



## 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?

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 Internetseite [www.medipay.de](http://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](mailto: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               | unterhaltspfl. Kinder |
| <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 Wunschraten        |   |
| RSV gewünscht                 | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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              | <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 zurück-schicken. Per Post im Fensterumschlag, per Fax an 02241-96926-61 oder eingescannt per Mail an [info@medipay.de](mailto:info@medipay.de) - vielen Dank!

Praxisklinik  
Dr. med. René Föste



medipay GmbH  
Postfach 1940  
53709 Siegburg

Praxisklinik Dr. med. René Föste  
Plastische & Ästhetische Chirurgie  
Reumontstr. 28a  
33102 Paderborn  
Telefon: 05251 7771880  
Fax: 05251 7771879  
Email: [info@dr-foeste.de](mailto:info@dr-foeste.de)  
[www.dr-foeste.de](http://www.dr-foeste.de)