

PROTOCOLO DE INFORMACIÓN PARA LOS AFECTADOS DE DENTIX 4/12/2020

A principios de octubre de 2020 la empresa: DENTIX HEALTH CORPORATION, SL, C/ Ribera del Loira Nº 56-58. 28042. MADRID, solicitó concurso de acreedores.

En la actualidad las clínicas del municipio de Móstoles están cerradas desde el 13/11/2020.

Mediante Auto de 20/11/2020, el Juzgado Mercantil nº 2 de Madrid declaró a DENTIX HEALT CORPORATION, SL, en concurso voluntario.

Mediante Edicto publicado el 03/12/2020 se ha designado como administrador concursal a la empresa. **ACCOUNT CONTROL-IUS & AEQUITAS.**

DATOS DE LA ADMINISTRACION CONCURSAL:

ACCOUNT CONTROL-IUS & AEQUITAS.
AVDA. ALBERTO ALCOCER 24, 4ª planta, 28036 MADRID
Teléfono:915914291
Fax:914465321
dentix.concursal@iusaequitas.net

EL EDICTO ESTABLECE QUE LOS ACREEDORES DE DENTIX HEALTH CORPORATION, SL COMUNICARÁN SUS CRÉDITOS, EN EL PLAZO DE UN MES, DESDE LA PUBLICACIÓN DE ESTE EDICTO EN EL BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO («BOE» núm. 316, de 3 de diciembre de 2020).

La forma de comunicación será SIEMPRE POR ESCRITO Y DIRIGIDA AL ADMINISTRADOR CONCURSAL POR CORREO CERTIFICADO O POR CORREO ELECTRÓNICO.

Debe tener en cuenta que la comunicación debe seguir estas indicaciones:

- La comunicación expresará nombre, domicilio y demás datos de identidad del acreedor, así como los relativos al crédito, su concepto, cuantía, fechas de adquisición y vencimiento, características y clasificación que se pretenda. Si se invocare un privilegio especial, se indicarán, además, los bienes o derechos de la masa activa a que afecte y, en su caso, los datos registrales.

- En la comunicación, el acreedor señalará una dirección postal o una dirección electrónica para que la administración concursal realice cuantas comunicaciones resulten necesarias o convenientes. Las comunicaciones de la administración concursal a la dirección señalada por el acreedor producirán plenos efectos.
- A la comunicación se acompañará copia del título o de los documentos relativos al crédito. En el caso de que el acreedor opte por realizar la comunicación del crédito por medio electrónico, la copia se remitirá por el mismo medio.
- Salvo que los títulos o documentos figuren inscritos en un registro público, la administración concursal podrá solicitar los originales o copias autorizadas de los títulos o documentos aportados, así como cualquier otra justificación que considere necesaria para el reconocimiento del crédito.

TODAS LAS PERSONAS QUE HAYAN PAGADO MÁS IMPORTE QUE EL TRATAMIENTO RECIBIDO EN DENTIX PUEDEN COMUNICAR SU CRÉDITO AL ADMINISTRADOR CONCURSAL

- **ES CONVENIENTE QUE PRIMERAMENTE ENVÍEN EL MODELO 1A A DENTIX HEALTH CORPORATION, SL.**
- **DESPUÉS PUEDEN COMUNICAR SU CRÉDITO AL ADMINISTRADOR CONCURSAR MEDIANTE EL MODELO 2A.**

A CONTINUACIÓN, LES FACILITAMOS INFORMACIÓN ESPECÍFICA EN RELACIÓN A SU SITUACIÓN CONCRETA:

I.- PARA LAS PERSONAS QUE HAN ABONADO EL TRATAMIENTO EN SU TOTALIDAD A DENTIX SIN QUE ESTE HAYA FINALIZADO

Lamentablemente, sólo tienen la opción de intentar recuperar los importes comunicando sus créditos, como se ha informado, al Administrador Concursal.

II.- PARA LAS PERSONAS QUE HAN ABONADO EN SU TOTALIDAD EL IMPORTE FINANCIADO SIN QUE EL TRATAMIENTO HAYA FINALIZADO

Además de comunicar los créditos al Administrador concursal mediante el formulario 2 A, pueden reclamar ante la financiera, siempre y cuando hayan suscrito lo que se llama un crédito vinculado. Se tiene en cuenta que es vinculado si usted no ha elegido la financiera y si el importe del préstamo se ha ingresado directamente en la cuenta de Dentix sin pasar por su propia cuenta.

