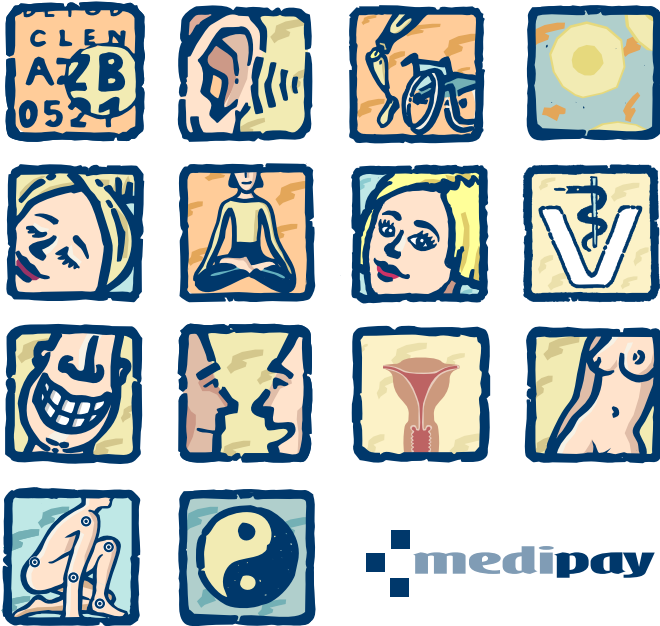


Ihre Entscheidung für Gesundheit, Schönheit & Wohlfühl!



Selbstkosten
einfach
ganz bequem
in **Raten** zahlen.

Gesundheit und Wohlfühl ist für den Menschen das höchste Gut, das es stets zu erhalten oder auch wieder herzustellen gilt. Immer mehr Therapien und Behandlungsmöglichkeiten berühren dabei den Bereich der so genannten komfortmedizinischen Selbstzahlerleistungen, deren Kosten von Ihnen weitgehend selbst getragen werden müssen. Daneben stehen vielfältige Methoden und Verfahren, die seit jeher privat gezahlt werden müssen.

Mit **medipay** haben Sie die Möglichkeit, die Kosten hierfür unabhängig von Versicherung und Ersparnissen ganz einfach, bequem und zinsgünstig in selbstgewählten monatlichen Raten zu begleichen!

Was ist medipay?

Eine zinsgünstige und bequeme Ratenzahlungsmöglichkeit für die Selbstkostenanteile oder Privatrechnungen bei außervertraglichen, komfortmedizinischen und grundsätzlich bei Selbstzahler-Leistungen.

Was ist besonders an medipay?

- Günstige Konditionen
- Unkomplizierte, diskrete und schnelle Abwicklung
- Individuelle und kundenorientierte Lösungen
- Hohe Annahmquote!

Wie funktioniert medipay?

Ganz einfach! Sobald Sie die Kosten für Ihren Behandlungswunsch kennen füllen Sie einfach den **Vorantrag** aus und senden oder faxen ihn direkt an **medipay**. Bitte fügen Sie Ihrem Antrag gleich folgende Unterlagen bei: Finanzierungssumme **bis 4.000 €**: Beidseitige Kopien Ihrer EC-Karte und Ihres Ausweises. Finanzierungssumme **ab 4.001 €**: Zusätzlich Kopie einer aktuellen Verdienstbescheinigung (bzw. eines Rentennachweises). Verläuft die Prüfung positiv können wir Ihnen schon nach kurzer Zeit „grünes Licht“ geben. Unmittelbar nachdem die Zahlungspflicht eingetreten ist erfolgt die Zahlung direkt an Ihren Behandler bzw. Leistungserbringer. In den gewünschten bequemen, monatlichen Teilbeträgen führen Sie die Summe dann zurück.

Wer kann medipay nutzen?

Grundsätzlich steht unsere Patiententeilzahlung allen Personen offen, die ihren Erstwohnsitz im Inland haben, berufstätig sind und ein frei verfügbares regelmäßiges Einkommen haben. Ist dies nicht der Fall, z.B. bei Studenten/Auszubildenden oder nicht berufstätigen Hausfrauen, so ist ein zusätzlicher Darlehensnehmer erforderlich, z.B. Kind, Elternteil, Lebensgefährte oder Ehepartner, der die vorgenannten Anforderungen erfüllt.





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, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden, 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.



medipay
Marketing GmbH
Am Turm 22
53721 Siegburg

☎ (02241) 969 26 0
☎ (02241) 969 26 61
home www.medipay.de
mail info@medipay.de



Finde uns auf **Facebook** www.facebook.com/medipay

Wir wollen, dass es Ihnen gut geht!

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Antrag bald an medipay zurück:
- per Post im Fensterschlag o.
- per Mail an info@medipay.de o.
- per Fax an (02241) 9692661
Vielen Dank!

Falls Sie uns noch etwas mitteilen möchten

Darlehensnehmer Vorname		Darlehensnehmer Name	
Falls abweichend: Patient Vorname		Patient Name	
Geburtsort	Geburtsdatum	(Ggf. Geburtsname)	
Meldeanschrift Straße, Haus-Nr.			
Meldeanschrift PLZ, Ort			
Dort wohnhaft seit	Staatsangehörigkeit	Familienstand	Unterhaltspf. Kinder
Telefonisch erreichbar unter		Per E-Mail erreichbar unter	

Falls Wohnortwechsel innerhalb der letzten 3 Jahre:

Vorh. Adresse Str. / PLZ, Ort	Von - bis
-------------------------------	-----------

Angestellte(r)/Arbeiter(in) Rentner(in) Selbständig

Arbeitgeber Name		Arbeitgeber Straße, Hausnummer	
Arbeitgeber PLZ, Ort		Beschäftigt seit als	

Nettoeink./Rente monatlich €	Warmmiete monatlich €	Hypothekenzhlg. monatlich €	Unterhaltszhlg. monatlich €	Ratenkreditbel. monatlich €
------------------------------	-----------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Bankverbindung (Hauptkonto):

Bank	BLZ	
Kontonummer	EC-Karten-Nummer	Gültig bis

Voraussichtlicher Finanzierungsbetrag	€
Monatliche Wunschrate	€

Restkreditversicherung gewünscht Ja Nein

▶ Die Vertragsunterlagen und die sonstige Korrespondenz erbitte ich Per Post per E-Mail (Unverschlüsselte Verbindung)

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

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

WICHTIG: Tragen Sie hier bitte Ihren Behandler ein:

Bezeichnung	_____
Name	_____
Straße, Nr.	_____
PLZ, Ort	_____
Telefon	_____ / _____

medipay
medipay Marketing GmbH
Postfach 19 40
53709 Siegburg