



Antragsformular aqua med travel card



Hohenlohestrasse 7
28209 Bremen

Tel. 04 21 - 2 22 27 - 0

Fax 04 21 - 2 22 27 - 17

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

Antrag auf:

m travel card single (19,-)

m travel card family (29,-)

Antragsteller:

Vor- und Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße u. Haus Nr.: _____ PLZ und Ort: _____

Fon: _____ Fax: _____

Mail to: _____

* Mitversicherte Personen (nur für aqua med travel card family)

(max. 1 in häuslicher Gemeinschaft lebender Partner und 2 Kinder bis zum vollendeten 21. Lj. Jedes weitere Kind für zusätzlich 10,- Euro / Jahr):

Vor- und Nachname	Geburtsdatum

Wichtige Hinweise:

Dieses Antragsformular gilt nur für Personen, die einen Wohnsitz in Deutschland haben. 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.

Falls keine Bankeinzugsermächtigung erteilt wird, berechnen wir den Mehraufwand (Rechnungsstellung und Zahlungskontrolle) mit 2,- pro Jahr. Falls der Beitrag nicht innerhalb von 10 Tagen gezahlt wird oder der Bankeinzug nicht möglich ist, erlischt der Leistungsanspruch solange, bis die Zahlung erfolgt ist, wobei pauschal 10,- Bearbeitungsgebühr anfallen. Dabei bleibt das Vertragsverhältnis, bis auf das vorübergehende Ruhen des Leistungsanspruches, bestehen.

Für den Vertragsablauf ist es nötig, dass eventuelle Adressänderungen umgehend aqua med mitgeteilt werden. Sollten Mitteilungen nicht zugestellt werden können, weil wir falsche oder veraltete Daten von haben, sind wir hierfür nicht verantwortlich.

Mit dem Antrag wird eingewilligt, dass aqua med zur Vertragsabwicklung die Daten speichert und an die jeweiligen Leistungserbringer weiterleitet. Ansonsten sind die Grundlagen dieses Vertrages die Versicherungsbedingungen, welche aus dem Internet (www.aqua-med.de) heruntergeladen oder jederzeit von uns anfordern werden können.

Ort, Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung:

Bitte die Bankeinzugsermächtigung nutzen. Das spart Zeit und Kosten für Rechnungs- und Mahnwesen.

Hiermit ermächtige ich bis auf Widerruf aqua med reise- und tauchmedizin gmbh, die Beiträge von unten angegebenem Konto einzuziehen.

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

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

- von der annehmenden Stelle auszufüllen -

sub base HS03071701

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

Unterschrift, Stempel

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