

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"/>	Unterhaltsverpflichtungen mtl.	€
Nachname	_____	Wohnart	Eigenheim <input type="checkbox"/> Miete <input type="checkbox"/>
Vorname	_____	Warmmiete	€
Geburtsdatum	_____	(bei Eigentum Finanzierungskosten inkl. Nebenkosten)	
Geburtsort	_____	Verkehrswert (sofern Eigentum vorhanden)	€
Anschrift	_____	Darlehen / Hypothek	€
	_____	(aktueller Saldo, sofern Eigentum nicht lastenfrei)	
Wohnhaft seit	_____	Weitere Ratenverpflichtungen	€
Frühere Anschrift	_____	Sonstige Ausgaben	€
(sofern Umzug in letzten 2 Jahren)	_____	Wenn ja, Art der sonstigen Ausgaben	
Telefon (tagsüber)	_____	Ausweisart	Personalausweis <input type="checkbox"/>
E-Mail Adresse	_____		Reisepass <input type="checkbox"/>
Familienstand	_____	Personalausweis-/Reisepass-Nr.	_____
Güterstand	Zugewinngemeinschaft <input type="checkbox"/>	Gewünschter	
	Gütergemeinschaft <input type="checkbox"/>	Finanzierungsbetrag	€
	Gütertrennung <input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/>	(von 250 Euro bis 50.000 Euro möglich)	
Staatsangehörigkeit	_____	Laufzeit in Monaten (12 bis 84 Monate)	_____ Monate
Selbständig	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Gewünschter Auszahlungstermin	_____
Tätigkeit / ausgeübter Beruf	_____	Abbuchungstermin der Kreditraten	zum 30./01. <input type="checkbox"/> 15. <input type="checkbox"/>
Branche	_____	Bankverbindung für den monatlichen Rateneinzug	
Name des Arbeitgebers	_____	Konto-Nr.	_____
Beschäftigt seit (od. Rentenbeginn)	_____	BLZ	_____
Name vorheriger Arbeitgeber	_____	Kontoinhaber	_____
(sofern noch keine 12 Monate bei jetzigem Arbeitgeber beschäftigt bzw. seit Rentenbeginn vergangen sind)		Art der Restschuldversicherung, falls gewünscht:	
Nettoeinkommen / Pension mtl.	€ _____	Tod+Arbeitsunfähigkeit+Arbeitslosigkeit <input type="checkbox"/>	Tod+Arbeitsunfähigkeit <input type="checkbox"/>
Kindergeld mtl.	€ _____	Keine (ich trage alle Risiken selbst) <input type="checkbox"/>	Tod <input type="checkbox"/>
Miet-/Pachteinnahmen mtl.	€ _____	Behandelnder Arzt (Name, Anschrift, Telefon, ggf. Praxisstempel)	_____
Sonstige Einnahmen	€ _____		
Wenn ja, Art der sonstigen Einnahmen	_____		

Ort, Datum

Unterschrift des Antragsstellers

SCHUFA-AUSKUNFT / HINWEISE

Mit meiner Unterschrift willige ich 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

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!)
- + Bei Beträgen über 3.000 EURO sind zusätzlich die letzten drei Gehaltsabrechnungen und eine Kopie der Girokontoauszüge für einen ganzen Monat erforderlich.
- + Sollten noch weitere Unterlagen nötig 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 diese Bescheinigung an uns faxen.
- + Die Auszahlung des Finanzierungsbetrags wird daraufhin direkt auf das Praxiskonto veranlasst.

WICHTIG

Ein zweiter Finanzierungsnehmer kann die Kreditentscheidung positiv beeinflussen. Wenn Sie hierzu einen weitere 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.