En caso de créditos vinculados (que serán la mayoría) deben enviar a la empresa propietaria de las clínicas un escrito por burofax certificado y con acuse de recibo, requiriendo el cumplimiento del contrato en un plazo máximo de cinco días hábiles, a contar desde el día siguiente a la recepción del burofax. En caso de no ser atendido dicho requerimiento, el contrato se dará por resuelto. **Pueden hacer uso del formulario 1A.**

Pueden reclamar a la financiera la devolución del importe no realizado. **Formulario 1B.**

III.- PARA LAS PERSONAS QUE TENGAN EL TRATAMIENTO FINANCIADO, NO HAYAN ABONADO LA TOTALIDAD Y SU TRATAMIENTO NO HAYA FINALIZADO

Además de comunicar los créditos al Administrador concursal mediante el formulario 2A pueden reclamar ante la financiera siempre y cuando haya suscrito lo que se llama un crédito vinculado. Se tiene en cuenta que es vinculado si usted no ha elegido la financiera y si el importe del préstamo se ha ingresado directamente en la cuenta de Dentix sin pasar por su propia cuenta.

Deben enviar a la empresa propietaria de las clínicas un escrito por burofax certificado y con acuse de recibo, requiriendo el cumplimiento del contrato en un plazo máximo de cinco días hábiles a contar desde el día siguiente a la recepción

del burofax. En caso de no ser atendido dicho requerimiento, el contrato se dará por resuelto. **Pueden hacer uso del formulario 1A.**

A LA FINANCIERA PODRAN, POR UN LADO, RECLAMARLE LO PAGADO DE MAS COMO Y POR OTRO COMUNICARLE LA PARALIZACIÓN DE LOS PAGOS Para ello, deben enviar una carta por un medio fehaciente a la financiera dando por resuelto el contrato de financiación y reclamando lo abonado de más, en su caso, pudiendo interrumpir los pagos una vez que tenga constancia de la recepción de dicho comunicado. **Pueden hacer uso del formulario 2B.**

Tenga en cuenta además que:

- **Su financiera le puede solicitar la Historia Clínica. Si no dispone de ella recomendamos enviar al administrador concursal el formulario 3A.**
- **Las personas que tengan problemas con las financieras, una vez comunicado el modelo correspondiente (Formularios 2A y 2B) deben formular una reclamación en Consumo.**

Pueden descargarse el formulario de reclamación en www.mostoles.es. Una vez cumplimentado deberán solicitar cita para registro en la aplicación de cita previa que se encuentra en la misma página o llamando al 91 664 76 42 o 91 664 76 23.

- **Las diferentes administraciones están adoptando medidas en relación con el problema Dentix.**

A/A DENTIX HEALTH CORPORATION, SL,
C/ Ribera del Loira Nº 56-58. 28042.
MADRID

Formulario 1A

COMUNICACIÓN A DENTIX DE QUE SE DA POR RESUELTO EL CONTRATO

(Nombre).....,
con Documento Nacional de Identidad nº.....y domicilio, a efectos de
notificaciones en.....,
me dirijo a ustedes a los efectos de comunicarles:

1. Suscribí un contrato con esa empresa a través de la clínica Déntix de Móstoles
sita en Cl..... que acredito
mediante la aportación presupuesto por importe de
2. Que el importe indicado se abonó:
 Directamente a Dentix Mediante financiación
3. Que en la actualidad las dos clínicas de mi localidad se encuentran cerradas
estando mi tratamiento sin finalizar.

Por lo expuesto, considero que se ha producido un incumplimiento grave del
contrato, razón por la que les insto a su cumplimiento en el plazo improrrogable de cinco
días hábiles. Pasado el plazo sin noticias de su parte daré por resuelto el contrato sobre la
base de lo dispuesto en el artículo 1.124 del Código Civil con las consecuencias legales que
de ello se derivan.

Solicito copia de la historia clínica e información completa sobre:

- Implantes Brackets Prótesis colocadas.

Móstoles, de..... de

Fdo.:.....

Formulario 2A

ESCRITO DE COMUNICACIÓN DE CRÉDITOS POR EL ACREEDOR A LA ADMINISTRACIÓN CONCURSAL DESIGNADA EN EL CONCURSO Nº 1305/20 QUE SE SIGUE ANTE EL JUZGADO DE LO MERCANTIL Nº 2 DE MADRID

D./Dª.....
mayor de edad, provisto de DNI nº....., con domicilio a efectos de notificaciones en, calle, nº....., piso CP.....,

Ante la Administración Concursal desinada en este proceso por el Juzgado de lo Mercantil nº 2 de Madrid comparezco y, como mejor proceda en Derecho, DIGO:

Que en el plazo concedido al efecto, por medio del presente escrito y de conformidad con lo establecido en el Artículo 85 de la Ley 22/2003, de 9 de julio, Concursal, en mi condición de acreedor/a del concursado **DENTOESTETIC CENTRO DE SALUD Y ESTETICA DENTAL, SLU**, vengo a comunicar a la Administración Concursal la existencia del crédito que tengo frente al mismo, y cuyas características, conforme a lo señalado en el artículo 85.3 de la Ley, son:

I.- Concepto: Servicios dentales contratados y no prestados.

