

Finanzierungsantrag



Angaben zum Darlehensantragsteller

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Antragsteller Name		Antragsteller Vorname	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	Geburtsort	Ggf. Geburtsname	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Meldeanschrift Straße, Hausnummer		Meldeanschrift PLZ, Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dort wohnhaft seit	Staatsangehörigkeit	Familienstand	unterhaltspfl. Kinder
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
telefonisch erreichbar unter		per E-Mail erreichbar unter	

Falls Wohnortwechsel innerhalb der letzten 3 Jahre

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
vorherige Straße, Hausnummer		Vorherige PLZ, Ort	
<input type="checkbox"/> Angest./Arbeiter(in)	<input type="checkbox"/> Rentner(in)	<input type="checkbox"/> Selbständig	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Arbeitgeber Name		Arbeitgeber Straße, Hausnummer	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Arbeitgeber PLZ, Ort		dort beschäftigt als	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nettoeinkommen bzw. Rente monatlich €		Hypothekenzahlungen monatlich €	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Warmmiete monatlich €		Unterhaltszahlungen monatlich €	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Bankverbindung Hauptkonto

<input type="text"/>	
IBAN-Code	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
EC-Karten-Nummer	EC-Karte gültig bis

Datenübermittlungserklärung
Den nebenstehenden Text ("Einwilligung zur Datenübermittlung ...") habe ich zur Kenntnis genommen und willige mit meiner Unterschrift in die Datenübermittlung ein.

<input type="text"/>
Ort, Datum
<input type="text"/>
Unterschrift Antragsteller

Patient (falls abweichend)

<input type="text"/>
Patient Vorname Name
<input type="text"/>
Behandlungsdatum (optional, falls bekannt)
<input type="text"/>
Raum für interne Bearbeitungsvermerke

Finanzierungswunsch

<input type="text"/>
Gewünschte Finanzierungssumme
<input type="text"/>
Monatliche Wunschrate
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich wünsche eine Ratenschutzversicherung
<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 15. des Monats
monatliche Abbuchungen gewünscht zum
<input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> E-Mail (unverschlüsselt)
Vertragsunterlagen/Korrespondenz bitte per

Einwilligung zur Datenübermittlung an SCHUFA, Auskunfteien und Behandler/Leistungserbringer

Datenschutz/Einwilligung
Mir/Uns ist bekannt, dass meine/unsere Daten von der medipay Partnerbank zum Zweck der Vertragsabwicklung gespeichert und verarbeitet werden. Ich/Wir willige(n) ein, dass meine/unsere Daten zum Zweck der Kundenbetreuung verwendet werden dürfen. Ebenso willige(n) ich/wir ein, dass medipay die Finanzierungsentscheidung an den Behandler/Leistungserbringer übermittelt. Es gelten die Datenschutzbestimmungen der Bundesrepublik Deutschland.

SCHUFA und Auskunfteien
Ich/Wir willige(n) ein, dass die medipay Partnerbank zum Zwecke der Bonitätsprüfung der SCHUFA Holding AG, Privatkunden Service Center, Postfach 103441, 50474 Köln, sowie den Auskunfteien InfoScore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, und informa Unternehmensberatung GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, Daten (Name, Adresse, Geburtsort und -datum) übermittelt.

Insoweit befreie(n) ich/wir die medipay Partnerbank vom Bankgeheimnis. Die medipay Partnerbank bezieht Bonitätsdaten auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten von der informa Unternehmensberatung GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden.

Bitte den Antrag vollständig ausfüllen, **unterschreiben** und zurückschicken. Per Post im Fensterumschlag, per Fax an 02241-96926-61 oder eingescannt per Mail an info@medipay.de - vielen Dank!

Wichtig: Bitte tragen Sie hier Ihren gewünschten Behandler ein. Je genauer und vollständiger Ihre Angaben sind, desto schneller kann Ihre Anfrage bearbeitet werden.



medipay GmbH
Postfach 1940
53709 Siegburg

<input type="text"/>
Maharishi Friedenspalast GmbH
Name/Bezeichnung der Praxis/Klinik/Einrichtung
<input type="text"/>
Spielbergtor 12 c
Straße, Hausnummer
<input type="text"/>
99099 Erfurt
PLZ, Ort
<input type="text"/>
0361 744 255 70
Ansprechpartner, Telefon (falls bekannt)

Behandlungs- kosten einfach ganz bequem in **Raten** bezahlen.



“Wir möchten mit unserer Patiententeilzahlung möglichst vielen Menschen selbstverantwortlich den Zugang zu moderner Komfortmedizin und zu alternativen Heilmethoden erschließen - unabhängig von Art und Umfang ihrer Krankenversicherung oder der Höhe des Ersparten, das ihnen hierfür zur Verfügung steht.”

Was ist medipay?

Eine zinsgünstige, bequeme und diskrete Ratenzahlungsmöglichkeit für Selbstkostenanteile oder Privatrechnungen bei außervertraglichen, komfort- und randmedizinischen Leistungen, sowohl für gesetzlich als auch für privat versicherte Patienten. Die Höhe Ihrer monatlichen Belastung bestimmen Sie ganz einfach selbst über die Wahl der Darlehenslaufzeit. Die **medipay** Patiententeilzahlung finden Sie schon seit 1997 bundesweit bei vielen Partnern - von A wie Augenlasern bis Z wie Zahnersatz.

Wie funktioniert medipay?

Ganz einfach! Füllen Sie den Antrag auf Seite 2 aus und senden ihn dann zusammen mit Kopien Ihrer EC-Karte und Ihres Personalausweises direkt an **medipay** - per Post, Fax oder Mail. Bei Summen über 4.000 € benötigen wir zusätzlich eine Kopie der aktuellen Verdienstbescheinigung. Wir prüfen Ihren Finanzierungswunsch noch am selben Tag, erstellen nach erfolgreicher Prüfung den Darlehensvertrag und übernehmen die gesamte Abwicklung bis zur Auszahlung an Ihren Behandler, wenn die Zahlungspflicht eintritt.

Wer kann medipay nutzen?

Grundsätzlich steht unsere Teilzahlung allen Personen offen, die keine negativen Schufa-Eintragungen und ihren Erstwohnsitz im Inland haben, berufstätig oder Rentner sind und ein frei verfügbares regelmäßiges Einkommen haben. Ist dies nicht der Fall, z.B. bei Auszubildenden oder Hausfrauen, kann gegebenenfalls auch ein zweiter Darlehensnehmer (Elternteil, Ehepartner oder Lebensgefährte aus dem selben Haushalt) dazu genommen werden, wenn er die genannten Voraussetzungen erfüllt.

Sie haben noch Fragen?

Mehr Informationen über **medipay** und über unsere Patiententeilzahlung, wie etwa unsere Patienten-FAQs, finden Sie auf unserer Internetseite www.medipay.de. Natürlich können Sie uns auch unter (02241) 969 26-0 anrufen oder Sie schreiben Sie uns eine E-Mail an info@medipay.de. Unsere vollständigen Kontaktdaten finden Sie in der Fußzeile auf Seite 2. Telefonisch erreichen Sie uns durchgängig zu den Bürozeiten Mo bis Do 8.00 bis 17.00 Uhr und Fr 8.00 bis 15.00 Uhr.