www.dentapay.de

medical Finance
Postfach 3224
53639 Königswinter

Diesen ANTRAG bitte abtrennen und ausgefüllt zurücksenden an:

·-06-202:

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 € 400,00

EUR

Gewünschte Laufzeit in Monaten:

6 | 12 | 24 | 36 | 48 | 60 | 72

oder: N

Monatliche Wunschrate:

EUR

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

X

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

www.dentapay.de

medical Finance
Postfach 3224
53639 Königswinter

Diese BESTÄTIGUNG bitt abtrennen und ausgefüllt zurücksenden an:

/-06-202

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 02244 - 8414932 info@dentapay.de

DENTA.pay© ist ein Finanzservice von





und Ihrem Dental-Labor:

DENTA.pay[©]



Hochwertiger Zahnersatz für Ihr schönstes Lächeln

Die günstige Finanzierung für unsere Patienten

Antragsstellung auch Online möglich unter: www.dentapav.de



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 4							
6	12	18	24	36	72		
- effektive	- effektiver Jahreszins - effektiver Jahreszins - effektiver Jahres						
%	%	%	%	%	%		
0,0	2,9	4,9	5,9	6,9	8,9		

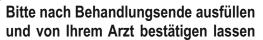
Gönnen Sie sich Ihre Individualität! Finanzierungskosten, die Kompromisse überflüssig machen! Wahlweise mit oder ohne Restschuldversicherung.

... und so einfach geht's

Nach Erstellung des Heil- und Kostenplanes stehen Ihre Kosten fest. Tragen Sie diesen Betrag in den 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



Mein Eigenanteil beträgt:			Beantragt wurde bisher:			
		EUR	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	lst 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.						
Vornam	ne, Name - ggf. Geburtsnar	ne				
Tag	Monat Jahr					
Geburts	sdatum		Geburtsort			
		X				
Ort, Da	tum		Unterschrift des Antragstellers			
Numme	er des Personalausweises					
Die Legitimation des Patienten wurde geprüft:						



VORANTRAG

Vorname	e, Name - ggf. C	eburtsnan	ne				
Tag	Monat Jahr						
Geburts	datum		Geburtsort				
Anschrift: Straße, Hausnummer							
PLZ	Or	-		wohnhaft seit			
frühere /	Anschrift (bei V	Vohnwech	sel innerhalb der letzten	3 Jahre)			
				selbständig			
				ja nein			
Derzeitig	e Tätigkeit			Netto-Einkommen			
Arbeitgeber		Miete incl. Nebenkosten monatl.:		monatlich			
		- Bei W	ohneigentum monatliche ng bitte angeben:				
Beschäft	igt seit	Delasiu	ng bille angeben.				
Familienstand		Bitte Telefo	onverbindung unbedingt angeb	en - möglichst Festnetz			
	ledig	Telefon:					
	verheiratet	E-Mail:					
	geschieden	<u>១</u>	Bitte dem Antrag unbed				
	verwitwet	某	Kopie des Personalausweises Vorder- und Rückseite				
	Unterhaltspfl. Kinder- Anzahl		. Aktuelle Verdienstak oder Rentenbescheid mi				
(O_	Praxis:		1				

