

# Finanzierungsanfrage

Haben Sie Fragen? Wir freuen uns auf Ihren Anruf!  
Rufnummer +43 (1) 253 5932

Bitte zutreffendes Feld ankreuzen

## Antragsteller

Frau  Mann  Divers

Nachname
Geburtsname
Vorname (ggf. alle Vornamen)
Geburtsdatum
Geburtsort

## Wohnsitz

Straße	Hausnummer
PLZ	Ort
Wohnhaft seit (TT.MM.JJJJ)	
Frühere Anschrift (bei Umzug in den letzten 3 Jahren)	
Straße	Hausnummer
PLZ	Ort
Telefon	
E-Mail Adresse	
Familienstand	
Staatsangehörigkeit	
ggf. Aufenthaltstitel	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
wenn ja, bitte den Aufenthaltstitel mitsenden	
Anzahl Erwachsener im Haushalt	
Anzahl Kinder im Haushalt	

## Beruf / Finanzierung

Selbstständig  Studierend  Beamter  
 Im Ruhestand  In Ausbildung  Angestellt

Seit (TT.MM.JJJJ)	
Falls befristet bis (TT.MM.JJJJ)	
Ausgeübter Beruf	
Name des Arbeitgebers	
Standort des Arbeitgebers	
Nettoeinkommen mtl. / Rente mtl.	€
Preis der Behandlung:	
Ggf. Anzahlung	
Gewünschte Finanzierungsumme	€
(von 250,00€ bis 30.000€)	
Wunschlaufzeit in Monaten (6 - 72 Monate)	
Wunschrate	
Abbuchung der Kreditraten	
<input type="radio"/> zum 15. eines Monats <input type="radio"/> zum 30. eines Monats	

## Behandelnder Arzt / Praxis / Klinik / Agentur

Praxis-/Klinik-Agenturname
Arztname
Operationstermin
Name des Patienten

## Der ausgefüllten Finanzierungsanfrage müssen folgende Unterlagen beigefügt werden:

- Kopie Personalausweis Vorder- und Rückseite
- Oder Reisepass mit Meldebestätigung
- Kopie Bankkarte Vorder- und Rückseite
- Ab 7.500€ die letzte Gehalts-/ Lohnabrechnung

## Bei Selbstständigen und Freiberuflern zusätzlich:

- Bis 4.000,00€ Nachweis über die Selbstständigkeit
- Ab 4.000,01€ Nachweis über Selbstständig von mind. 2 Jahren
- Aktueller Einkommensnachweis (z.B. Einkommenssteuerbescheid, testierte BWA)
- Gewerbeanmeldung oder Handelsregisterauszug

## KSV-Auskunft

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass zur Prüfung meines/unseres Kreditinteresses eine Bonitätsanfrage bei dem Kreditschutzverband von 1870 (KSV, Wagenseilgasse 7, A-1120 Wien) durch die Kooperationsbank der dfp Service GmbH – die Vereinigte Volksbank Raiffeisenbank eG – durchgeführt wird.

Allgemeine Erklärungen/Einwilligung zur Datenübermittlung/Datenschutz  
Mit meiner/unserer Unterschrift bestätige/n ich/wir die Richtigkeit der gemachten Angaben. Ich/Wir bestätigen, im eigenen wirtschaftlichen Interesse und nicht auf fremde Veranlassung zu handeln. (Hinweis: Eine Kreditaufnahme auf fremde Veranlassung ist ausgeschlossen).

Ich/wir willige/n in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner/unserer personenbezogenen Daten durch die 4beauty Assekuranzmakler GmbH und durch die dfp Service GmbH ein. Die im Rahmen dieses Anfrageformulars erhobenen Daten werden bei vorliegender Anfrage über die Vereinigte Volksbank Raiffeisenbank eG, Darmstädter Straße 62, 64354 Reinheim, Deutschland, und darüber hinaus an die KSV, Wagenseilgasse 7, A-1120 Wien zur Prüfung und Bearbeitung Ihres Kreditantrags übermittelt. Zur Qualitätssicherung im Antragsprozess verwendet die 4beauty Assekuranzmakler GmbH und die dfp Service GmbH Ihre Daten, um mit Ihnen telefonisch, schriftlich oder per E-Mail in Kontakt zu treten. Weitere Informationen sowie die Allgemeine Datenschutzerklärung der dfp Service GmbH erhalten Sie unter [www.dfp-service.at/Datenschutz.html](http://www.dfp-service.at/Datenschutz.html).

## Hinweis zum Vertragsabschluss:

Die Vereinigte Volksbank Raiffeisenbank eG (Kooperationsbank der dfp Service GmbH) trifft die Entscheidung, ob ein Kreditvertrag angeboten wird, auf Basis einer vollautomatisierten Entscheidung eines Kredit-Vergabesystems. Die Annahme des Kreditvertragsangebots erfolgt durch Unterzeichnung durch den /die Kreditnehmer.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

4beauty Assekuranzmakler GmbH  
Deutsche Handelskammer in  
Österreich, Schwarzenbergplatz 5 Top  
3/1, 1030 Wien

Tel.: +43 (1) 253 5932  
WhatsApp-Business:  
+49 221 2977075-0  
[anfrage@credit4beauty.at](mailto:anfrage@credit4beauty.at)