II.- Cuantía:.....

III.- Fecha del contrato:

Asimismo, y en cumplimiento de lo exigido por el apartado 4º del Artículo 85 de la Ley Concursal, se adjunta al presente escrito título acreditativo de la existencia y características del crédito, cuya devolución expresamente se solicita, una vez dejada constancia suficiente en Autos (para el caso de que se presenten los originales de los documentos relativos al crédito que se comunica), quedando a disposición de la Administración Concursal para cualquier aclaración o justificación que considere necesaria para efectuar el reconocimiento del crédito que se comunica.

Por lo expuesto; SOLICITO A LA ADMINISTRACIÓN CONCURSAL:

Que, teniendo por presentado este escrito, con sus documentos y copias, lo admita y tenga por comunicada la existencia y características del crédito que tengo frente al concursado, para conocimiento e información de esa Administración Concursal y de las demás partes personadas, dando al mismo la tramitación oportuna, con cuanto más proceda.

En, ade.....de.....

Fdo.: (El/la Acreedor/a).

ACCOUNT CONTROL-IUS &
AEQUITAS.
Avda. Alberto Alcocer 24, 4ª, 2, 28036
MADRID

Formulario 3A

ESCRITO DE SOLICITUD DE OBTENCIÓN DE HISTORIA CLÍNICA AL ADMINISTRADOR CONCURSAL DE DENTIX HEALT CORPORATION, S.L.

D./Dª.....
mayor de edad, provisto de DNI nº....., con domicilio a efectos de
notificaciones en, calle,
nº....., piso CP.....,

Ante la Administración Concursal desinada en este proceso por el Juzgado de lo Mercantil
nº..... de.....comparezco y, como mejor proceda en Derecho, DIGO:

Que por medio del presente escrito vengo a **solicitar** que por parte del Administrador
Concursal se adopten las medidas necesarias para poder tener acceso a mi historia clínica,
necesaria para acreditar el crédito y su cuantía.

Por lo expuesto, SOLICITO A LA ADMINISTRACIÓN CONCURSAL:

Que, teniendo por presentado este escrito, con sus documentos y copias, lo admita y
tenga por realizada la petición anterior, dando al mismo la tramitación oportuna, con cuanto
más proceda.

En, ade.....de.....

Fdo:.....

Formulario 1B

RECLAMACIÓN A¹ POR IMPORTES PAGADOS POR ENCIMA DEL TRATAMIENTO RECIBIDO

D./D^a.
con DNI nº..... y domicilio, a efectos de notificaciones en.....,
calle....., nº....., piso CP.....,

Me dirijo a ustedes a los efectos de comunicarles:

1. Suscribí un contrato con la empresa Dentoesthetic Centros de Salud y Estética Dental, SL a través de la clínica Dentix sita en de Móstoles, para un tratamiento dental.
2. Que el importe indicado se abonó mediante financiación suscrita con a nombre de (para el caso de que cliente y prestatario no sean la misma persona).
3. Que en la actualidad todas las clínicas de mi localidad se encuentran cerradas.
4. Que he procedido a remitir un escrito a la empresa propietaria de las clínicas instándole al cumplimiento del contrato sin que se hayan puesto en contacto conmigo a tal fin dentro del plazo concedido al efecto.
5. Que el importe financiado ha sido abonado en su totalidad en tanto que el tratamiento no ha sido finalizado, quedando pendiente lo equivalente a€.
6. Que el contrato de financiación es un contrato vinculado al de prestación de servicios dentales.

Por todo ello, y en aplicación de lo dispuesto en el artículo 29 de la Ley 16/11, de 24 de junio, de Contratos de Crédito al Consumo, les requiero el reintegro de la cantidad de..... €

Móstoles,de.....de

Fdo.:.....

