

Antrag für **DIVE • AS**ekuranz Individual Versicherungsschutz für Tauchgeräte und Zubehör ab € 6.000,-- Gesamtwert

Antragsteller/in

Anrede	<input type="radio"/> Firma <input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Name, Vorname	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Strasse, Hausnummer	<input type="text"/>	Telefax	<input type="text"/>
Postleitzahl, Ort	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
		Beruf	<input type="text"/>

Individual: Versicherte Gegenstände wie z.B. ABC-Ausrüstung, Anzug, Lungenautomat, Tauchcomputer - Unterwasserscooter kann nicht alleine versichert werden - (bitte einzeln auflühren und Kopien der Kaufbelege beifügen):

Gegenstand	Hersteller	Typbezeichnung	Serien-Nr.	Neuwert (VS) EUR

Gesamtversicherungssumme (EUR) Benutzen Sie die Geräte gewerblich? Ja Nein

Vorversicherung

Gekündigt durch

Vorschäden

Versicherer	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Versicherungsnehmer	Zeitpunkt	<input type="text"/>
Versicherungs-Nr	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Versicherer	Höhe (EUR)	<input type="text"/>

Gewünschte Prämie und Selbstbeteiligung

- 2,5 % der Versicherungssumme (Selbstbeteiligung je Schadenfall: EUR 50,00)
 2,0 % der Versicherungssumme (Selbstbeteiligung je Schadenfall: EUR 250,00)

Vertragsbeginn

Frühestens Eingang bei P&P Pergande & Pöthe GmbH.

Dauer: 1 Jahr mit jährlicher Verlängerung, wenn nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf von einer Seite schriftlich gekündigt wird.

Zahlungsweise

- jährlich halbjährlich vierteljährlich

Beitrag laut Zahlweise (EUR)

Ratenzahlungszuschläge: 3% halbjährlich (effektiv 3,0225 %),
5% vierteljährlich (effektiv 5,0945 %).

(Alle zuvor genannten Beiträge gelten zuzüglich Ratenzahlungszuschlag und Versicherungssteuer.)

Mandat für wiederkehrende Zahlungen • Die Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt • Gläubiger-Identifikationsnummer: DE83ZZZ00000127679

Ich/Wir ermächtigen die Firma P&P Pergande & Pöthe GmbH regelmäßig Beiträge von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der P&P Pergande & Pöthe GmbH auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen beginnend mit dem Belastungsdatum bei meinem/unserem Kreditinstitut die Erstattung des belasteten Beitrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber/in:	<input type="text"/>	IBAN:	<input type="text"/>
BIC:	<input type="text"/>	Name des Kreditinstituts:	<input type="text"/>
Ort:	<input type="text"/>	Unterschrift des Kontoinhabers/in:	<input type="text"/>
		(falls abweichend)	

Datum: Unterschrift des Antragstellers/in:

Der/die Antragsteller/in wünscht ausdrücklich eine DIVE-ASekuranz und verzichtet auf eine Dokumentation, bzw. insbesondere auf eine weitergehende Beratung zu anderen Versicherungen. **Bitte senden Sie den Antrag an:**

P & P Pergande & Pöthe GmbH, Schloßstraße 2-6, 22041 Hamburg, Telefax 040 / 68 28 69-50, e-mail: kontakt@pundpgmbh.de

Auf Empfehlung von