





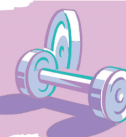



Horst Thormann
Postfach 50 04 24
D-45056 Essen

medical processing



SIE haben Wünsche...
...WIR haben alle Möglichkeiten

 Zahnersatz	 Plast./Ästhetische Chirurgie	 Kosmetik/Beauty
 Wellness	 Hörgeräte-systeme	 Augen-Laser-Behandlung
 Orthopäd.- & Mobilitätshilfen	 Fitnessgeräte	 Kooperation der Kompetenzen www.medical-processing.de

SCHUFA-Klausel zu Kreditanträgen

Ich willige ein, dass die Santander Consumer Bank AG der SCHUFA HOLDING AG, Hagenauer Straße 44, D-65203 Wiesbaden, Daten über die Beantragung, die Aufnahme (*Kreditnehmer, Kreditbetrag, Laufzeit, Ratenbeginn*) und vereinbarungsgemäße Abwicklung (z.B. *vorzeitige Rückzahlung, Laufzeitverlängerung*) dieses Kredites übermittelt.

Unabhängig davon wird die Santander Consumer Bank AG der SCHUFA auch Daten aufgrund nichtvertragsgemäßen Verhaltens (z. B. *Forderungsbetrag nach Kündigung*) übermitteln. Diese Meldungen dürfen nach dem Bundesdatenschutzgesetz nur erfolgen, soweit dies nach der Abwägung aller betroffenen Interessen zulässig ist.

Insoweit befreie ich die Santander Consumer Bank AG zugleich vom Bankgeheimnis.

Die SCHUFA speichert und übermittelt die Daten an ihre Vertragspartner im EU-Binnenmarkt, um diesen Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen Personen zu geben. Vertragspartner der SCHUFA sind vor allem Kreditinstitute sowie Kreditkarten- und Leasinggesellschaften. Daneben erteilt die SCHUFA auch Auskünfte an Handels-, Telekommunikations- und sonstige Unternehmen, die Leistungen und Lieferungen gegen Kredit gewähren. Die SCHUFA stellt personenbezogene Daten nur zur Verfügung, wenn ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde. Zur Schuldnerermittlung gibt die SCHUFA Adressdaten bekannt. Bei der Erteilung von Auskünften kann die SCHUFA ihren Vertragspartnern ergänzend einen aus ihrem Datenbestand errechneten Wahrscheinlichkeitswert zur Beurteilung des Kreditrisikos mitteilen (*Score-Verfahren*).

Ich kann Auskunft bei der SCHUFA über die mich betreffenden gespeicherten Daten erhalten. Weitere Informationen über das SCHUFA-Auskunfts- und Score-Verfahren enthält ein Merkblatt, das auf Wunsch zur Verfügung gestellt wird. Die Adresse der SCHUFA lautet:

SCHUFA HOLDING AG,
Verbraucherservice, Postfach 600509, D-44845 Bochum.

SCHUFA HOLDING AG,
Verbraucherservice, Postfach 5640, D-30056 Hannover.

ZA-D 97.07576.0.00

Die Finanzierung erfolgt über unseren Partner:

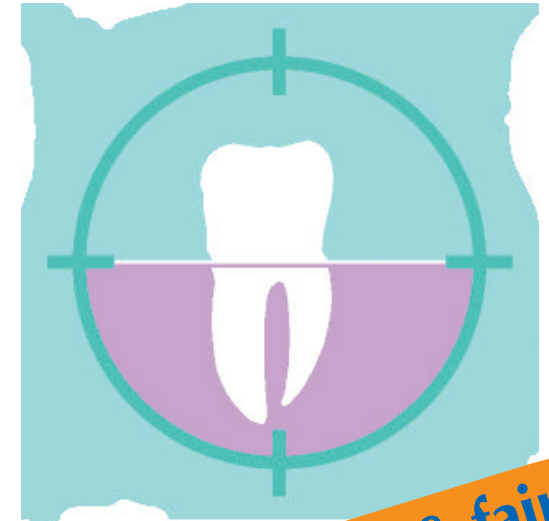


Praxis-/Klinikstempel
<p>medicagent Wohllwillstr. 48b D-20359 St.Pauli / Hamburg Telefon: +49 (0)40 6000 97 990 Fax: +49 (0)40 6000 97 99 99 Inhaber: Serkan Alp Ust-IdNr: DE259806925 www.medicagent.com</p>
ZA-D 97.07576.0.00

Nachdruck, sowie Kopieren oder Veröffentlichung dieser Broschüre (auch auszugsweise) nur mit schriftlicher Genehmigung durch **medical processing, D-45143 Essen**.

ZA(D)Bro001-Master

Damit Gesundheit und Wohlbefinden bezahlbar bleiben



schnell & fair
Die Finanzierung für
Ihr Wohlbefinden

medical processing
marketing

Postfach 50 04 24 • D-45056 Essen
Tel.: +49 (0)201 72 66-077 • Fax: +49 (0)201 72 66-206
info@medical-processing.de
www.medical-processing.de

Sich Wünsche erfüllen... ...zahlen Sie in überschaubaren Raten

Die „heutige“ Medizin ist nahezu perfekt. Die Möglichkeiten zur Erhaltung Ihrer Gesundheit, Ihres persönlichen Wohlbefindens, zur individuellen Verschönerung oder zur Rehabilitation sind vielfältig und immer mehr ist heute machbar.

Viele Versorgungsformen und Therapien sind in dem Bereich der sogenannten komfortmedizinischen außervertraglichen Leistungen angesiedelt. Diese Behandlungskosten werden in der Regel von den Krankenkassen und Versicherungen nicht übernommen. Es können erhebliche Finanzierungsengpässe entstehen, um notwendige medizinische Behandlungen oder die Anschaffung von medizinischen Hilfsmitteln zu finanzieren.

medical processing bietet Kassen- und Privatpatienten, Ärzten sowie Kliniken eine gemeinsame Plattform, um die immer größer werdenden Finanzierungsengpässe zu überbrücken. Deshalb können notwendige Maßnahmen für Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden sofort in vollem Umfang nach höchsten medizinischen und ästhetischen Maßstäben, die die moderne Medizin ermöglicht, realisiert werden.

Nach Ermittlung der entstehenden Behandlungskosten durch Ihren Arzt oder Klinik, macht Ihnen unsere Partnerbank ein Finanzierungsangebot. Sie als Patient (*Bonität vorausgesetzt*) erhalten sofort Ihre Wunschbehandlung und zahlen in bequemen, überschaubaren Raten die Behandlungskosten.

*Mehr Lebensqualität
durch ein strahlendes Lächeln*

Ihre Vorteile auf einen Blick

- ab 250 Euro Finanzierungssumme
- ohne Anzahlung
- keine Bearbeitungsgebühr
- Laufzeit bis 72 Monate möglich
- Festzinsen über die gesamte Laufzeit
- frei wählbare monatliche Raten
- individueller Rückzahlungsbeginn
- diskrete und schnellste Abwicklung

Ganz schnell... ...kommen Sie zur Finanzierung

Nach Erstellung des Heil- und Kostenplanes bzw. Angebotes durch Ihren Behandler steht der zu finanzierende Betrag fest.

...und so individuell gestalten Sie Ihre Teilzahlung

Sie vervollständigen diese Teilzahlungsanfrage mit Ihren persönlichen Daten und tragen Ihre Wunschrate **oder** Ihre Wunschlaufzeit ein. Ferner haben Sie die Möglichkeit, Ihren Wunschrückzahlungsbetrag bis max. 9 Monate nach Auszahlung an den Behandler/Dienstleister selbst zu bestimmen. So haben Sie es selbst in der Hand, wie hoch die monatliche Belastung ausfallen soll und wann Sie mit der Rückzahlung beginnen wollen.

Senden Sie an **medical processing** die nebenstehende Anfrage. Ihre Anfrage wird durch uns sofort bearbeitet. Nach erfolgreicher Bonitätsprüfung durch die Partnerbank sendet Ihnen **medical processing** einen vorbereiteten Finanzierungsvertrag zu. Wenn Sie das Angebot annehmen möchten, senden Sie uns den Vertrag unterschrieben zurück. Natürlich wird dieser Finanzierungsvertrag erst dann gültig, wenn Sie nicht von Ihrem gesetzlichen Rücktrittsrecht Gebrauch machen.

Spätestens jetzt können Sie zusammen mit Ihrer Klinik oder Ihrem Arzt die Terminplanung für Ihre Behandlung festlegen.

Gemeinsam mit Ihrem Behandler veranlassen Sie die Auszahlung des Finanzierungsbetrages. Dieser Betrag wird dann dem Konto Ihres Dienstleisters gutgeschrieben.

Finanzierungsbeispiele



Laufzeit	Finanzierungsbeträge in Euro		
	1.200,00	2.500,00	5.000,00
12 Monate	105,21	219,18	438,36
24 Monate	55,08	114,76	229,52
36 Monate	38,43	80,06	160,11
48 Monate	30,13	62,78	125,56
60 Monate	25,19	52,48	102,72
72 Monate	21,92	45,66	89,03

Stand: 05/2009 (Berechnungsgrundlage: Tilgungsbeginn 1 Monat nach Auszahlung des Finanzierungsbetrages)

Bei allen Finanzierungslaufzeiten ist der effektive Jahreszins 9,9 %. Jedoch ab einer Laufzeit von 60 Monaten und einem Finanzierungsbetrag von 5.000 bis 9.999 Euro ist der effektive Jahreszins 8,9 %. Bei einer Laufzeit von 60 Monaten und einem Finanzierungsbetrag ab 10.000 Euro beträgt der effektive Jahreszins nur 7,77 %.

Ja, ich will mehr Flexibilität!
Ich habe den Wunsch, meine **Rechnung** in monatlichen Teilbeträgen auszugleichen!
Bitte lassen Sie mir ein unverbindliches Teilzahlungsangebot (**Bonität vorausgesetzt**) per Briefpost bzw. per E-mail zukommen!

TEILZAHLUNGSANFRAGE			ZA-D 97.07576.0.00
Vorname, Name			
PLZ, Ort D-	Geburtsdatum		
Straße / wohnhaft seit (Jahr)		Staatsangehörigkeit	
frühere Anschrift (bei Wohnungswechsel innerhalb der letzten 3 Jahre)			
meine persönliche E-mail-Adresse			
Telefon Festnetz		Telefon mobil	
<input type="radio"/> ledig	<input type="radio"/> verheiratet	<input type="radio"/> in Lebensgemeinschaft	Kinder unter 18 <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> geschieden	<input type="radio"/> verwitwet	<input type="radio"/> getrennt lebend	
Beruf (derzeitige Tätigkeit)		selbständig <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Arbeitgeber, Anschrift		beschäftigt/selbständig seit	
Nettoeink. monatl.	Warmmiete	Unterhaltsz. monatl.	Bitte fügen Sie diesem Antrag einen aktuellen Einkommensnachweis und/oder eine Kopie Ihrer EC-/Kreditkarte bei!
Voraussichtlicher Gesamtfinanzierungsbetrag €			
€		€	
ca. Betrag der 1. Behandlung		ca. Betrag der 2. Behandlung	
Besteht die Maßnahme aus mehreren Behandlungen, setzen Sie hier die Teilsummen ein.			
Bitte tragen Sie hier Ihre gewünschte monatliche Wunschrate oder die von ihnen gewünschte Laufzeit ein.			
€		oder	Monate
Monatl. Wunschrate mind. 10 EUR		Wunschlaufzeit max. 72 Monate	
Meine Bankdaten:			
BLZ	Konto-Nr.		
EC-/Kreditkartennr.		gültig bis	
Kartenaussteller			
Mein Wunschrückzahlungsbeginn			
Beginn der 1. Ratenrückzahlung: <input type="radio"/> 3 Monate <input type="radio"/> 6 Monate <input type="radio"/> 9 Monate nach Auszahlung der Finanzierungssumme an den Behandler/ Leistungserbringer. Ist kein Rückzahlungsbeginn angekreuzt, beginnt die Tilgung 1 Mon. nach der Auszahlung.			
Praxis-/Klinik-Anschrift			
medicagent D-20359 St.Pauli / Hamburg, Wohlwillstr. 48b Telefon: +49 (0)40 6000 97 990			
Ort, Datum		Unterschrift des Antragstellers	

**Für Eilige – per Fax: +49 (0)201 7266-206
per E-mail: info@medical-processing.de**