



Antragsformular aqua med travel card

Bitte hier die Daten der Personen eintragen, für die eine aqua med travel card beantragt wird.



Antrag auf:

- travel card single (25,- €)
- travel card family (39,- €)

Antragsteller:

Vor- und Nachname: _____ Geburtsdatum: _____
 Straße u. Haus Nr.: _____ PLZ und Ort: _____
 Tel.: _____ Fax: _____
 eMail: _____

* Familienmitglieder (nur für aqua med travel card family)

(max. ein Partner und zwei Kinder in häuslicher Gemeinschaft bis zum vollendeten 21. Lj. Jedes weitere Kind für zusätzlich 12,- Euro / Jahr):

Vor- und Nachname	Geburtsdatum

Wichtige Hinweise:

Dieses Antragsformular gilt nur für Personen mit Wohnsitz in Deutschland. Vertragssprache ist Deutsch. Alle Kartenverträge haben eine Gültigkeit von einem Jahr, beginnend mit Eintreffen des Antrags bei uns, sofern kein anderes Datum auf dem Antrag vermerkt ist. Sie verlängern sich jeweils um ein Jahr, wenn sie nicht 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 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:

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

Tauchen mit Thomas / TS05101901

Internationaler Notruf: +49(0)700 – 34835463 (= 0700 und das Wort „diveline“!)