



# Bulletin de parrainage

## Carte Air Tahiti Nui American Express®

ESPACE RÉSERVÉ

## VOTRE CARTE SUPPLÉMENTAIRE GRATUITE

Je souhaite bénéficier d'une Carte **AIR TAHITI NUI AMERICAN EXPRESS** 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 les Miles accumulés au moyen de cette Carte seront crédités sur mon compte Club Tiare.

**Vous destinez cette Carte à ...**

M.  Mme  Mlle

Nom

Nom de jeune fille

Prénom

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

Lien de parenté :  Conjoint  Enfant majeur  Autre

Né(e) le (JJ/MM/AA)

Nom de jeune fille de la mère

Une mesure de sécurité pour vous identifier lors d'un appel téléphonique

Adresse géographique

Commune

Île

Adresse courrier

Code postal

Ville

Tél. dom.

Tél. port.

E-mail

**Chaque mois, le relevé de dépenses sera disponible au format électronique sur le site [www.americanexpress.pt](http://www.americanexpress.pt). Ce service est gratuit.**

Le Titulaire 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

Profession

Ancienneté professionnelle

an(s) Tél. 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 qu'ils ne seront utilisés que pour les seules nécessités de gestion interne à OFINA et pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires. Ils 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 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 du bénéficiaire de la Carte supplémentaire et du titulaire principal (OBLIGATOIRES)**

Date

Etes-vous  Propriétaire  Locataire  Autre

Montant du loyer en F CFP

Nombre de personnes à charge

Profession

Ancienneté professionnelle

an(s) Tél. bur.

(Après de votre 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 **Air France 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)

(Après 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. Ils 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 Directeur général d'OFINA. **J'autorise OFINA, titulaire de la licence American Express en Polynésie française, 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 Air Tahiti Nui 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.pt](http://www.americanexpress.pt).

## À REMPLIR PAR LE PARRAIN

Nom

Prénom

Numéro client

## À REMPLIR PAR LE FILLEUL

**Pour demander une Carte Air Tahiti Nui American Express, vous devez : compléter intégralement ce formulaire et préparer les pièces justificatives à fournir.**



Je demande à bénéficier de la Carte **AIR TAHITI NUI AMERICAN EXPRESS®** (cotisation annuelle de 8 000 F CFP<sup>(1)</sup>, frais de dossier de 3 500 F CFP<sup>(1)</sup>).



Je demande à bénéficier de la Carte **AIR TAHITI NUI AMERICAN EXPRESS GOLD®** (cotisation annuelle de 18 000 F CFP<sup>(1)</sup>, frais de dossier de 3 500 F CFP<sup>(1)</sup>).  
(1) Tarifs en vigueur au 07.08.09.

**Inscription automatique et gratuite au programme de fidélité Club Tiare d'Air Tahiti Nui.**

Si vous êtes déjà inscrit, indiquez votre N° de membre Club Tiare :

M.  Mme  Mlle

Nom

Nom de jeune fille

Prénom

Indiquez ci-dessous en lettres capitales votre prénom en premier 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

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.pt](http://www.americanexpress.pt). 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  par SMS

Nom de jeune fille de votre mère

(Une mesure de sécurité pour vous identifier lors d'un appel téléphonique.)

## 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 :

N°

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 – R.C.S Papeete 04 297B - N° Tahiti 723551. Siège Social : 93, rue Dumont d'Urville - BP 40 201 Fare Tony - 98 713 Papeete - Tahiti - Polynésie française.

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

**Émetteur bancaire**

Nom de votre banque

Adresse

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 des dites 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