Finanzierungsantrag

PayDent
ZAHNERSATZFINANZIERUNG

Wir wollen, dass Ihr Lächeln bleibt.

Ihr Zahnarzt und sein Laborpartner erstellen Ihren Zahnersatz nach höchsten medizinischen und funktionellen Maßstäben. Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden werden davon in Zukunft entscheidend mitbestimmt und so ist es ratsam, trotz der erforderlichen Zuzahlung möglichst eine Optimalversorgung zu wählen.

Der optimale Zahnersatz – optimal finanziert. Schon ab 0 % Zinsen.

Sobald Sie gemeinsam mit Ihrem Zahnarzt Ihre individuelle Zahnversorgung ausgewählt haben steht auch die Höhe Ihres Eigenanteils fest. Mit der PayDent Zahnersatzfinanzierung haben Sie die Möglichkeit, diesen Betrag in überschaubaren Raten zu bezahlen, schon ab 0 % Zinsen. So wird Zahnersatz auf höchstem Niveau für Sie mit Leichtigkeit machbar.

Grundsätzlich steht PayDent 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.

Die Freiheit, selbst zu entscheiden. Mit PayDent.

Statt sich an der Kostenbeteiligung Ihrer Krankenkasse zu orientieren, nehmen Sie sich mit PayDent die Freiheit, die Zahnversorgung zu wählen, die Ihren medizinischen und ästhetischen Ansprüchen wirklich entspricht, ohne Ihre Ersparnisse antasten zu müssen.

Und so einfach geht's.

Sobald Sie die Kosten für Ihre Behandlung kennen, füllen Sie einfach den umseitigen Antrag aus. Bei einer Finanzierungssumme bis 4.000 € genügen die jeweils beidseitige Kopie der gültigen EC-Karte und des Personalausweises als Anlagen, bei höheren Summen zusätzlich eine aktuelle Verdienstbescheinigung. Die Unterlagen senden Sie zusammen mit dem Antrag an unseren Abwicklungspartner **medipay**. Schon nach etwa zwei Tagen liegt Ihnen Ihr Finanzierungsvertrag vor. Selbstverständlich wird dieser erst mit Ihrer Unterschrift gültig. An dem Tag, an dem die Zahlungspflicht entsteht, geben Sie dann einfach nur noch die Zahlung der Rechnung an Ihren Zahnarzt frei. In den gewünschten Raten führen Sie das Darlehen anschließend bequem zurück.

Bitte fragen Sie Ihren Zahnarzt. Er berät Sie gern. Oder wenden Sie sich an medipay (02241) 96926-0

FLEMMING
Ihre Dental-Experten vor Ort

Finanzierungsantrag

PayDent
ZAHNERSATZFINANZIERUNG

Angaben zum Darlehensantragsteller

Antragsteller Name | Antragsteller Vorname

Geburtsdatum | Geburtsort | Ggf. Geburtsname

Meldeanschrift Straße, Hausnummer | Meldeanschrift PLZ, Ort

dort wohnhaft seit | Staatsangehörigkeit | Familienstand | unterhaltspfl. Kinder

telefonisch erreichbar unter | per E-Mail erreichbar unter

Falls Wohnortwechsel innerhalb der letzten 3 Jahre

vorherige Straße, Hausnummer | vorherige PLZ, Ort

☐ Angest./Arbeiter(in) ☐ Rentner(in) ☐ Selbständig

Arbeitgeber Name | Arbeitgeber Straße, Hausnummer

Arbeitgeber PLZ, Ort | dort beschäftigt seit | als

Nettoeinkommen bzw. Rente monatlich € | Hypothekenzahlungen monatlich €

Warmmiete monatlich € | Unterhaltszahlungen monatlich €

Feld für interne Bearbeitungsvermerke

Einwilligung zur Datenübermittlung an SCHUFA, Auskunfteien und medipay-Partner

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 jeweiligen **medipay** Partner 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.

Patient (falls abweichend)

Patient Name

Patient Vorname

Feld für interne Bearbeitungsvermerke

Finanzierungswunsch

Gewünschte Finanzierungssumme

Monatliche Wunschrate

☐ Ja ☐ Nein
Ich wünsche eine Ratenschutzversicherung

Bankverbindung Hauptkonto

Name der Bank

IBAN-Code

EC-Karten-Nummer | Gültig bis

☐ 1. ☐ 15. des Monats
monatliche Abbuchungen gewünscht zum

☐ Post ☐ E-Mail (unverschlüsselt)
Vertragsunterlagen/Korrespondenz bitte per

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

Ort, Datum

X
Unterschrift Antragsteller

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!

PayDent
ZAHNERSATZFINANZIERUNG

medipay GmbH
Postfach 19 40
53721 Siegburg

Die PayDent-Partnerpraxis Ihres Vertrauens (Stempel)