

Vorantrag für Teilzahlung mit medipay in Zusammenarbeit mit eticur) für die Aufbewahrung von Stammzellen aus dem Nabelschnurblut

Die Finanzierung
dieser einzigartigen
Gesundheitsvorsorge für
Ihr Baby gibt es schon

ab **0%**

Von dem Antragsteller auszufüllen (in Druckbuchstaben)					
Angaben zum Antragsteller Antragsteller darf nicht die werdende Mutter sein	Vorname	Geburtsdatum, Geburtsort			
	Nachname	ggfs. Geburtsname			
	Vorname der Schwangeren	Nachname der Schwangeren			
	Meldeanschrift: Straße, Hausnummer	Meldeanschrift: PLZ, Wohnort			
	Dort wohnhaft seit	Staatsangehörigkeit			
	Familienstand	Unterhaltspflichtige Kinder			
	Telefon	E-Mail			
Falls Wohnortwechsel innerhalb der letzten 3 Jahre	Vorherige Adresse				
	Dort wohnhaft gewesen von / bis				
Angaben zur finanziellen Situation					
<input type="checkbox"/> Angestellte(r) / Arbeiter(in) <input type="checkbox"/> Rentner(in) <input type="checkbox"/> Selbständig	Derzeitige Tätigkeit	Name des Arbeitgebers		Dort beschäftigt seit	
	Adresse des Arbeitgebers (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)				
	Nettoeink./Rente mtl. €	Warmmiete mtl. €	Hypothekenzahlgn. mtl. €	Unterhaltszahlgn. mtl. €	Ratenkreditbel. mtl. €
	Voraussichtlicher Finanzierungsbetrag			EUR	
	Monatliche Wunschrate			EUR	
Bankverbindung (Hauptkonto)	Bank	BLZ			
	Kontonummer	EC-Kartennummer	Gültig bis		

Angebot Restkreditversicherung gewünscht Ja Nein

Die Vertragsunterlagen und die sonstige Korrespondenz erbitte ich per Post E-Mail

Einwilligung zur Datenübermittlung an SCHUFA, Auskunfteien und Behandler / Leistungserbringer

Datenschutz / Einwilligung: Mir / Uns ist beannt, dass meine / unsere Daten von der **medipay** Partnerbank 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, das **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 **medipay** Partnerbank zum Zwecke der Bonitätsprüfung der SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden, und infoscore Consumer Data GmbH + informa Unternehmensberatung GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, Daten (Name, Adresse, Geburtsort und -datum) übermittelt.

Insoweit befreie(n) ich / wir die medipay Partnerbank vom Bankgeheimnis. Die **medipay** Partnerbank bezieht Bonitätsdaten auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung der Anschriftdaten von der informa Unternehmensberatung GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden.

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

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers