



ZAHNERSATZ-FINANZIERUNG

**Hochwertiger
Zahnersatz günstig
finanziert mit**

DENTA.pay[®]

Bei 4 und
6 Monaten
Laufzeit
0,0%
effektiver
Jahreszins

Bei 12
Monaten
Laufzeit
2,9%
effektiver
Jahreszins

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

ZAG Plus
medical Finance

Zahntechnische Abrechnungsstelle
Kronenstr. 26
53840 Troisdorf

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

ZAG Plus
medical Finance

Zahntechnische Abrechnungsstelle
Kronenstr. 26
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 weitere Kredite, in die Ansprache 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 Kreditin-

stituten, 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 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 den 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.

Haben Sie noch Fragen zur Patientenfinanzierung?
Rufen Sie uns einfach an, wir helfen Ihnen gerne weiter.

Infoline: 01805 - 21 31 06
www.zagplus.com

DENTA.pay[®] ist ein Finanzservice von



Grazer Straße 8 · 28359 Bremen / Germany
Tel: +49 (0) 421 247 147-0 · Fax: +49 (0) 421 247 147-9
E-Mail: info@dentaltrade.de · www.dentaltrade.de



Fotos: © dentaltrade-media, Fotolia LLC (Mattilda)

Voraussichtlicher Finanzierungsbetrag:
- Mindestantragssumme EUR 250,00

	€
--	---

Gewünschte Laufzeit in Monaten:
- Mindestrate monatlich EUR 25,00

4	6	12	18	24	36
---	---	----	----	----	----

Ich wünsche die Finanzierung mit
einer Restschuldversicherung:

Ja	Nein
----	------

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

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers

Ihr Zahnarzt

legt genau wie Sie größten Wert auf Ihre bestmögliche Zahnversorgung und Ihre Gesundheit. Die Zuzahlung Ihrer Krankenkasse reicht oft nicht aus, Ihre Ansprüche an ein gutes Aussehen zu verwirklichen. Damit Sie auf keinen Fall an Ihrem neuen Lächeln sparen müssen, gibt es ein attraktives Finanzierungsangebot, das dentaltrade und die ZAG Plus medical-Finance für Sie entwickelt haben:

Die günstige **DENTA.pay**® Teilzahlung.

Laufzeit Monate	4	6	12	18	24	36
Effektiver Jahreszins	0,0%	0,0%	2,9%	4,9%	5,9%	6,9%

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

Und so einfach geht's:

1. Vorantrag

Nach Erstellung des Heil- und Kostenplanes steht Ihr voraussichtlicher Eigenanteil für die Behandlung fest. Tragen Sie diesen voraussichtlichen Finanzierungsbetrag in den unverbindlichen VORANTRAG (1) ein und schicken diesen komplett ausgefüllt vor Beginn der Behandlung an die ZAG Plus. Sie erhalten dann ein auf Sie zugeschnittenes, günstiges Teilzahlungsangebot, das Sie im Bedarfsfalle unterschrieben zurücksenden.

2. Bestätigung

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

Bitte nach Behandlungsende ausfüllen und von Ihrem Arzt bestätigen lassen.

Mein Eigenanteil beträgt: €

Beantragt wurde bisher: €

Der tatsächliche Eigenanteil ist deutlich 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

Ort, Datum X Unterschrift des Antragstellers

Nummer des Personalausweises:

Die Legitimation des Patienten wurde geprüft.

DENTA.pay®

Praxisstempel

Unterschrift: Zahnärztin / Zahnarzt

Vorantrag

Bitte vor Beginn der Behandlung ausfüllen und an die ZAG Plus schicken.

Vorname, Name - ggf. Geburtsname

Tag Monat Jahr

Geburtsdatum Geburtsort

Anschrift: Straße, Hausnummer

PLZ Ort wohnhaft seit

frühere Anschrift (bei Wohnortwechsel innerhalb der letzten 3 Jahre)

derzeitige Tätigkeit Ja Nein Selbstständig? Zutreffendes ankreuzen

Arbeitgeber Netto-Einkommen

beschäftigt seit Miete inkl. Nebenkosten monatl.: Bei Wohneigentum bitte monatl. Belastung angeben:

Familienstand

- ledig
- verheiratet
- geschieden
- verwitwet
- unterhaltspfl. Kinderanzahl

Bitte dem Antrag unbedingt beifügen:

1. Kopie des Personalausweises
2. Kopie der EC-Karte bis € 3.000,- ab € 3.000,- zusätzlich aktuelle Gehaltsabrechnung

Zur Erleichterung der Darlehensentscheidung ist es sinnvoll, von einem zweiten Darlehensnehmer die gleichen Antragsunterlagen beizufügen.

Rückseite bitte ausfüllen!

DENTA.pay®

Praxisstempel

Unterschrift: Zahnärztin / Zahnarzt