

Demande de Carte Corporate AIR FRANCE - AMERICAN EXPRESS

1/3



Carte Corporate AIR FRANCE - AMERICAN EXPRESS

MODE D'EMPLOI

Nous vous remercions de :

- 1 - compléter et imprimer ce formulaire,
- 2 - signer les parties réservées à cet effet (**signatures manuscrites obligatoires**),
- 3 - en cas de règlement par prélèvement automatique, signer le mandat de prélèvement figurant en page 3/3 (**signatures manuscrites obligatoires**),
- 4 - joindre à votre demande :



• **obligatoire**, une copie (recto/verso) de votre carte d'identité en cours de validité, ou de votre passeport en cours de validité ou, le cas échéant, de votre titre de séjour recto-verso (validité supérieure à un an) si vous n'êtes pas membre de l'Union Européenne et que vous résidez en France.



• **obligatoire en cas de paiement individuel**, un RIB.

Merci de retourner votre formulaire imprimé et agrafé avec les pièces ci-dessus, et de les envoyer sans affranchir, à : American Express Carte-France - Service Carte Corporate - Libre-réponse - 43120 - 92509 RUEIL-MALMAISON Cedex.

DÉLAIS D'ÉMISSION

Normal = 8 jours environ / Urgent = 5 jours (hors délais d'expédition).

Toute demande d'émission de carte en urgence donne lieu à des frais de traitement s'élevant à 30 €, prélevés par AMERICAN EXPRESS sur votre premier relevé.

Je souhaite effectuer une demande de carte en urgence et j'en accepte les conditions.

OBLIGATOIRE

En cochant la case ci-contre, le titulaire reconnaît avoir pris connaissance des Conditions Générales pour les Titulaires fournies avec le présent formulaire et régissant l'utilisation de la Carte Corporate AIR FRANCE -AMERICAN EXPRESS, et il s'engage à s'y conformer. En cas de paiement individuel, le titulaire s'engage par ailleurs expressément à régler les débits dont il serait redevable à American Express, conformément aux Conditions Générales.

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

1. À remplir par la Société

Nom de la Société :

(30 caractères maximum, espaces compris)

Adresse de la Société :

Code postal :

 Ville :

Téléphone :

Indiquez votre mode de paiement :

- Paiement individuel avec responsabilité solidaire
 Paiement et responsabilité société

Obligatoire :
 Votre N° de compte American Express :

Cachet de la Société

X

Demande de Carte Corporate AIR FRANCE - AMERICAN EXPRESS

2/3

Signature du mandataire habilité par la Société

Nom :

Fonction dans la Société :

Obligatoire : Date et signature manuscrite

Date

2. À remplir par le bénéficiaire de la Carte

M. Mme Mlle

Nom :

Prénom :

Nom de naissance **obligatoire** :

Date et lieu de naissance **obligatoires** : À :

Nom de naissance de votre mère **obligatoire** :

(celui-ci sera utilisé comme mot de passe, en cas de besoin, à des fins d'identification et de protection contre la fraude)

Fonction dans la Société :

Téléphone professionnel : Portable professionnel :

Code du service (si nécessaire) : N° d'employé (si nécessaire) :

Adresse personnelle **obligatoire** :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Adresse e-mail **obligatoire** :

Celle-ci ne sera utilisée qu'à des fins non commerciales, à moins que vous ne cochiez la case ci-dessous. Si vous désirez recevoir par email des offres personnalisées, ou des informations concernant les produits et les services American Express, merci de cocher la case ci-contre :

Nous ne transmettons pas votre adresse email à un tiers. Vous pouvez à tout moment demander à ne plus recevoir d'offres commerciales électroniques en nous indiquant l'adresse email concernée dans la rubrique Confidentialité/Protection des données nominatives de notre site Internet www.americanexpress.fr

Souhaitez-vous adhérer* à l'option Multi Miles ? Oui Non
*Cotisation 40€/an. Sous réserve de l'autorisation préalable de votre société

Si vous êtes titulaire d'une carte Flying Blue, merci d'en indiquer le numéro :

À remplir en cas de paiement individuel : **Si vous êtes déjà titulaire d'une Carte American Express**, merci d'indiquer son numéro :

Obligatoire : Date et signature manuscrite du bénéficiaire

Date

À remplir par American Express

MM OPT IN

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.

Demande de Carte Corporate AIR FRANCE - AMERICAN EXPRESS

3/3

Mandat de prélèvement SEPA mensuel

| | |
|--------------------------------|--|
| Nom du Titulaire du compte : | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| Prénom : | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| Adresse : | <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"/> |
| | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| Pays : | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| Coordonnées bancaires : | |
| IBAN : | <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> |
| BIC : | <input style="width: 40%;" type="text"/> |
| Nom de votre banque actuelle : | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| Adresse : | <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"/> |
| | <input style="width: 100%;" type="text"/> |

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 American Express Carte-France à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'American Express Carte-France.

Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Signature manuscrite du Titulaire du compte à débiter

X

Date

206 - AIRFR - CARDMEMBER - FR - APP - SALESFORCE - SANS RI - OCTOBRE 2016