



Anmeldung für Tauchclub

Vorname / Name: _____

Geburtsort / Datum: _____

Straße / PLZ / Ort: _____

Telefon / Mobil: _____

E-Mail: _____

Konfektionsgröße: _____ Schuhgröße: _____

Wie haben Sie uns gefunden ? _____

Clubvariante:

Ausbildung / Verband: _____

Preis pro Monat / Jahr: _____

Aufnahmebeitrag einmalig: _____

Mitgliedsbedingungen:

Nach Eingang der Anmeldung/Mitgliedsverlängerung werden sie per Mail über die Aufnahme/
Verlängerung der Mitgliedschaft im Club informiert, in dieser Mail erhalten Sie auch eine
Rechnung. Der Clubbeitrag wird immer vom Eintrittsdatum bis zum 31.12. des Jahres berechnet und wird im
Folgejahr auch jährlich abgerechnet. Der Versicherungsbeitrag in Höhe von 49,- €. (Stand 2022) wird von der
Versicherung „Aquamed“ direkt von Ihrem Konto abgebucht. Die Mitgliedschaft verlängert sich automatisch um ein
weiteres Jahr falls diese nicht bis zum 31.10. gekündigt
wurde! Die Dauer der Mitgliedschaft im Club beträgt mindestens 12 Monate oder falls am 31.12.
des Jahres noch keine 12 Monate erreicht sind bis zum ende des kommenden Jahres. Zur
Anmeldung zum Club benötige ich Seite 1 & 2 wenn eine Versicherung besteht komplett ausgefüllt zurück. Falls keine
bereits abgeschlossene Versicherung Tauchunfälle abdeckt benötigen wir auch die Seite 3 ausgefüllt und
unterschieden zurück. Alle im Rahmen der
Clubaktivitäten entstandenen Fotos kann die Tauchschule Tauchertreff-Mainz frei zu
Werbungszwecken, auch im Internet benutzen, ich verzichte auf jegliche Bildrechte und stimme der Veröffentlichung
zu!

