

FINANZIERUNGSANFRAGE

Anrede

☐ Frau

☐ Herr

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Geburtsname

Anschrift

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Wohnhaft seit (TT.MM.JJJJ)

Frühere Anschrift (bei Umzug in den letzten 2 Jahren)

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Telefon / Mobiltelefon

Email-Adresse

Familienstand

Staatsangehörigkeit

Berufsgruppe

☐ Arbeitnehmer

☐ Selbständig

Branche

Arbeitgebername

Beschäftigt / Selbständig / Rentenbeginn seit (TT.MM.JJJJ)

Nettoeinkommen

, - €

Behandelnder Arzt & Praxis/Klinik/Agentur

Praxis-/Klinik-/Agenturname

Arztname

Telefon

Finanzierungsbetrag

(von EUR 199,- bis EUR 50.000,- möglich)

, - €

Laufzeit in Monaten (6,12,18,24,36,48,72 oder 84 Monate)

Operationstermin (TT.MM.JJJJ)

Name des Patienten

Abbuchung der Kreditraten

☐ zum 01.

☐ zum 15.

Bankverbindung für den monatlichen Rateneinzug

Konto-Nr.

BLZ

Kontoinhaber (Kontoinhaber = Kreditnehmer)

Art der Restschuldversicherung, falls gewünscht:

☐ Tod+Arbeitsunfähigkeit+Arbeitslosigkeit

☐ Tod

☐ Tod+Arbeitsunfähigkeit

☐ Keine (ich trage alle Risiken selbst)

medkred.de

Finanzierung medizinischer Behandlungen

Ab einem Finanzierungsbetrag von EUR 5.000,-

Wohnstatus

☐ Eigentum

☐ Miete

☐ Mietfrei

Anzahl der Haushaltsmitgliederdavon Kinder

Rente, Pension€

Miete aus Wohneigentum€

Einkommen aus selbständiger Arbeit€

Warmmiete€

Finanzierungskosten für Eigentum€

Anzahl der Kfz

Kosten für Priv. Kranken- u. Pflegevers.€

Anzahl unterhaltspflichtiger Personen

Unterhaltszahlung€

Sonstige Ausgaben€

Höhe eingerichteter Dispo-Kredite€

Summe eigener Ratenkredit€

mtl. Rate für Ratenkredit€

Restsaldo€

Anzahl der Kreditkarten

Einwilligung zur Übermittlung von Daten an die SCHUFA
Ich/Wir willige/n ein, dass die Valovis Bank AG der SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden, Daten über die Beantragung, die Aufnahme (in jedem Fall Kreditnehmer und Kreditbetrag bzw. Limite sowie bei Ratenkrediten zusätzlich Laufzeit und Ratenbeginn) und vereinbarungsgemäße Abwicklung (z. B. vorzeitige Rückzahlung, Laufzeitverlängerung) dieses Kredits übermitteln. Unabhängig davon wird das Kreditinstitut der SCHUFA auch Daten über seine gegen mich/uns bestehenden fälligen Forderungen übermitteln. Dies ist nach dem Bundesdatenschutzgesetz (§ 28 a Absatz 1 Satz 1) zulässig, wenn ich/wir die geschuldete Leistung trotz Fälligkeit nicht erbracht habe/n, die Übermittlung zur Wahrung berechtigter Interessen des Kreditinstituts oder Dritter erforderlich ist und – die Forderung vollstreckbar ist oder ich/wir die Forderung ausdrücklich anerkannt habe/n oder – ich/wir nach Eintritt der Fälligkeit der Forderung mindestens zweimal schriftlich gemahnt worden bin/sind, das Kreditinstitut mich/uns rechtzeitig, jedoch frühestens bei der ersten Mahnung, über die bevorstehende Übermittlung nach mindestens vier Wochen unterrichtet hat und ich/wir die Forderung nicht bestritten habe/n oder – das der Forderung zugrunde liegende Vertragsverhältnis aufgrund von Zahlungsrückständen vom Kreditinstitut fristlos gekündigt werden kann und das Kreditinstitut mich/uns über die bevorstehende Übermittlung unterrichtet hat. Darüber hinaus wird das Kreditinstitut der SCHUFA auch Daten über sonstiges nichtvertragsgemäßes Verhalten (z. B. betrügerisches Verhalten) übermitteln. Diese Meldungen dürfen nach dem Bundesdatenschutzgesetz (§ 28 Absatz 2) nur erfolgen, soweit dies zur Wahrung berechtigter Interessen des Kreditinstituts oder Dritter erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Übermittlung überwiegt. Insoweit befreie/n ich/wir das Kreditinstitut zugleich vom Bankgeheimnis. Die SCHUFA speichert und nutzt die erhaltenen Daten. Die Nutzung umfasst auch die Errechnung eines Wahrscheinlichkeitswertes auf Grundlage des SCHUFA-Datenbestands zur Beurteilung des Kreditrisikos (Score). Die erhaltenen Daten übermitteln sie an ihre Vertragspartner im Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz, um diesen Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen Personen zu geben. Vertragspartner der SCHUFA sind Unternehmen, die aufgrund von Leistungen oder Lieferung finanzielle Ausfallrisiken tragen (insbesondere Kreditinstitute sowie Kreditkarten- und Leasinggesellschaften, aber auch etwa Vermietungs-, Handels-, Telekommunikations-, Energieversorgungs-, Versicherungs- und Inkassounternehmen). Die SCHUFA stellt personenbezogene Daten nur zur Verfügung, wenn ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde und die Übermittlung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist. Daher kann der Umfang der jeweils zur Verfügung gestellten Daten nach Art der Vertragspartner unterschiedlich sein. Darüber hinaus nutzt die SCHUFA die Daten zur Prüfung der Identität und des Alters von Personen auf Anfrage ihrer Vertragspartner, die beispielsweise Dienstleistungen im Internet anbieten. Ich/Wir kann/können Auskunft bei der SCHUFA über die mich/uns betreffenden gespeicherten Daten erhalten. Weitere Informationen über das SCHUFA-Auskunfts- und Score-Verfahren sind unter www.meineschufa.de abrufbar. Die postalische Adresse der SCHUFA lautet: SCHUFA Holding AG, Verbraucherservice, Postfach 5640, 30056 Hannover.

