www.dentapay.de

Diesen ANTRAG bitte abtrennen und ausgefüllt zurücksenden an:

V-05-2018

ZAG Plus medicalFinance

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. 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 **€ 200,00**

EUR

**Gewünschte Laufzeit in Monaten:**

| 6 | 12 | 24 | 36 | 48 | 60 |
|---|---|---|---|---|---|

oder: **Monatliche Wunschrate min. € 15,00**

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*

www.dentapay.de

Diese BESTÄTIGUNG bitte abtrennen und ausgefüllt zurücksenden an:

V-05-2018

ZAG Plus medicalFinance

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.**

**Ihre Infoline**
**02241 - 9131 0**

**DENTA.pay© ist ein Finanzservice von**

ZAG Plus medicalFinance www.zagplus.com

medicalFinance www.medicalFinance.de

dental Finanz www.dentalFinanz.de

**und Ihrem Dental-Labor:**

DENTALART DRESDEN

# DENTA.pay©

## Die günstige Finanzierung für unsere Patienten

* Diese Konditionen gelten nur bei Gewährung durch die Leistungserbringer. Andere Laufzeiten und Zinssätze auf Anfrage.

# 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 60 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| - 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

**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 ein auf Sie zugeschnittenes, günstiges Teilzahlungsangebot, das Sie im Bedarfsfalle 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

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.**

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)

selbständig ja nein

Derzeitige Tätigkeit

Netto-Einkommen monatlich

Arbeitgeber

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

Beschäftigt seit

Bitte Telefonverbindung **unbedingt angeben** - möglichst Festnetz

Familienstand

ledig

verheiratet

geschieden

verwitwet

Unterhaltspfl. Kinder- Anzahl

**Telefon:**

**E-Mail:**

**WICHTIG**

**Bitte dem Antrag unbedingt beifügen:**

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

DENTA.pay©

Praxis:

Stempel

Unterschrift: Zahnärztin / Zahnarzt