DEMANDE DE CARTE SUPPLÉMENTAIRE

Cartes American Express®

American Express est une marque déposée d'American Express Company. Cette carte est émise par Ofina, titulaire de la licence American Express.

Juin 2016

LE SERVICE CLIENTÈLE
EST À VOTRE DISPOSITION
24h/24 7j/7 AU
(687) 463 900
www.americanexpress.nc

OFINA NC - R.C.S 2016 B 59 - N°RIDET 1 298 801
1, rue Charles Peguy - Baie de l'Orphelinat - 98800 Nouméa - Nouvelle-Calédonie

CARTE SUPPLÉMENTAIRE
DEMANDE DE CARTE AMERICAN EXPRESS

En tant que membre privilégié vous bénéficiez d'une Carte supplémentaire GRATUITE(1) année après année, pour votre conjoint ou proche majeur.

Les dépenses réalisées avec la Carte supplémentaire sont prélevées, sur le même compte bancaire ou postal que votre Carte principale et vous bénéficiez des Points acquis.

Cette 2e carte GRATUITE(1) vous permet donc de **cumuler encore plus vite des Points Privilèges** et d'accéder plus rapidement aux primes (cadeaux) de votre catalogue Membership Rewards®.

Demandez là dès maintenant, en remplissant le formulaire ci-joint.

Titulaire principal

☐ Je souhaite bénéficier d'une carte supplémentaire pour la personne de mon choix (conjoint, enfant majeur, parent). J'ai bien noté que les dépenses effectuées au moyen de cette carte seront prélevées sur mon compte bancaire habituel et que je pourrai bénéficier des Points accumulés.

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR : si vous avez plus de 3 mois d'ancienneté, veuillez fournir vos 3 derniers relevés de compte.

Je dispose d'une carte :

☐ Carte American Express® Green

☐ Carte American Express® Gold

Nom

Prénom

Numéro client

ESPACE RÉSERVÉ

(1) Pour les 2 premières cartes supplémentaires :
Cotisation de 5 000 F CFP pour une carte American Express® Green, à partir de la 3e carte et 11 000 F CFP pour une carte American Express® Gold à partir de la 3e carte.

Tarifs en vigueur depuis 2009.

* Conditions générales des cartes disponibles sur www.americanexpress.nc

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR par le bénéficiaire de la Carte supplémentaire : une copie de sa carte d'identité recto-verso ou passeport (en cours de validité) et un justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture d'électricité ou de téléphone fixe).

Vous destinez cette carte à

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle

Nom

Nom de jeune fille

Prénom

Indiquez ci-dessous en lettres capitales le prénom et **nom de famille en entier** du bénéficiaire tels que vous souhaitez les voir apparaître sur la carte (maximum 24 caractères espaces compris).

Lien de parenté : Conjoint ☐ Enfant majeur ☐ Autre ☐

Né(e) le (JJ /MM/AA) à

Adresse géographique

Commune

Adresse courrier

Code postal Ville

Tél. fixe Tél. portable

E-mail

Chaque mois, le relevé de dépenses sera disponible au format électronique sur le site www.americanexpress.nc. Ce service est gratuit.

☐ Le titulaire principal préfère recevoir les relevés de dépenses par voie postale.

Envoyez également des informations sur les offres, les produits et services d'OFINA au titulaire de la carte supplémentaire.

☐ par e-mail ☐ par SMS

Nom de jeune fille de la mère du bénéficiaire
(Une mesure de sécurité pour vous identifier lors d'un appel téléphonique)

Profession

Ancienneté professionnelle an(s) Tél. bureau
(auprès de l'employeur actuel)

Activité de l'entreprise

Revenus personnels réguliers mensuels nets en F CFP

Je garantis l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus. Les informations recueillies ne seront utilisées que pour les seules nécessités de gestion ou pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires. Elles pourront donner lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification dans les conditions prévues par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, auprès du Directeur Général d'OFINA. **Je reconnais avoir pris connaissance de l'intégralité des Conditions Générales* régissant l'utilisation de la Carte American Express, et déclare les approuver sans réserve.** Je reconnais en outre le droit discrétionnaire à OFINA de ne pas donner suite à la présente demande sans indiquer les raisons de sa décision.

Signatures (OBLIGATOIRES) **Bénéficiaire** **Titulaire principal**

Date