



Interessanti offerte di servizi e pagamenti rateali

Il Suo dentista ha scelto di collaborare con noi, i Deutschen Zahnärztlichen Rechenzentren (DZR), per poterLe offrire, insieme al miglior trattamento medico possibile, anche un servizio estremamente affidabile riguardo alla fatturazione. I servizi completi da noi offerti vanno anche a vantaggio dei pazienti..

Lei si fida del dentista e lui si fida di noi!

Dichiarazione di assenso

Avvalendosi dei nostri servizi di fatturazione, il Suo dentista sarà molto alleggerito nelle sue mansioni amministrative. Il risparmio di tempo gli consentirà di dedicarsi al 100% all'essenza della propria attività professionale: il Suo trattamento!

Per la collaborazione è necessaria la trasmissione dei Suoi dati alla Abz-zr. Per il Suo dentista ciò è possibile soltanto con il Suo assenso scritto a inoltrarci i Suoi dati personali nonostante il segreto professionale medico.

La protezione e la sicurezza dei Suoi dati personali per noi sono una questione essenziale che prendiamo molto seriamente.

In proposito, abbiamo definito misure di protezione dei dati complete.

La preghiamo di osservare le ulteriori informazioni e avvertenze riportate sul modulo per la dichiarazione di assenso e sul foglio informativo „Informazioni sulle disposizioni in materia di protezione dei dati dei pazienti“.

I Suoi vantaggi:

- Misure di protezione dei dati complete
- Utilizzo sicuro e confidenziale dei Suoi dati personali
- Concentrazione al 100% del Suo dentista sul Suo trattamento

Assistenza risarcimento

Il Suo dentista ha stilato un piano terapeutico, ma la Sua assicurazione sanitaria/assicurazione complementare privata non Le ha assegnato una copertura dei costi completa? Ha già presentato la fattura del dentista e adesso vi sono problemi da parte della Sua assicurazione sanitaria privata o dall'ente erogatore? In caso di problemi di risarcimento, il nostro team di esperti è a Sua disposizione per assistervi personalmente in modo individuale.

I Suoi vantaggi:

- Assistenza rapida in caso di problemi con la fatturazione o il risarcimento
- Presa di posizione, riferita al caso singolo e individuale, in base a sentenze aggiornate e commenti
- Esperienza di 40 anni di assistenza risarcimento
- Semplice e comodo mediante www.abz-zr.de/es

ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH

Postfach 14 54 | 82182 Gröbenzell
Telefono +49 (0)8142 6520-6
Telefax +49 (0)8142 6520-892

E-mail tzv@abz-zr.de
www.abz-zr.de/tzv

Coordinate bancarie:

DZ BANK AG
BIC/Swift GENODEFF701
IBAN DE61 7016 0000 0000 1404 44

Amministratore:

Martin Beer | Dr. Hartmut Ohm
Sede: Gröbenzell | Tribunale: München HRB 104538

■ Proroga del pagamento a prezzi modici

Le fatture a volte arrivano proprio in un momento inopportuno. Per questa ragione, i Abz-zr Le offrono la possibilità di pagare la fattura in un momento successivo.

I Suoi vantaggi:

- Accordo direttamente per telefono, senza burocrazia inutile
- A prezzi modici e orientato ai pazienti
- Semplice e veloce attraverso la nostra homepage www.abz-zr.de/zzv



■ Richiesta di pagamento rateale

Risparmiare oggi sulla salute dei Suoi denti può costareLe dolori e spese non indifferenti tra qualche anno. Non rinunci in nessun caso ad una cura ottimale dei Suoi denti. Grazie ai nostri modelli di pagamento rateale, il Suo dentista è in grado di offrirLe un servizio su misura per Lei.

I Suoi vantaggi:

- Rata mensile minima già da 25 euro
- Durate individuali fino a 48 mesi
- Senza interessi e commissioni per durate non superiori a 6 mesi
- Possibilità di dilazione delle rate
- Pagamenti straordinari o chiusura anticipata possibili in ogni momento senza costi aggiuntivi
- Contatto privo di inutile burocrazia - online attraverso www.abz-zr.de/tzv, per posta o direttamente per telefono

Attenzione:

La traduzione del nostro modulo di pagamento rateale nella vostra lingua materna è solo un servizio offerto. Dato che va applicato il diritto tedesco, possiamo occuparci della vostra richiesta di pagamento rateale solo se ci fate pervenire la richiesta firmata sull'originale in tedesco.

Vi ringraziamo per la vostra comprensione.

Attenetevi alle indicazioni riportate a pagina 3.



Pagare a rate è semplicissimo

È Lei stesso/a a decidere quanto pagare al mese e per quanti mesi. In questo modo evita che il pagamento delle prestazioni dentistiche superi il budget che ha a disposizione ogni mese. Può anche scegliere quando effettuare il pagamento, all'inizio del mese o a metà mese.

Come funziona il pagamento a rate

Se è in grado di pagare la fattura entro **2 e massimo 6** mesi corrispondendo ogni mese un importo sempre uguale, non dovrà sostenere **ulteriori spese**, a condizione che la Sua **richiesta di pagamento rateale e la prima rata pervengano entro 30 giorni dalla data di fatturazione**. Inoltre, l'intero ammontare della fattura deve essere corrisposto entro 6 mesi dalla data di fatturazione.

