

→ Was ist CashMed?

CashMed ist eine zinsgünstige und bequeme Ratenzahlungsmöglichkeit für medizinische Leistungen, welche nicht durch die Krankenversicherungen gedeckt sind.

→ Was ist besonders an CashMed?

Günstige Konditionen. Unkomplizierte und schnelle Abwicklung. Individuelle und patientenorientierte Lösungen.

→ Wie funktioniert CashMed? Ganz einfach.

- Füllen Sie den in dieser Broschüre beiliegenden Vorab-Antrag aus und senden Sie diesen per Fax oder Post zu. Am schnellsten geht es, wenn Sie Ihrem Antrag gleich eine aktuelle Lohnabrechnung und eine Ausweiskopie beilegen. Gemeinsam mit unseren Partnerbanken werden wir Ihren Antrag sorgfältig bearbeiten und geben Ihnen rasch möglichst Bescheid.
- Sind alle Voraussetzungen für eine Finanzierung erfüllt, erhalten Sie Ihren individuellen Darlehensvertrag, den Sie dann unterzeichnen und wieder an uns retournieren. Nach Vertragsunterzeichnung tritt eine Wartefrist von sieben Tagen in Kraft. Die Auszahlung der Darlehenssumme kann daher erst nach Ablauf dieser Frist erfolgen.
- An dem Tag an dem Ihre Behandlung durchgeführt oder abgeschlossen wird, geben Sie die Auszahlung der Summe an Ihren Behandler frei.
- In den von Ihnen gewählten monatlichen Teilbeträgen führen Sie die Darlehenssumme dann wieder zurück.

→ Wer kann CashMed nutzen?

Grundsätzlich steht unsere Dienstleistung allen Personen offen, die ihren Wohnsitz in der Schweiz haben, berufstätig sind und ein frei verfügbares regelmässiges Einkommen haben.

→ Ihre CashMed-Vorteile:

- Sofortige, optimale Behandlung unabhängig von Ihrem Budget
- Bequeme monatliche Ratenzahlungen
- Finanzieller Spielraum für andere Anliegen
- Vorzeitige Zurückzahlung jederzeit möglich

CashMed bietet seine Dienstleistungen in folgenden Bereichen an:

- Zahnmedizin / Implantologie
- Augen-Laser-Korrekturen
- Plastische Chirurgie
- Fettabsaugungen
- Medizinische Hilfsmittel und Geräte

Selbstverständlich werden diese Bereiche laufend erweitert!

Für weitere Informationen stehen wir Ihnen im Internet sowie auch telefonisch gerne zur Verfügung.

Finacon GmbH
Grossmatte Ost 24 A
6014 Luzern
Schweiz

Tel: 041 534 91 00
Fax: 041 534 91 01
Web: www.cashmed.ch
Mail: info@cashmed.ch

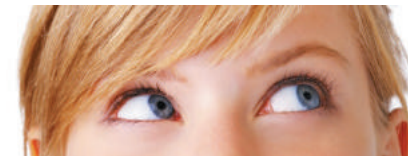
Vermittelt durch:

CASHMED
medical financing

CASHMED
medical financing



Schöner lächeln



Schärfer sehen

...und alles in bequemen monatlichen Raten zahlen!

Immer mehr Menschen nutzen die Möglichkeiten der heutigen Medizin für ihr individuelles Wohlbefinden.

Profitieren auch Sie von der Möglichkeit Ihr persönliches Wohlbefinden sowie Ihre innere Zufriedenheit zu steigern. Und das Ganze...

...einfach, schnell und diskret –

in bequemen und zinsgünstigen monatlichen Raten...

Ihre Schönheit wird es Ihnen danken!

Besser aussehen



Finanzierung

Bitte Ausweiskopie (ID, Führerschein, Pass, für Ausländer zwingend Ausländerausweis) beilegen.

