



# ANSÖKAN ändring av köpgräns SaabKortet MasterCard

Vänligen texta tydligt – blanketten läses maskinellt.

## Önskad ny köpgräns

Mitt/Vårt kontonummer

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

 0 0 0 kr

\* 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

---

## Medsökande (solidariskt betalningsansvarig). Kort utfärdas till medsökande. Minimålder 18 år.

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. Gällande kontovillkor finns tillgängliga på [www.saabsverige.com](http://www.saabsverige.com).

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

Datum

Huvudkontohavarens underskrift

Medsökandes underskrift

---

Ansökan skickas till Frisvar, SaabKortet MasterCard, 20081123, 110 07 Stockholm. Portot är betalt.