

monde de privilèges

Votre liberté financière

Régalez vos achats partout et à tout moment. ⁽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⁾.
- **Inutile de changer de banque**, un prélèvement mensuel est réalisé directement sur votre compte bancaire ou postal habituel.

Un éventail complet d'assurances et d'assistance ⁽⁴⁾

Pour vous protéger et vous assister en toutes circonstances.

Comment souscrire

à une Carte American Express® ?

POUR DEMANDER UNE CARTE AMERICAN EXPRESS®, VOUS DEVEZ :

- 1 - Être âgé de plus de 18 ans et disposer d'un compte bancaire en FCFP.
- 2 - Compléter intégralement ce formulaire.
- 3 - Joindre à votre envoi les pièces justificatives suivantes :
 - un relevé d'identité bancaire,
 - une copie de votre carte d'identité recto-verso ou passeport (en cours de validité),
 - un justificatif de domicile (facture de téléphone ou d'électricité de moins de 3 mois),
 - vos 3 derniers relevés de compte bancaire,
 - votre dernier bulletin de salaire.
- 4 - Retourner l'ensemble des documents à l'adresse suivante :
1, rue Charles Peguy - Baie de l'Orphelinat
98800 Nouméa - Nouvelle-Calédonie.

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

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

Credit photo : shutterstock

Mars 2022



American Express®,
rejoignez un monde
de privilèges

BULLETIN D'ADHÉSION
Cartes American Express®



Entrez dans un

La Carte American Express®,
bien plus qu'une carte de paiement !

Votre fidélité récompensée

Pour chaque paiement réalisé avec votre Carte en Nouvelle-Calédonie comme à l'étranger, vous gagnez des Points Privilèges ! ⁽¹⁾

- **Pour chaque paiement réalisé avec votre Carte, vous gagnez des Points Privilèges** selon le barème suivant :
 - Carte American Express® Green :
200 FCFP dépensés = 1 Point Privilège
 - Carte American Express® Gold :
150 FCFP dépensés = 1 Point Privilège
- **Membership Rewards®**
Convertissez vos Points Privilèges en cadeaux disponibles localement (multimédia, « art de vivre », sport et loisirs...)
- **Membership Rewards « Voyages »**
Convertissez vos Points en billets d'avion ou en nuits d'hôtels vers les programmes de fidélité partenaires :



(1) Prestations soumises aux Conditions Générales du programme Membership Rewards®.
(2) Prestations soumises aux Conditions Générales d'utilisation de la Carte American Express® Green et de la Carte American Express® Gold.
(3) Prestations soumises aux Conditions Applicables du service FL3XPAY et du service PLAN&PAY.
(4) Prestations soumises aux Conditions Générales d'assurances des Cartes American Express®.

BULLETIN D'ADHÉSION

DEMANDE DE CARTE AMERICAN EXPRESS®



Je demande à bénéficier de la Carte American Express® Green (cotisation annuelle de 7 000 FCFP⁽¹⁾)/revenus minimums de 250 000 FCFP requis).



Je demande à bénéficier de la Carte American Express® Gold (cotisation annuelle de 15 000 FCFP (1))/revenus minimums de 400 000 FCFP requis).

TRÈS IMPORTANT

Merci de renseigner intégralement l'ensemble des champs ci-dessous pour un traitement de votre demande dans les meilleurs délais.

Vos coordonnées

M. M^{me} M^{lle}

Nom

Nom de jeune fille

Prénoms

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

Indiquez ci-dessous en lettres capitales votre prénom puis **votre nom de famille en entier** 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 île

Adresse courrier
(si différente)

Code postal Ville

Tél. fixe Tél. portable

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

Nom de jeune fille de votre mère

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

Nombre de personnes à charge

⁽¹⁾ Tarifs en vigueur depuis 2009.

CARTE SUPPLÉMENTAIRE GRATUITE

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 : une copie de la carte d'identité recto-verso ou passeport du bénéficiaire de la Carte supplémentaire (en cours de validité) et son justificatif de domicile (facture de téléphone ou d'électricité de moins de 3 mois).

Vous destinez cette Carte à

M. M^{me} M^{lle}

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

Adresse géographique

Commune île

Adresse courrier
(si différente)

Code postal Ville

Tél. fixe Tél. portable

E-mail

Chaque mois, le relevé de dépense 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 identifier le titulaire de la Carte)

Profession

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

Nom de l'entreprise

Activité de l'entreprise

Revenus personnels réguliers mensuels nets en FCFP

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 partenaires 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-CALÉDONIE ou par mail à dpo@ofina.nc. 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 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.

| | | |
|----------------------------------|----------------------|----------------------------|
| Signatures (OBLIGATOIRES) | Bénéficiaire | Titulaire principal |
| Date <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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. fixe Tél. portable

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

N° 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 FCFP - Établissement secondaire
R.C.S Nouméa 2016 B 59 - N° RIDET 1 298 801.

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'avisier 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 <input type="text"/> |

Êtes-vous : Propriétaire Locataire Autre

Montant du loyer en FCFP

Profession

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

Nom de l'entreprise

Activité de l'entreprise

Revenus personnels réguliers mensuels nets en FCFP

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

Visa Classic Visa Premier Autre

Mastercard Classic Mastercard Gold

Si vous êtes déjà Titulaire d'une Carte American Express®, 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 partenaires 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-CALÉDONIE ou par mail à dpo@ofina.nc. 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 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 (OBLIGATOIRE) |
| Date <input type="text"/> |

ESPACE RÉSERVÉ

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