



CARTE CORPORATE AIR FRANCE - AMERICAN EXPRESS

Ouverture de compte

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 43 120 - 92 509 Rueil-Malmaison Cedex**

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 (20 caractères maximum, espaces compris)

Le nom de la société doit-il apparaître sur la Carte ? Oui Non

Adresse

Code Postal

Ville

Tél.

N° SIRET

Numéro TVA

Date de création de la Société

Chiffre d'affaires de l'exercice précédent

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'affaire est supérieur à 250 millions de dollars ? Oui Non

S'il s'agit d'une filiale :

Nom de la maison mère

Adresse

Code Postal

Ville

N° SIRET

2. Mode de paiement et options choisies

Paiement individuel avec responsabilité solidaire

Paiement et responsabilité société

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

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

Option Multi Miles autorisée pour les collaborateurs 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.

3. Renseignements bancaires

Nom de la banque

Responsable du compte

Adresse

Code Postal

Tél.

Ville

BIC

IBAN

Avez-vous déjà un compte BlueBiz Air France ?

Oui Numéro : F R

Non

Avez-vous un contrat firme Air France ?

Oui Non

Si vous avez répondu « non » aux 2 questions ci-dessus, et que vous souhaitez adhérer au programme BlueBiz* ; merci de remplir l'adhésion ci-après.

* Ce programme n'est pas cumulable avec un contrat-firme conclu avec AIR FRANCE - KLM.

4. Programme BlueBiz Air France

Administrateur du programme

M. Mme Mlle

Nom

Prénom

E-mail

Tél. professionnel

Numéro Flying Blue (optionnel)

Date de naissance

Date de naissance

Date de naissance

5. Votre agence de voyages

Nom de l'agence

Adresse

Code Postal

Ville

N° IATA (optionnel)

6. Signature obligatoire

Nom et Prénom du mandataire habilité par la société (figurant sur le K-bis)

Fonction

Signature manuscrite du mandataire

Date

Date

Le signataire ci-dessus autorise American Express à obtenir de la Banque de la Société ou de toute autre source de son choix, tout renseignement nécessaire. Il reconnaît 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 cochant la case ci-contre, le signataire de la présente demande reconnaît avoir pris connaissance des Conditions Générales fournies avec le présent formulaire, et régissant le Programme Carte Corporate et il s'engage à s'y conformer.

À remplir par American Express

N° MC

Code source : SF/KA



7. Informations légales

La législation nous impose de rassembler les informations ci-dessous concernant votre société. Nous ne pourrions 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 Etat partie à l'accord sur l'Espace Economique 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^{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

Signature manuscrite du mandataire

X

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

(si dans votre société, 2 signatures sont requises)
 Nom
 Fonction dans la société

Signature manuscrite du mandataire

X

222 - AIRFR-COMPANY-FR-APP - SALESFORCE - SANS RI fait en octobre 2016



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