



premident

Premium-Zahnersatz zu fairen Preisen



Finanzierung zu fairen Preisen mit bis zu 84 Monaten Laufzeit

Finanzierungsangebot

Kombinieren Sie unseren Premium-Zahnersatz zu fairen Preisen mit unserem kostengünstigen Finanzierungsangebot.

“Erstklassige Versorgung für jedermann und zu jeder Zeit. Das ist unsere Motivation!”

0,0%

bei 6 Monaten Laufzeit

2,9% bei 12 Monaten Laufzeit

Jetzt informieren auf www.premident.de oder unter 0231 - 223 919 11

Diese BESTÄTIGUNG bitte abtrennen und ausgefüllt zurücksenden an :

ZAG Plus medicalFinance
Zahntechnische Abrechnungsstelle
An der Feuerrwache 11
53840 Troisdorf



premident GmbH

Premium-Zahnersatz zu fairen Preisen

Im Defdahl 10a
44141 Dortmund
Nordrhein-Westfalen

Tel: 0231 223 919 11
Fax: 0231 223 919 63
Email: Info@premident.de

Unser Finanzierungsservicepartner ist:



Infoline: 0 180 5 - 213106

Foto: Fotolia.com

Diesen ANTRAG bitte abtrennen und ausgefüllt zurücksenden an :

ZAG Plus medicalFinance
Zahntechnische Abrechnungsstelle
An der Feuerrwache 11
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 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 300,00

EUR

Gewünschte Laufzeit in Monaten:

oder: Monatliche Wunschrate mind. EUR 15,00

6 12 24 36 48 60 72 84

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

Ihr Zahnarzt

legt genau wie Sie größten Wert auf Ihre bestmögliche Zahnversorgung und Ihre Gesundheit. Die Zuzahlung Ihrer Krankenkasse reicht oft nicht aus, um Ihre Wünsche für eine optimale Versorgung zu ermöglichen. Damit Sie auf keinen Fall an Ihrem persönlichen Auftritt sparen müssen, gibt es ein attraktives Finanzierungsangebot, dass **premident** und die **ZAG Plus** medical-Finance für Sie entwickelt haben:

Unser Teilzahlungsangebot



Laufzeit in Monaten:	6	12	18	24	36
Effektiver Jahreszins*	0,0%	2,9%	4,9%	5,9%	6,9%

*Zinsangebot nur in Verbindung mit premident-Zahmersatz gültig.

Gönnen Sie sich Ihre Individualität! Finanzierungskosten, die Kompromisse überflüssig machen!

... 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.



2 BESTÄTIGUNG

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

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:

Praxis:

Stempel/ Unterschrift: Zahnärztin / Zahnarzt



1 VORANTRAG

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)

Derzeitige Tätigkeit selbständig ja nein
Zutreffendes ankreuzen

Arbeitgeber Netto-Einkommen

Beschäftigt seit Miet- inkl. Nebenkosten monatl.:
- Bei Wohneigentum monatliche Belastung bitte angeben:

Familienstand ledig verheiratet geschieden verwitwet Unterhaltspf. Kinder- Anzahl

Bitte Telefonverbindung unbedingt angeben - möglichst Festnetz

Telefon:

Bitte senden Sie mir den Vertrag per E-Mail

E-Mail an:

Bitte dem Antrag unbedingt beifügen:
1. Kopie des Personalausweises Vorder- und Rückseite
2. Aktuelle Gehaltsabrechnung

Wichtig

Praxis:

Stempel/ Unterschrift: Zahnärztin / Zahnarzt