

## American Express® vPayment Ouverture de Compte

1/3

Merci de nous faire parvenir ce formulaire complété et signé par email à l'adresse suivante : european.B2B.servicing@aexp.com ou par fax au : +441273 679606.

Vous devrez également faire parvenir les originaux signés à votre contact American Express.

### IMPORTANT

#### Joindre obligatoirement :

- un extrait K-Bis de moins de 3 mois
- un RIB, une copie de la carte d'identité du signataire (ou passeport)
- une copie de la carte d'identité des administrateurs du programme (ou passeport).

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. Informations sur la Société

Nom de la Société (maximum 30 caractères, espaces compris)

Nom de la Société sur la carte (maximum 20 caractères, espaces compris)

Adresse de la Société

Code Postal

Ville

Tél.

Fax

RCS

Forme juridique

N° SIRET

Numéro TVA

\* Merci de cocher la case appropriée.

### 2. Administrateurs du programme

Les personnes suivantes sont autorisées par la Société à requérir l'émission ou l'annulation du compte vPayment. Ces personnes sont également autorisées à établir et modifier les limites (par transaction et mensuelle) associées à la solution.

**Contact N°1** M.\*  Mme\*  Mlle\*

Nom

Prénom

Fonction

E-mail

Tél.

Signature manuscrite de l'administrateur n°1

X Date

**Contact N°2 (optionnel)** M.\*  Mme\*  Mlle\*

Prénom

Nom

Fonction

E-mail

Tél.

Signature manuscrite de l'administrateur n°2

X Date

### 3. Services souscrits et licences d'accès et d'utilisation

- Licence et accès à vPayment
- Accès au service en ligne NetService

### 4. Signature du mandataire

**OBLIGATOIRE :**  En cochant la case ci-contre, le signataire de la présente demande reconnaît avoir pris connaissance des Conditions Générales du programme American Express® vPayment pour les Sociétés, fournies avec le présent formulaire, et régissant l'utilisation de la solution American Express® vPayment et il s'engage à s'y conformer. Une caution bancaire est requise pour les Sociétés de moins de 3 ans.

M.\*  Mme\*  Mlle\*

Nom

Fonction

Signature manuscrite du mandataire

X Le

\* Merci de cocher la case appropriée.

## American Express® vPayment Ouverture de Compte

2/3

### 5. 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<sup>er</sup> bénéficiaire effectif

M.  Mme  Mlle  Date de naissance

Lieu de naissance

Prénom

Nom

Nom de naissance

Adresse personnelle

Code Postal  Ville

#### 2<sup>ème</sup> bénéficiaire effectif

M.  Mme  Mlle  Date de naissance

Lieu de naissance

Prénom

Nom

Nom de naissance

Adresse personnelle

Code Postal  Ville

#### 3<sup>ème</sup> 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<sup>er</sup> mandataire habilité par la Société

Nom

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

Fonction dans la Société

Signature manuscrite du mandataire

Date

American Express® vPayment  
Ouverture de Compte

3/3

**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.**

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.

Nom de la Société titulaire du compte à débiter

Adresse

Code Postal

Ville

Pays

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.

**Coordonnées bancaires :**

IBAN

BIC

Nom de votre banque actuelle

Adresse

Code Postal

Ville

Signature d'une personne autorisée  
 À  Date

Signature manuscrite obligatoire

X

Si 2 signatures sont nécessaires dans votre Société  
 À  Date

Signature manuscrite obligatoire

X

**IMPORTANT**  
 Prière de remettre cet imprimé dûment rempli à American Express Carte-France en y joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire ou Postal.

233 - VPAYMENT - FR - APP fait en mars 2016