

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 ermöglichen - unabhängig von Art und Umfang ihrer Krankenversicherung oder der Höhe des Ersparnis, 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 Zahlung freigegeben ist.

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 Webseite 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 unten in der Fußzeile. 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



Angaben zum Darlehensantragsteller

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Antragsteller Name	Antragsteller Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Geburtsort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Meldeanschrift Straße, Hausnummer	Meldeanschrift PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
dort wohnhaft seit	Staatsangehörigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>
telefonisch erreichbar unter	Familienstand
<input type="text"/>	unterhaltspfl. Kinder
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	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"/>	seit
<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"/>
EC-Karten-Nummer
<input type="text"/>
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 19 40

53709 Siegburg

<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)