

FINANZIERUNGSANFRAGE

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 nachstehenden Antrag vollständig aus und senden ihn per E-Mail, Fax oder Brief an:

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

Anrede	Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/>	Name des Arbeitgebers	_____
Nachname	_____	Beschäftigt seit (od. Rentenbeginn)	_____
Vorname	_____	Name vorheriger Arbeitgeber	_____
Geburtsdatum	_____	(sofern noch keine 12 Monate bei jetzigem Arbeitgeber beschäftigt bzw. seit Rentenbeginn vergangen sind)	
Geburtsort	_____	Ausweisart	Personalausweis <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/>
Anschrift	_____	Personalausweis-/Reisepass-Nr.	_____
Wohnhaft seit	_____	Gewünschter Finanzierungsbetrag	_____ €
Frühere Anschrift (sofern Umzug in letzten 2 Jahre)	_____	(von 250 Euro bis 3.000 Euro möglich)	
Telefon (tagsüber)	_____	Laufzeit in Monaten (12 bis 84 Monate)	_____ Monate
E-Mail Adresse	_____	Gewünschter Auszahlungstermin	_____
Familienstand	_____	Abbuchungstermin der Kreditraten	zum 30./01. <input type="checkbox"/> 15. <input type="checkbox"/>
Güterstand	Zugewinnngemeinschaft <input type="checkbox"/> Gütergemeinschaft <input type="checkbox"/> Gütertrennung <input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/>	Bankverbindung für den monatlichen Rateneinzug	
Staatsangehörigkeit	_____	Konto-Nr.	_____
Wohnart	Eigenheim <input type="checkbox"/> Miete <input type="checkbox"/>	BLZ	_____
Verkehrswert (sofern Eigentum vorhanden)	_____ €	Kontoinhaber	_____
Darlehen / Hypothek (aktueller Saldo, sofern Eigentum nicht lastenfrem)	_____ €	Art der Restschuldversicherung, falls gewünscht:	
Kredit- od. ec-Karten-Nr. gültig bis	_____	Tod+Arbeitsunfähigkeit+Arbeitslosigkeit <input type="checkbox"/> Tod+Arbeitsunfähigkeit <input type="checkbox"/> Keine (ich trage alle Risiken selbst) <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/>	
		€ Behandelnder Arzt (Name, Anschrift, Telefon, ggf. Praxisstempel)	_____

Ort, Datum

Unterschrift des Antragsstellers

Ich willige darin ein, dass die Partnerbanken der Christian Hoyer GmbH die Daten dieser Finanzierungsanfrage an die zuständige Schufa-Gesellschaft übermitteln. Die Adresse der zuständigen SCHUFA wird mir auf Wunsch mitgeteilt. Mit einer Schufa-Anfrage und einem elektronischen Scoring bei einem Dritten bin ich einverstanden. Ich bin auch damit einverstanden weitere exklusive Informationen zu medkred.de und ähnlichen Produkten an meine oben genannte E-Mail Adresse zu erhalten. Diesen kostenlosen Service kann ich jederzeit widerrufen. Bitte beachten Sie auch die umseitigen Hinweise.

FINANZIERUNGSANFRAGE (BIS 3.000 EURO)

WEITERER ABLAUF

- + Bitte senden Sie diese vollständig ausgefüllte Finanzierungsanfrage per E-Mail, Fax oder Brief an die CHRISTIAN HOYER GMBH.
- + Nach Eingang Ihrer Finanzierungsanfrage erhalten Sie umgehend die erste Vorab-Entscheidung über den Bewilligungsstatus der Finanzierung.
- + Die von Ihnen zu unterzeichnenden Vertragsunterlagen werden daraufhin direkt an Sie per E-Mail versandt.
- + Jetzt müssen Sie nur noch den Vertrag unterschreiben und Ihre Personalausweis- oder Reisepasskopie sowie eine Kopie Ihrer ec-/Maestro-Karte oder Kreditkarte beifügen. (Bitte jeweils die Vorder- und Rückseite kopieren!)
- + Sollten noch weitere Unterlagen erforderlich sein, werden diese in unserer Rückantwort direkt mit aufgeführt.
- + Den unterschriebenen Vertrag inkl. aller Unterlagen senden Sie bitte einfach per Post an unsere Partnerbank.
- + Nach Prüfung Ihres Vertrags erhalten Sie sofort eine schriftliche Bestätigung über den Vertragsstatus. Bei positiver Prüfung ist die Finanzierung Ihrer Behandlungskosten gesichert!
- + Nun müssen Sie nur noch in Ihrer Praxis die dem Arzt bereits vorliegende Auszahlungsbestätigung abzeichnen, sich dort mit Ihrem Personalausweis oder Reisepass legitimieren und uns diese Bescheinigung zufaxen.
- + Die Auszahlung des Finanzierungsbetrags wird daraufhin direkt auf das Praxiskonto veranlasst.

WICHTIG

Ein zweiter Finanzierungsnehmer kann die Kreditentscheidung positiv beeinflussen. Wenn Sie hierzu einen weiteren Person (z.B. Ehepartner oder Lebensgefährte) angeben möchten, kopieren Sie bitte einfach dieses Formular und füllen es mit dem Vermerk "2. Finanzierungsnehmer" aus.

KONTAKT

Bei allen Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne unter der Rufnummer **0221 / 390 99 55 0** oder auch im Internet unter www.medkred.de zur Verfügung!

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.

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.