

## CARTE CORPORATE AMERICAN EXPRESS® ACHATS STRATÉGIQUES ET SERVICES GÉNÉRAUX®

### Ouverture de Compte

**IMPORTANT :** Joindre obligatoirement • Relevé d'Identité Bancaire original • Extrait de Kbis < 3 mois original • Copie des états financiers relatifs aux 2 exercices précédents • Copie recto/verso de la pièce d'identité du signataire en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport, carte de séjour).

À retourner agrafé, sans affranchir à : American Express Carte-France - Service Corporate (NA) - Libre réponse 43120 - 92509 Rueil-Malmaison Cedex

#### 1. Information sur la Société

Nom de la Société :	<input type="text"/> (tel qu'il doit apparaître sur la carte : 20 caractères maximum, espaces compris)
Adresse :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/> Ville : <input type="text"/>
Téléphone :	<input type="text"/>
Date de création :	<input type="text"/> J <input type="text"/> J <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A
Chiffre d'affaires de l'exercice précédent	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> SARL <input type="checkbox"/> Autre
Numéro TVA :	<input type="text"/>
N° SIRET :	<input type="text"/> <b>(Joindre K-Bis)</b> 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
Nom de la maison mère :	<b>S'il s'agit d'une filiale :</b> <input type="text"/>
Part du capital désigné par la maison mère :	<input type="text"/>
Adresse de la maison mère :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/> Ville : <input type="text"/>
Nom du responsable du compte (dans votre Société) :	<input type="text"/> <input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>
Téléphone :	<input type="text"/>
<b>Adresse d'envoi des cartes corporate :</b> <input type="checkbox"/> Adresse Société (envoi groupé) <input type="checkbox"/> Adresse du Titulaire de la carte corporate (envois séparés)	
<b>Utilisation des cartes pour l'achat de biens et de services en vue de la revente :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Si oui, l'article 2.d des Conditions Générales s'applique)	
<b>Règlement des dépenses par :</b> <input type="checkbox"/> Prélèvement automatique (remplir le mandat de prélèvement) <input type="checkbox"/> Virement	

CARTE CORPORATE AMERICAN EXPRESS® ACHATS STRATÉGIQUES ET SERVICES GÉNÉRAUX®

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-dessus, 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.<sup>1</sup>

**Gestionnaire principal (obligatoire) :**

Merci de remplir tous les champs

Nom :

Prénom :

Date de naissance :  Numéro de téléphone :

Adresse e-mail\* :

**Gestionnaires additionnels (facultatif) :**

Merci de remplir tous les champs

Nom :

Prénom :

Date de naissance :  Numéro de téléphone :

Adresse e-mail\* :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :  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.

**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 suivants<sup>1</sup> :

Nom du titulaire :

Nom du titulaire :

Nom du titulaire :

Nom du titulaire :

Nom du titulaire :

1. Merci de joindre les formulaires d'Autorisation du Titulaire correspondants.

CARTE CORPORATE AMERICAN EXPRESS® ACHATS STRATÉGIQUES ET SERVICES GÉNÉRAUX®

Ouverture de Compte

3. Renseignements bancaires

Nom de la banque de la Société :  (joindre obligatoirement un RIB)

Adresse :

Code postal :  Ville :

Téléphone :

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 :

Téléphone :

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 cochant la case ci-contre, les signataires de la présente demande reconnaissent avoir pris connaissance des Conditions Générales fournies avec le présent formulaire, et régissant le Programme Carte Corporate American Express® Achats Stratégiques et Services Généraux et ils s'engagent à s'y conformer.

**Signature du 1<sup>er</sup> Mandataire habilité par la Société**

Nom :

Prénom :

Nom de naissance **obligatoire** :

Fonction dans la Société :

Signature :  Date :

**Signature du 2<sup>ème</sup> Mandataire habilité par la Société (si requise par votre Société)**

Nom :

Prénom :

Nom de naissance **obligatoire** :

Fonction dans la Société :

Signature :  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.

## CARTE CORPORATE AMERICAN EXPRESS® ACHATS STRATÉGIQUES ET SERVICES GÉNÉRAUX®

### 5. À remplir par American Express

N° Master Control ou Basic Control :

### 6. Informations légales

La législation nous impose de recueillir 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).

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

Veillez 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<sup>er</sup> bénéficiaire effectif :

M.  Mme  Mlle

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Adresse personnelle :

Code postal :

 Ville : 

##### 2<sup>e</sup> bénéficiaire effectif :

M.  Mme  Mlle

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Adresse personnelle :

Code postal :

 Ville : 

##### 3<sup>e</sup> 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®

Ouverture de Compte

6. Informations légales

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<sup>er</sup> Mandataire habilité par la Société**

Nom :

Prénom :

Fonction dans la Société :

**Signature manuscrite du Mandataire :**

Date :

**Signature du 2<sup>ème</sup> Mandataire habilité par la Société**

(si dans votre Société, 2 signatures sont requises)

Nom :

Prénom :

Fonction dans la Société :

**Signature manuscrite du Mandataire :**

Date :

CARTE CORPORATE AMERICAN EXPRESS® ACHATS STRATÉGIQUES ET SERVICES GÉNÉRAUX®

**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 :