

Formulaire de demande d'ouverture de compte Buyer Initiated Payment (BIP)

Notice

1. À lire avant de remplir

Veillez noter que nos obligations légales, en tant qu'institution de paiement, requiert une stricte similitude entre les signatures apposées sur ce formulaire et celles présentes sur les justificatifs fournis. Nous pouvons également demander la fourniture d'un deuxième justificatif en cas de doute.

Merci de nous faire parvenir ce formulaire complété et signé à l'adresse suivante :
**American Express Carte France - Service Nouveaux Comptes - Libre-réponse - 43120
92509 RUEIL-MALMAISON Cedex**

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

2. Important

1 - Compléter intégralement et signer ce formulaire. Tous les champs sont obligatoires. Tout élément non complété ou non signé retardera l'étude de votre dossier.

2 - Fournir obligatoirement : Justificatifs relatifs à votre entreprise

- Un extrait de Kbis original de moins de 3 mois
- Une copie des états financiers relatifs aux 2 exercices précédents
- Statuts de la société
- Un justificatif permettant d'identifier les bénéficiaires effectifs
- Le mandat de prélèvement (en cas de paiement centralisé) dûment rempli
- Un Relevé d'Identité Bancaire

Justificatifs pour les personnes physiques :

- Pour les Mandataires, Gestionnaires de Programme Habilités ainsi que les Signataires Autorisés, merci de joindre impérativement une copie de leur pièce d'identité*
- Si le signataire de la présente demande n'est pas un représentant légal, merci de joindre également une copie de sa pièce d'identité* ainsi qu'une procuration.

* Copie recto/verso de la carte d'identité en cours de validité, ou du passeport en cours de validité ou, le cas échéant, du titre de séjour recto-verso (validité supérieure à un an) si ces personnes ne sont pas membres de l'Union Européenne et qu'elles résident en France.

Sur demande, la Société fournira à American Express d'autres informations relatives à son activité commerciale.

3. Loi du 6 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, vous avez le droit d'obtenir de notre part la communication des informations personnelles vous concernant enregistrées dans nos fichiers informatiques et de nous en demander toute rectification éventuelle en adressant un courrier à l'attention du Délégué à la Protection des données d'American Express à l'adresse : Immeuble Voyager, 8-10 rue Henri Sainte-Claire Deville. CS 60182 92506 Rueil-Malmaison cedex, France ou par e-mail à l'adresse : DPO-Europe@aexp.com



AMERICAN EXPRESS BUYER INITIATED PAYMENT (BIP)

Nombre d'employés

Secteur d'activité

Chiffre d'affaire de l'exercice précédent

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

Pays

AMERICAN EXPRESS BUYER INITIATED PAYMENT (BIP)

2. Représentant(s) légal (légaux)

Veillez fournir les coordonnées des représentants légaux de votre société. Il s'agit de la personne physique ayant le pouvoir légal de représenter votre société, et de signer des contrats pour le compte de la société conformément à ses statuts et aux lois applicables. .

Représentant légal n°2

Madame
 Mademoiselle
 Monsieur

Nom

Prénom

Autres prénoms

Nom de naissance

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays de naissance

Nationalité

Adresse du domicile

Code postal

Ville

Pays du domicile

Fonction

AMERICAN EXPRESS BUYER INITIATED PAYMENT (BIP)

2. Représentant(s) légal (légaux)

Veillez fournir les coordonnées des représentants légaux de votre société. Il s'agit de la personne physique ayant le pouvoir légal de représenter votre société, et de signer des contrats pour le compte de la société conformément à ses statuts et aux lois applicables. .

Représentant légal n°

Madame Mademoiselle Monsieur

Nom

Prénom

Autres prénoms

Nom de naissance

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays de naissance

Nationalité

Adresse du domicile

Code postal

Ville

Pays du domicile

Fonction



AMERICAN EXPRESS BUYER INITIATED PAYMENT (BIP)

2. Représentant(s) légal (légaux)

Veillez fournir les coordonnées des représentants légaux de votre société. Il s'agit de la personne physique ayant le pouvoir légal de représenter votre société, et de signer des contrats pour le compte de la société conformément à ses statuts et aux lois applicables. .