Unterschrift / Datum



Tauchclub Leistungen & Preise ab 2025

Leistungen:	Holiday		Standard	Comfort	Premium	Premium +	CCR	Kids
Flaschenfüllungen gratis	-	✓ 10		✓ 20	✓ 25	✓ 40	-	✓ 20
Pooltraining alle 14 Tage in Hochheim am Main (4 x 25 Meter Bahnen) inkl. Luft gratis ⁽¹⁾	-	-		zzgl. 5,- €	✓	✓	-	zzgl. 5,- €
Pooltraining einmal im Monat in Hochheim am Main (4 x 25 Meter Bahnen) inkl. Luft gratis ⁽¹⁾	-	✓		-	-	-	-	✓
Pooltraining alle 14 Tage im Budenheim (4x25 Meter Bahnen) inkl. Luft gratis ⁽²⁾	-	-		zzgl. 2,- €	✓	✓	-	-
Pooltraining einmal im Monat im Budenheim (4x25 Meter Bahnen) inkl. Luft gratis ⁽²⁾	-	✓		-	-	-	-	✓
Rabatt auf alle IAC Specialys Tauchkurse ab Comfort Home Kursvariante	-	✓ 10%		✓ 15%	✓ 20%	✓ 25%	-	-
Upgrade auf die nächst höhere Breweiterungsstufe oder Specialys (einmal im Jahr)	-	-		-	-	✓	-	-
Tauchgangsbegeleitung im See durch Assistenten	-	✓		✓	✓	✓	-	✓
Update der Tauchfertigkeiten unter Kontrolle eines Tauchlehrers	-	-		✓	✓	✓	-	✓
Tauchversicherung (z.B. aqua med) zusätzlich erforderlich	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Ausrüstungsverleih -Deutschland- gratis	-	-		✓	✓	✓	-	✓
Ausrüstungsverleih -Ausland- max. 14 Tage gratis	✓	-		✓	✓	✓	-	✓
Ausrüstungsverleih -Pool- gratis	-	-		✓	✓	✓	-	✓
Benutzung Clubsee (Waldsee / Weinheim) gegen Gebühr 9,- € statt 15,- €	-	✓		✓	✓	✓	-	✓
50 % Rabatt auf Schnuppertauchen Rebreather	-	✓		✓	✓	✓	-	-
50 % Rabatt auf Revision Atemregler (ohne Ersatzteile) ⁽³⁾	-	-		✓	-	-	-	-
100 % Rabatt auf Revision Atemregler (ohne Ersatzteile) ⁽³⁾	-	-		-	✓	✓	✓	-
Rebreather Flaschenfüllungen (Sauerstoff, Nitrox und Pressluft) gratis	-	-		-	-	-	✓ 46	-
Rebreather Service einmal im Jahr (ohne Ersatzteile) gratis	-	-		-	-	-	✓	-
Einmalige Aufnahmegebühr (nur bei Neumitgliedern)	85,- €	85,- €		85,- €	85,- €	85,- €	85,00 €	40,- €
Einmalige Aufnahmegebühr Doppelmitgl. (nur bei Neumitgliedern)	160,- €	160,- €		160,- €	160,- €	160,- €	160,00 €	65,- €
Einzelmitgliedschaft im Jahr / Monat ⁽⁴⁾	100,-€/8,33€	€ 120,-€/ / 10,- €		162,-€/ / 13,5€	192,-€/ / 16,- €	330,- € / 27,5 €	264,- € / 22,- €	144,- € / 12,- €
Doppelmitgliedschaft für 2 Erwachsene oder 1 Erwachsener & 1 Kind oder 2 Kinder im Jahr / Monat ⁽⁴⁾	192,- € / 16,- €	216,- € / 18,- €		288,- € / 24,- €	360,- € / 30,- €	636,- € / 53,- €	504,- € / 42,- €	264,- € / 22,- €
Zusatzoption Leihrocky und Unterzieher (p.P.) im Jahr ⁽⁴⁾	100,- €	100,- €		100,- €	100,- €	100,- €	100,- €	-
Aqua Med Versicherung Dive-Card Basic im Jahr (Stand 2022)	60,- €	60,- €		60,- €	60,- €	60,- €	60,- €	60,- €
Aqua Med Versicherung Dive-Card-Family im Jahr (Stand 2022)	130,- €	130,- €		130,- €	130,- €	130,- €	130,- €	130,- €

⁽¹⁾ In den Sommerferien findet kein Training in diesem Bad statt ⁽³⁾ 1. Stufe / 2. Stufe / Finnmeier & Inflatoschlauch pro Mitglied

⁽²⁾ Alle 2 Jahre findet im Dezember kein Training in diesem Bad statt ⁽⁴⁾ Beitrag wird immer anteilig vom Datum des Eintritts bis 31.12. berechnet



UNDERSEA &
HYPERBARIC
MEDICAL SOCIETY



CMAS
CONFEDERATION INTERNATIONALE
DES APNEUSTES SCUBA-MASSEURS
FEDERATION INTERNATIONALE DE SCUBA

Taucher Medizincheck | Kandidaten-Fragebogen

Sporttauchen und Freitauchen erfordert eine gute körperliche und geistige Gesundheit. Es gibt einige wenige medizinische Bedingungen, die beim Tauchen ein Risiko darstellen können und unten aufgeführt sind. Personen, die an einer dieser Erkrankungen leiden oder dafür prädisponiert sind, sollten von einem Arzt untersucht werden. Dieser medizinische Teilnehmer-Fragebogen für Taucher bietet die Grundlage für die Entscheidung, ob Sie sich um diese Untersuchung bemühen sollten. Wenn Sie Bedenken bezüglich Ihrer Tauchtauglichkeit haben, die sich nicht aus diesem Formular erschließen, sollten Sie sich vor dem Tauchen mit Ihrem Arzt beraten. Wenn Sie sich krank fühlen, vermeiden Sie das Tauchen. Wenn Sie glauben, dass Sie möglicherweise an einer ansteckenden Krankheit leiden, schützen Sie sich und andere, indem Sie nicht an der Tauchausbildung und/oder an Tauchaktivitäten teilnehmen. Bezugnahmen auf "Tauchen" auf diesem Formular umfassen sowohl Sporttauchen als auch Freitauchen. Es ist in erster Linie als Screening im Sinne einer medizinischen Voruntersuchung für Tauchanfänger gedacht, eignet sich aber auch für Taucher, die eine fortgeschrittene Ausbildung absolvieren. Beantworten Sie zu Ihrer Sicherheit und der Sicherheit anderer, die mit Ihnen tauchen, alle Fragen ehrlich.

