ANSÖKAN ÄNDRING AV KÖPGRÄNS INGO MasterCard

Vänligen texta tydligt – blanketten läses maskinellt.

Önskad ny köpgräns

Mitt/Vårt kortnummer [ ][ ][ ][ ][ ][ ][*][*][*][*][*][*][ ][ ][ ][ ]

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

Huvudkontohavare

Personnummer [ ][ ][ ][ ][ ][ ] – [ ][ ][ ][ ]

Årsinkomst, kr [ ][ ][ ][ ][0][0][0]

Mobiltelefonnummer

Efternamn

Förnamn (tilltalsnamn)

Anställningsform

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

Arbetsgivare

VIK
HÄR

Befintlig familjekortinnehavare (solidariskt betalningsansvarig)

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 www.ingo.se, 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 | Familjekortinnehavarens underskrift

Ansökan skickas till: Frisvar, INGO MasterCard, 20624563, 839 30 Östersund. Portot är betalt.

PM 6062 MP-id 890 130129