

## FINANZIERUNGSANFRAGE

Haben Sie Fragen? Kontaktieren Sie uns unter der SERVICE-RUFNUMMER 0221 / 390 99 55 0

# medkred.de

Finanzierung medizinischer Behandlungen

<b>Antragssteller</b>	<input type="radio"/> Frau	<input type="radio"/> Herr
Nachname		
Geburtsname		
Vorname ggf. 2. Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
<b>Wohnsitz</b>		
Straße	Nr.	
PLZ	Ort	
Wohnhaft seit (TT.MM.JJJJ)		
Frühere Anschrift (bei Umzug in den letzten 3 Jahren)		
Straße	Nr.	
PLZ	Ort	
Telefon / Mobiltelefon		
E-Mail-Adresse		
Familienstand		
Staatsangehörigkeit		
ggf. Aufenthaltstitel	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
wenn ja, senden Sie den Aufenthaltstitel bitte mit		
<b>Berufsgruppe</b>		
<input type="radio"/> Selbstständig	<input type="radio"/> Studierend	<input type="radio"/> Beamter
<input type="radio"/> Im Ruhestand	<input type="radio"/> In Ausbildung	<input type="radio"/> Angestellt
seit: (TT.MM.JJJJ)		
falls befristet bis:		
Wirtschaftszweig		
Ausgeübter Beruf		
Name des Arbeitgebers/der Firma		
Standort des Arbeitgebers/der Firma		
<b>Nettoeinkommen / Rente</b> mtl.		
Kauf der Behandlung		
ggf. Anzahlung		
<b>Gewünschte Finanzierungssumme</b>		
(von EUR 199,- bis EUR 50.000,- möglich)		
Wunschlaufzeit in Monaten		
Wunschrate		
Abbuchung der Kreditraten	<input type="radio"/> zum 01.	<input type="radio"/> zum 15.
<b>Ratenkaufschutz</b> (freiwillige Restkreditversicherung, Hauptantragsteller)		
Der Abschluss des Ratenkaufschutzes ist freiwillig und beeinflusst nicht die Entscheidung für die Gewährung eines Kredits. Zum Abschluss des Ratenkaufschutzes ist die Übermittlung von personenbezogenen Daten an den Restkreditversicherer erforderlich.		
Die Absicherung wird vom Hauptantragsteller gewünscht:		
Das Angebot ist freibleibend und verpflichtet beide Seiten nicht zum Vertragsabschluss.	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

<b>Behandelnder Facharzt &amp; Praxis/Klinik/Agentur</b>		
Praxis-/Klinik-/Agenturname	FirstMed Services GmbH/ Zahnklinik-Ungarn.de	
Arztname		
Operationstermin (TT.MM.JJJJ)		
Name des Patienten		
<b>Sonstiges</b>		
Wohnstatus	<input type="radio"/> Eigentum mit Baufinanzierung	
	<input type="radio"/> Eigentum ohne Baufinanzierung	
	<input type="radio"/> Miete	<input type="radio"/> Familie
	<input type="radio"/> Untermiete	
Wohnkosten		
Fahrzeug	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Anzahl kindergeldberechtigter Kinder im Haushalt		
laufende Kreditraten		
Priv. Kranken-/ Pflegeversicherung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
sonstige mtl. Ausgaben		
Unterhaltspflichtig für	Personen	
<b>Bankverbindung für den monatlichen Rateneinzug</b>		
Kreditinstitut		
IBAN:		
BIC:		
Kontoinhaber (Kontoinhaber = Kreditnehmer)		
<b>Ausweis</b>		
<input type="radio"/> Personalausweis	<input type="radio"/> Reisepass	
Ausweisnummer		
gültig bis:		
Ausstellungsbehörde		

Der ausgefüllten Finanzierungsanfrage müssen folgende Unterlagen beigelegt werden:

- Kopie Ihrer ec-Karte und Ihres gültigen Personalausweises oder Reisepasses (mit Meldebescheinigung) jeweils Vorder- und Rückseite (ggf. Gewerbeanmeldung)
- ab einer Finanzierungssumme von EUR 3.000,01 die Kopie Ihres letzten Lohnnachweises bzw. einen Einkommenssteuerbescheid (nicht älter als 2 Jahre)
- ab einer Finanzierungssumme von EUR 5.000,01 die Kopie Ihrer letzten 3 Lohnnachweise bzw. einen Einkommenssteuerbescheid (nicht älter als 2 Jahre)

Ich erkläre mein Einverständnis zu folgenden Punkten bzw. bestätige:

- die Bestimmungen zum Fernabsatzgesetz, allgemeine Geschäftsbedingungen und Preis- und Leistungsverzeichnis
- der Speicherung meiner Angaben im Rahmen der Datenschutzbestimmungen
- dass zur Prüfung meines/unseres Kreditinteresses eine Bonitätsanfrage bei der Schutzgemeinschaft für allgemeine Kreditsicherung (SCHUFA) durchgeführt wird.
- ich handle gemäß §3 Abs. 1 Nr. 3 Geldwäschegesetz im eigenen wirtschaftlichen Interesse.
- dass meine personenbezogenen Daten, die im Rahmen des Kreditantrags erhoben werden, zur Bearbeitung sowohl an die kreditgebende Bank als auch an die dfp Service GmbH übermittelt und durch diese verarbeitet, gespeichert und genutzt werden.

Sämtliche Informationen sind unter [www.medkred.de](http://www.medkred.de) einsehbar und werden Ihnen auf Wunsch zugesandt.

Hinweis zum Vertragsabschluss: Die kreditgebende Bank trifft die Entscheidung, ob ein Kreditvertrag angeboten wird, auf Basis einer vollautomatisierten Entscheidung eines Kredit-Vergabesystems. Die Annahme des Kreditvertragsangebots erfolgt durch Unterzeichnung durch den/die Kreditnehmer.

**Ort, Datum**

**Unterschrift des Antragsstellers**

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