Anleitung

Füllen Sie diesen Fragebogen als Voraussetzung für einen Sporttauch- oder Freitauch-Kurs aus.

Hinweis für Frauen: Wenn Sie schwanger sind oder versuchen, schwanger zu werden, tauchen Sie nicht.

1	Ich hatte Probleme mit meinen Lungen, Atmung, Herz und/oder Blut mit Beeinträchtigung meiner normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit	Ja <input type="checkbox"/> Kasten A	Nein <input type="checkbox"/>
2	Ich bin über 45 Jahre alt.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten B	Nein <input type="checkbox"/>
3	Ich habe Mühe, mich mäßig zu bewegen (z.B. 1,6 Kilometer/eine Meile in 14 Minuten laufen oder 200 Meter/Yard schwimmen, ohne mich auszuruhen) ODER ich war in den letzten 12 Monaten aus Fitness- oder Gesundheitsgründen nicht in der Lage, an einer normalen körperlichen Aktivität teilzunehmen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
4	Ich habe Probleme mit meinen Augen, Ohren oder Nasengänge/Nasennebenhöhlen gehabt.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten C	Nein <input type="checkbox"/>
5	Ich bin in den letzten 12 Monaten operiert worden ODER ich habe anhaltende Probleme im Zusammenhang mit früheren Operationen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
6	Ich habe das Bewusstsein verloren, hatte Migräne, Krampfanfälle, einen Schlaganfall, eine schwere Kopfverletzung oder leide an einer anhaltenden neurologischen Verletzung oder Erkrankung.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten D	Nein <input type="checkbox"/>
7	Ich befinde mich derzeit wegen psychologischer Probleme, Persönlichkeitsstörungen, Panikattacken, Drogen- oder Alkoholabhängigkeit in Behandlung (oder habe in den letzten fünf Jahren eine Behandlung benötigt) oder es wurde bei mir eine Lern- oder Entwicklungsstörung diagnostiziert.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten E	Nein <input type="checkbox"/>
8	Ich habe Rückenprobleme, Leistenbruch, Geschwüre (Ulcus) oder Diabetes gehabt.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten F	Nein <input type="checkbox"/>
9	Ich habe Magen- oder Darmprobleme gehabt, darunter auch kürzlich Durchfall.	Ja <input type="checkbox"/> Kasten G	Nein <input type="checkbox"/>
10	Ich nehme verschreibungspflichtige Medikamente ein (mit Ausnahme von Antibiotika oder Malaria-Mitteln außer Mefloquin (Lariam)).	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>

Kandidaten Erklärung

Wenn Sie alle 10 obigen Fragen mit NEIN beantwortet haben, ist eine medizinische Beurteilung nicht erforderlich. Bitte lesen Sie die nachstehende Teilnehmererklärung und stimmen Sie ihr zu, indem Sie sie unterschreiben und datieren.

Erklärung des Teilnehmers: Ich habe alle Fragen ehrlich beantwortet und verstehe, dass ich die Verantwortung für alle Konsequenzen übernehme, die sich aus Fragen ergeben, die ich möglicherweise ungenau beantwortet habe, oder für mein Versäumnis, bestehende oder frühere Gesundheitszustände offenzulegen.

