WELL-AKTIV

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 _____ Person(en)

verbindliche Alternative (falls ausgebucht)

Gutscheincode ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

*Angebots-Nr. (z. B. 0207) _____ ☐ 1 Kurs ☐ 2 Kurse

_____ ☐ 1 Kurs ☐ 2 Kurse

Ort (z. B. Bad Griesbach) _____

_____

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

_____

Zeitraum (TT. MM. – TT. MM. JJ) _____

_____

*Ich benötige: ___ x Einzelzimmer / ____ x Doppelzimmer / ____ x Ferienwohnung(en) / ____x Wohnmobilstellplatz / Besonderheiten _____
z. B. Allergiker / Zimmerwunsch

Gewünschtes Hotel / Pension / gewünschte Fewo (sofern frei) _____

Person 1 (verantwortlich für die Anmeldung) ☐ m ☐ w ☐ d

*Name, Vorname _____

*Geburtsdatum _____

*Straße _____

*PLZ, Wohnort _____

*Telefon (privat/dienstlich) _____

E-Mail _____

*Krankenkasse _____

*Versicherten Nr. _____

☐ Bitte informieren Sie mich zukünftig kostenlos über neue Angebote per Newsletter/E-Mail/Post
☐ Ich bin Selbstzahler ohne Krankenkassenzuschuss
☐ Ich bin Begleitperson ohne Programmteilnahme

Sollten mehr als 2 Personen angemeldet werden, bitte separaten Anmelde-Coupon ausfüllen!

Person 2 ☐ m ☐ w ☐ d

*Name, Vorname _____

*Geburtsdatum _____

*Straße _____

*PLZ, Wohnort _____

*Telefon (privat/dienstlich) _____

E-Mail _____

*Krankenkasse _____

*Versicherten Nr. _____

☐ Bitte informieren Sie mich zukünftig kostenlos über neue Angebote per Newsletter/E-Mail/Post
☐ Ich bin Selbstzahler ohne Krankenkassenzuschuss
☐ Ich bin Begleitperson ohne Programmteilnahme

*☐ **(bitte ankreuzen) Ja, ich erkenne die allgemeinen Geschäftsbedingungen AGBs (sowie die letzte Innenseite des aktuellen Well-Aktiv-Kataloges „Das sollten Sie wissen") an.**

Ich bin damit einverstanden, dass der Anmelde-Coupon mit den Daten aller angegebenen Personen 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 Well-Aktiv-Ort / Unterkunft entsteht.

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

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

KOSTENZUSAGE DER KRANKENKASSE **(Nur von der Krankenkasse auszufüllen!)**

Zuschusshöhe	Zuschusshöhe
Person 1 _____ €	Person 2 _____ €

Stempel, Datum,
Unterschrift der Krankenkasse _____