



Informationen zur Patienten-Ratenzahlung

12 MONATE
ZINSFREI!

Service für Sie und Ihre Praxis

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Health AG unterstützt Ihre Praxis beim Management der Patientenrechnungen. Dafür benötigen wir Ihre Unterschrift auf unserer Einwilligungserklärung, die Sie etwa einmal jährlich vom Praxispersonal ausgehändigt bekommen.

Wir versichern Ihnen, dass wir Ihre Daten gemäß Bundesdatenschutzgesetz vertraulich behandeln. Sie werden nicht zu Werbezwecken weitergeleitet.

Unser Service für Patienten: Gern können Sie die Kosten Ihrer Behandlung in bequemen Raten begleichen. Bei einer Laufzeit von bis zu zwölf Monaten ist unsere Patienten-Ratenzahlung sogar zins- und gebührenfrei.

Vereinbaren Sie online
Ihre individuelle Ratenzahlung:
www.meinpatientenportal.de

Drei Schritte zur bequemen Patienten-Ratenzahlung

1. Beantragen Sie Ihre Ratenzahlung am besten online unter www.meinpatientenportal.de. Alternativ können Sie den Antrag auf diesem Flyer ausfüllen. Trennen Sie dann die Karte ab und geben Sie diese dem Praxispersonal oder senden Sie uns die Karte direkt zu.

Voraussetzung: Ihre Praxis hat uns Ihre Rechnung bereits übermittelt. Erst dann können wir Ihnen gern ein Angebot erstellen.

2. Sobald uns Ihr Antrag vorliegt, erhalten Sie von uns eine Vereinbarung für die gewünschte Ratenzahlung. Wenn Sie einverstanden sind, senden Sie uns diese bitte innerhalb von 14 Tagen unterzeichnet zurück.

3. Mit Ihrem schriftlichen Einverständnis buchen wir die monatliche Rate per Lastschrift von Ihrem Konto ab.

Sie haben Fragen? Unser Patientenservice hilft Ihnen gern weiter. Sie erreichen unsere Mitarbeiter am besten per E-Mail unter info@healthag.de oder telefonisch unter 040 524 709-000.

Antwortkarte

Bitte ausfüllen und entweder in der Praxis abgeben, per Fax an 040 524 709-020 senden oder im Fensterkuvert an folgende Adresse schicken:

Health AG
Patientenservice
Lübeckertordamm 1-3
20099 Hamburg

Ihre Praxis:

Praxisstempel

Zahlen Sie so, dass Sie sich dabei wohlfühlen

Wir bieten Ihnen zwei Varianten für eine Ratenzahlung an. Sobald Sie Ihre Rechnung von uns erhalten haben, können Sie Ihr bevorzugtes Modell mit uns vereinbaren. Voraussetzung ist eine monatliche Mindestrate von 50 Euro.

Variante 1

Wenn Sie Ihre Rechnung **innerhalb von zwölf Monaten** in zwölf Raten gleicher Betragshöhe bezahlen, entstehen Ihnen **keine Kosten**. Ihre Ratenzahlung können Sie wahlweise zum 1. oder 15. eines Monats leisten. Die erste Rate muss innerhalb von 30 Tagen nach Rechnungsdatum bei uns eingehen.

Variante 2

Für Raten mit einer Laufzeit von **mehr als zwölf Monaten** (maximal 48 Monate) berechnen wir ab der ersten Rate einen Zinssatz von **9,9% p. a.** zuzüglich einer Bearbeitungsgebühr in Höhe von 1,5% auf den offenen Rechnungsbetrag.

HealthProtector

Zusätzliche Sicherheit: Mit der Erstellung Ihrer individuellen Ratenzahlungsvereinbarung werden wir Ihnen optional den HealthProtector anbieten. Diese Versicherung übernimmt die Bezahlung Ihrer Raten bei Arbeitslosigkeit (für Arbeitnehmer), Krankenhausaufenthalt (für Selbstständige), Arbeitsunfähigkeit oder im Todesfall.

Voraussetzung: Laufzeit der Ratenzahlung mindestens 9, maximal 48 Monate sowie ein Mindestrechnungsbetrag von 500 Euro.



Antrag auf Ratenzahlung

Bitte vollständig und in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen.

ANGABEN ZUR PRAXIS

Name, Ort

PERSÖNLICHE ANGABEN

Vorname und Name (ggf. Geburtsname)

Geburtsdatum und Geburtsort

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Dort wohnhaft seit _____ Jahren

Frühere Anschrift
(bei Wohnsitzwechsel innerhalb der letzten drei Jahre)

Telefon (privat oder geschäftlich)

E-Mail

Beruf (derzeit ausgeübte Tätigkeit)

Beschäftigungsart: angestellt selbstständig

Sonstiges, und zwar: _____

Voraussichtlicher Rechnungsbetrag: _____ €

Anzahl der Raten (max. 48) _____ oder monatl. Betrag (mind. 50€) _____ €

Zahlbar zum 1. des Monats 15. des Monats

Ort, Datum, Unterschrift Patient, ggf. gesetzlicher Vertreter

SEPA-Lastschriftmandat

HEALTH AG | LÜBECKERTORDAMM 1-3 | 20099 HAMBURG

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 87 ZZZ 00000024884

Mandatsreferenz: erhält der Zahlungspflichtige zu einem späteren Zeitpunkt, und zwar mit seiner Vorabinformation (Pre-Notification) zum Lastschriftverfahren.

Ich ermächtige die EOS Health Honorarmanagement AG, kurz Health AG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Health AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Land

Kreditinstitut (Name)

____ - ____ | ____ - ____ | ____ - ____ | ____ - ____
BIC

____ - ____ | ____ - ____ | ____ - ____ | ____ - ____ | ____ - ____ | ____ - ____
IBAN

Die oben genannten Angaben zu meiner Person habe ich wahrheitsgetreu gemacht.

Ort, Datum, Unterschrift Kontoinhaber, ggf. gesetzlicher Vertreter