

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) _____ Wohnmobilstellplatz

Besonderheiten _____
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"/> Ich bin Selbstzahler

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"/> Ich bin Selbstzahler

* (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 meinen Daten an die Gesundheitsservice Management GSM GmbH der Betriebskrankenkassen bzw. an die Leistungsanbieter 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 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 _____