Ansökan ändring av köpgräns

Vänligen texta tydligt – blanketten läses maskinellt.

Önskad ny köpgräns

Mitt/Vårt kontonummer

Jag/Vi önskar ändra min/vår köpgräns till kr 0 0 0 kr
(upp till max 20 % av din/er årsinkomst)*

* Sökt köpgräns ska räcka till två månaders inköp.

Huvudkontohavare

Personnummer –

Årsinkomst, kr 0 0 0

Mobiltelefonnummer

Efternamn

Förnamn (tilltalsnamn)

Anställningsform

☐ Fast anställd ☐ Egen rörelse ☐ Student ☐ Inte anställd ☐ Pensionär

Arbetsgivare

VIK HÄR

Fylls i om medsökande (solidariskt betalningsansvarig) finns på kontot.

Personnummer –

Årsinkomst, kr 0 0 0

Mobiltelefonnummer

Efternamn

Förnamn (tilltalsnamn)

Anställningsform

☐ Fast anställd ☐ Egen rörelse ☐ Student ☐ Inte anställd ☐ Pensionär

Arbetsgivare

Underskrift

Jag/Vi är medveten/na om att denna ansökan kommer att genomgå sedvanlig kreditprövning vid ansökan om högre köpgräns, varvid kreditupplysning kommer att inhämtas. Information om kreditavtalet finns i blankett med ”Förhandsinformation om konsumentkrediter”, samt i kontobestämmelserna med prisbilaga, som finns tillgängliga på respektive produkts hemsida alternativt kan erhållas av SEB Korts Kundservice.

Jag/Vi är vidare medveten/na om att gällande kontovillkor även gäller för ändrad köpgräns.

Datum | Huvudkontohavarens underskrift | Befintlig medsökandes underskrift

Ansökan skickas till: Frisvar, SEB Kort, 2008 1123, 839 30 Östersund. Portot är betalt.

A6539 Generell egen 181015