

FINANZIERUNGSANTRAG

medipay Teilzahlung



**AUGEN
KLINIK**
K E M P T E N

**LASER
ZENTRUM**
A L L G Ä U



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**.



Sie haben noch Fragen?

Rufen Sie uns unter (02241) 969 26-0 an oder schreiben Sie uns eine E-Mail an 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.

Postanschrift:
medipay GmbH
Am Turm 22
53721 Siegburg

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

Geschäftsführer: Jörg Heinen
AG Siegburg HRB 5822, **Steuer-Nr.** 220/5832/0491
Commerzbank: BIC COBADEFFXXX, IBAN DE46 2004 0000 0622 6468 00
Kreissparkasse: BIC COKSDE33XXX, IBAN DE87 3705 0299 0022 0232 79

FINANZIERUNGSANTRAG

medipay Teilzahlung



Angaben zum Darlehensantragsteller

Antragsteller Name		Antragsteller Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort	Ggf. Geburtsname	
Meldeanschrift Straße, Hausnummer		Meldeanschrift PLZ, Ort	
dort wohnhaft seit	Staatsangehörigkeit	Familienstand	Kinder im Haushalt
telefonisch erreichbar unter		per E-Mail erreichbar unter	

Falls Wohnortwechsel innerhalb der letzten 3 Jahre

vorherige Straße, Hausnummer	vorherige PLZ, Ort

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

Arbeitgeber Name	dort beschäftigt als	seit

Warmmiete monatlich €	Hypothekenzahlungen monatlich €

Nettoeinkommen bzw. Rente monatlich €	Unterhaltszahlungen monatlich €

Einkommen (Ehe-)Partner(-in), falls er/sie im selben Haushalt gemeldet ist	Sonstige Einkünfte monatlich € aus

D E	

Bankverbindung (Hauptkonto) IBAN-Code

Werbeeinwilligung
Ich erteile meine Einwilligung in den Erhalt von Werbung unter Verwendung der nachfolgend von mir ausgewählten Kommunikationsmittel und erteile insoweit meine Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten in dem in den **Santander-Werbeinweisen** (siehe www.santander.de/werbeinweise, dort Ziffer I.) näher beschriebenen Umfang durch die **Santander Consumer Bank AG** und **Santander Consumer Leasing GmbH**:
☐ Brief ☐ Telefon ☐ E-Mail ☐ SMS/MMS, Inst.-Messenger-Dienste, Push-Benachrichtigungen in Apps und Webplattformen (z. B. Soziale Netzwerke) und sonstige elektronische Kommunikationsdienste

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

Ort, Datum

Händische Unterschrift Antragsteller

Patient (falls abweichend)

Patient Vorname Name
Behandlungsdatum (optional, falls bekannt)

Finanzierungswunsch

	€
Gewünschte Finanzierungssumme	
	€
Monatliche Wunschräte	
RSV gewünscht	☐ Ja ☐ Nein

Nähere Infos zur **Ratenschutzversicherung (gegen Gebühr)**, die Ihr Darlehen gegen Arbeitslosigkeit/Tod absichert, finden Sie online unter www.medipay.de/Downloads/RSV.pdf

Korrespondenz/Vertrag bitte per	☐ Post ☐ E-Mail
---------------------------------	---

Abbuchungen bitte zum	☐ 1. des Monats ☐ 15. des Monats
-----------------------	--

Datenschutz / Einwilligung

Mir/Uns ist bekannt, dass meine/unsere Daten von der **medipay GmbH** zum Zweck der gewünschten Vertragsanbahnung unter Beachtung gesetzlicher Bestimmungen erhoben, gespeichert und verarbeitet werden. Ich/Wir willige(n) ein, dass meine/unsere Daten zum Zweck der Prüfung meines/unsere Kreditwunsches an den Bankpartner der **medipay GmbH**, die **Santander Consumer Bank**, weitergeleitet werden. Ebenso willige(n) ich/wir ein, dass **medipay** die Finanzierungsentscheidung an den Behandler/Leistungserbringer übermittelt. Eine ausführliche und umfassende **Datenschutzklärung** der **medipay GmbH** finden Sie unter www.medipay.de/datenschutz/. Hier sind Ihre Betroffenenrechte bezüglich Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung und Ihr Widerspruchsrecht aufgeführt und erläutert.