Représentant légal n°

Madame Mademoiselle Monsieur

Nom

Prénom

Autres prénoms

Nom de naissance

J J M M A A A A

Date de naissance Lieu de naissance

Pays de naissance

Nationalité

Adresse du domicile

Code postal Ville

Pays du domicile

Fonction

AMERICAN EXPRESS BUYER INITIATED PAYMENT (BIP)

3. Administration du programme

La personne désignée ci-dessous est autorisée par la Société à gérer tous les aspects du compte BIP

Madame Monsieur

Nom

Prénom

Autres prénoms

Nom de naissance

Date de naissance Lieu de naissance

Pays de naissance

Nationalité

Adresse du domicile

Code postal Ville

Pays du domicile

Adresse e-mail (indispensable pour nous permettre de communiquer avec vous sur la gestion de votre compte BIP, conformément aux Conditions Générales.)

Téléphone (inclure les codes pays et zone)

Pays principal du Gestionnaire de Programme

(si le Gestionnaire de Programme gère les Comptes de plusieurs pays, merci d'indiquer le pays principal /
Le pays principal dénit la langue par défaut et la page d'accueil des Services en Ligne)

Identifiant American Express @ Work (nom d'utilisateur)

(si le Gestionnaire de Programme est déjà utilisateur d'American Express @ Work)

Fonction



AMERICAN EXPRESS BUYER INITIATED PAYMENT (BIP)

Le Gestionnaire de Programme désigné doit compléter les cinq champs ci-dessous. Ces informations seront utilisées pour permettre son identification lors de demandes de maintenance et s'appliqueront à tous les Comptes que le Gestionnaire de Programme est autorisé à gérer

J	J	M	M	A	A	A	A												
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de naissance

Nom de naissance de la mère

--	--	--	--

--	--	--	--

Code secret (4 chiffres qui doivent être différents de votre date de naissance ou de votre date mémorable)

Date mémorable (JJMM qui doivent être différents de votre date de naissance ou de votre code secret)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indice sur la Date mémorable (pour vous aider à vous remémorer de la Date mémorable en cas d'oubli)

Signature du Gestionnaire de Programme

X

Date

J	J	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---

4. Nature des paiements

Nature des biens et services vendus par votre Société

Nature des biens et services payés avec BIP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Devises utilisées pour vos paiements (hors €)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre estimatif de paiements par mois en devises étrangères

--	--	--	--	--	--

Montant estimatif moyen de chaque paiement en euros

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Montant limite de chaque transaction (si souhaité)

AMERICAN EXPRESS BUYER INITIATED PAYMENT (BIP)

5. 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).

Bénéficiaire effectif n°

Madame Monsieur

Nom

Prénom

Autres prénoms

Nom de naissance

J J M M A A A A

Date de naissance Lieu de naissance

Pays de naissance

Nationalité

Adresse du domicile

Code postal

Ville

Pays du domicile

Fonction

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).

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) :

Madame Monsieur

Nom de la Société

% de capital détenu

Nom de la Société

% de capital détenu

Nom de la Société

% de capital détenu

AMERICAN EXPRESS BUYER INITIATED PAYMENT (BIP)

6. Renseignements bancaires

Nom de la banque de la Société

Adresse

Code postal

Ville

Pays

Téléphone

Coordonnées bancaires

IBAN

BIC

Nom de la Banque

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

Pays

Téléphone

AMERICAN EXPRESS BUYER INITIATED PAYMENT (BIP)

7. Déclaration de la société et signature du/des mandataire(s)

En tant que signataire, vous confirmez que: (i) vous êtes autorisé à signer cette demande, la déclaration et les autorisations ci-incluses au nom de l'entreprise mentionnée à la section 1; (ii) vous avez informé les personnes désignées dans ce formulaire des finalités du traitement effectué par American Express, y compris de la vérification des documents personnels et professionnels détenus par les agences de crédit et par des agences de prévention de la fraude; (iii) vous êtes autorisé à fournir les données personnelles les concernant à American Express; (iv) vous avez informé ces personnes que des contrôles d'identification et des vérifications supplémentaires peuvent être effectués à leur encontre selon les besoins; et (v) Vous reconnaissez que les données personnelles fournies dans ce formulaire peuvent être traitées conformément à la loi applicable sur la protection des données, afin de permettre la gestion de votre participation au(x) Programme(s).

Pour plus d'informations sur la manière dont American Express collecte et traite les données, veuillez vous reporter aux Conditions Générales des Programmes de Paiement Corporate d'American Express / du Contrat Cadre Global si applicable, fournies avec la présente demande.

