

Patienteninformation

Patienten- Ratenzahlung



Alexandra Zunic, Kundenmanagerin



HealthAG

Patienten-Ratenzahlung

1 Ihre maßgeschneiderte Ratenzahlung in bis zu 72 Monatsraten

Die hervorragende Behandlung durch Ihre Ärztin oder Ihren Arzt sollte nicht an den Kosten scheitern müssen. Dafür ist eine Zahlung in Raten eine gute Idee.

Die Health AG ist Partnerin Ihrer Praxis. Wir helfen Ihnen dabei, ein individuelles Ratenzahlungsmodell für Ihre Behandlung zu finden.

Die Laufzeit und die Höhe der monatlichen Raten sind flexibel. Dabei sind Laufzeiten von bis zu 72 Monaten möglich. Voraussetzung ist eine monatliche Mindestrate von 25 €.

2 Unsere Vorschläge für Ihren perfekten Ratenplan

Vorschlag 1
Kosten: 1.500,00 Euro

Wenn Sie Ihre Behandlung innerhalb von **72** Monaten bezahlen würden, betrüge Ihre monatliche Belastung in diesem Beispiel nur 27,00 € pro Monat. Die Zinsen* und eine Bearbeitungsgebühr* sind schon eingerechnet.

Vorschlag 2
Kosten: 1.500,00 Euro

Sie kalkulieren mit einer kürzeren Laufzeit und entsprechend mit einer höheren monatlichen Rate von 38,00 €, weil Sie die Behandlungskosten zügig bezahlen wollen? Dann käme für Sie zum Beispiel die Ratenzahlung innerhalb von **48** Monaten infrage. Auch in diesem Modell sind die Zinsen* und eine Bearbeitungsgebühr* schon eingerechnet.

Vorschlag 3
Kosten: 1.500,00 Euro

Wenn Sie Ihre Rechnung innerhalb von **12** Monaten in Raten zahlen, entsteht in diesem Beispiel eine monatliche Rate von 125,00 €. Aufgrund der Kürze der Laufzeit fallen hier keine Zinsen und Bearbeitungsgebühren an. Die erste Rate muss innerhalb von 30 Tagen nach Rechnungsdatum bei uns eingehen.

3 So einfach schließen Sie die bequeme Ratenzahlung bei uns ab

1. Sie lassen die Behandlung bei Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt durchführen.
2. Sobald Sie von uns die Rechnung für Ihre Behandlung erhalten haben, melden Sie sich online unter www.meinpatientenportal.de (Zugangsinformationen auf der Rechnung) an. Folgen Sie Schritt für Schritt der Anleitung, um Ihre Ratenzahlung zu vereinbaren. Wenn Sie weitere Unterstützung wünschen, rufen Sie uns gerne an.
3. Sie entscheiden: Entweder buchen wir mit Ihrem Einverständnis die monatliche Rate per Lastschrift von Ihrem Konto ab oder Sie überweisen die Raten monatlich.

Einscannen und direkt zum Patientenportal:



Voraussetzung ist, dass Sie der Verarbeitung Ihrer Daten durch unser Unternehmen zustimmen. Dazu legt Ihnen Ihre Praxis eine uns berechtigende Einwilligungserklärung vor, die Sie bitte unterzeichnen.

Ihre Daten behandeln wir so, wie es die Datenschutz-Grundverordnung und das Bundesdatenschutzgesetz vorschreiben, sie werden niemals zu Werbezwecken weitergeleitet.

* Zinssatz von 9,9% p. a. zuzüglich einer Bearbeitungsgebühr in Höhe von 1,5% auf den offenen Rechnungsbetrag.

Kontaktieren Sie uns

Unser Patientenservice hilft Ihnen gern weiter. Sie erreichen unsere Mitarbeiter am besten per E-Mail unter patientenservice@healthag.de oder telefonisch unter +49 40 524 709-000.

Antrag auf Ratenzahlung

Bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen.

Rechnungsnummer (erforderlich)

Name und Ort Ihrer Praxis

Nachname (ggf. Geburtsname), Vorname

Geboren am, Geburtsort

Straße, Nr.

PLZ, 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:

Anzahl der Raten (max. 72)

Oder monatl. Betrag (mind. 25 €)

Ich wünsche den Lastschrifteinzug jeweils zum

1. 5. 10. 15. 20. 25. 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 Health Coevo 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.

Nachname, Vorname (Kontoinhaber)

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Land

Bank

IBAN

BIC

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

Ort, Datum, Unterschrift Kontoinhaber, ggf. gesetzlicher Vertreter

Bitte ausfüllen und entweder in der Praxis
abgeben, per Fax an +49 40 524 709-020
senden oder im Fensterkuvert an folgende
Adresse schicken:

Health AG
Patientenservice
Lübeckertordamm 1-3
20099 Hamburg

Health Coevo AG
Lübeckertordamm 1-3
20099 Hamburg

T +49 40 524 709-000
F +49 40 524 709-020
www.healthag.de
patientenservice@healthag.de