Durch den Kreditnehmer auszufüllen

<p>1 AntragsstellerIn</p> <p>*Name: _____</p> <p>*Vorname: _____</p> <p>*Strasse: _____</p> <p>*PLZ/Ort: _____ seit _____</p> <p>frühere Adresse: _____ wie lange _____</p> <p>*Geb.-Datum Tag: ____ ____ ____ Monat: ____ ____ ____ Jahr: ____ ____ ____</p> <p>*Zivilstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> gerichtlich getrennt <input type="checkbox"/> verwitwet</p> <p>heutiger Beruf: _____</p> <p>Telefon-Nr.: _____</p> <p>Mobile-Nr.: _____</p> <p>E-Mail-Adresse: _____</p> <p>*Nationalität _____ (Bitte Ausweiskopie beilegen)</p> <p>*Bewilligung <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C in CH seit _____ (Bitte Ausweiskopie beilegen)</p> <p>*Arbeitgeber/Ort _____ (Wird nicht angefragt) seit _____</p> <p>Telefon-Nr. geschäftl. _____</p> <p>*Mtl. Nettoeinkommen: _____ <input type="checkbox"/> x12 <input type="checkbox"/> x13</p> <p>*Mtl. regelm. Nebenerwerb: _____ (Zus. Tätigkeit, Alimente, Renten, Kostgeld)</p> <p>*Mtl. Mietzins/Hyp.-Belastung: _____ (inkl. Nebenkosten)</p> <p>*Übrige fixe Ausgaben mtl.: _____ (Kredit- oder Leasingraten, Alimente/Unterhaltsbeiträge)</p> <p><small>Hinweis: Sofern der Finanzierungsvertrag zustande kommt, überweist Cashmed den gesamten Kreditbetrag an den Arzt.</small></p> <p>Ich bestätige, dass alle Angaben richtig sind. Ich ermächtige Cashmed sämtliche für die Überprüfung dieses Antrags, sowie für die Abwicklung des Vertrags erforderlichen Auskünfte bei öffentlichen Ämtern, der Zentralstelle für Kreditinformation (ZEK), sowie der Informationsstelle für Konsumkredit (IKO) einzuholen, bzw. an diese zu erteilen. Allfällige von mir verfügte Datensperren gegenüber Cashmed gelten als aufgehoben. Ich ermächtige Cashmed meine Daten zu gruppeneigenen Marketingzwecken und -auswertungen im In- und Ausland zu verwenden. Ich kann diese Ermächtigung jederzeit schriftlich widerrufen.</p> <p>Der Antragssteller/Die Antragsstellerin befreit den behandelten Arzt gegenüber der Bank, mit Blick auf die umschriebene Behandlung, vom Arztgeheimnis.</p> <p>*Datum: _____ <input type="checkbox"/> Bitte senden Sie den Kreditvertrag an mich <input type="checkbox"/> Bitte senden Sie den Kreditvertrag an meinen behandelnden Arzt</p>	<p>2 EhepartnerIn</p> <p>Name: _____</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Geb.-Datum Tag: ____ ____ ____ Monat: ____ ____ ____ Jahr: ____ ____ ____</p> <p>heutiger Beruf: _____</p> <p>Telefon-Nr.: _____</p> <p>Mobile-Nr.: _____</p> <p>E-Mail-Adresse: _____</p> <p>Nationalität _____ (Bitte Ausweiskopie beilegen)</p> <p>Bewilligung <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C in CH seit _____ (Bitte Ausweiskopie beilegen)</p> <p>Arbeitgeber/Ort _____ (Wird nicht angefragt) seit _____</p> <p>Telefon-Nr. geschäftl. _____</p> <p>Mtl. Nettoeinkommen: _____ <input type="checkbox"/> x12 <input type="checkbox"/> x13</p> <p>Mtl. regelm. Nebenerwerb: _____ (Zus. Tätigkeit, Alimente, Renten, Kostgeld)</p> <p>Übrige fixe Ausgaben mtl.: _____ (Kredit- oder Leasingraten, Alimente/Unterhaltsbeiträge)</p> <p>*Geb.-Jahr unterhaltspflichtiger Kinder: ____ ____ ____ 1. ____ ____ ____ 2. ____ ____ ____ 3. ____ ____ ____ 4. ____ ____ ____ 5. Kind</p> <p><small>Hinweis: Sofern der Finanzierungsvertrag zustande kommt, überweist Cashmed den gesamten Kreditbetrag an den Arzt.</small></p> <p>*Unterschrift Antragsteller: X (Bitte nicht vergessen!)</p>
--	--

Durch den Arzt auszufüllen

3 Behandlungsangaben

Behandlung: _____

Barzahlungspreis: _____ inkl. MWSt.

Anzahlung: _____ Finanzierungsbeitrag: _____

Laufzeit: _____ Monatliche Rate: _____

www.cashmed.ch

*** zwingende Angaben gemäss Konsumkreditgesetz**