Vous garantissez que les informations que vous avez fournies dans ce formulaire sont exactes et vous vous engagez à avertir American Express de tout changement. Vous autorisez American Express à contacter votre banque ou toute autre source afin d'obtenir les informations nécessaires à l'établissement de votre compte.

Vous certifiez que votre entreprise n'est pas une micro-entreprise au sens de la recommandation 2003/361 / CE de la Commission, c'est-à-dire qu'elle dispose d'un chiffre d'affaires au niveau groupe et / ou d'un bilan annuel supérieur à 2 millions d'euros et emploie 10 personnes ou plus.

Vous assumez la responsabilité de tous les frais engagés par vos directeurs, employés ou sous-traitants, ainsi que de la mise en oeuvre et l'exercice de mesures et de contrôles visant à garantir que le compte est utilisé en totale conformité avec les Conditions Générales des Programmes de Paiement Corporate d'American Express / du Contrat Cadre Global si applicable, fournies avec la présente demande. Vous acceptez qu'American Express se réserve le droit de refuser cette demande sans donner de raison et sans entrer dans aucune correspondance.

Lorsqu'un Gestionnaire de Programme est employé par une société affiliée ou un centre de services tiers, vous autorisez American Express et/ou les sociétés affiliées d'American Express à envoyer ou à mettre à la disposition de ce Gestionnaire de Programme / à l'entité juridique respective de cette société, les données que le Gestionnaire de Programme est autorisé à recevoir. Vous devez vous assurer que: (a) vos employés, sous-traitants ou agents qui utilisent le Programme (les « Personnes Physiques »), ainsi que les Personnes Physiques de vos Affiliés, vous autorisent à fournir des informations les concernant tant à l'intérieur de l'Union Européenne qu'en dehors ; et (b) le consentement de ces personnes est obtenu lorsque requis par la loi applicable. American Express décline toute responsabilité quant aux informations envoyées ou mises à la disposition d'un Gestionnaire / d'une entité juridique suite à votre autorisation.

Pour les nouveaux clients du Programme Buyer Initiated Payment :

En tant que signataire de cette demande, vous acceptez, au nom de votre entreprise, les Conditions Générales du Programme Buyer Initiated Payment American Express / du Contrat Cadre Global si applicable, fournies avec le présent formulaire et demandez que nous inscrivions votre entreprise au Programme Buyer Initiated Payment.

Pour les clients déjà titulaires d'un Programme Buyer Initiated Payment :

En tant que signataire de cette demande, vous nous demandez d'inscrire votre entreprise à un nouveau Programme Buyer Initiated Payment American Express. Vous acceptez que les Conditions Générales du Programme Buyer Initiated Payment American Express / du Contrat Cadre Global si applicable, que l'entreprise avait précédemment acceptées, avec ses modifications successives -et dont la version actuelle est fournie par American Express à titre de référence avec le présent formulaire- s'appliquent au nouveau programme.

Signature du Mandataire

X

Date

J J M M A A



AMERICAN EXPRESS BUYER INITIATED PAYMENT (BIP)

Signature du 2^e Mandataire habilité par la Société (si dans votre Société 2 signatures sont requises)

Nom

Prénom

Autres Prénoms

Nom de naissance

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays de naissance

Nationalité

Adresse du domicile

Code postal

Ville

Pays du domicile

Fonction dans la Société

Signature du Mandataire

X

Date



AMERICAN EXPRESS BUYER INITIATED PAYMENT (BIP)

Mandat de prélèvement SEPA interentreprises mensuel

Identifiant SEPA American Express Carte - France FR 48 ZZZ 101869

À remplir par American Express

Référence Unique de Mandat

À réception, transmettez ces deux documents
à votre banque pour enregistrement.

Ce champ 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.

Nom de la Société titulaire du compte à débiter

Adresse de la Société

Code postal

Ville

Pays

Indiquez votre numéro de Carte American Express

AMERICAN EXPRESS
CARTE - FRANCE

Immeuble Voyager - 8-10 rue Henri
Sainte-Claire Deville - CS 60182 -
92506 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.

Coordonnées bancaires

IBAN

BIC

Nom de la Banque

Adresse de la Banque

Code postal

Ville

Signature du Mandataire

X

Date

J J M M A A