



## 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 der monatlichen Belastung bestimmen Sie ganz einfach selbst über die Wahl der Darlehenslaufzeit. Die **medipay** Patiententeilzahlung finden Sie schon seit 1997 bundesweit bei immer mehr Partnern und in immer mehr Sparten - 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.

### Neu: Online-Antrag

Sie können den Finanzierungsantrag alternativ auch **online** stellen. Scannen Sie den **QR-Code** mit Ihrem Tablet-PC oder Smartphone oder gehen Sie auf unsere Homepage [www.medipay.de](http://www.medipay.de).



### Sie haben noch Fragen?

Rufen Sie uns unter (02241) 969 26-0 an oder schreiben Sie uns eine E-Mail an [info@medipay.de](mailto:info@medipay.de). Sie erreichen Sie uns 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/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

Händische 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](http://www.medipay.de/Downloads/RSV.pdf)

<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 15. des Monats
Monatl. Abbuchungen gewünscht zum	
<input type="checkbox"/> Post	oder <input type="checkbox"/> E-Mail (unverschlüsselt)
Vertragsunterlagen/Korrespondenz bitte per	

## Einwilligung zur Datenübermittlung an SCHUFA, Auskunfteien u. Behandler/Leistungserbringer

**Datenschutz/Einwilligung**  
Mir/Uns ist bekannt, dass meine/unsere Daten von der **Santander Consumer Bank** 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 **Santander Consumer Bank** 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) zum Zwecke einer allgemeinen Kreditanfrage übermittelt.

Insofern befreie(n) ich/wir die **Santander Consumer Bank** vom Bankgeheimnis. Diese bezieht Bonitätsdaten auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten von der informa Unternehmensberatung GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden.

(Eine ausführlichere SCHUFA-Klausel können Sie bei Interesse nachlesen unter [medipay.de/Downloads/SCHUFA.pdf](http://medipay.de/Downloads/SCHUFA.pdf))

Bitte den Antrag vollständig ausfüllen, **eigenhändig unterschreiben** (eingefügte gescannte Unterschriften sind unzulässig) und per Post, Fax oder per Mail zurück an **medipay** schicken - 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.

<input type="text"/>
Name/Bezeichnung der Praxis/Klinik/Einrichtung
<input type="text"/>
Straße, Hausnummer
<input type="text"/>
PLZ, Ort
<input type="text"/>
Ansprechpartner, Telefon (falls bekannt)



medipay GmbH  
Postfach 1940  
53709 Siegburg

07.2016

Wir wollen, dass es Ihnen gut geht!

Anschrift:  
medipay GmbH  
Am Turm 22  
53721 Siegburg

(02241) 969 26 0  
(02241) 969 26 61  
home [www.medipay.de](http://www.medipay.de)  
mail [info@medipay.de](mailto:info@medipay.de)