

A close-up photograph of a young woman with blonde hair and blue eyes, smiling warmly. She is reclined in a light blue dental chair. She is wearing a white dental bib with a blue and white pattern of circles and abstract shapes. The background is a bright, clean dental office setting.

Zahnersatz- Finanzierung

Schon ab 0% Zinsen

MDH AG
Mamisch Dental Health

Der Marktführer für Qualitätszahnersatz aus dem Ausland

Perfekter Zahnersatz, den sich jeder leisten kann.

Perfekter Zahnersatz ist heute die natürlichste Sache der Welt. Die moderne Zahntechnik hat für alles eine Lösung. Wir stellen Ihren individuellen Zahnersatz nach höchsten Qualitätsstandards und den genauen Angaben und Anforderungen Ihres Zahnarztes her. Aber eben bis zu 80% günstiger. Denn Zahnersatz soll wertvoll sein. Aber auch für jeden bezahlbar.

Zusätzlich zu dem sehr guten Preis-Leistungs-Verhältnis unseres Zahnersatzes bieten wir in Zusammenarbeit mit der ZAG Plus medical Finance das Finanzierungskonzept DENTA.pay für Zahnersatz an. **Eine Finanzierung ist damit schon ab 0% möglich.** So zahlen Sie Ihren Zahnersatz bequem in Raten und müssen nicht auf eine hochwertige Zahnersatzversorgung verzichten.

Sprechen Sie Ihren Zahnarzt oder Ihre Zahnärztin auf [Zahnersatzsparen.de](https://zahnersatzsparen.de) (MDH AG) an und bitten Sie um Ihr persönliches Angebot.



Perfekte Konditionen.

Ihr Zahnarzt oder Ihre Zahnärztin legt genau wie Sie größten Wert auf Ihre bestmögliche Zahnversorgung und Ihre Gesundheit. Die Zuzahlungen der Krankenkassen reichen oft nicht aus, Wünsche für gutes Aussehen zu erfüllen. Damit Sie auf keinen Fall an Ihrem persönlichen Auftritt sparen müssen, gibt es ein attraktives Finanzierungsangebot, das wir mit ZAG Plus medical Finance für Sie entwickelt haben:

Nicht warten – einfach finanzieren!

Schritt 1

Nach Erstellung des Heil- und Kostenplanes stehen Ihre Kosten fest. Tragen Sie diesen Betrag in den unverbindlichen Vorantrag (1) ein und schicken diesen komplett ausgefüllt an die ZAG Plus. Sie erhalten dann ein auf Sie zugeschnittenes, günstiges Teilzahlungsangebot, das Sie bei Interesse unterschrieben zurücksenden.

Schritt 2

Nach Behandlungsende füllen Sie nur noch die Bestätigung (2) aus, lassen diese von Ihrem Zahnarzt abzeichnen und schicken sie dann wieder zur ZAG Plus. Die Zahlung erfolgt durch die ZAG Plus direkt an Ihren Zahnarzt, Sie zahlen lediglich in bequemen, günstigen Monatsraten.

Die günstige **DENTA.pay**® Teilzahlung

Laufzeit in Monaten

6	12	18	24	36	48-60
---	----	----	----	----	-------

Effektiver Jahreszins

0,0 %	2,9 %	4,9 %	5,9 %	6,9 %	8,9 %
-------	-------	-------	-------	-------	-------

Vorname, Name – ggf. Geburtsname

Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr) Geburtsort

Anschrift: Straße, Hausnummer

Telefon: bitte unbedingt angeben – möglichst Festnetz

PLZ Ort wohnhaft seit

Frühere Anschrift (bei Wohnwechsel innerhalb der letzten 3 Jahre)

Derzeitige Tätigkeit _____ selbständig ja nein

Arbeitgeber, seit (Monat, Jahr) Netto-Einkommen (Monat)

Miete inklusive Nebenkosten monatlich, bei Wohneigentum monatliche Belastung angeben:

Ich bin ledig verheiratet geschieden verwitwet

Unterhaltspflichtig ja nein Kinder-Anzahl _____

Bitte senden Sie den Vertrag auch per E-Mail an o.g. Adresse

Wichtig: Bitte dem Antrag unbedingt beifügen:

- 1. Kopie des Personalausweises, Vorder- und Rückseite**
- 2. Aktuelle Verdienstabrechnung oder Rentenbescheid mit IBAN/Konto**

Praxisstempel, Unterschrift: Zahnärztin/Zahnarzt

Diesen ANTRAG bitte
abtrennen und ausgefüllt
zurücksenden an:



Zahntechnische Abrechnungsstelle
Postfach 1363
53840 Troisdorf

Datenschutz/Einwilligung

Ich/Wir willige(n) ein, dass meine/unsere Daten von der ZAG Plus Partnerbank zum Zwecke der Vertragsabwicklung verarbeitet und gespeichert werden. Ich/Wir willige(n) ein, dass meine/unsere Daten zur Kundenbetreuung verwendet werden dürfen. Weiterhin willige(n) ich/wir ein, dass die ZAG Plus die Finanzierungsentscheidung an den/die Leistungserbringer/ Behandler übermittelt. Es kommen die Datenschutzbestimmungen der Bundesrepublik Deutschland zur Anwendung.