Teilnehmer Unterschrift (oder bei minderjährigen Erziehungsberechtigte erforderlich)

Datum(TT/MM/JJJJ)

Teilnehmer Name (Druckschrift)

Geburtsdatum (dd/mmm/yyyy)

Instruktor Name (Druckschrift)

Einrichtung

*** Wenn Sie auf die Fragen 3, 5 oder 10 ODER auf eine der Fragen auf Seite 2 mit JA geantwortet haben**, lesen Sie bitte die obige Erklärung und stimmen Sie ihr zu, indem Sie diese mit Datum und Unterschrift versehen **UND bringen Sie alle drei Seiten dieses Formulars (Kandidatenfragebogen und Formular für die ärztliche Beurteilung)** zu Ihrem Arzt für eine medizinische Beurteilung. Für die Teilnahme an einem Tauchkurs ist die Zustimmung Ihres Arztes erforderlich.

Taucher Medizincheck | Ausführlicher Kandidaten-Fragebogen

KASTEN A – ICH HABE/HATTE:		
Brustkorboperation, Herzoperation, Herzklappenoperation, ein medizinisches Implantat (z.B. Stent, Schrittmacher, Neurostimulator), Pneumothorax und/oder chronische Lungenerkrankung.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Asthma, Keuchen, schwere Allergien, Heuschnupfen oder verstopfte Atemwege innerhalb der letzten 12 Monate, die meine körperliche Aktivität/ Training einschränken.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Ein Problem oder eine Krankheit, die mein Herz betrifft, wie z.B.: Angina pectoris, Brustschmerzen bei Anstrengung, Herzinsuffizienz, Immersions-Lungenödem, Herzinfarkt oder Schlaganfall, ODER ich nehme Medikamente gegen eine Herzerkrankung ein.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Wiederholt Bronchitis und derzeit Husten innerhalb der letzten 12 Monate ODER es wurde ein Emphysem diagnostiziert.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Symptome innerhalb der letzten 30 Tage, die meine Lungen, Atmung, Herz und/oder Blut betrafen und meine körperliche und geistige Leistungsfähigkeit beeinträchtigt haben.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
KASTEN B – ICH BIN ÜBER 45 JAHRE ALT UND:		
Derzeit rauche oder inhaliere ich Nikotin mit anderen Mitteln.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Ich habe einen hohen Cholesterinspiegel.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Ich habe hohen Blutdruck.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Ich hatte einen plötzlichen Tod eines nahen Blutsverwandten oder eine Herzerkrankung oder einen Schlaganfall vor meinem 50. Lebensjahr ODER ich habe eine familiäre Vorgeschichte mit Herzerkrankungen vor dem 50. Lebensjahr (einschließlich abnormaler Herzrhythmen, koronarer Herzerkrankung oder Erkrankung des Herzmuskels).	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
KASTEN C – ICH HABE/HATTE:		
Innerhalb der letzten 6 Monate eine Operation der Nasennebenhöhlen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Ohrkrankheit oder Ohrchirurgie, Hörverlust oder Gleichgewichtsstörungen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Wiederkehrend Entzündungen der Nasennebenhöhlen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Augenoperation innerhalb der letzten 3 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
KASTEN D – ICH HABE/HATTE:		
Kopfverletzung mit Bewusstseinsverlust innerhalb der letzten 5 Jahre.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Anhaltende neurologische Verletzung oder Erkrankung.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Wiederkehrende Migränekopfschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate oder Einnahme von Medikamenten zu deren Verhinderung.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Blackouts oder Ohnmachtsanfälle (vollständiger/teilweiser Bewusstseinsverlust) innerhalb der letzten 5 Jahre.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Epilepsie, epileptische Anfälle oder Krampfanfälle ODER nehme Medikamente ein, um sie zu verhindern.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
KASTEN E – ICH HABE/HATTE:		
Psychische, psychologische Probleme oder im Gesundheitsverhalten, die eine medizinische/psychiatrische Behandlung erfordern.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Schwere Depressionen, Selbstmordgedanken, Panikattacken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentöse/psychiatrische Behandlung erfordern.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Es wurde ein psychischer Gesundheitszustand oder eine Lern-/Entwicklungsstörung diagnostiziert, die eine kontinuierliche Betreuung oder besondere Unterbringung erfordert.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Eine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, die innerhalb der letzten 5 Jahre behandelt werden musste.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
KASTEN F – ICH HABE/HATTE:		
Wiederkehrende Rückenprobleme in den letzten 6 Monaten, die meine tägliche Routineaktivität einschränken.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Rücken- oder Wirbelsäulenoperationen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Diabetes, entweder medikamentös oder Diät-eingestellt ODER Schwangerschaftsdiabetes innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Einen nicht operierten Leistenbruch, der meine körperlichen Fähigkeiten einschränkt.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Akute oder unbehandelte Geschwüre (Ulkus), Problemwunden oder Geschwüroperationen innerhalb der letzten 6 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
KASTEN G – ICH HABE/HATTE:		
Stoma-Operation und keine ärztliche Erlaubnis zum Schwimmen oder zur körperlichen Betätigung.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Dehydrierung, die innerhalb der letzten 7 Tage eine medizinische Maßnahme erforderte.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Aktive oder unbehandelte Magen- oder Darmgeschwüre oder diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Häufiges Sodbrennen, Aufstoßen oder gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD).	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Aktive oder unkontrollierte Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Adipositas Operationen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>

