



ausfüllen, ausdrucken,  
unterschreiben und zu  
aqua med schicken

# 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  
hohenlohestr. 7-9  
d-28209 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. Jedes weitere Kind für zusätzlich 12,- Euro / Jahr):

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](http://www.aqua-med.de)) heruntergeladen 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 -

transgeo GmbH / TS06032901

Antrag eingegangen am \_\_\_\_\_ (Datum) um \_\_\_\_\_ (Zeit).

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel