





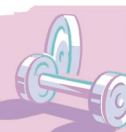



Horst Thormann
Postfach 50 04 24
D-45056 Essen

medical processing



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

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

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

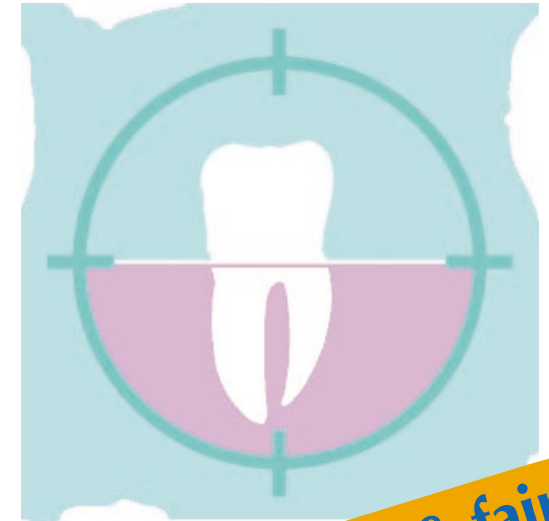
Die Finanzierung erfolgt über unseren Partner:



Praxis-/Klinikstempel	
	Praxis am Postplatz Dr. Stefanie Kloß, Zahnärztin
ZA-D 97.07576.0.00	

Nachdruck, sowie Kopieren oder Veröffentlichung dieser Broschüre (auch auszugsweise) nur mit schriftlicher Genehmigung durch **medical processing, D-45056 Essen**.

Damit Gesundheit und Wohlbefinden bezahlbar bleiben



schnell & fair
Die Finanzierung für
Ihr Wohlbefinden


medical processing
thormann

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

Ganz einfach... ...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 150 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 diesen Teilzahlungsantrag mit Ihren persönlichen Daten und tragen Ihre Wunschrate **oder** Ihre Wunschlaufzeit ein. Ferner haben Sie die Möglichkeit, Ihren Wunschrückzahlungsbeginn bis max. 12 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** den nebenstehenden Antrag. 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 14-tägigen 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 Dienstleiters 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: 02/2007 (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!

Ich habe den Wunsch, meine **Arzt-** bzw. **Klinikrechnung** in monatlichen Teilbeträgen auszugleichen!

Bitte lassen Sie mir ein unverbindliches Teilzahlungsangebot (**Bonität vorausgesetzt**) per Briefpost bzw. per E-mail zukommen!

TEILZAHLUNGSANTRAG		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
<input type="radio"/> geschieden	<input type="radio"/> verwitwet	<input type="radio"/> getrennt lebend
Beruf (derzeitige Tätigkeit)		Kinder unter 18 <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Arbeitgeber, Anschrift		selbstständig <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Nettoeink. monatl.	Warmmiete	Unterhaltsz. monatl.
Voraussichtlicher Gesamtfinanzierungsbetrag €		Bitte fügen Sie diesem Antrag einen aktuellen Einkommensnachweis bei!
Besteht die Maßnahme aus mehreren Behandlungen, setzen Sie hier die Teilsummen ein.		
€	€	
ca. Betrag der 1. Behandlung	ca. Betrag der 2. Behandlung	
Bitte tragen Sie hier Ihre gewünschte monatliche Wunschrate oder die von ihnen gewünschte Laufzeit ein.		
€	oder	Monate
Monatl. Wunschrate mind. 10 EUR		Wunschlaufzeit (bis 72 Monate)
Mein Wunschrückzahlungsbeginn		
Beginn der 1. Ratenrückzahlung:		
<input type="radio"/> 3 Monate	<input type="radio"/> 6 Monate	<input type="radio"/> _____ (max. 12 Monate)
nach Auszahlung der Finanzierungssumme an den Behandler. Ist kein Rückzahlungsbeginn angekreuzt, erfolgt die Tilgung 1 Monat nach der Auszahlung.		
Praxis-/Klinik-Anschrift		
Zahnarztpraxis am Postplatz 64646 Heppenheim, Ernst-Schneider-Str. 1	Dr. Stefanie Kloß Telefon: 06252 / 12 68 58	

Ich willige ein, dass im Rahmen dieser Darlehensanfrage Daten über die Beantragung eines Darlehens an die mir bekannte SCHUFA-Gesellschaft sowie an medical processing-H.Thormann, D-45056 Essen, Postfach 50 04 24 übermittelt und dort gespeichert werden.



Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Für Eilige – per Fax: +49 (0)201 7266-206