

# FINCLINIKS®

FINANCIACIÓN MÉDICO DENTAL

T 918 291 241  
E info@fincliniks.com

Apreciado/a Dr./Dra.:

En primer lugar, gracias por haber mostrado interés en nuestra plataforma de financiación **FINCLINIKS®**.

Nuestro objetivo es ofrecerle un sistema de financiación para **TODOS SUS PACIENTES** de una manera fácil y flexible.

Nuestro servicio está formado por:

1. Gestión de **ALTA** de su Clínica como prescriptora de financiación a pacientes en todas las financieras con las que mantenemos acuerdos..
2. Alta y mantenimiento en nuestra **WEB SERVICE CALCULADORA FINANCIERA NATURAL**, imprescindible para su gestión diaria y toma de decisión de la financiación más adecuada en cada momento según la tipología del tratamiento y su paciente.
3. Servicio de tramitación **ON-LINE** de nuestro **CALLCENTER DE FINANCIACIÓN**. Es un servicio de ayuda administrativa a su Centro, donde nos encargamos de todas las gestiones necesarias de la financiación, hasta conseguir el buen fin de la misma.

## PROCESOS Y COSTE DE LOS SERVICIOS

Tras su solicitud de adhesión y una vez recibido el impreso de **ADHESIÓN A FINCLINIKS®**, usted recibirá en pocas horas y por e-mail, los contratos con las distintas financieras debidamente cumplimentados.

Los contratos deberán ser imprimidos, firmados y remitidos a la dirección que se indica en el impreso, así como justificante de haber ingresado el importe del ALTA a la siguiente dirección:

Entidad bancaria: **BANKIA**

Destinatario: **FINCLINIKS / ODONT-INVEST SL**

Nº cuenta: **ES16-2038-6565-2860-0027-7744**

Concepto: **ALTA FINANCIERA**

Mail: **documentacion@fincliniks.com**

El servicio de **ALTA** en las financieras tiene un coste de 150€ (IVA no incluido) por una sola vez. En este servicio de ALTA, garantizamos al menos 1 alta en alguna de nuestras financieras.

En el caso de no poder efectuar el alta se devuelve el importe entregado en su totalidad.

El tiempo que en **FINCLINIKS®** nos damos en este proceso es de 60 días desde el inicio de los trámites.

#### WEB SERVICE CALCULADORA FINANCIERA NATURAL PERSONALIZADA

Esta herramienta le ayuda al cálculo de forma rápida y comparada de las opciones más ventajosas para el Centro Dental o bien para el Paciente, ya que en ella estarán incluidas las tarifas actualizadas de las financieras que usted disponga a través de **FINCLINIKS®**.

En el caso de que su Clínica tenga acuerdos con otras financieras también se pueden incluir en la calculadora, de la misma manera que si nos facilita el logotipo de su Clínica le podemos personalizar la calculadora.

#### COSTE CALCULADORA FINANCIERA

Es un servicio obligatorio de usar. La Calculadora tiene un coste de 120€ /año. (IVA no incluido). En este caso deberá remitirnos justificante bancario con estos datos:

Entidad bancaria: **BANKIA**

Destinatario: **FINCLINIKS / ODONT-INVEST SL**

Nº cuenta: **ES16-2038-6565-2860-0027-7744**

Concepto: **ALTA CALCULADORA FINANCIERA**

Según el uso y cantidad de operaciones de crédito a particulares que se hayan tramitado y aprobado a través de nuestras financieras, el coste de la calculadora financiera, puede llegar a ser gratuito de acuerdo con las Bonificaciones que a continuación les ofrecemos:

**BONIFICACIONES EN EL PRECIO DE LA CALCULADORA FINANCIERA**

- En el caso de que el Centro Dental realice un total de **5 financiaciones aprobadas** en un año con alguna de las financieras con las que tiene acuerdo **FINCLINIKS®**, el precio del uso de la calculadora en el siguiente año sería de 60€ (IVA no incluido), al año, es decir **50% de Bonificación**.
- En el caso de que el Centro Dental realice un total de **10 financiaciones aprobadas** en un año con alguna de las financieras con las que tiene acuerdo **FINCLINIKS®**, el precio del uso de la calculadora en el siguiente año sería de 0€ al año, es decir **100% de Bonificación**.

**SERVICIO CALLCENTER DE GESTION DE AUTORIZACIONES**

Es un servicio de carácter administrativo de soporte a su Centro Dental que realiza las tramitaciones y gestiones financieras necesarias de sus pacientes hasta la respuesta de la financiera sobre la operación solicitada. Tiene un coste de **15 €** (IVA no incluido) por cada operación que se haga y en caso de aprobarse habría que añadir **10 €** más (IVA no incluido). Estos importes son siempre por operación tramitada.

