

Pago a plazos



- sencillo, rápido y sin burocracia
- tarifa mínima mensual de 25,- euros
- periodo de pago individualizado de hasta 48 meses
- aplazamiento de los pagos
- los pagos especiales o la amortización anticipada de los pagos son posibles y gratuitos en cualquier momento
- libre de intereses y tasas para un periodo de pago total de hasta 6 meses

ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH

Postfach 14 54 | 82182 Gröbenzell
Oppelner Straße 3 | 82194 Gröbenzell
Teléfono +49 (0)8142 6520-6
Fax +49 (0)8142 6520-892

Correo electrónico: tzv@abz-zr.de
www.abz-zr.de/tzv

Datos bancarios:

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

Gerente:

Dr. Walter Donhauser | Martin Beer | Dr. Hartmut Ohm
Sede: Gröbenzell | Juzgado de Primera Instancia: München HRB 104538

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

**Comunicar el deseo de pago a
plazos en línea a través de
www.abz-zr.de/tzv**



¡Atención!

La traducción de nuestro formulario de pago parcial a su idioma materno es una mera prestación de servicios. Al ser de aplicación la legislación alemana, sólo podremos tramitar su petición de pago parcial si nos facilita la solicitud una vez firmada en su versión original alemana.

¡Gracias por su comprensión!

Siga para ello las instrucciones de la página 3.

Periodo de pago y costes

En un acuerdo de pago a plazos, con un periodo de pago total superior a 6 meses a contar desde la fecha de la factura, se producen los siguientes **costes de financiación**:

Intereses mensuales:

7-12 meses	0,43 % al mes*
13-48 meses	0,63 % al mes

Las condiciones y los costes de financiación (intereses mensuales) se le indicarán por separado en el acuerdo de pago a plazos a alcanzar. Los intereses se derivan del importe pendiente de la factura a partir de la fecha de la misma.

* El tipo de interés presupone una recepción del deseo de pago a plazos en un periodo de 30 días a contar desde la fecha de la factura.

La **tasa mínima mensual** es de **25,- euros** y el periodo de pago máximo es de 48 meses.

Moratoria de los plazos: Para poder superar un eventual apuro financiero, le ofrecemos una moratoria sin costes de los plazos (como máx. un plazo por cada año de periodo de pago). Bastará con una breve notificación por escrito. **Pagos extraordinarios:** Podrá realizar en cualquier momento pagos extraordinarios sin coste.

Amortización anticipada: El acuerdo de pago a plazos puede amortizarse anticipadamente en cualquier momento y sin costes adicionales. Puede solicitar su oferta de pago a plazos simplemente con la solicitud anexa o en www.abz-zr.de/tzv.

Ejemplos:

Periodo de pago/meses desde la fecha de registro	6 meses (sin costes)	12 meses
Importe de la factura en euros	Plazo mensual / importe total en euros (redondeado)	
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 / 5.280,00
10.000,00	1.667,00	877,00 / 10.516,00
20.000,00	3.333,00	1.753,00 / 21.032,00
Intereses mensuales	0 %	0,43 %
Interés efectivo	0 %	9,85 %
Tarifa mínima mensual en euros	25,00	25,00

El interés efectivo anual y la cuantía del plazo mínimo dependen de factores individuales, p. ej., de la recepción del 1er plazo y del periodo de pago total (máx. 48 meses).

Ahorrar en su salud dental puede resultarle caro y doloroso dentro de unos años. Por ello, consulte a su dentista para recibir una atención óptima. Con nosotros su consulta cuenta con un proveedor de servicios financieros que le ofrece atractivos modelos de financiación para su propia participación.

El pago a plazos es así de fácil

Usted mismo puede determinar la cuantía de los plazos o la duración del periodo de pago. De esa forma, queda en su mano decidir en qué importe puede suspenderse el cargo mensual. También es decisión suya si los pagos individuales vencen a principios o a mediados de mes.

Así funciona el pago a plazos sin coste

Siempre que abone su factura entre **2 y un máximo de 6** plazos mensuales de igual cuantía, el pago a plazos **no producirá ningún tipo de costes para usted**. El requisito para ello es que recibamos en nuestra oficina la notificación de su deseo de pagar a plazos junto con el primer plazo antes de que transcurran **30 días a partir de la fecha de la factura**. Además, deberá compensar en su integridad el importe de la factura en un plazo de 6 meses a partir de la fecha de la factura.

Solicitud de pago a plazos

Sí, me gustaría usar el pago a plazos

Por favor, llenar este formulario inmediatamente después de recibir la factura, y enviarlo a ABZ-ZR. Tenga en cuenta que la petición de pago parcial será tramitada **sólo con el número de factura del ABZ-ZR**.

N.º de factura (indicar sin falta) Importe de la factura

En el plazo de varios días recibirá su acuerdo de pago a plazos individual. **Tenga en cuenta lo siguiente:** no es posible englobar varias facturas en un mismo acuerdo.

Destinatario de la factura

Nombre/apellidos

Calle, n.º

C.P./localidad

Fecha de nacimiento

N.º de teléfono

Mi consulta dental

Elija

el importe de las tasas mensuales (un mínimo de 25 euros)

el periodo de pago (meses) (un máximo de 48 meses)

el inicio del pago/la fecha

1 del mes

15 del mes

Hago uso de la banca en línea y por ello, no requiero del formulario de transferencia.

Lugar, fecha

Firma del destinatario de la factura/paciente

01.18-23V.

Separar por el espacio perforado

Teilzahlungswunsch

Cómo presentar la solicitud:

Modalidad 1:

1. Rellene el formulario en su idioma (página 2) en su ordenador usando Acrobat Reader. Sus datos serán traspasados automáticamente al formulario alemán.
2. Imprima el formulario alemán.

3. Firme la solicitud.

4. Doble la hoja dos veces, introdúzcala en un sobre con ventana, entregue éste directamente a su dentista o envíelo por correo a ABZ-ZR.

Modalidad 2:

1. Imprima esta página.

2. Rellene la solicitud y firmela.

3. Doble la hoja dos veces, introdúzcala en un sobre con ventana, entregue éste directamente a su dentista o envíelo por correo a ABZ-ZR.

Ja, ich möchte die Teilzahlung nutzen!

Bitte gleich nach Erhalt Ihrer Rechnung dieses Formular ausfüllen und an das 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.

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/Patienten

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

01.18-23V.