

ANMELDE-COUPON UND KOSTENZUSICHERUNG

Bitte übersenden Sie Ihre Anmeldung an Ihre Krankenkasse.

BITTE ALLES IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

Ich bitte um folgende verbindliche Buchung für insgesamt _____ Personen *verbindliche Alternative (falls ausgebucht)*

*Angebots-Nr. (das jeweilige Kürzel vor dem Termin, z. B. Bi 15) _____

Ort (z. B. Binz auf Rügen) _____

*Gewünschte Unterkunft (z. B. Hotel/Name) _____

Zeitraum (TT. MM. – TT. MM. JJ) _____

*Ich benötige: _____ Einzelzimmer _____ Doppelzimmer _____ Ferienwohnung(en) _____ Stellplatz (Wohnmobil/ Camping)

Besonderheiten _____ **Die weitere Kommunikation soll per E-Mail erfolgen**
z. B. Allergiker / Zimmerwunsch

| Person 1 (verantwortlich für die Anmeldung) | <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau | Person 2 | <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau |
|---|---|---|---|
| *Name, Vorname | _____ | _____ | _____ |
| *Geburtsdatum | _____ | _____ | _____ |
| *Straße | _____ | _____ | _____ |
| *PLZ, Wohnort | _____ | _____ | _____ |
| *Telefon (privat/dienstlich) | _____ | _____ | _____ |
| *Krankenkasse | _____ | _____ | _____ |
| *Versicherten Nr. | _____ | _____ | _____ |
| E-Mail | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Bitte informieren Sie mich zukünftig kostenlos über neue Angebote per E-Mail/Post | | <input type="checkbox"/> Bitte informieren Sie mich zukünftig kostenlos über neue Angebote per E-Mail/Post | |
| <input type="checkbox"/> Ich bin Selbstzahler <input type="checkbox"/> Begleitperson (ohne Programmteilnahme) | | <input type="checkbox"/> Ich bin Selbstzahler <input type="checkbox"/> Begleitperson (ohne Programmteilnahme) | |

Sollten mehr als 4 Personen angemeldet werden, bitte separaten Antrag ausfüllen!

| Person 3 | <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau | Person 4 | <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau |
|---|---|---|---|
| *Name, Vorname | _____ | _____ | _____ |
| *Geburtsdatum | _____ | _____ | _____ |
| *Straße | _____ | _____ | _____ |
| *PLZ, Wohnort | _____ | _____ | _____ |
| *Telefon (privat/dienstlich) | _____ | _____ | _____ |
| *Krankenkasse | _____ | _____ | _____ |
| *Versicherten Nr. | _____ | _____ | _____ |
| E-Mail | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Bitte informieren Sie mich zukünftig kostenlos über neue Angebote per E-Mail/Post | | <input type="checkbox"/> Bitte informieren Sie mich zukünftig kostenlos über neue Angebote per E-Mail/Post | |
| <input type="checkbox"/> Ich bin Selbstzahler <input type="checkbox"/> Begleitperson (ohne Programmteilnahme) | | <input type="checkbox"/> Ich bin Selbstzahler <input type="checkbox"/> Begleitperson (ohne Programmteilnahme) | |

* (bitte ankreuzen) **Ja, ich erkenne die allgemeinen Bedingungen (letzte Innenseite des aktuellen Aktivwochen-Kataloges oder www.aktivwoche.info „Das sollten Sie wissen“) an.**

Ich bin damit einverstanden, dass der Anmelde-Coupon mit allen Daten an die Gesundheitservice Management GSM GmbH der Betriebskrankenkassen, an die Leistungsanbieter und an alle im Anmelde-Coupon aufgeführten Krankenkassen zum Zweck der gemeinsamen Buchungsdurchführung weitergeleitet wird. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich aus beruflichen oder privaten Gründen (z. B. unregelmäßige Arbeitszeiten, hohe zeitliche familiäre Belastung) an mehrwöchigen wohnortnahen Maßnahmen zur Primärprävention nicht teilnehmen kann. Bitte beachten Sie, dass ein Vertrag zwischen Teilnehmer und Aktivwochen-Ort/Unterkunft entsteht.

Datum _____ Unterschrift des Versicherten (verantwortlich für die Anmeldung) _____

* Zu allen so gekennzeichneten Pflichtfeldern benötigen wir Ihre Angaben, um diese Aktivwochen-Anmeldung bearbeiten zu können – auch für alle weiteren angemeldeten Personen.

KOSTENZUSAGE DER KRANKENKASSE zum Gesundheitsprogramm – Nur von der Krankenkasse auszufüllen!

| Zuschusshöhe | Zuschusshöhe | Besondere Hinweise der Krankenkasse (z. B. Mitarbeiterdaten) |
|------------------|------------------|--|
| Person 1 _____ € | Person 2 _____ € | _____ |
| Person 3 _____ € | Person 4 _____ € | |

Stempel, Datum, Unterschrift der Krankenkasse _____