

www.dentapay.de

Zahn technische Abrechnungsstelle
Postfach 1363
53840 Troisdorf

ZAG Plus
medical Finance

Diesen ANTRAG bitte
abtrennen und ausgefüllt
zurücksenden an:

V-05-2018

www.dentapay.de

Zahn technische Abrechnungsstelle
Postfach 1363
53840 Troisdorf

ZAG Plus
medical Finance

Diese BESTÄTIGUNG bitte
abtrennen und ausgefüllt
zurücksenden an:

V-05-2018

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.

Ihre Infoline
02241 - 9131 0

DENTA.pay© ist ein Finanzservice von



und Ihrem Dental-Labor:

Dentallabor
Mustermann GmbH

DENTA.pay©

ab
0,0%!*
bei 6 Monaten
Laufzeit

Die günstige
Finanzierung für
unsere Patienten

* Diese Konditionen gelten nur bei Gewährung durch die Leistungserbringer. Der nominale Jahreszins beträgt zwischen 7,9 und 8,9%

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. 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:

2.180,-- EUR

Mindestsumme für Antrag und Auszahlung € 200,00

Gewünschte Laufzeit in Monaten:

oder: Monatliche Wunschrate min. € 15,00

6 12 24 ~~36~~ 48 60

EUR

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

X
München, 15.01.XX
Ort, Datum

X
Unterschrift
Unterschrift des Antragstellers



Ihr Zahnarzt

legt genau wie Sie größten Wert auf Ihre bestmögliche Zahnversorgung und Ihre Gesundheit. Die Zuzahlungen Ihrer Krankenkasse reichen oft nicht aus, Ihre Wünsche für gutes Aussehen zu ermöglichen.

Damit Sie auf keinen Fall an Ihrem persönlichen Auftritt sparen müssen, gibt es ein attraktives Finanzierungsangebot, dass Ihr Dentallabor und die ZAG Plus medicalFinance für Sie entwickelt haben:

Die günstige **DENTA.pay**® Teilzahlung

Laufzeit in Monaten					48
6	12	18	24	36	bis 60
- effektiver Jahreszins - effektiver Jahreszins - effektiver Jahres					
%	%	%	%	%	%
0,0	2,9	4,9	5,9	6,9	8,9

Gönnen Sie sich Ihre Individualität! Finanzierungskosten, die Kompromisse überflüssig machen! Wahlweise mit oder ohne Restschuldversicherung.

... und so einfach geht's

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

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:

2.209,84 EUR

Beantragt wurde bisher:

2.180,-- 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

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

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

Josef Schneider

Vorname, Name - ggf. Geburtsname

Tag **12** Monat **04** Jahr **1966**

Berlin

Geburtsdatum

Geburtsort

München, 23.02.xx

X **Unterschrift**

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Nummer des Personalausweises

5849245732 D

Die Legitimation des Patienten wurde geprüft:

Praxis:

DENTA.pay® Stempel

Ihr Praxis

- Stempel -

Unterschrift: Zahnärztin / Zahnarzt

VORANTRAG 1

Josef Schneider

Vorname, Name - ggf. Geburtsname

Tag **12** Monat **04** Jahr **1966**

Berlin

Geburtsdatum

Geburtsort

Waldweg 47

Anschrift: Straße, Hausnummer

81541

München

2014

PLZ

Ort

wohnhaft seit

frühere Anschrift (bei Wohnwechsel innerhalb der letzten 3 Jahre)

Installateur

Derzeitige Tätigkeit

ECOLINE GmbH, München

Arbeitgeber

April 2011

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

monatlich

845,-

Beschäftigt seit

Familienstand

Bitte Telefonverbindung **unbedingt angeben** - möglichst Festnetz

ledig

Telefon: **089-5421156**

X verheiratet

E-Mail: **jschneidermue@web.de**

geschieden

verwitwet

Unterhaltspf. Kinder- Anzahl

WICHTIG Bitte dem Antrag **unbedingt beifügen**:
1. Kopie des Personalausweises Vorder- und Rückseite
2. Aktuelle Verdienstabrechnung oder Rentenbescheid mit IBAN / Konto

Praxis:

DENTA.pay® Stempel

Ihr Praxis

- Stempel -

Unterschrift: Zahnärztin / Zahnarzt