Mir/Uns ist bekannt, dass meine/unsere personenbezogenen Daten (z.B. Name, Adresse, Einkommen, Beruf, etc.) von der **Santander Consumer Bank** zum Zweck der Vertragsanbahnung und Bonitätsprüfung verwendet und gespeichert werden. Details dazu finden Sie unter www.santander.de/kundeninformation. Soweit ein Vertrag mit der **Santander** zustande kommt, erhalten Sie zusammen mit dem Vertragspaket eine ausführliche Information zum Umgang mit Ihren Daten.

Datenübermittlung an die SCHUFA u. Befreiung vom Bankgeheimnis

Die **Santander** übermittelt im Rahmen dieses Vertragsverhältnisses erhobene personenbezogene Daten über die Beantragung, die Durchführung und Beendigung dieser Geschäftsbeziehung sowie Daten über nicht vertragsgemäßes Verhalten oder betrügerisches Verhalten an die **SCHUFA Holding AG**, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden. Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe b und Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe f der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Übermittlungen auf der Grundlage von Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe f DSGVO dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrung berechtigter Interessen der Bank oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Der Datenaustausch mit der **SCHUFA** dient auch der Erfüllung gesetzlicher Pflichten zur Durchführung von Kreditwürdigkeitsprüfungen von Kunden (§ 505a des Bürgerlichen Gesetzbuches, § 18a des Kreditwesengesetzes). Der Kunde befreit die Bank insoweit auch vom Bankgeheimnis.

Die **SCHUFA** verarbeitet die erhaltenen Daten und verwendet sie auch zum Zwecke der Profillbildung (Scoring), um ihren Vertragspartnern im Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission besteht) Informationen unter anderem zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen Personen zu geben. Nähere Informationen zur Tätigkeit der **SCHUFA** können online unter www.schufa.de/datenschutz eingesehen werden.

Datenübermittlung an infoscore Consumer Data

Die **Santander** übermittelt Ihre Daten (Name, Adresse und ggf. Geburtsdatum) zum Zweck der Bonitätsprüfung an die **infoscore Consumer Data GmbH**, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden. Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe b und Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe f der DSGVO. Übermittlungen auf der Grundlage dieser Bestimmungen dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrnehmung berechtigter Interessen unseres Unternehmens oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen der Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Personen, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Detaillierte Informationen zur ICD i.S.d. Art. 14 Europäische Datenschutzgrundverordnung („EU DSGVO“), d.h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. finden Sie unter folgendem Link: <https://finance.arvato.com/icdinfoblatt>.

Rücksendeadresse:



medipay GmbH
Postfach 1940
53709 Siegburg

medipay Partner Ihres Vertrauens

AUGEN KLINIK KEMPTEN	LASER ZENTRUM ALLGÄU
Dres. Schimitzek & Kollegen Bahnhofstr. 42 87435 Kempten Telefon +49 (0) 8 31/57 577 90 www.augenklinik-kempten.de www.laserzentrum-allgaeu.de	

Partner-Nr.: 2557

Postanschrift:
medipay GmbH
Am Turm 22
53721 Siegburg

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

Geschäftsführer: Jörg Heinen
AG Siegburg HRB 5822, Steuer-Nr. 220/5832/0491
Commerzbank: BIC COBADEFFXXX, IBAN DE46 2004 0000 0622 6468 00
Kreissparkasse: BIC KOKSDE33XXX, IBAN DE87 3705 0299 0022 0232 79

VGN

062018