

Carte Corporate American Express®

1/3

Ouverture de compte

Carte Corporate American Express

Carte Corporate Gold American Express

Carte Corporate Platinum American Express

Changement de raison sociale

Pour ouvrir votre compte société, merci de :

1 - Compléter intégralement et signer ce formulaire.

2 - **Fournir obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire, un extrait de Kbis de moins de 3 mois (original), une photocopie (recto/verso) de la carte d'identité du signataire en cours de validité, une copie des états financiers relatifs aux 2 exercices précédents, et le mandat de prélèvement (en cas de paiement centralisé) dûment rempli. Sur demande, la société fournira à American Express d'autres informations relatives à son activité commerciale.**

3 - Retourner 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° MC

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.

1. À remplir par la Société

Nom de la Société
(tel qu'il doit apparaître sur la carte : 20 caractères maximum, espaces compris)

Adresse

Code Postal Tél.

Ville

Date de création

Chiffre d'affaires de l'exercice précédent

 SA SARL Autre

N° SIRET (joindre K-Bis)

Numéro TVA

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)

Tél.

Adresse d'envoi des Cartes Corporate

Adresse société (envoi groupé) Adresse du Titulaire de la Carte Corporate (envois séparés)

Adhésion à Express Cash Oui (Merci de compléter le contrat correspondant) Non

Adhésion au programme Membership Rewards Oui Non

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

Oui Non Si oui, l'article 2.d) des conditions générales s'applique.

Indiquez vos options : effectuez votre choix dans 1 des 2 tableaux

<input type="checkbox"/> Paiement et relevé individuel avec responsabilité solidaire	<input type="checkbox"/> Paiement et responsabilité société avec relevé individuel
<input type="checkbox"/> Paiement et responsabilité société avec relevé solidaire	<input type="checkbox"/> Paiement et responsabilité société avec relevé société

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

2. Renseignements bancaires

Nom de la banque de la société (joindre obligatoirement un RIB)

Adresse

Code Postal Tél.

Ville

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 Tél.

Ville

3. Signatures indispensables

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® et ils s'engagent à s'y conformer.

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

Nom

Fonction dans la Société

Obligatoire : Date et signature manuscrite

X Date

Signature du 2^{ème} mandataire habilité par la Société

Nom

Fonction dans la Société

Obligatoire : Date et signature manuscrite

X 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.

4. Informations légales

La législation nous impose de recueillir les informations ci-dessous concernant votre société. Nous ne pouvons 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

Prénom

Nom

Nom de naissance

Adresse personnelle

Code Postal Ville

2^{ème} bénéficiaire effectif

M. Mme Mlle Date de naissance

Lieu de naissance

Prénom

Nom

Nom de naissance

Adresse personnelle

Code Postal Ville

3^{ème} bénéficiaire effectif

M. Mme Mlle Date de naissance

Lieu de naissance

Prénom

Nom

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 ci-dessus) :

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

Fonction dans la Société

Obligatoire : Date et signature du mandataire

X Date

Signature du 2^{ème} mandataire habilité par la Société

Nom

Fonction dans la Société

Obligatoire : Date et signature manuscrite du mandataire

X Date

Merci d'imprimer ce coupon sur une page séparée

Mandat de prélèvement SEPA interentreprises mensuel

**Identifiant SEPA American Express Carte-France
FR 48 ZZZ 101869**

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

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

X

Date