

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 notwendige 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

Tragen Sie Ihren zu zahlenden 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 Behandler abzeichnen und an die ZAG Plus medicalFinance 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 Arzt bestätigen lassen

Mein Eigenanteil beträgt: **2.209,84** EUR

Beartragt wurde bisher: **2.180,-** 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 Praxis

Ist der tatsächliche Eigenanteil niedriger als die bisherige Antragssumme, so wird der Differenzbetrag dem Finanzierungskonto gutgeschrieben.

Die Leistungen wurden vollständig erbracht. Ich bestätige die Richtigkeit der mir vorliegenden Liquidation / Rechnung

Josef Schneider

Vorname, Name - ggf. Geburtsname

Tag **12** Monat **04** Jahr **1966** **Berlin**
Geburtsdatum Geburtsort

München, 18.03.XX X

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers

Nummer des Personalausweises **5849245732 D**

Die Legitimation des Patienten wurde geprüft

medical.pay[®] Praxis: **Stempel**
Unterschrift: Ärztin / Arzt / Behandler

VORANTRAG 1

Josef Schneider

Vorname, Name - ggf. Geburtsname

Tag **12** Monat **04** Jahr **1966** **Berlin**
Geburtsdatum Geburtsort

Waldweg 47

Anschrift: Straße, Hausnummer

81541 **München** **1993**
PLZ Ort wohnhaft seit

frühere Anschrift (bei Wohnwechsel innerhalb der letzten 3 Jahre)

Installateur

Derzeitige Tätigkeit

Keller GmbH, München

Arbeitgeber

2003

Beschäftigt seit

Familienstand

ledig

verheiratet

geschieden

verwitwet

Unterhaltspf. Kinder- Anzahl

1

1

Telefon:

Bitte unbedingt beifügen:

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

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

selbständig

ja

Zutreffendes ankreuzen

Netto-Einkommen

1.850,-

monatlich

780,-

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

Rückseite bitte beachten

medical.pay[®] Praxis: **Stempel**
Unterschrift: Ärztin / Arzt / Behandler

medical Finance
Finanzservices der ZAG Plus
Kronenstr. 26
D-53840 Troisdorf

Diesen ANTRAG bitte
abtrennen und ausgefüllt
zurücksenden an:

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:

- Mindestantragssumme EUR 400,00

2.180,- EUR

Gewünschte Laufzeit in Monaten:

- Mindestrate monatlich EUR 40,00

4 6 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.

X München, 15.02.XX

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

www.medicalFinance.de

medical Finance
Finanzservices der ZAG Plus
Kronenstr. 26
D-53840 Troisdorf

Diese BESTÄTIGUNG bitte
abtrennen und ausgefüllt
zurücksenden an:

Infoline:
0 180 5 - 213106

medical.pay© ist ein Finanzservice von



und:

Gesundheit & Wohlbefinden



Günstige Finanzierung für unsere Patienten

Ab
0,0%*
eff. Jahreszins

medical.pay©

Ein Service von www.medicalFinance.de
und:

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