

# Günstige Finanzierung für unsere Patienten



bei 6 Monaten Laufzeit **0,0%\***  
 bei 12 Monaten Laufzeit **2,9%\***  
 eff. Jahreszins

## DENTA.pay<sup>©</sup>

Ein Service der **ZAG Plus medicalFinance** und:

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

www.dentapay.de

**ZAG Plus**  
 medicalFinance

Zahntechnische Abrechnungsstelle  
 Postfach 1363  
 53840 Troisdorf

V-04-2015



**Infoline:**  
**0 180 5 - 213106**

DENTA.pay<sup>©</sup> ist ein Finanzservice von



**und Ihrem Dental-Labor:**

Diesen ANTRAG bitte  
 abtrennen und ausgefüllt  
 zurücksenden an:

V-04-2015

**ZAG Plus**  
 medicalFinance

Zahntechnische Abrechnungsstelle  
 Postfach 1363  
 53840 Troisdorf

**Schufa-Klausel**

Der Darlehensnehmer 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,

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 Darlehensnehmer kann Auskunft bei der SCHUFA über die ihn betreffenden gespeicherten Daten erhalten.

Der Darlehensnehmer 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.

**Voraussichtlicher Finanzierungsbetrag:**  EUR  
 Mindestsumme für Antrag und Auszahlung € 300,00

**Gewünschte Laufzeit in Monaten:**  oder: **Monatliche Wunschrate min. € 15,00**

6	12	24	36	48	60	72	84	<input type="text"/>
								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 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					
6	12	18	24	36	48 bis 84
- effektiver Jahreszins - effektiver Jahreszins - effektiver Jahreszins					
%	%	%	%	%	%
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 unverbindlichen **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:  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 | Geburtsort

Ort, Datum | Unterschrift des Antragstellers

Nummer des Personalausweises

Die Legitimation des Patienten wurde geprüft:

Praxis:

**DENTA.pay** 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 | selbständig (ja/nein) | Zutreffendes ankreuzen

Arbeitgeber | Netto-Einkommen

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

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**

Praxis:

**DENTA.pay** Stempel

Unterschrift: Zahnärztin / Zahnarzt