



Informationen zur

Patienten-Ratenzahlung



**HEALTH AG**  
HONORARMANAGEMENT

An  Group Company

# Service für Sie und Ihre Praxis

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Health AG entlastet Ihre Praxis bei ihren Verwaltungsaufgaben und übernimmt das Management der Patienten-Rechnungen.

Damit wir Ihre Praxis bei der Verwaltung der Patienten-Rechnungen unterstützen können, benötigen wir Ihre Unterschrift auf unserer Einwilligungserklärung, die Sie vom Praxispersonal ausgehändigt bekommen.

Wir versichern Ihnen, dass die dort bezogenen Daten gemäß dem Bundesdatenschutzgesetz vertraulich behandelt werden. Sie werden nicht unbefugt an Dritte weitergegeben und auch nicht zu Werbezwecken weitergeleitet.

## **PATIENTEN-RATENZAHLUNG**

Die Health AG bietet Ihnen die Möglichkeit, eine qualitativ hochwertige Behandlung in Anspruch zu nehmen. Ihre Rechnung können Sie bei uns in bequemen Raten zahlen – direkt und unbürokratisch.



# Zahlen Sie so, dass Sie sich wohl dabei fühlen

Wählen Sie zwischen zwei Varianten zur Ratenzahlung Ihrer Behandlung:

## VARIANTE 1

Wenn Sie Ihre Rechnung **innerhalb von sechs Monaten** in sechs Raten gleicher Betragshöhe bezahlen, entstehen Ihnen **keine Kosten**. Die erste Rate ziehen wir 15 Tage nach Rechnungsversand ein – alle weiteren Raten nach jeweils 30 Tagen.

### Voraussetzung:

- Mindestrate von 50,00 €
- Mindestrechnungsbetrag von 100,00 €

## VARIANTE 2

Bei einer Rückführung der Forderung in Raten mit einer Laufzeit von **mehr als sechs Monaten** (maximal 48 Monaten) berechnen wir einen Zinssatz von derzeit **9,90 % p. a.** zzgl. einer einmaligen Bearbeitungsgebühr in Höhe von 1,50 % auf den offenen Rechnungsbetrag.

### Raten-Beispieltabelle

Laufzeit	6	24	48
Rechnungsbetrag in €	monatl. Rate in €	monatl. Rate in €	monatl. Rate in €
750,00	125,00	–	–
1.500,00	250,00	70,08	–
3.000,00	500,00	140,17	76,87
5.000,00	833,33	233,61	128,13
Effektivzins p. a.	0,00	12,02*	11,26*

\* Zinssatz 9,90 % p. a. zzgl. einmaliger Bearbeitungsgebühr in Höhe von 1,50 %

## HEALTHPROTECTOR

**Zusätzliche Sicherheit:** Mit der Erstellung Ihrer individuellen Ratenzahlungsvereinbarung werden wir Ihnen optional den Versicherungsschutz „HealthProtector“ anbieten. Der HealthProtector übernimmt die Bezahlung Ihrer Raten bei Arbeitslosigkeit (nur für Arbeitnehmer), Krankenhausaufenthalten (nur für Selbstständige), Arbeitsunfähigkeit oder im Todesfall.

### Voraussetzung:

- Laufzeit der Ratenzahlung: mind. 9, max. 48 Monate
- Mindestrechnungsbetrag von 500,00 €

Stand: 1. Juni 2012 (Änderungen vorbehalten)

# Antwortkarte

Bitte ausfüllen und entweder in der Praxis  
abgeben, per Fax an 040 2850-6020  
senden oder im Fensterkuvert an folgende  
Adresse schicken:

**Health AG**  
Kundenbetreuung  
Steindamm 80  
20099 Hamburg

Ihre Praxis:

Praxisstempel

# Ihre persönlichen Angaben zur Erstellung eines Ratenzahlungsangebotes

## Angaben zur Praxis

\_\_\_\_\_  
Name, Ort

## Persönliche Angaben

\_\_\_\_\_  
Vorname/Name (ggf. Geburtsname)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum, Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

Dort wohnhaft seit \_\_\_\_\_ Jahren

\_\_\_\_\_  
Frühere Anschrift (bei Wohnsitzwechsel innerhalb der letzten drei Jahre)

\_\_\_\_\_  
Telefon (privat oder geschäftlich)      E-Mail

\_\_\_\_\_  
Beruf (derzeit ausgeübte Tätigkeit)

\_\_\_\_\_  
Privat versichert bei

\_\_\_\_\_  
Gesetzlich versichert bei

\_\_\_\_\_  
Voraussichtlicher Finanzierungsbetrag

Anzahl der Raten (max. 48) \_\_\_\_\_ oder: monatl. Betrag (mind. 50,00 €) \_\_\_\_\_  
Zahlbar zum     1. des Monats     15. des Monats

## Lastschrift-Einzugsermächtigung

\_\_\_\_\_  
Name und Sitz der Bank

\_\_\_\_\_  
BLZ, Kontonummer

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient (Ort, Datum/Unterschrift)

Die oben genannten Angaben zu meiner Person wurden von mir wahrheitsgetreu gemacht.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber, falls Patient nicht gleich Kontoinhaber  
(Ort, Datum/Unterschrift)

# Drei Schritte zur bequemen Patienten-Ratenzahlung

1. Füllen Sie das beiliegende Formular aus und geben Sie es in Ihrer Praxis ab oder senden Sie es uns direkt zu.
2. Sobald uns Ihre Unterlagen vorliegen, erhalten Sie innerhalb weniger Tage ein Angebot für die gewünschte Ratenzahlung (Bonität vorausgesetzt). Wenn Sie mit dieser Vereinbarung einverstanden sind, senden Sie uns diese bitte unterzeichnet zurück. Selbstverständlich können Sie Ihre Erklärung binnen 14 Tagen ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen.
3. Mit Ihrem schriftlichen Einverständnis buchen wir die vereinbarte monatliche Rate per Lastschrift von Ihrem Konto ab.

Sollten Sie Fragen haben, stehen Ihnen unsere Kundenbetreuer gern auch telefonisch zur Verfügung: 040 2850-6000.