

PROFITEZ D'UNE GRANDE LIBERTÉ DE PAIEMENT⁽²⁾

- Des plafonds de dépenses élevés et personnalisables vous apportent toute la liberté de paiement que vous attendez de votre Carte.
- Les services de crédit tels que FL3XPAY et PLAN&PAY, vous permettent de solutionner vos besoins les plus spécifiques⁽³⁾.
- Les Cartes Aircalin American Express® émises par OFINA disposent de la fonctionnalité "sans contact" vous permettant de réaliser des transactions d'un certain montant*, sans avoir à saisir votre code confidentiel.
** Voir conditions sur le site internet www.americanexpress.nc*
- Inutile de changer de banque, un prélèvement mensuel est réalisé directement sur votre compte bancaire ou postal habituel.
- Grâce à l'application mobile AMEX OFINA, accédez à tout moment à votre banque en ligne.

VOYAGEZ EN TOUTE SÉRÉNITÉ

Bénéficiez d'un éventail complet d'assurances et d'assistance⁽⁴⁾ pour vous protéger et vous assister en toutes circonstances.

UNE SOUSCRIPTION SIMPLE ET RAPIDE

- 1 Être âgé de plus de 18 ans et disposer d'un compte bancaire en F.CFP
- 2 Compléter intégralement le bulletin d'adhésion et le signer.
- 3 Joindre à votre bulletin les pièces justificatives suivantes :
 - Un relevé d'identité bancaire (R.I.B)
 - Une copie de la carte d'identité recto-verso ou du passeport (en cours de validité)
 - Un justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture d'électricité ou de téléphone fixe)
 - Les 3 derniers relevés de compte bancaire
 - Le dernier bulletin de salaire
- 4 Retourner l'ensemble des documents à l'adresse suivante :
 - OFINA NC, 1, rue Charles Peguy - Baie de l'Orphelinat - 98800 Nouméa.

(1) Prestations soumises aux Conditions Générales du programme Points Aircalin.

(2) Prestations soumises aux Conditions Générales d'utilisation des Cartes Aircalin American Express®.

(3) Prestations soumises aux Conditions applicables du service FL3XPAY et du service PLAN&PAY.

(4) Prestations soumises aux Conditions Générales d'assurances des Cartes Aircalin American Express®.

Le service clientèle

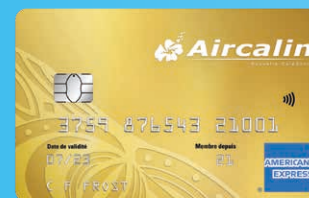
est à votre disposition
24h/24 7j/7 au
(687) 463 900
www.americanexpress.nc

Septembre 2021 - American Express est une marque déposée d'American Express Company. Cette Carte est émise par OFINA, titulaire de la licence American Express.

CARTES AIRCALIN AMERICAN EXPRESS®

émises par OFINA

BULLETIN D'ADHÉSION



VOYAGEZ PLUS FACILEMENT AVEC LA CARTE AIRCALIN AMERICAN EXPRESS® !

GAGNEZ DES POINTS AIRCALIN

Chaque achat réalisé avec votre Carte, en Nouvelle-Calédonie comme à l'étranger, vous rapporte des Points Aircalin®, et vous permet de voyager plus librement sur la compagnie, grâce au programme "Points Aircalin" de votre Carte Aircalin American Express®



CARTE AIRCALIN AMERICAN EXPRESS®

148 F.CFP dépensés = 2 Points Aircalin
(chez Aircalin)

148 F.CFP dépensés = 1 Point Aircalin
(chez tout autre commerçant)



CARTE AIRCALIN AMERICAN EXPRESS® Gold

118 F.CFP dépensés = 2 Points Aircalin
(chez Aircalin)

118 F.CFP dépensés = 1 Point Aircalin
(chez tout autre commerçant)



CARTE AIRCALIN AMERICAN EXPRESS® Titane

118 F.CFP dépensés = 4 Points Aircalin
(chez Aircalin)

118 F.CFP dépensés = 1 Point Aircalin
(chez tout autre commerçant)

RÉGLEZ VOS BILLETS AIRCALIN AVEC VOS POINTS AIRCALIN EN TOUTE SIMPLICITÉ

Le service AMEX "PAY + POINTS" vous permet de régler, grâce à vos Points Aircalin, tout ou partie de vos achats Aircalin effectués avec votre Carte Aircalin American Express®. 1 Point Aircalin = 1 F.CFP (uniquement sur les dépenses effectuées chez Aircalin)

- Utilisez librement vos Points Aircalin pour voyager sur votre compagnie.
- La Carte Aircalin American Express® Titane, votre Carte 2 en 1, vous permet, en plus de tous les services AMEX, de bénéficier de l'Abonnement Aircalin et de tous ses avantages, plus d'informations sur www.aircalin.com.

