

Information



für unsere Patienten
über die günstige

Teilzahlung

als bequeme Möglichkeit
zur Regulierung Ihres

Eigenanteils

Ein Service von:



Der Marktführer für Qualität Zahnersatz aus dem Ausland

www.dentapay.de

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

ZAG Plus
medical Finance

Zahntechnische Abrechnungsstelle
Postfach 1363
53840 Troisdorf

Diesen **ANTRAG** bitte
abtrennen und ausgefüllt
zurücksenden an:

ZAG Plus
medical Finance

Zahntechnische Abrechnungsstelle
Postfach 1363
53840 Troisdorf

Infoline: 01805-213106

DENTA.pay© ist ein Finanzservice von



Einzelhandels-, Versandhandels- und sonstigen Unternehmen, die gewerbsmäßig Geld- oder Warenkredite an Konsumenten geben, Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von Kunden geben zu können. Sie stellt diese Daten ihren Vertragspartnern nur zur Verfügung, wenn diese ein berechtigtes Interesse an der Datenübermittlung glaubhaft darlegen. Die SCHUFA übermittelt nur objektive Daten ohne Angabe des Kreditnehmers: subjektive Werturteile, persönliche Einkommens- und Vermögensverhältnisse sind in SCHUFA-Auskünften nicht enthalten. Der Darlehnsnehmer kann Auskunft bei der SCHUFA über die ihn betreffenden gespeicherten Daten erhalten.

Der Darlehnsnehmer willigt ein, dass im Falle eines Wohnungswechsels die genannte SCHUFA die Daten an die dann zuständige SCHUFA übermittelt. Weitere Informationen über das Schufa-Verfahren enthält ein Merkblatt, das auf Wunsch zur Verfügung gestellt wird.

Zugleich willigt er ein, dass die Bank bei der KSV-Kreditschutzvereinigung GmbH, Florianstr.3, 44139 Dortmund, anfragen kann und bei Krediten ab EUR 50.000,- in gleicher Form und gleichem Umfang Daten übermittelt und die KSV diese Daten in entsprechender Weise nutzt.



Der Marktführer für Qualität Zahnersatz aus dem Ausland

Schufa-Klausel

Der Darlehnsnehmer willigt ein, dass die finanzierende Bank der für seinen Wohnsitz zuständigen SCHUFA-Gesellschaft (Schutzgemeinschaft für allgemeine Kreditsicherung) Daten über die Beantragung, die Aufnahme, (Kreditnehmer, Mitschuldner, Kreditbetrag, Laufzeit, Ratenbeginn) und vereinbarungsgemäße Abwicklung (z. B. vorzeitige Rückzahlung, Laufzeitverlängerung) dieses Kredites und eventueller weiterer Kredite, in die Ansprüche aus diesem Kredit einfließen, übermittelt. Unabhängig davon wird die Bank der SCHUFA auch Daten aufgrund nicht vertragsgemäßer Abwicklung (z.B. Kündigung des Kredites, Inanspruchnahme einer vertraglich vereinbarten Lohnabtretung, beantragter Mahnbescheid bei unbestrittener Forderung sowie Zwangsvollstreckungsmaßnahmen) melden. Diese Meldungen dürfen nach dem Bundesdatenschutzgesetz nur erfolgen, soweit dies zur Wahrung berechtigter Interessen der Bank, eines Vertragspartners der SCHUFA oder der Allgemeinheit erforderlich ist und dadurch meine schutzwürdigen Belange nicht beeinträchtigt werden. Soweit hiernach eine Übermittlung erfolgen kann, befreie ich die Bank zugleich vom Bankgeheimnis. Die SCHUFA speichert die Daten um den ihr angeschlossenen Kreditinstituten, Leasinggesellschaften,

Voraussichtlicher Finanzierungsbetrag:

EUR

- Mindestantragssumme EUR 250,00

Gewünschte Laufzeit in Monaten:

oder: Monatliche Wunschrate mind. EUR 15,00

6 12 18 24 36 48 60 72

EUR

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

X **X**
Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers

Ihr Zahnarzt

legt genau wie Sie größten Wert auf Ihre bestmögliche Zahnversorgung und Ihre Gesundheit. Die Vorschläge basieren auf Ihrem persönlichen Befund und sichern Ihnen die optimalen Ergebnisse in Bezug auf Ästhetik und Funktion.

Um Ihnen trotz der erhöhten Eigenbeteiligung die für Sie richtige Versorgung zu ermöglichen, hält die **MDH AG - Mamisch Dental Health AG** in Kooperation mit der **ZAG Plus medicalFinance** ein günstiges und einfaches Finanzierungskonzept für Sie bereit:

Die günstige **DENTA.pay**® Teilzahlung

Laufzeit in Monaten

6	12	18	24	36
- effektiver Jahreszins - effektiver Jahreszins -				
%	%	%	%	%
0,0	2,9	4,9	5,9	6,9

... und so einfach geht's:

1 Nach Erstellung des Heil- und Kostenplanes stehen Ihre Kosten fest. Tragen Sie diesen Betrag in den unverbindlichen **VORANTRAG (1)** und schicken diesen *komplett ausgefüllt* an die ZAG Plus. Sie erhalten dann Ihr Teilzahlungsangebot, mit Einberechnung der Bearbeitungsgebühren, dass Sie dann bitte unterschrieben zurücksenden.

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. Fertig! Die Zahlung erfolgt durch die ZAG Plus direkt an Ihren Zahnarzt, Sie zahlen lediglich in bequemen, günstigen Monatsraten.

Bestätigung

2

Bitte nach Behandlungsende ausfüllen und von Ihrem Arzt bestätigen lassen

Mein Eigenanteil beträgt: EUR

Beantragt wurde bisher: EUR

Der tatsächliche Eigenanteil ist **min. EUR 250,00 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 Differenzbetrag dem Finanzierungskonto gutgeschrieben.

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

Vorname, Name - ggf. Geburtsname

Tag Monat Jahr
Geburtsdatum Geburtsort

X

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers

Nummer des Personalausweises

Die Legitimation des Patienten wurde geprüft:

DENTA.pay® Praxis:

Stempel

Unterschrift: Zahnärztin/Zahnarzt

VORANTRAG

1

Vorname, Name - ggf. Geburtsname

Tag Monat Jahr
Geburtsdatum Geburtsort

Anschrift: Straße, Hausnummer

PLZ Ort wohnhaft seit

frühere Anschrift (bei Wohnwechsel innerhalb der letzten 3 Jahre)

Derzeitige Tätigkeit selbstständig ja nein
Zutreffendes ankreuzen

Arbeitgeber Netto-Einkommen

Beschäftigt seit monatlich
Miete incl. Nebenkosten monatl.:
- Bei Wohneigentum monatliche Belastung bitte angeben.

Familienstand

ledig verheiratet geschieden verwitwet Unterhaltspf. Kinder - Anzahl

Bitte Telefonverbindung unbedingt angeben - möglichst Festnetz

Telefon: Bitte senden Sie mir den Vertrag per E-Mail

E-Mail:

Bitte dem Antrag unbedingt beifügen:
1. Kopie des Personalausweises
Vorder- und Rückseite
2. Aktuelle Gehaltsabrechnung

Wichtig

DENTA.pay® Praxis:

Stempel

Unterschrift: Zahnärztin/Zahnarzt