



Behandlungskosten einfach ganz bequem in **Raten** bezahlen.

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 diesen dann zusammen mit einer beidseitigen Kopie Ihres Personalausweises sowie Ihrer aktuellen Verdienstbescheinigung bzw. eines Rentennachweises direkt an **medipay** - per Post, Fax oder Mail. Wir prüfen Ihren Finanzierungswunsch noch am selben Tag, erstellen nach erfolgreicher Prüfung den Darlehensvertrag und übernehmen die gesamte Abwicklung bis zur Auszahlung an den Behandler, wenn die Zahlungspflicht eingetreten und bestätigt ist.

Wer kann medipay nutzen?

Grundvoraussetzungen: Volljährigkeit, Erstwohnsitz in Deutschland, keine negativen SCHUFA-Eintragungen und ein regelmäßiges Einkommen aus Berufstätigkeit oder Rente. Bei Studenten, Azubis oder Hausfrauen kann ggf. ein Elternteil, Kind o. Ehepartner als zweiter DN (Darlehensnehmer) hinzu genommen werden, wenn die vorgenannten Anforderungen dadurch erfüllt sind. Auch Lebensgefährten können als zweite DN eingesetzt werden, wenn sie mit dem Antragsteller in einem gemeinsamen Haushalt gemeldet sind.

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 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.

Finanzierungsantrag



VGN

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	Kinder im Haushalt
<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

- Angestellte(r) Rentner(in) selbständig (seit _____) Hausfrau/-mann
 Student(in) Beamter(in) derzeit arbeitsuchend Auszubildende(r)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Arbeitgeber Name	Arbeitgeber Straße, Hausnummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Arbeitgeber PLZ, Ort	dort beschäftigt als	seit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Warmmiete monatlich €	Hypothekenzahlungen monatlich €	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nettoeinkommen bzw. Rente monatlich €	Unterhaltszahlungen monatlich €	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Einkommen (Ehe-)Partner/in, falls er oder sie im selben Haushalt gemeldet ist		

Bankverbindung Hauptkonto

<input type="text"/>
IBAN-Code

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)

Finanzierungswunsch

<input type="text"/>	€
Gewünschte Finanzierungssumme	
<input type="text"/>	€
Monatliche Wunschrate	

RSV gewünscht Ja Nein

Ich wünsche eine **Ratenschutzversicherung (RSV)**, die mein Darlehen gegen Arbeitslosigkeit/Tod absichert. Nähere Infos unter www.medipay.de/Downloads/RSV.pdf

<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 15. des Monats
Monatl. 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!



medipay GmbH
Postfach 1940
53709 Siegburg

medipay Partner Ihres Vertrauens

KIEZ HYPNOSE
freier leben!

Petersburger Platz 3
10249 Berlin-Friedrichshain
info@kiez-hypnose.de
Tel.: 030-91701944

Partner-Nr.: 2882