En el caso de que usted desee que nos ocupemos de la mayor parte de trámites financieros, le ofrecemos nuestro servicio de **CALLCENTER ESPECIALIZADO**, que efectuará todas las tareas administrativas por usted.

Existen también Bonos a su disposición:

**Bono de 20 operaciones tramitadas:** Coste de 150€ (IVA no incluido). El precio se reduce un **50%**

**Bono de 20 operaciones aprobadas:** Coste de 150€ (IVA no incluido). El precio se reduce un **25%**

En el caso que quisiera los Bonos, deberá remitirnos justificante bancario con el siguiente ingreso, según sea el caso:

Entidad bancaria: **BANKIA**

Destinatario: **FINCLINIKS / ODONT-INVEST SL**

Nº cuenta: **ES16-2038-6565-2860-0027-7744**

Concepto: **OPERACIÓN TRAMITADA (15€ + IVA) o BONOS 20 OPERACIONES TRAMITADAS (150€ + IVA).**

Entidad bancaria: **BANKIA**

Destinatario: **FINCLINIKS / ODONT-INVEST SL**

Nº cuenta: **ES16-2038-6565-2860-0027-7744**

Concepto: **OPERACIÓN APROBADA (10€ + IVA) o BONOS 20 OPERACIONES APROBADAS (150€ + IVA).**

	SERVICIOS	SERVICIOS	BONIFICACIÓN
1 y 2	ALTA EN FINANCIERAS (al menos una)	150 € (IVA incluido)	
	WEB SERVICE: CALCULADORA FINANCERA NATURAL	120 € /año (IVA no incluido)	50 % de bonificación (con 5 operaciones aprobadas/año)  100 % de bonificación (con 10 operaciones aprobadas/año)
3	CALLCENTER AUTORIZACIONES	15 €/ operación tramitada (IVA no incluido)	Bono de 20 operaciones tramitadas 150€ (IVA no incluido)
		10 €/ operación aprobada (IVA no incluido)	Bono de 20 operaciones aprobadas 150 € (IVA no incluido)

Reciba un cordial saludo,

J. Selma  
Comercial  
[comercial@fincliniks.com](mailto:comercial@fincliniks.com)  
918 291 241



**DATOS NECESARIOS PARA CUMPLIMENTACIÓN DATOS FINANCIEROS  
ES OBLIGATORIO RELLENAR TODOS LOS CAMPOS**

**PERSONA FÍSICA**

NOMBRE TITULAR CLÍNICA			
DNI TITULAR		FECHA NACIMINETO	
NOMBRE COMERCIAL CLÍNICA			
DNI/NIF CLÍNICA			
DOMICILIO CLÍNICA		CÓDIGO POSTAL	
POBLACIÓN		PROVINCIA	
TELÉFONO CONTACTO	FAX	MÓVIL	
MAIL			

**CUENTA BANCARIA DONDE QUIERE RECIBIR LOS PAGOS DE LAS FINANCIACIONES**

NOMBRE ENTIDAD BANCARIA			
DOMICILIO OFICINA			
LOCALIDAD		CÓDIGO POSTAL	
NÚMERO CUENTA BANCARIA	E	S	<input type="text"/>

FIRMA:

**Nota: Adjuntar copia del DNI, NIE o Pasaporte**

En cumplimiento de la legislación vigente sobre protección de datos personales, consiento que los datos que figuran en esta hoja puedan ser utilizados por Odont-invest SL -Fincliniks®, para uso interno así como para su uso en Internet (protegido y no público), a la vez que consiento la cesión de los datos anteriores a las empresas patrocinadoras de Odont-invest SL -Fincliniks®, en el caso que las haya. Se que puedo revocar en cualquier momento esta autorización, y que puedo ejercer el derecho de acceso, rectificación, y en las condiciones legalmente establecidas enviando un mail a: [info@fincliniks.com](mailto:info@fincliniks.com), indicando mi decisión.

"El contenido del presente documento es meramente informativo, no dirigido en ningún caso a clientes o potenciales clientes. No tiene carácter publicitario, tratándose de una información interna propia de la entidad financiera para facilitar al comercio o intermediario el proceso operativo para la contratación de financiaciones. La financiera no autoriza su difusión a terceros ni con carácter publicitario."



