/>
Pays :	<input style="width: 100%;" type="text"/>

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

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 1

M. Mme Mlle

Prénom :

Autres prénoms :

Nom :

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 Mlle

Prénom :

Autres prénoms :

Nom :

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

	M. <input type="checkbox"/>	Mme <input type="checkbox"/>	Mlle <input type="checkbox"/>
Prénom :	<input type="text"/>		
Autres prénoms :	<input type="text"/>		
Nom :	<input type="text"/>		
Nom de naissance :	<input type="text"/>		
Date de naissance :	<input type="text" value="J J M M 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"/>		
Fonction :	<input type="text"/>		

Représentant légal

	M. <input type="checkbox"/>	Mme <input type="checkbox"/>	Mlle <input type="checkbox"/>
Prénom :	<input type="text"/>		
Autres prénoms :	<input type="text"/>		
Nom :	<input type="text"/>		
Nom de naissance :	<input type="text"/>		
Date de naissance :	<input type="text" value="J J M M 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"/>		
Fonction :	<input type="text"/>		

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

3. Informations sur les bénéficiaires effectifs

Le bénéficiaire effectif est toute personne physique contrôlant votre société ou qui détient plus de 25% du capital ou des droits de vote, directement ou indirectement. Uniquement à défaut d'identification d'un bénéficiaire effectif, selon les critères précédents, la ou les personnes physiques qui occupent directement ou indirectement la position de représentant légal de votre société.

1^{er} bénéficiaire effectif :

	M.	<input type="checkbox"/>	Mme	<input type="checkbox"/>	Mlle	<input type="checkbox"/>
Prénom :	<input type="text"/>					
Autres prénoms :	<input type="text"/>					
Nom :	<input type="text"/>					
Nom de naissance :	<input type="text"/>					
Date de naissance :	<input type="text" value="J J M M 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 détenu :	<input type="text"/>	%				

2^e bénéficiaire effectif :

	M.	<input type="checkbox"/>	Mme	<input type="checkbox"/>	Mlle	<input type="checkbox"/>
Prénom :	<input type="text"/>					
Autres prénoms :	<input type="text"/>					
Nom :	<input type="text"/>					
Nom de naissance :	<input type="text"/>					
Date de naissance :	<input type="text" value="J J M M 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 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"/> Mlle <input type="checkbox"/>
Prénom :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Autres prénoms :	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Nom :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Nom de naissance :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Date de naissance :	<input style="width: 30%;" type="text"/> J <input style="width: 30%;" type="text"/> M <input style="width: 30%;" type="text"/> A <input style="width: 30%;" type="text"/>
Lieu de naissance :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Nationalité :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Pays de naissance :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Adresse du domicile :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Code postal :	<input style="width: 20%;" type="text"/> Ville : <input style="width: 80%;" type="text"/>
Pays du domicile :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
% du capital détenu :	<input style="width: 10%;" type="text"/> %
	<input type="checkbox"/> Il n'y a pas de bénéficiaire effectif <input type="checkbox"/> 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 :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
% du capital détenu :	<input style="width: 10%;" type="text"/> %
Nom de la Société :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
% du capital détenu :	<input style="width: 10%;" type="text"/> %
Nom de la Société :	<input style="width: 100%;" type="text"/>
% du capital détenu :	<input style="width: 10%;" type="text"/> %

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

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 :	<input type="text"/>
Nom de naissance :	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text" value="J J M M 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"/>

Si le Gestionnaire de Programme ou son employeur est situé hors de l'Espace Economique Européen (EEE) ou si l'adresse de correspondance est située hors de l'EEE, vous devrez compléter un **Formulaire de transfert international de données** (Global Data Transfer Form), si cela n'a pas déjà été fait.

Numéro de Téléphone professionnel (inclure les codes pays et zone) :	<input type="text"/>
Adresse email professionnelle :	<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"/>

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"/>
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

X

Date

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 :

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

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 les informations que vous avez fournies dans ce formulaire sont exactes et vous vous engagez à avertir 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 services tiers, vous autorisez American Express et/ou les sociétés affiliées d'American Express à envoyer ou à mettre à la disposition de ce Gestionnaire de Programme / à l'entité juridique respective de cette société, les données que le Gestionnaire de Programme est autorisé à recevoir. Vous devez vous assurer que: (a) vos employés, sous-traitants ou agents qui utilisent le Programme (les « Personnes Physiques »), ainsi que les Personnes Physiques de vos Affiliés, vous autorisent à fournir des informations les concernant tant à l'intérieur de l'Union Européenne qu'en dehors ; et (b) le consentement de ces personnes est obtenu lorsque requis par la loi applicable. American Express décline toute responsabilité quant aux informations envoyées ou mises à la disposition d'un Gestionnaire / d'une entité juridique suite à votre autorisation.

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

Veillez fournir les détails du signataire autorisé de votre société : la personne dûment autorisée à ouvrir un compte avec American Express au nom de votre société. 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. Mme Mlle

Prénom :

Autres Prénoms:

Nom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Pays de naissance :

Adresse du domicile :

Code postal : Ville :

Pays :

Fonction dans la société :

Obligatoire : signature

X

Date

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

M. Mme Mlle

Prénom :

Autres Prénoms:

Nom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Pays de naissance :

Adresse du domicile :

Code postal : Ville :

Pays :

Fonction dans la société :

Obligatoire : signature

X

Date

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

9. Mandat de prélèvement SEPA interentreprises mensuel

Référence Unique de Mandat :	<input type="text"/>
	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 :	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/> Ville : <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"/>
	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/> Ville : <input type="text"/>
Pays :	<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 Mandataire :

X

Date