Taucher Medizincheck | Formular ärztliche Beurteilung

Teilnehmer Name

Geburtsdatum

(Druckschrift)

Datum (TT/MM/JJJJ)

Die oben genannte Person bittet Sie um Ihre Meinung über ihre medizinische Eignung zur Teilnahme an einer Ausbildung oder Aktivität im Freizeit-Gerätetauchen oder Freitauchen. Bitte besuchen Sie uhms.org für ärztliche Beratung über die medizinischen Bedingungen im Zusammenhang mit dem Tauchen. Überprüfen Sie die für Ihren Patienten relevanten Bereiche als Teil Ihrer Beurteilung.

Untersuchungsergebnis

- Zugelassen – Ich erkenne keine Bedingungen, die ich mit dem Sporttauchen oder dem Freitauchen für unvereinbar halte.
- Nicht zugelassen – Ich erkenne Bedingungen, die ich mit dem Sporttauchen oder dem Freitauchen für unvereinbar halte.

Unterschrift approbierter Arzt oder anderweitig gesetzlich bestallter medizinischer Dienstleister

Datum (TT/MM/JJJJ)

**Name des medizinischen
Untersuchers**

**Akademischer Grad /
medizinische Zulassung**

Klinik/Krankenhaus

Adresse

Tel.

Email

Arzt / Klinik Stempel (optional)

Erstellt von [Diver Medical Screen Committee](#) in Zusammenarbeit mit den folgenden Organisationen:

The Undersea & Hyperbaric Medical Society

DAN (US)

DAN Europe

Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego

1. Persönliche Daten (bitte in Blockschrift schreiben):

Vorname:	Telefonnr.:
Nachname:	Mobil:
Geb.-dat.: <input type="radio"/> m <input type="radio"/> w	E-Mail:
Straße & Hausnr.:	Verband & Nr.:
PLZ, Ort, Land:	Sprache: <input type="radio"/> DE <input type="radio"/> GB <input type="radio"/> ES <input type="radio"/> FR <input type="radio"/> IT

Dürfen wir Dich duzen? ja nein Dürfen wir Dich über Aktuelles informieren? ja* nein

*Durch Angabe meiner E-Mail Adresse und Ankreuzen von „ja“ erkläre ich mich damit einverstanden, dass aqua med mir per E-Mail Infos zu Produktneuheiten, Aktionen oder Umfragen zuschicken darf. Meine Kontaktdaten werden nicht ohne meine oder eine gesetzliche Erlaubnis an Dritte übermittelt. Meine Einwilligung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft telefonisch, schriftlich oder per E-Mail gegenüber aqua med widerrufen.