EINWILLIGUNG ÜBER DIE UMSEITIGEN BEDINGUNGEN
Ich/Wir habe/n die auf Seite 2 unter WICHTIGE BEDINGUNGEN angegeben Punkte 1.1, 1.2 und 1.3 gelesen und ich/wir willige/n ein.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragsstellers

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Wenn Sie den Wunsch haben, den Eigenanteil Ihrer Behandlungskosten bei medizinischen oder kosmetischen Eingriffen bequem in günstigen monatlichen Raten finanzieren zu lassen, füllen Sie bitte dieses Anfrageformular vollständig aus, fügen Ihre Personalausweis- oder Reisepasskopie sowie eine Kopie Ihrer ec- oder Maestrokarte bei (jeweils die Vorder- und Rückseite!) und senden Ihre unterschriebene Finanzierungsanfrage mit den benötigten Kopien per Post, Fax oder Email an:

Christian Hoyer GmbH - Konrad-Adenauer-Ufer 39 - 50668 Köln; Fax: 0221 / 390 99 55 9 - Email: info@medkred.de

WEITERER ABLAUF

- + Nach Eingang Ihrer Finanzierungsanfrage erhalten Sie umgehend die Entscheidung über den Bewilligungsstatus Ihrer Finanzierung. Bei positiver Prüfung ist die Finanzierung Ihrer Behandlungskosten gesichert!
- + Die von Ihnen zu unterzeichnenden Vertragsunterlagen werden daraufhin direkt an Sie per Post versandt. Sollten noch weitere Unterlagen erforderlich sein, werden diese in unserer Rückantwort direkt mit aufgeführt.
- + Die beigefügte Auszahlungsanweisung lassen Sie zur Legitimierung bitte in der Praxis von Ihrem behandelnden Arzt abzeichnen. Die Legitimation erfolgt dort einfach mit Ihrem Personalausweis oder Reisepass.
- + Den unterschriebenen Vertrag inkl. aller Unterlagen und der Auszahlungsanweisung senden Sie bitte per Post an die oben angegebene Adresse der CHRISTIAN HOYER GMBH.
- + Nach Prüfung Ihres Vertrages erhalten Sie sofort eine schriftliche Bestätigung über den Vertragsstatus.
- + Bei bewilligten Verträgen wird die Auszahlung des Finanzierungsbetrags direkt auf das Praxiskonto Ihres behandelnden Arztes veranlasst.

WICHTIG FÜR MITANTRAGSTELLER

Ein Mit Antragsteller kann ab einer Finanzierungssumme von EUR 5.000,- die Kreditentscheidung positiv beeinflussen. Wenn Sie hierzu eine weitere Person (z.B. Ehepartner oder Lebensgefährte) mit angeben möchten, kopieren Sie bitte einfach dieses Formular und füllen es mit dem Vermerk „Mit Antragsteller“ aus. Bitte fügen Sie auch die Kopie des Personalausweises und der ec- bzw. Maestrokarte (jeweils die Vorder- und Rückseite!) des Mit Antragstellers mit bei.

KONTAKT

Bei allen Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne unter der SERVICE-RUFNUMMER 0221 / 390 99 55 0, per Email: info@medkred.de und auch im Internet unter www.medkred.de zur Verfügung!

WICHTIGE BEDINGUNGEN

1.1 EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR DATENSPEICHERUNG

Die Daten zu Ihrer Person sind erforderlich, um Ihre Anfrage bearbeiten zu können. Die von Ihnen im Antragsformular gemachten Angaben werden von der Christian Hoyer GmbH elektronisch gespeichert, bearbeitet und den von der Gesellschaft beauftragten Banken und Finanzdienstleistungsunternehmen gesichert übermittelt. Ihr Einverständnis zur Verarbeitung der Daten erklären Sie durch Ihre vorstehende Unterschrift und das Absenden an die Christian Hoyer GmbH.

Ein Widerruf der Einwilligung zur Speicherung von Daten kann mit Wirkung für die Zukunft jederzeit durch den Kunden erfolgen. Widerrufs-Empfänger ist die Christian Hoyer GmbH.

1.2 ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Die für die Antragsstellung erforderlichen Daten werden unseren Partnerbanken zur Verfügung gestellt. In diesem Zusammenhang entbinde ich mit meiner vorstehenden Unterschrift den behandelnden Arzt von seiner Schweigepflicht.

1.3 EINWILLIGUNG IN BERATUNG, INFORMATION (WERBUNG) UND MARKETING

Ich bin damit einverstanden, von medkred über Produkte und Dienstleistungen der medkred per Email informiert zu werden. Ich bin damit einverstanden, von medkred über Produkte und Dienstleistungen der medkred telefonisch informiert zu werden. Ihre Einwilligung können Sie gegenüber der Christian Hoyer GmbH jederzeit widerrufen.