BULLETIN D'ADHÉSION CARTES AIRCALIN AMERICAN EXPRESS®

émises par OFINA



Je demande à bénéficier de la **Carte Aircalin American Express®** sans contact (cotisation annuelle de 7 000 F.CFP⁽¹⁾ / revenus minimums de 250 000 F.CFP requis).



Je demande à bénéficier de la **Carte Aircalin American Express® Gold** sans contact (cotisation annuelle de 15 000 F.CFP⁽¹⁾ / revenus minimums de 400 000 F.CFP requis).



Je demande à bénéficier de la **Carte Aircalin American Express® Titane** sans contact (cotisation annuelle de 65 000 F.CFP⁽¹⁾ / revenus minimums de 400 000 F.CFP requis).

(1) Tarifs en vigueur en 2021

VOTRE CARTE PRINCIPALE

M. Mme Mlle

Nom _____

Nom de jeune fille _____

Prénoms _____

(indiquez les prénoms dans l'ordre de l'état civil)

Prénom et nom en entier (en lettres capitales tels que vous souhaitez les voir apparaître sur la Carte maximum 24 caractères espaces compris)

Né(e) le (JJ/MM/AA) _____ à _____

Adresse géographique _____

Commune _____

Adresse courrier _____

si différente

Code postal _____ Ville _____

Tél.dom. _____ Tél.port. _____

E-mail _____

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

Je préfère recevoir mes relevés de dépenses par voie postale.

J'accepte de recevoir des informations sur les offres, les produits et services d'OFINA : Par e-mail Par SMS
J'accepte de recevoir des informations sur les offres, les produits et services d'Aircalin : Par e-mail Par SMS

Nom de jeune fille de votre mère _____

(une mesure de sécurité pour identifier le titulaire de la Carte)

Nombre de personnes à charge _____

ESPACE RÉSERVÉ

Êtes-vous Propriétaire Locataire Autre

Montant du loyer en F.CFP _____

Profession _____

Ancienneté professionnelle _____ an(s) Tel. bur. _____

Nom de l'entreprise _____

Activité de l'entreprise _____

Revenus personnels réguliers mensuels nets _____ F.CFP

Si vous êtes déjà titulaire d'une carte bancaire, cochez la (les) case(s) correspondante(s) :

Visa Classic MasterCard

Visa Premier Gold MasterCard Autre

Si vous êtes déjà titulaire d'une Carte American Express (y compris d'une Carte AMEX France ou autre), renseignez les informations suivantes :

Type de carte _____

Membre depuis _____ an(s)

VOTRE BANQUE

Banque personnelle _____

Code banque _____ Code guichet _____

Numéro de compte _____ Clé RIB _____

Ancienneté bancaire _____ an(s)
(auprès de votre banque actuelle)

Je garantis l'exactitude des renseignements donnés dans ce formulaire. Je suis informé(e) qu'ils ne seront utilisés que pour les seules nécessités de gestion interne à OFINA et pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires et notamment à des fins d'études statistiques. En signant ce bulletin d'adhésion, j'autorise OFINA, ses prestataires et le partenaire Aircalin à stocker et traiter les données personnelles renseignées. Le traitement permet de gérer les informations, et celles-ci sont conservées pendant la durée nécessaire à cette finalité. Vous bénéficiez de droit d'accès, d'opposition, de modification, de limitation ou de suppression qui peuvent être exercés par courrier postal signé et adressé à OFINA, Délégué à la Protection des Données sis 1, rue Charles Peguy, Baie de l'Orphelinat 98 800 NOUMEA NOUVELLE-CALEDONIE ou par mail à dpo@ofina.pf. J'autorise OFINA, titulaire de la licence American Express en Nouvelle-Calédonie, à obtenir de mon employeur, de ma banque ou de toute autre source de son choix, les renseignements nécessaires dans le but d'empêcher la fraude et de vérifier ma solvabilité et à utiliser diverses méthodes statistiques pour évaluer ma capacité de crédit lors de l'émission d'une Carte à mon profit. **Je reconnais avoir reçu et pris connaissance de l'intégralité des Conditions Générales* régissant l'utilisation de la Carte Aircalin American Express® et déclare les approuver sans réserve.** Je m'engage à m'y conformer ainsi qu'à régler les débits dont je serai redevable par prélèvement sur mon compte bancaire. 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.