Durata di validità e spese

In caso di un accordo per un pagamento rateale con una durata complessiva superiore ai 6 mesi dalla data di fatturazione si hanno le seguenti **spese di finanziamento**:

| | | |
|---------------------------|------------|-----------------|
| Interessi mensili: | 7–12 mesi | 0,43 % al mese* |
| | 13–48 mesi | 0,63 % al mese |

Le condizioni e le spese di finanziamento (interessi mensili) sono indicati nell'accordo di pagamento rateale a Lei pervenuto separatamente – gli interessi sono aumentati dalla data di fatturazione sull'importo di fatturazione in sospeso. * Il tasso d'interesse presuppone un pervenimento della richiesta di pagamento rateale entro 30 giorni a partire dalla data della fattura.

La **rata mensile minima** è di **25,- euro**, la durata massima di validità è di 48 mesi.

Dilazione delle rate: Per poter superare un eventuale momento di ristrettezza finanziaria, Le offriamo la dilazione gratuita delle rate (max. una rata per anno di contratto). Basta una breve comunicazione scritta.
Pagamenti straordinari: In qualsiasi momento può effettuare dei pagamenti straordinari gratuitamente.

Chiusura anticipata: L'accordo di rateazione può essere chiuso in anticipo in qualsiasi momento e senza ulteriori costi.

Richieda un'offerta di pagamento rateale avvalendosi della richiesta allegata o visitando il sito www.abz-zr.de/tzv.

Esempi

| Durata di validità/mesi a partire dalla data di fatturazione | 6 mesi (nessuna spesa aggiuntiva) | 12 mesi |
|--|---|----------------------|
| Ammontare della fattura in euro | Rata mensile / importo complessivo in euro (arrotondato) | |
| 1.000,00 | 167,00 | 88,00 / 1.052,00 |
| 2.000,00 | 333,00 | 176,00 / 2.103,00 |
| 5.000,00 | 833,00 | 439,00 / 5.258,00 |
| 10.000,00 | 1.667,00 | 877,00 / 10.516,00 |
| 20.000,00 | 3.333,00 | 1.753,00 / 21.032,00 |
| Interessi mensili | 0 % | 0,43 % |
| interesse effettivo | 0 % | 9,85 % |
| Rata minima in euro | 25,00 | 25,00 |

L'interesse effettivo annuale e l'ammontare della rata minima dipendono da fattori individuali, ad esempio dal pervenimento della 1a rata e dalla durata complessiva (max. 48 mesi).

Richiesta di pagamento rateale

Sì, desidero avvalermi della possibilità di pagamento rateale!

La preghiamo di compilare questo modulo subito dopo la ricezione della sua fattura e di inviarlo alla ABZ-ZR. Consideri che la sua richiesta di pagamento rateale può essere realizzata **solo in connessione con il numero di fattura ABZ-ZR**.

(Indicare assolutamente il numero della fattura) Ammontare della fattura

Entro pochi giorni riceverà il suo accordo di rateazione personalizzata. **La preghiamo di osservare che** non è possibile accorpere più fatture in un unico accordo.

Destinatario/a della fattura

Nome/Cognome

Via/N° civico

CAP/Località

Data di nascita

N. di telefono per eventuali domande

My dental practice

Si prega di selezionare

l'ammontare della rata mensile (minimo 25,- euro)

oppure la durée contractuelle (mesi) (massimo 48 mesi)

quando iniziare ad effettuare i pagamenti / il termine di pagamento

entro il 1° di ogni mese

entro il 15° giorno di ogni mese

Utilizzo l'online banking, quindi non mi servono i moduli per i bonifici.

Località/Data

Firma del/della destinatario/a della fattura o del

Teilzahlungswunsch

Procedere come segue:

Variante 1:

1. Compili questo modulo al PC con Acrobat Reader nella Sua lingua (pagina 2). I Suoi dati verranno acquisiti automaticamente nel modulo in tedesco.
2. Stampi il modulo in tedesco
3. Firmare la richiesta
4. Piegare il foglio due volte, metterlo in una busta con finestra e consegnarlo direttamente al dentista o inviarlo per posta a ABZ-ZR

Variante 2:

1. Stampare questa pagina
2. Compilare la richiesta e firmarla
3. Piegare il foglio due volte, metterlo in una busta con finestra e consegnarlo direttamente al dentista o inviarlo per posta a ABZ-ZR

Ja, ich möchte die Teilzahlung nutzen!

Bitte gleich nach Erhalt Ihrer Rechnung dieses Formular ausfüllen und an ABZ-ZR senden. Bedenken Sie, dass Ihr Teilzahlungswunsch **nur in Verbindung mit der ABZ-ZR-Rechnungsnummer** bearbeitet werden kann.

Rg.-Nr.(n) (bitte unbedingt angeben) Rechnungsbetrag

Innerhalb weniger Tage erhalten Sie Ihre individuelle Teilzahlungsvereinbarung. **Bitte beachten Sie:** Es ist nicht möglich, mehrere Rechnungen in einer Vereinbarung zusammenzufassen.

Rechnungsempfänger

Vorname/Name

Straße/Hausnr.

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Telefon-Nr. für Rückfragen

Meine Zahnarztpraxis

Bitte wählen Sie

 oder

die Höhe der Monatsrate
(mind. 25,- Euro monatlich)

die Laufzeit (in Monaten)
(maximal 48 Monate)

und den gewünschten Zahlungsbeginn/Zahlungstermin:

zum 01. eines Monats

zum 15. eines Monats

Ich nutze Online-Banking und benötige daher keine Überweisungsträger.

Ort/Datum

Unterschrift des Rechnungsempfängers

08.18-2V.

ABZ
Zahnärztliches Rechenzentrum
für Bayern GmbH
Patienten-Service
Postfach 14 54
82182 Gröbenzell