SCHUFA/Auskunfteien

Ich/Wir willige(n) ein, dass meine/unsere Daten von der ZAG Plus Partnerbank zum Zwecke der Bonitätsprüfung der SCHUFA Holding AG, Privatkunden Service Center, Postfach 103441, 50474 Köln, sowie gegebenenfalls anderen Auskunfteien übermittelt werden. Insoweit befreie(n) ich/wir die ZAG Plus Partnerbank vom Bankgeheimnis und ermächtige(n) diese zur Einholung einer Bankauskunft der im Antrag durch mich/uns angegebenen Bank/Kontoverbindung. Ich/Wir können Auskunft bei der SCHUFA über die mich/uns betreffenden gespeicherten Daten sowie weitere Informationen über das SCHUFA-Auskunfts- und SCHUFA-Score-Verfahren bei der SCHUFA Holding AG, Privatkunden Service Center, Postfach 103441, 50474 Köln, erhalten.

Voraussichtlicher Finanzierungsbetrag
Mindestsumme für Antrag und
Auszahlung 200 €

EUR:

6	12	18	24	36	48	60
---	----	----	----	----	----	----

Gewünschte Laufzeit in Monaten

oder: monatliche Wunschrate in EUR (min. 15 €)

Ich versichere, dass die vorstehenden und rückseitigen Angaben richtig sind und stimme den Bedingungen zur Schufaklausel, die ich gelesen habe, zu.

X

Ort, Datum, Unterschrift des Antragsstellers

Bestätigung

Schritt 2

Bitte nach Behandlungsende ausfüllen und von Ihrer Zahnärztin oder Ihrem Zahnarzt bestätigen lassen.

Mein Eigenanteil beträgt (EUR):

Beantragt wurde bisher:

- Der tatsächliche Eigenanteil ist **min. 250 €** höher als die Antragssumme. Ich bitte um **Zusendung eines neuen Kreditvertrages**.
- Der tatsächliche Eigenanteil ist **etwas höher** als die Antragssumme. **Den Differenzbetrag zahle ich daher direkt** an die Zahnarztpraxis.

Ist der tatsächliche Eigenanteil niedriger als die bisherige Antragssumme, so wird der Kreditvertrag hierauf angepasst.

Die zahnärztlichen Leistungen wurden vollständig erbracht; Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der mir vorliegenden Liquidation.

Vorname, Name – ggf. Geburtsname

Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)

Geburtsort

X

Ort, Datum, Unterschrift des Antragstellers

Nummer des Personalausweises

Die Legitimation des Patienten wurde geprüft:

Praxisstempel, Unterschrift: Zahnärztin/Zahnarzt

Diese **BESTÄTIGUNG** bitte
abtrennen und ausgefüllt
zurücksenden an:



Zahntechnische Abrechnungsstelle
Postfach 1363
53840 Troisdorf

Wichtig:

Füllen Sie den Antrag in allen Punkten sorgfältig aus und fügen Sie bitte die angeforderten Unterlagen dem Antrag bei, damit die Entscheidung zur Genehmigung schnellstens erfolgen kann.

Info-Hotline 02241/91 31 0

DENTA.pay® ist ein Finanzservice von



und Ihrem Dentallabor.



Der Marktführer für Qualität Zahnersatz aus dem Ausland

Finanzierungsbeispiel

Nutzen Sie für Ihre Zahnersatzfinanzierung die zinslose Laufzeit von 6 Monatsraten. Bei einer Finanzierungssumme von 1.200 € begleichen Sie Ihr Darlehen mit 6 Monatsraten zu je 200 €. Für die gleiche Finanzierungssumme gelten alternativ die folgenden Raten bei angegebenen Laufzeiten:

Finanzierungssumme: 1.200 €

Laufzeit in Monaten

12	18	24	36	48
----	----	----	----	----

Monatliche Rate

101,56 €	69,23 €	53,05 €	36,88 €	29,61 €
----------	---------	---------	---------	---------

Andere Laufzeiten und Zinssätze auf Anfrage.

Effektiver Jahreszins und gebundener Sollzins betragen 0,00% p.a. bei einer Laufzeit von 6 Monaten. Diese Konditionen gelten nur bei Gewährung durch die Leistungserbringer.

Bei Fragen zur Finanzierung wenden Sie sich bitte an die Info-Hotline der ZAG Plus: 02241/91 31 0.