2. Wie hast Du von der dive card erfahren?

Tauchschule/-lehrer:
 Social Media Internet Messe

3. Übst Du berufliche Unterwassertätigkeiten aus?

Wenn ja, bitte ankreuzen (Empfehlung: dive card professional):

Tauchlehrer/-assistent UW-Fotograf/-Führer
 UW-Biologe/-Archäologe

4. Wähle Deine dive card

dive card basic (60,- €) dive card professional (160,- €)
 dive card family (130,- €)**
(mit dive card professional Leistungen auf Anfrage)

Wünschst Du einen sofortigen Vertragsbeginn? ja* später zum:

*Bei Sofortbeginn der Dienstleistung vor Ablauf der Widerrufsfrist erlischt mein Widerrufsrecht gemäß § 356 (4) BGB. Bei fehlender Auswahl beginnt der Vertrag sofort.

****Nur bei dive card family: Zusätzlich mitversicherte Familienmitglieder in häuslicher Gemeinschaft lebend:**

Vor- & Nachname:	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w	Geb.-dat.:
Vor- & Nachname:	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w	Geb.-dat.:
Vor- & Nachname:	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w	Geb.-dat.:

Für die Angabe weiterer Kinder bitte Beiblatt mitsenden.

5. Wähle Deine Zahlungsmethode

per Rechnung
 per SEPA Basislastschrift Die Mandatsnummer wird Dir separat mitgeteilt. Zahlungsempfänger: Medical Helpline Worldwide GmbH

Kontoinhaber (wenn abweichend von oben):

Anschrift (wenn abweichend von oben):

IBAN (max. 35 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen): Kreditinstitut

Ich ermächtige die Medical Helpline Worldwide GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Medical Helpline Worldwide GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Diese Einzugsermächtigung ist bis zum schriftlichen Widerruf für die gesamte Vertragslaufzeit gültig, auch für die Folgebeiträge.

Ort, Datum	X Unterschrift Kontoinhaber
------------	------------------------------------

Hinweis: Wenn Du per Kreditkarte zahlen möchtest, wähle zunächst bitte die Zahlungsmethode „per Rechnung“ aus. Du erhältst per E-Mail eine Eingangsbestätigung inklusive Logindaten und kannst die Zahlungsmethode dann online im Kundenportal ändern.

Vertragsbedingungen der aqua med cards

Die umseitigen „Vertragsbedingungen der aqua med cards (Vers. 02.2022)“ habe ich zur Kenntnis genommen.

Datenschutzhinweis

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Informationspflichten nach Art. 13 DSGVO (<https://www.medical-helpline.com/datenschutzhinweise/>) einsehen konnte. Ich bin mir zudem bewusst, dass meine personenbezogenen Daten für die Vertragsdurchführung notwendig sind und diese für die Abwicklung des Vertrages auch an die Versicherer und Vertriebspartner der Medical Helpline Worldwide GmbH sowie ggf. an Kooperationspartner und bei Vereinsmitgliedschaften weitergegeben werden. Meine Einwilligung kann ich jederzeit gegenüber der MHW widerrufen. Ein Widerruf führt dazu, dass bestimmte Leistungen dann nicht mehr in Anspruch genommen werden können. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meiner Daten ist Art. 6 Abs. 1 b DSGVO.