Signature du bénéficiaire de la Carte principale (OBLIGATOIRE)

Date _____

* Conditions Générales également disponibles sur le site www.americanexpress.nc.

VOTRE CARTE SUPPLÉMENTAIRE GRATUITE

(sauf pour la Carte supplémentaire Aircalin American Express® Titane, qui est soumise à une cotisation de 50 000 F.CFP)

Je souhaite bénéficier d'une Carte Aircalin American Express® sans contact 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 Aircalin accumulés.

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).

M. Mme Mlle

Nom _____

Nom de jeune fille _____

Prénoms _____

(indiquez les prénoms dans l'ordre de l'état civil)

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 _____

Nom de jeune fille de la mère _____

(une mesure de sécurité pour identifier le titulaire de la Carte)

Adresse géographique _____

Commune _____

Adresse courrier _____

si différente

Code postal _____ Ville _____

Tél.dom. _____ Tél.port. _____

E-mail _____

Chaque mois, votre 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.

Il accepte de recevoir des informations sur les offres, les produits et services d'OFINA : Par e-mail Par SMS
Il accepte de recevoir des informations sur les offres, les produits et services d'Aircalin : Par e-mail Par SMS

Profession _____

Ancienneté professionnelle _____ an(s) Tel. bur. _____

Nom de l'entreprise _____

Activité de l'entreprise _____

Revenus personnels réguliers mensuels nets _____ F.CFP

Je garantis l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus. Je suis informé(e) qu'ils ne seront utilisés que pour les seules nécessités de gestion interne à OFINA et pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires et notamment à des fins d'études statistiques. En signant ce bulletin d'adhésion, j'autorise OFINA, ses prestataires et le partenaire Aircalin à stocker et traiter les données personnelles renseignées. Le traitement permet de gérer les informations et sont conservées pendant la durée nécessaire à cette finalité. Vous bénéficiez de droit d'accès, d'opposition, de modification, de limitation ou de suppression qui peuvent être exercés par courrier postal signé et adressé à OFINA, Délégué à la Protection des Données sis 1, rue Charles Peguy, Baie de l'Orphelinat, 98 800 NOUMEA NOUVELLE-CALEDONIE ou par mail à dpo@ofina.pf. **Je reconnais avoir pris connaissance de l'intégralité des Conditions Générales* régissant l'utilisation de la Carte Aircalin 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 _____

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT À REMPLIR OBLIGATOIREMENT

Numéro national d'émetteur 501 072

Titulaire du compte à débiter

Nom _____

Prénom _____

Adresse courrier _____

Code postal _____ Ville _____

Tél.dom. _____ Tél.port. _____

Je vous prie de bien vouloir débiter mon compte, sauf avis contraire, à la condition qu'il présente la provision nécessaire :

Numéro de compte _____ Clé RIB _____

du montant de tous les avis de prélèvement qui seront émis à mon nom par OFINA S.A au capital de 507.000.000 F.CFP - Etablissement secondaire - R.C.S Nouméa 2016 B 59 - N° RIDET 1298 801. 1, rue Charles Peguy - Baie de l'Orphelinat - 98800 Nouméa - Nouvelle-Calédonie.

Cette autorisation de prélèvement est soumise aux conditions tarifaires en vigueur dans votre banque.

Émetteur bancaire

Nom de votre banque _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

J'accepte qu'en cas de litige sur un prélèvement, je devrai régler le différend avec l'organisme créancier désigné ci-dessus. Vous n'aurez pas à m'aviser de l'exécution desdites opérations hors de l'extrait de compte que vous m'adresserez, ni éventuellement de leur non exécution. J'autorise OFINA et ses représentants à obtenir de ma banque les renseignements relatifs à toute modification domiciliaire.

Signature du titulaire du compte à débiter (OBLIGATOIRE)

Date _____