

## Zahnarzt- kosten

einfach  
ganz bequem  
in **Raten** bezahlen.



### Was ist z|easy?

Eine zinsgünstige, bequeme und einfache Ratenzahlungsmöglichkeit für Selbstkostenanteile oder Privatrechnungen bei Zahnbehandlungen, sowohl für gesetzlich als auch für privat versicherte Patienten. Die Höhe Ihrer monatlichen Belastung bestimmen Sie ganz einfach selbst über die Wahl der Darlehenslaufzeit. Bei sechs Monaten Laufzeit ist die Finanzierung für Sie übrigens völlig zins- und kostenfrei! Die **z|easy Zahnersatzfinanzierung** finden Sie schon seit 1997 bundesweit bei vielen Zahnärzten.

### Wie funktioniert z|easy?

Ganz einfach! Füllen Sie den Antrag auf Seite 2 aus und senden diesen dann zusammen mit einer beidseitigen Kopie Ihres Personalausweises sowie Ihrer aktuellen Verdienstbescheinigung bzw. eines Rentennachweises direkt an **medipay** - per Post, Fax oder Mail. Wir prüfen Ihren Finanzierungswunsch noch am selben Tag, erstellen nach erfolgreicher Prüfung den Darlehensvertrag und übernehmen die gesamte Abwicklung bis zur Auszahlung an den Zahnarzt, wenn die Zahlungspflicht eingetreten und bestätigt ist.

### Wer kann z|easy nutzen?

Grundvoraussetzungen: Volljährigkeit, Erstwohnsitz in Deutschland, keine negativen SCHUFA-Eintragungen und ein regelmäßiges Einkommen aus Berufstätigkeit oder Rente. Bei Studenten, Azubis oder Hausfrauen kann ggf. ein Elternteil, Kind o. Ehepartner als zweiter DN (Darlehensnehmer) hinzu genommen werden, wenn die vorgenannten Anforderungen dadurch erfüllt sind. Auch Lebensgefährten können als zweite DN eingesetzt werden, wenn sie mit dem Antragsteller in einem gemeinsamen Haushalt gemeldet sind.

### Online-Antrag

Sie können Ihren Antrag alternativ auch **online** stellen: Scannen sie einfach den nebenstehenden **QR-Code** mit Hilfe eines Tablet-PCs oder Smartphones und einer QR-Scanner-App ein.



### Sie haben noch Fragen?

Rufen Sie uns unter (02241) 969 26-0 an oder schreiben Sie uns eine E-Mail an [info@z-easy.de](mailto:info@z-easy.de). Sie erreichen Sie uns zu den Bürozeiten Mo bis Do 8.00 bis 17.00 Uhr und Fr 8.00 bis 15.00 Uhr.

## Angaben zum Darlehensantragsteller

<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Antragsteller Name	Antragsteller Vorname		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	Geburtsort	Ggf. Geburtsname	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Meldeanschrift Straße, Hausnummer	Meldeanschrift PLZ, Ort		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
dort wohnhaft seit	Staatsangehörigkeit	Familienstand	Kinder im Haushalt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
telefonisch erreichbar unter	per E-Mail erreichbar unter		

## Falls Wohnortwechsel innerhalb der letzten 3 Jahre

vorherige Adresse Straße, Hausnummer:	vorherige Adresse PLZ, Ort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Angestellte(r)  Rentner/-in  selbständig (seit \_\_\_\_\_)  Hausfrau/-mann  
 Student/-in  Beamter/-in  derzeit arbeitssuchend  Auszubildende(r)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Arbeitgeber Name	Arbeitgeber Straße, Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Arbeitgeber PLZ, Ort	dort beschäftigt seit   als
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nettoeinkommen bzw. Rente monatlich €	Hypothekenzahlungen monatlich €
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Warmmiete monatlich €	Unterhaltszahlungen monatlich €
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Einkommen (Ehe-)Partner/in, falls er oder sie im selben Haushalt gemeldet ist	Sonstige Einkünfte monatlich € aus

## Bankverbindung Hauptkonto

<input type="text"/>
IBAN-Code

### Datenübermittlungserklärung

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

<input type="text"/>
Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller



## Patient (falls abweichend)

<input type="text"/>
Patient Name
<input type="text"/>
Patient Vorname

## Finanzierungswunsch

<input type="text"/>
Gewünschte Finanzierungssumme
<input type="text"/>
Monatliche Wunschrate

RSV gewünscht  Ja  Nein

Ich wünsche eine **Ratenschutzversicherung (RSV)**, die mein Darlehen gegen Arbeitslosigkeit/Tod absichert. Nähere Infos unter [www.medipay.de/Downloads/RSV.pdf](http://www.medipay.de/Downloads/RSV.pdf)

 1.  15. des Monats

Monatl. Abbuchungen gewünscht zum

 Post  E-Mail (unverschlüsselt)

Vertragsunterlagen/Korrespondenz bitte per

### Einwilligung zur Datenübermittlung an SCHUFA, Auskunfteien u. Behandler/Leistungserbringer

#### Datenschutz/Einwilligung

Mir/Uns ist bekannt, dass meine/unsere Daten von der Santander Consumer Bank 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 Behandler/Leistungserbringer übermittelt. Es gelten die Datenschutzbestimmungen der Bundesrepublik Deutschland.

#### SCHUFA und Auskunfteien

Ich/Wir willige(n) ein, dass die Santander Consumer Bank 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) zum Zwecke einer allgemeinen Kreditanfrage übermittelt.

Insoweit befreie(n) ich/wir die Santander Consumer Bank vom Bankgeheimnis. Diese bezieht Bonitätsdaten auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten von der informa Unternehmensberatung GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden.

(Eine ausführlichere SCHUFA-Klausel können Sie bei Interesse nachlesen unter [medipay.de/Downloads/SCHUFA.pdf](http://medipay.de/Downloads/SCHUFA.pdf))

Bitte den Antrag vollständig ausfüllen, **eigenhändig unterschreiben** (eingefügte gescannte Unterschriften sind unzulässig) und per Post/Fax/Mail zurück an **medipay** schicken.

**Wichtig:** Bitte tragen Sie hier Ihren gewünschten Behandler ein. Je genauer und vollständiger Ihre Angaben sind, desto schneller kann Ihre Anfrage bearbeitet werden.



**medipay GmbH**  
Postfach 19 40  
53721 Siegburg

<input type="text"/>
Name/Bezeichnung der Praxis/Klinik/Einrichtung

<input type="text"/>
Straße, Hausnummer

<input type="text"/>
PLZ, Ort

<input type="text"/>
Ansprechpartner, Telefon (falls bekannt)