Ort, Datum	X Unterschrift
------------	-----------------------

I Datenschutzrechtliche Bestimmungen

1. Information zur Verwendung Deiner Daten

Zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen die Medical Helpline Worldwide GmbH und die Versicherer personenbezogene Daten von Dir. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Du kannst gemäß DSGVO und BDSG jederzeit Auskunft über Deine gespeicherten Daten bei

Medical Helpline Worldwide GmbH – aqua med

Otto-Lilienthal-Str. 18

28199 Bremen

Tel: +49 421 240 110-0, E-Mail: service@aqua-med.eu

beantragen und die meisten Daten (außer Gesundheitsdaten aus Leistungsfällen) im aqua med Kundenportal unter <https://customer.aqua-med.eu/customers/> unter Verwendung Deiner persönlichen Zugangsdaten direkt einsehen. Deine weiteren Rechte findest Du in unseren Datenschutzhinweisen nach Artikel 13 DSGVO: <https://www.medical-helpline.com/datenschutzhinweise/>.

2. Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten

Grundlage für die Verarbeitung und Nutzung Deiner personenbezogenen Daten sind die DSGVO, das BDSG sowie die Zusatzregelungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG/ Schweizer VVG). Zur Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Deiner Daten ist Deine datenschutzrechtliche Einwilligung notwendig, ohne die dieser Vertrag nicht zustande kommen kann.

3. Verarbeitung und Nutzung Deiner Gesundheitsdaten

Die Medical Helpline Worldwide GmbH ist ein medizinisches Dienstleistungsunternehmen und unterliegt damit der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB). Damit unterliegen auch Deine hinterlegten Gesundheitsdaten der ärztlichen Schweigepflicht und werden ohne gesonderte Zustimmung von Dir nicht an Dritte, auch nicht an Versicherer, weitergeleitet.

Eine Ausnahme besteht dann, wenn Deine Gesundheitsdaten im Notfall für Deine medizinische Behandlung erforderlich werden und unsere Ärzte die Weitergabe dieser Informationen an Behandlungszentren für notwendig erachten. In diesem Fall können wir diese Informationen auch dann an die Therapieeinrichtung weitergeben, wenn wir nur mündlich Hinweise auf einen Notfall von Dir haben, um damit eine schnellere und sichere Behandlung zu gewährleisten.

4. Prüfung der Leistungspflicht

Zur Erbringung von Assistenzleistungen und zur Prüfung der Leistungspflicht der Versicherer kann es erforderlich sein, dass die MHW oder die Versicherer Angaben über Deine gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Du zur Begründung von Ansprüchen gemacht hast oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten etc.) oder Mitteilungen eines Arztes oder sonstiger Angehöriger eines Heilberufes ergeben.

Dies erfolgt nur, soweit es erforderlich ist und Du in die Datenerhebung einwilligst und die Stellen, die über entsprechende Gesundheitsdaten verfügen, von ihrer Schweigepflicht entbindest. Du kannst diese Erklärungen später im Einzelfall abgeben.

II Wichtige Hinweise

Der Vertrag ist gültig für Personen mit Wohnsitz in der EU und Schweiz/Liechtenstein. Die Angabe Deines Wohnsitzes dient als Kontaktadresse und ist maßgeblich für die Gültigkeit der Auslandsreisekrankenversicherung. Nur in Ländern außerhalb Deines ständigen Wohnsitzes gilt der Auslandsreisekranken-schutz! Änderst Du innerhalb der Vertragslaufzeit Deinen Wohnsitz in ein Land außerhalb der EU oder Schweiz/Liechtenstein, so erlischt die Vertragsgrundlage. Bereits gezahlte Beiträge werden nicht zurückerstattet.

Vertragspartner und Versicherer für Kunden mit Wohnsitz Schweiz/ Liechtenstein sind die Chubb Versicherungen (Schweiz) AG sowie die UNIQA Versicherung AG in Vaduz.

Versicherer für Kunden mit Wohnsitz EU sind die Chubb European Group SE und R+V Allg. Versicherung AG.

Es gilt deutsches Recht, für Kunden mit Wohnsitz in der Schweiz/in Liechtenstein gilt abweichend das dortige Versicherungsrecht. Alle Preise verstehen sich in Euro und inkl. MwSt. Der Vertrag beginnt mit Eintreffen des Antrags bei aqua med sofern kein späterer Vertragsbeginn angegeben oder keine Auswahl getroffen wurde. Die Laufzeit beträgt ein Jahr und verlängert sich danach auf unbestimmte Zeit. Nach dem ersten Vertragsjahr ist eine Kündigung jederzeit mit einer Frist von einem Monat möglich.

