

BULLETIN D'ADHÉSION CARTES AIRCALIN AMERICAN EXPRESS®

émises par OFINA

ESPACE RÉSERVÉ

VOTRE CARTE SUPPLÉMENTAIRE GRATUITE

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

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. _____

Numéro de compte _____ Clé RIB _____

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 _____


Code postal _____ Ville _____


Il est bien entendu 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 _____

 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 _____

Êtes-vous Propriétaire Locataire Autre

Montant du loyer en F.CFP _____

Profession _____

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

(auprès de l'employeur actuel)

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. 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 06 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, auprès du délégué à la protection des données (DPO). 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.

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. _____

(auprès de l'employeur actuel)

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. 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 délégué à la protection des données (DPO). **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.
