

### → 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](http://www.cashmed.ch)  
Mail: [info@cashmed.ch](mailto: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

#### 1 AntragstellerIn

\*Name: \_\_\_\_\_  
\*Vorname: \_\_\_\_\_  
\*Strasse: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
\*PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ wie lange \_\_\_\_\_  
frühere Adresse: \_\_\_\_\_  
\*Geb.-Datum Tag: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_ Monat: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_  
\*Zivilstand:  ledig  geschieden  verheiratet  
 gerichtlich getrennt  verwitwet  
heutiger Beruf: \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_  
Mobile-Nr.: \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
\*Nationalität \_\_\_\_\_  
(Bitte Ausweiskopie beilegen)  
\*Bewilligung  B  C in CH seit \_\_\_\_\_  
(Bitte Ausweiskopie beilegen)  
\*Arbeitgeber/Ort \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
(Wird nicht angefragt)  
Telefon-Nr. geschäftl. \_\_\_\_\_  
\*Mtl. Nettoeinkommen: \_\_\_\_\_  x12  x13  
\*Mtl. regelm. Nebenerwerb: \_\_\_\_\_  
(Zus. Tätigkeit, Alimente, Renten, Kostgeld)  
\*Mtl. Mietzins/Hyp.-Belastung: \_\_\_\_\_  
(inkl. Nebenkosten)  
\*Übrige fixe Ausgaben mtl.: \_\_\_\_\_  
(Kredit- oder Leasingraten, Alimente/Unterhaltsbeiträge)

Hinweis: Sofern der Finanzierungsvertrag zustande kommt, überweist Cashmed den gesamten Kreditbetrag an den Arzt.

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.

Der Antragsteller/Die Antragstellerin befreit den behandelten Arzt gegenüber der Bank, mit Blick auf die umschriebene Behandlung, vom Arztgeheimnis.

\*Datum: \_\_\_\_\_  
 Bitte senden Sie den Kreditvertrag an mich  Bitte senden Sie den Kreditvertrag an meinen behandelnden Arzt

#### 2 EhepartnerIn

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum Tag: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_ Monat: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_  
heutiger Beruf: \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_  
Mobile-Nr.: \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
Nationalität \_\_\_\_\_  
(Bitte Ausweiskopie beilegen)  
Bewilligung  B  C in CH seit \_\_\_\_\_  
(Bitte Ausweiskopie beilegen)  
Arbeitgeber/Ort \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
(Wird nicht angefragt)  
Telefon-Nr. geschäftl. \_\_\_\_\_  
Mtl. Nettoeinkommen: \_\_\_\_\_  x12  x13  
Mtl. regelm. Nebenerwerb: \_\_\_\_\_  
(Zus. Tätigkeit, Alimente, Renten, Kostgeld)  
Übrige fixe Ausgaben mtl.: \_\_\_\_\_  
(Kredit- oder Leasingraten, Alimente/Unterhaltsbeiträge)

\*Geb.-Jahr unterhaltspflichtiger Kinder: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_ 1. 2. 3. 4. 5. Kind

Hinweis: Sofern der Finanzierungsvertrag zustande kommt, überweist Cashmed den gesamten Kreditbetrag an den Arzt.

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.

Der Antragsteller/Die Antragstellerin befreit den behandelten Arzt gegenüber der Bank, mit Blick auf die umschriebene Behandlung, vom Arztgeheimnis.

\*Datum: \_\_\_\_\_  
 Bitte senden Sie den Kreditvertrag an mich  Bitte senden Sie den Kreditvertrag an meinen behandelnden Arzt

\*Unterschrift Antragsteller: **X**  
(Bitte nicht vergessen!)

### Durch den Arzt auszufüllen

#### 3 Behandlungsangaben

Behandlung: \_\_\_\_\_  
Barzahlungspreis: \_\_\_\_\_ inkl. MWSt.  
Anzahlung: \_\_\_\_\_ Finanzierungsbeitrag: \_\_\_\_\_  
Laufzeit: \_\_\_\_\_ Monatliche Rate: \_\_\_\_\_