¹ INDICAR EL NOMBRE DE LA FINANCIERA

Formulario 2B

COMUNICACIÓN A¹ DE LA RESOLUCIÓN DEL CONTRATO DE FINANCIACIÓN Y DEVOLUCIÓN DE IMPORTES

D./D^a.
con DNI nº..... y domicilio, a efectos de notificaciones en.....,
calle....., nº....., piso CP.....,

Me dirijo a ustedes a los efectos de comunicarles:

1. Suscribí un contrato con la empresa Dentoesthetic Centros de Salud y Estética Dental, SL a través de la clínica Dentix sita en de Móstoles, para un tratamiento dental.
2. Que el importe indicado se abonó mediante financiación suscrita con..... a nombre de (para el caso de que cliente y prestatario no sean la misma persona).
3. Que en la actualidad todas las clínicas de mi localidad se encuentran cerradas.
- 4.- Que he procedido a remitir un escrito a la empresa propietaria de las clínicas instándole al cumplimiento del contrato sin que se hayan puesto en contacto conmigo a tal fin dentro del plazo concedido al efecto.
- 5.- Que el tratamiento recibido es equivalente a un importe de.....€, según presupuesto, en tanto que he abonado a esa financiera€.
6. Que el préstamo concedido es un contrato vinculado al de prestación de servicios dentales conforme a lo dispuesto en la Ley 16/11, de 24 de junio, de Contratos de Crédito al Consumo.

Por todo ello, y en aplicación de lo dispuesto en el artículo 29 de la Ley 16/11, de 24 de junio, de Contratos de Crédito al Consumo, doy por resuelto el contrato de financiación suscrito con ustedes para la financiación de los servicios dentales, procediendo a la interrupción de los pagos a partir de la fecha en que tenga constancia de la recepción por su parte de este escrito.

Asimismo reclamo la devolución de la cantidad de€ abonada por encima del importe del tratamiento recibido.

Móstoles,de.....de

Fdo:.....

¹ INDICAR EL NOMBRE DE LA FINANCIERA

DATOS DE LAS FINANCIERAS:

.- PEPPER MONEY

Página Web: <https://peppermoney.es/tablon-de-anuncios/>

Servicio de Atención al Cliente: C/ Juan Esplandiú, 13 Planta C1 28007-MADRID 4;

Correo electrónico: servicio_atencioncliente@peppergroup.es; Tfno.: 91 216 11 18

.-CETELEM

Página web: <https://www.cetelem.es/informacion-legal#serv-ac>

Servicio de Atención al Cliente >> BANCO CETELEM, S.A.U. Servicio de Atención al Cliente Quejas y Reclamaciones; Paseo de los Melancólicos, 14ª 28005 Madrid

Correo electrónico: SAC-quejasyreclamaciones@cetelem.es

.- ZANK//WANNA

Página web: <https://www.zank.com.es/condiciones-uso>

Servicio de Atención al Cliente: ZANK FINANCIAL PFP, S.L. (Zank), Camino Cerro de los Gamos 1, 28224 Pozuelo de Alarcón (Madrid), con CIF: B-66090473.

Correo electrónico: soporte@zank.com.es

.- SERVICIOS PRESCRIPTOR Y MEDIOS DE PAGOS (*Antes EVO FINANCE / FRACCIONA)

Página web <https://www.spymp.es/informacion-legal>

Servicio de Atención al Cliente: SERVICIOS PRESCRIPTOR Y MEDIOS DE PAGOS

E.F.C, S.A.U Calle José Echegaray, nº 6, 28232 Las Rozas (Madrid) ; Tfno.: 900 810 200

Correo electrónico: atencioncliente@spymp.es

.- BBVA

Página web: <https://www.bbva.es/general/organismos-atencion-cliente.html>

Servicio de Atención al Cliente: Servicio de Atención al Cliente del BBVA. Apartado de Correos 1598. 28080 Madrid

Correo electrónico: servicioatencioncliente@grupobbva.com

.- BANCO PICHINCHA

Página web: <https://www.bancopichincha.es/tablon-de-anuncios/>

Servicio de Atención al Cliente: Banco Pichincha España SA. C/Lagasca 4, 28001 Madrid

Correo electrónico: atencionalcliente@bancopichincha.es

.- ABANCA

Página web: <https://www.abanca.com/es/legal/atencion-cliente/>

Atención al Cliente: ABANCA SERVICIOS FINANCIEROS, E.F.C, S.A

Servicio de Atención al Cliente. Rúa Nueva, 1 - Entreplanta 15003 A Coruña A CORUÑA

Correo electrónico: reclamaciones.abancaserfin@abanca.com

.-BANCO SABADELL

Página web: https://www.bancsabadell.com/cs/Satellite/SabAtl/Servicio-de-Atencion-al-Cliente/GBS_Generico_FA/1183016790055/1191332198208/es/

Servicio de Atención al Cliente: Centro Banco Sabadell. Polígono Can Sant Joan Sena, 12. 08174, Sant Cugat del Vallés

Correo electrónico: sac@bancsabadell.com

.- EVO

Página web: <https://www.evobanco.com/atencion-al-cliente-reclamaciones/>

Servicio de Atención al Cliente: Calle Serrano, 45. 28001, Madrid

Correo electrónico: atencioncliente@evobanco.com