

www.medicalFinance.de

**medical Finance**<sup>®</sup>  
Finanzservices der ZAG Plus  
Postfach 1363  
D-53840 Troisdorf

V-05-2018

Diesen ANTRAG bitte  
abtrennen und ausgefüllt  
zurücksenden an:

www.medicalFinance.de

**medical Finance**<sup>®</sup>  
Finanzservices der ZAG Plus  
Postfach 1363  
D-53840 Troisdorf

V-05-2018

Diese BESTÄTIGUNG bitte  
abtrennen und ausgefüllt  
zurücksenden an:

#### 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

Gewünschte Laufzeit in Monaten:

oder: Monatliche Wunschrate min. € 15,00

6 12 24 36 48 60 72

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

#### 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: 0180 5 - 21 31 06

# medical Finance

ist ein Finanzservices der ZAG Plus für

**Health & Beauty, zum Beispiel:**

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

# medical Finance<sup>®</sup>

## Healthcare & Beauty

ab  
**0,0%!**\*  
bei 6 Monaten  
Laufzeit

## Die günstige Finanzierung für unsere Patienten

\* Diese Konditionen gelten nur bei Gewährung durch die Leistungserbringer.

# 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

**medicalFinance**®

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 Bedarfsfall unterschrieben zurücksenden.

2 Nach Behandlungsende füllen Sie nur noch die **BESTÄTIGUNG (2)** aus, lassen diese von Ihrem Behandler abzeichnen und an die 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 Behandler 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 den / die Behandler.

**i** Ist der tatsächliche Eigenanteil niedriger als die bisherige Antragssumme, so wird der Kreditvertrag hierauf angepasst.

Die Leistungen wurden vollständig erbracht; ich bestätige die Richtigkeit der mir vorliegenden Liquidation.

Vorname, Name - ggf. Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Nummer des Personalausweises

Bestätigung des / der Behandler - Praxis - Klinik:

Behandler | Praxis | Klinik

Stempel

medicalFinance®

Unterschrift:

# 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

Arbeitgeber

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

monatlich

Beschäftigt seit

Bitte Telefonverbindung **unbedingt angeben** - möglichst Festnetz

Familienstand

ledig

Telefon:

verheiratet

E-Mail:

geschieden

verwitwet

Unterhaltspf.  
Kinder- Anzahl

**WICHTIG** Bitte dem Antrag unbedingt beifügen:  
1. Kopie des Personalausweises Vorder- und Rückseite  
2. Aktuelle Verdienstabrechnung oder Rentenbescheid mit IBAN / Konto

Behandler | Praxis | Klinik

Stempel

medicalFinance®

Unterschrift: