



Attraktive Teilzahlungs- und Serviceangebote

Ihr Zahnarzt hat sich für die Zusammenarbeit mit uns, den Deutschen Zahnärztlichen Rechenzentren (DZR), entschieden, um Ihnen neben der bestmöglichen medizinischen Behandlung auch einen vertrauensvollen Service rund um das Thema Abrechnung bieten zu können. Dadurch profitieren auch Sie als Patient von unseren umfassenden Leistungen.

Sie vertrauen Ihrem Zahnarzt, er vertraut uns!

ABZ_TZV_V03_2018/

Einverständniserklärung

Ihr Zahnarzt wird durch die Abrechnung über uns bei seinen Verwaltungstätigkeiten deutlich entlastet. Durch die eingesparte Zeit kann sich Ihr Zahnarzt zu 100% auf den Kern seiner Tätigkeit konzentrieren: Ihre Behandlung!

Für die Zusammenarbeit ist die Weitergabe Ihrer Daten an die ABZ-ZR erforderlich. Es ist Ihrem Zahnarzt nur mit Ihrem schriftlichen Einverständnis gestattet, persönliche Daten trotz Arztgeheimnis an uns weiterzugeben.

Der Schutz und die Sicherheit Ihrer persönlichen Daten sind uns ein großes Anliegen, das wir sehr ernst nehmen. Dafür haben wir umfassende Datenschutzmaßnahmen etabliert.

Bitte beachten Sie weitere Informationen und Hinweise auf dem Einverständniserklärungsformular sowie dem Merkblatt „Informationen zum Datenschutz für Patienten“.

Ihre Vorteile:

- Umfassende Datenschutzmaßnahmen
- Sicherer und vertrauensvoller Umgang mit Ihren persönlichen Daten
- 100% Konzentration des Zahnarztes auf Sie und Ihre Behandlung

Erstattungsservice

Ihr Zahnarzt hat für Sie einen Therapieplan erstellt – Ihre private Krankenversicherung/Zusatzversicherung hat Ihnen aber leider keine vollständige Kostenzusage erteilt? Oder haben Sie bereits Ihre Zahnarztrechnung eingereicht und jetzt gibt es Fragen seitens Ihrer privaten Krankenversicherung oder Beihilfestelle? Bei Erstattungsproblemen erhalten Sie von unserem Expertenteam persönliche und individuelle Unterstützung.

Ihre Vorteile:

- Schnelle Unterstützung bei Abrechnungs- und Erstattungsfragen
- Einzelfallbezogene und individuelle Stellungnahme auf Basis aktueller Gerichtsurteile und Kommentierungen
- Erfahrung aus 40 Jahren Erstattungsservice
- Einfach und bequem über www.abz-zr.de/es

ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH

Postfach 14 54 | 82182 Gröbenzell
Telefon 08142 6520-6
Telefax 08142 6520-892

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

Bankverbindung

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

Geschäftsführer

Martin Beer | Dr. Hartmut Ohm
Sitz: Gröbenzell | Amtsgericht: München HRB 104538

www.dzr.de | www.abz-zr.de

Kulante Zahlungszielverlängerung

Rechnungen kommen manchmal sehr ungelegen. Was auch immer die Gründe dafür sind, die DZR bieten Ihnen die Möglichkeit, die Rechnung zu einem späteren Zeitpunkt zu bezahlen.

Ihre Vorteile:

- Vereinbarung direkt am Telefon, ohne unnötige Bürokratie
- Kulant und patientenorientiert
- Einfach und schnell über unsere Homepage www.abz-zr.de/zzv



Teilzahlungswunsch

Bei Ihrer Zahngesundheit zu sparen, kann in ein paar Jahren schmerzhaft und teuer werden. Daher fragen Sie Ihre Zahnärztin/Ihren Zahnarzt nach Ihrer optimalen Versorgung. Mit uns hat die Praxis einen Dienstleister an ihrer Seite, der attraktive Teilzahlungsmodelle für Ihre Eigenbeteiligung anbietet.

Ihre Vorteile:

- Monatliche Mindestrate bereits ab 25 Euro
- Individuelle Laufzeiten bis zu 48 Monaten
- Bei einer Gesamtlaufzeit bis zu 6 Monaten zins- und gebührenfrei
- Vereinbarung einer Ratenstundung möglich
- Sonderzahlungen oder vorzeitige Ablöse jederzeit kostenfrei möglich
- Unbürokratische Kontaktaufnahme – online über www.abz-zr.de/tzv, per Post oder direkt am Telefon



So einfach ist die Teilzahlung

Sie selbst bestimmen die Höhe der Raten oder die Dauer der Laufzeit. So haben Sie es in der Hand, wie hoch die monatliche Belastung ausfallen darf. Sie entscheiden auch, ob die einzelnen Zahlungen zum Monatsanfang oder zur Monatsmitte fällig werden.

So funktioniert die kostenlose Teilzahlung

Sofern Sie Ihre Rechnung in **2 bis maximal 6** gleich hohen Monatsraten bezahlen, entstehen Ihnen aus der Teilzahlung **keinerlei Kosten**. Voraussetzung dafür ist, dass Ihr **Teilzahlungswunsch und die erste Rate innerhalb von 30 Tagen nach Rechnungsdatum bei uns eingehen**. Außerdem ist der Rechnungsbetrag innerhalb von 6 Monaten ab Rechnungsdatum vollständig von Ihnen auszugleichen.

Laufzeiten und Kosten

Bei einer Teilzahlungsvereinbarung mit einer Gesamtlaufzeit von mehr als 6 Monaten ab Rechnungsdatum entstehen folgende **Finanzierungskosten**:

Zinsen pro Monat:	7–12 Monate	0,43 % p. M.*
	13–48 Monate	0,63 % p. M.

Die Bedingungen und Finanzierungskosten (Zinsen pro Monat) werden in der Ihnen gesondert zugehenden Teilzahlungsvereinbarung genannt – die Zinsen werden ab Rechnungsdatum aus dem offenen Rechnungsbetrag erhoben. * Der Zinssatz setzt einen Eingang des Teilzahlungswunsches innerhalb von 30 Tagen ab Rechnungsdatum voraus.

Die **monatliche Mindestrate** beträgt **25,- Euro**, die maximale Laufzeit höchstens 48 Monate.

Ratenstundung: Um einen etwaigen finanziellen Engpass überbrücken zu können, bieten wir Ihnen die kostenlose Ratenstundung an (max. eine Rate pro Laufzeitjahr). Eine kurze schriftliche Mitteilung genügt.
Sonderzahlungen: Sie können jederzeit kostenfrei Sonderzahlungen leisten.

Vorzeitige Ablösung: Die Teilzahlungsvereinbarung kann jederzeit vorzeitig und ohne weitere Kosten abgelöst werden.

Ihr Teilzahlungsangebot fordern Sie ganz einfach mit anhängendem Teilzahlungswunsch oder unter www.abz-zr.de/tzv an.

Beispiele:

Laufzeit/Monate ab Rg.-Datum	6 Monate (ohne Kosten)	12 Monate
Rechnungsbetrag in Euro	monatliche Rate / Gesamtbetrag in Euro (gerundet)	
1.000,-	167,-	88,- / 1.052,-
2.000,-	333,-	176,- / 2.103,-
5.000,-	833,-	439,- / 5.258,-
10.000,-	1.667,-	877,- / 10.516,-
20.000,-	3.333,-	1.753,- / 21.032,-
Zinsen pro Monat	0 %	0,43 %
Effektivzins	0 %	9,85 %
Mindestrate in Euro	25,-	25,-

Der jährliche Effektivzins und die Höhe der Mindestrate sind abhängig von individuellen Faktoren, z. B. vom Eingang der 1. Rate und der Gesamtlaufzeit (max. 48 Monate).

Teilzahlungswunsch

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