Daten- und Adressänderungen sind umgehend mitzuteilen. Grundlage dieses Vertrages sind die Vertrags- und Versicherungsbedingungen, die Du Dir von unserer Webseite (www.aqua-med.eu) herunterladen oder jederzeit von uns anfordern kannst.

1. Zahlungsarten

Der erste Beitrag ist je nach Zahlart fällig:

- per Rechnung: Zahlung bis 14 Tage nach Ausstellung der Erstrechnung
- per SEPA-Lastschrift: Abbuchung 14 Tage nach Ausstellung der Erstrechnung
- per Kreditkarte: Verifizierung der Kreditkarte bei unserem Zahlungsdienstleister und Abbuchung nach Antragsbearbeitung, spätestens bei Vertragsbeginn

Solltest Du einer Abbuchung unberechtigt widersprechen oder sollte der Einzug aus Gründen scheitern, die nicht die MHW zu vertreten hat, behalten wir uns vor, die uns tatsächlich entstandenen Kosten an Dich weiterzuleiten.

Bei ungekündigtem Vertrag werden die Beiträge jeweils nach einem Zeitjahr fällig und entsprechend der Zahlart automatisch eingezogen.

III Widerrufsrecht im Wege des Fernabsatzes

Du hast bei Abschluss außerhalb unserer Geschäftsräume und bei Abschluss über Fernkommunikationsmittel das Recht, diesen Vertrag binnen 14 Tagen ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Um Dein Widerrufsrecht auszuüben, musst Du uns mittels einer eindeutigen Erklärung (z. B. ein mit der Post versandter Brief, ein Telefax oder eine E-Mail) und unter Angabe Deiner vollständigen Kontaktdaten über Deinen Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren. Du kannst dafür das Muster-Widerrufsformular verwenden, das jedoch nicht vorgeschrieben ist. Dieses steht auf unserer Webseite (<https://www.aqua-med.eu/faq/fragen-zum-vertrag/>) und/oder im Kundenportal zum Download bereit. Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass Du die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absendest. Für Kunden mit Wohnsitz in der Schweiz/Liechtenstein wird das Widerrufsrecht ebenfalls gewährt.

Folgen des Widerrufs:

Wenn Du diesen Vertrag widerrufst, haben wir Dir alle Zahlungen, die wir von Dir erhalten haben, unverzüglich und spätestens binnen 14 Tagen ab dem Tag zurückzuzahlen, an dem die Mitteilung über Deinen Widerruf dieses Vertrags bei uns eingegangen ist. Für diese Rückzahlung verwenden wir dasselbe Zahlungsmittel, das Du bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt hast, es sei denn, mit Dir wurde ausdrücklich etwas anderes vereinbart. In keinem Fall werden Dir wegen dieser Rückzahlung Entgelte berechnet.

IV Salvatorische Klausel

Sollte eine Bestimmung dieser Vertragsbedingungen unwirksam sein, wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen davon nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen Bestimmung soll dann eine wirksame Regelung treten, deren Zielsetzung der unwirksamen Bestimmung am nächsten kommt.

Geschäftsführer:
Sven Aumann
Marco Röschmann (ärztl. Leiter)
Handelsregister HRB 20515
Amtsgericht Bremen

Bank: Apotheker- und Ärztebank
IBAN: DE16 3006 0601 0105 3501 15
BIC: DAAEDEDXXX
Gläubiger ID: DE84MHW00000088473
USt-IDNr.: DE219056749

aqua med
eine Marke der Medical Helpline Worldwide GmbH
Otto-Lilienthal-Str. 18 • 28199 Bremen • Deutschland
Tel.: +49 421 240 110-0 • Fax: +49 421 240 110-19
info@aqua-med.eu • www.aqua-med.eu