**DATOS NECESARIOS PARA CUMPLIMENTACIÓN DATOS FINANCIEROS  
ES OBLIGATORIO RELLENAR TODOS LOS CAMPOS**

**PERSONA JURÍDICA**

NOMBRE TITULAR CLÍNICA		DNI/NIF TITULAR CLÍNICA	
NOMBRE COMERCIAL CLÍNICA		NIF CLÍNICA	
INDICAR SI EL ADMINISTRADOR ES	Único	Solidario	Mancomunado Otros
NOMBRE ADMINISTRADOR/ES		DNI ADMINISTRADOR/ES	
DOMICILIO CLÍNICA		CÓDIGO POSTAL	
POBLACIÓN		PROVINCIA	
TELÉFONO CONTACTO		MÓVIL	
FAX		MAIL	

**CUENTA BANCARIA DONDE QUIERE RECIBIR LOS PAGOS DE LAS FINANCIACIONES**

NOMBRE ENTIDAD BANCARIA		DOMICILIO OFICINA	
LOCALIDAD		CÓDIGO POSTAL	
NÚMERO CUENTA BANCARIA	E S		

**Nota: Adjuntar copia del DNI, NIE o Pasaporte**

En cumplimiento de la legislación vigente sobre protección de datos personales, consiento que los datos que figuran en esta hoja puedan ser utilizados por Odont-invest SL -Fincliniks®, para uso interno así como para su uso en Internet (protegido y no público), a la vez que consiento la cesión de los datos anteriores a las empresas patrocinadoras de Odont-invest SL -Fincliniks®, en el caso que las haya. Se que puedo revocar en cualquier momento esta autorización, y que puedo ejercer el derecho de acceso, rectificación, y en las condiciones legalmente establecidas enviando un mail a: [info@fincliniks.com](mailto:info@fincliniks.com), indicando mi decisión.

"El contenido del presente documento es meramente informativo, no dirigido en ningún caso a clientes o potenciales clientes. No tiene carácter publicitario, tratándose de una información interna propia de la entidad financiera para facilitar al comercio o intermediario el proceso operativo para la contratación de financiaciones. La financiera no autoriza su difusión a terceros ni con carácter publicitario."

**DATOS NECESARIOS PARA CUMPLIMENTACIÓN DATOS FINANCIEROS  
ES OBLIGATORIO RELLENAR TODOS LOS CAMPOS**

Que la estructura de propiedad o control de la sociedad a la que representa es la siguiente:

No existe ningún socio / accionista con una participación superior al 25%

Que la relación de los socios / accionistas con una participación superior al 25% es la siguiente:

NOMBRE COMPLETO DEL SOCIO/ACCIONISTA	PF/PJ	NIF/NIE	FECHA NACIMIENTO	PAÍS NACIMIENTO	PAÍS RESIDENCIA	NACIONALIDAD	CARGO/ACTIVIDAD/TIPO DE CONTROL	% PARTICIÓN CAPITAL

PF: persona física / PJ: persona jurídica

Que las personas físicas que en último término poseen o controlan, directa o indirectamente, un porcentaje superior al 25% del capital o de los derechos de voto de la persona jurídica a la que represento, o que a través de acuerdos o disposiciones estatutarias o por otros medios ejercen el control, directo o indirecto, de la gestión de la persona jurídica, son:

No existe ninguna persona o personas físicas que en último término posea o controle, directa o indirectamente, un porcentaje superior al 25 % del capital o de los derechos de voto la mercantil a la que represento, o que por otros medios ejerza el control, directo o indirecto, de la gestión de dicha mercantil.

Los siguientes:

NOMBRE COMPLETO DEL SOCIO/ACCIONISTA	IDENTIFICACIÓN	NACIONALIDAD	CONTROL %

**Nota: Adjuntar copia del DNI, NIE o Pasaporte**

**FIRMA:**

En cumplimiento de la legislación vigente sobre protección de datos personales, consiento que los datos que figuran en esta hoja puedan ser utilizados por Odont-invest SL -Fincliniks®, para uso interno así como para su uso en Internet (protegido y no público), a la vez que consiento la cesión de los datos anteriores a las empresas patrocinadoras de Odont-invest SL -Fincliniks®, en el caso que las haya. Se que puedo revocar en cualquier momento esta autorización, y que puedo ejercer el derecho de acceso, rectificación, y en las condiciones legalmente establecidas enviando un mail a: [info@fincliniks.com](mailto:info@fincliniks.com), indicando mi decisión.

"El contenido del presente documento es meramente informativo, no dirigido en ningún caso a clientes o potenciales clientes. No tiene carácter publicitario, tratándose de una información interna propia de la entidad financiera para facilitar al comercio o intermediario el proceso operativo para la contratación de financiaciones. La financiera no autoriza su difusión a terceros ni con carácter publicitario."