



Antragsformular aqua med dive card

Für jede dive card bitte einen eigenen Antrag verwenden! Die Preise gelten pro Jahr.

- dive card basic (45,- €)**
- dive card professional (139,- €)**
- dive card family (98,- €) *** (mit dive card professional Leistungen auf Anfrage)
- zusätzliche travel card (25,- €) *** (für nichttauchende Partner + Kinder)



aqua med
reise- und tauchmedizin
am speicher XI 11
d-28217 bremen
fon:+49 (0)421- 222 27-10
fax:+49 (0)421- 222 27-17
kontakt@aqua-med.de

Bitte hilf uns und schreibe Deine Angaben in Druckbuchstaben, vielen Dank!

Antragsteller:

Vor- und Nachname: _____ Geburtsdatum: _____
 Strasse u. Haus-Nr.: _____ Fon: _____
 Länderkürzel, PLZ und Ort: _____ Fax: _____
 Mail to: _____ Mitglied im Verband, welcher? _____

* **Familienmitglieder** (für dive card family + travel card)
(maximal ein Partner und zwei Kinder bis zum 21. Lj.):

| Vor- und Nachname | Geburtsdatum |
|-------------------|--------------|
| | |
| | |
| | |

Übst Du gewerblich Unterwassertätigkeiten aus? Wenn ja, bitte ankreuzen (in diesem Fall empfehlen wir Dir die dive card professional, damit Du für Deine Unterwasseraktivitäten haftpflichtversichert bist):

- Tauchlehrer/-assistent UW-Fotograf / UW-Führer UW-Biologe / UW-Archäologe Sonstiges: _____

Wie hast Du von der dive card erfahren?

(Wichtig, bitte beantworten, damit wir kein Geld in unnötige Werbung investieren und die dive card günstig bleibt):

- Tauchschule/ -lehrer Internet Messe Zeitschrift, welche: _____ Sonstiges: _____

Wichtige Hinweise:

Dieses Antragsformular gilt für Taucher mit Wohnsitz in der EU oder der Schweiz. Vertragssprache ist Deutsch, Vertragswährung ist Euro. Alle Kartenverträge haben eine Gültigkeit von einem Jahr, beginnend mit Eintreffen des Antrags bei uns, sofern kein späteres Datum auf dem Antrag vermerkt ist. Sie verlängern sich jeweils um ein Jahr, wenn sie nicht spätestens zwei Wochen vor Vertragsende schriftlich bei uns gekündigt werden. Wird keine Zahlung per Lastschrift oder Kreditkarte gewünscht, erfolgt die Zahlung per Rechnung/Überweisung. Diesen Mehraufwand berechnen wir mit 3,- Euro pro Jahr. Wird der Beitrag nicht innerhalb von 10 Tagen gezahlt oder ist der Bank-/Kreditkarteneinzug wegen falscher, unvollständiger, veralteter Daten oder mangels Deckung nicht möglich, erlischt der Leistungsanspruch. Zudem wird damit eine Bearbeitungspauschale von 10,- Euro fällig. Der Leistungsanspruch beginnt anschließend mit vollständigem Zahlungseingang bei aqua med. Mit Deinem Antrag willigst Du ein, dass aqua med zur Vertragsabwicklung Deine Daten speichert und an die jeweiligen Leistungserbringer weiterleitet. Dabei werden keine gesundheitsbezogenen Daten weitergereicht. Für den Vertragsablauf ist es nötig, dass Du eventuelle Adressänderungen umgehend aqua med mitteilst. Sollten Dir Mitteilungen nicht zugestellt werden können, weil wir falsche oder veraltete Daten von Dir haben, können Dir dadurch Nachteile entstehen. Die Grundlagen dieses Vertrages sind die Versicherungsbedingungen, sowie die Aussagen unseres Flyers in ihren jeweils aktuellen Fassungen, welche Du aus dem Internet (www.aqua-med.de) herunterladen oder jederzeit von uns anfordern kannst. (01/2009)

Ort, Datum

Unterschrift

Bankeinzugsermächtigung (nur Deutschland oder Österreich):

Hiermit ermächtige ich bis auf Widerruf aqua med die Beiträge bei Fälligkeit von unten angegebenem Konto einzuziehen.

| Konto Nr. | Geldinstitut: | Bankleitzahl | Kontoinhaber (falls abweichend vom Antragsteller) |
|-----------|---------------|--------------|---|
| | | | |

Kreditkarte: Hiermit ermächtige ich aqua med die Beiträge bei Fälligkeit von meiner Kreditkarte abzubuchen. Bis zum Widerruf ist diese für die gesamte Vertragslaufzeit gültig.

- Visa Mastercard gültig bis (mm.jjjj): _____ Kartennummer: _____

Vor- und Nachname Karteninhaber: _____

Datum

Unterschrift Konto-/Karteninhaber

- von der annehmenden Stelle auszufüllen -

Silent Water / VP10020206

Antrag eingegangen am _____ (Datum) um _____ (Zeit). _____

Unterschrift, Stempel