Diesen ANTRAG bitte abtrennen und ausgefüllt zurücksenden an:

V-09-2023

ZAG Plus medical Finance
Postfach 3224
53639 Königswinter

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	18	24	36	48	60	72

Monatliche Wunschrate:

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*

Diese BESTÄTIGUNG bitte abtrennen und ausgefüllt zurücksenden an:

V-09-2023

ZAG Plus medical Finance
Postfach 3224
53639 Königswinter

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@medical-pay.de

medical.pay ©

ist ein Finanzservices der ZAG Plus für

Health & Beauty, zum Beispiel:

Schönheits-Chirurgie
Haartransplantationen
Hörgeräte Akustik | Orthopädie
Augenlaser | Veterinärmedizin
Zahnersatzversorgung

medical.pay ©

Healthcare & Beauty

Die günstige Finanzierung für unsere Patienten

Schon ab 0% Zinsen

Antragsstellung auch Online möglich unter:
www.medical-pay.de

Ihr Behandler

legt genau wie Sie größten Wert auf Ihre bestmögliche Versorgung, Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden.
Die Zuzahlungen Ihrer Krankenkasse reichen oft nicht aus, Ihre Wünsche über notwendigste Versorgung hinaus zu ermöglichen.

Damit Sie auf keinen Fall an Ihren persönlichen Vorstellungen einer optimalen Behandlung für sich sparen müssen, gibt es günstige und einfache Finanzierungsangebote, die Ihnen die **ZAG Plus medicalFinance** zur Verfügung stellt.

Die günstige medical.pay© Teilzahlung, - rund um

Gesundheit & Wohlbefinden

Finanzierungskosten, die Kompromisse überflüssig machen! Je nach Leistungsumfang zwischen **0,0%** und 8,9% eff. Jahreszins!

... und so einfach geht´s

1 Tragen Sie Ihren zu zahlenden Betrag in den unverbindlichen **VORANTRAG (1)** und schicken diesen **komplett ausgefüllt** an die medicalFinance. 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 Behandler abzeichnen und an die ZAG Plus senden. Fertig!
Die Zahlung erfolgt durch die ZAG Plus direkt an Ihren Behandler, Sie zahlen lediglich in bequemen, günstigen Monatsraten.

Bestätigung 2

Bitte nach Behandlungsende ausfüllen und von Ihrem Behandler / Klinik 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 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:

medical.pay©

Stempel

Unterschrift: Behandler / Praxis / Klinik

VORANTRAG 1

Vorname, Name - ggf. Geburtsname

Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr) Geburtsort

Staatsangehörigkeit Familienstand Kinder im Haushalt

Anschrift: Straße, Hausnummer

PLZ Ort wohnhaft seit

telefonisch erreichbar unter per E-Mail erreichbar unter

frühere Anschrift (bei Wohnwechsel innerhalb der letzten 3 Jahre)

◯ Angestellte/r ◯ Beamter/in ◯ Auszubildende/r

◯ Rentner/in ◯ selbständig (seit _____) ◯ Student/in

Arbeitgeber, seit (Monat, Jahr) Netto-Einkommen (Monat)

Einkommen (Ehe-Partner-in) Unterhaltszahlung (Monat)

Warmmiete (Monat) Hypothekenzahlung (Monat)

Abbuchungen bitte zum ◯ 1. des Monats ◯ 15. des Monats

Korrespondenz /Vertrag bitte per ◯ Post ◯ E-Mail

Patientenname (falls abweichend)

1. **Kopie des Personalausweises, Vorder- und Rückseite**
2. **Aktuelle Verdienstabrechnung oder Rentenbescheid**
3. **Kopie der EC-Karte, Vorder- und Rückseite**

medical.pay©

Stempel

Unterschrift: Behandler / Praxis / Klinik