Interner Bearbeitungsvermerk

AKTIVWOCHE

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)

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

*Angebots-Nr. (das jeweilige Kürzel vor dem Termin, z. B. 1074) _____

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 Stellplatz (Wohnmobil / Camping)

Besonderheiten _____
z. B. Allergiker / Zimmerwunsch

☐ **Die weitere Kommunikation soll per E-Mail erfolgen**

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

*Name, Vorname _____
*Geburtsdatum _____
*Straße _____
*PLZ, Wohnort _____
*Telefon (privat/dienstlich) _____
*Krankenkasse _____
*Versicherten Nr. _____
*E-Mail _____

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

Person 2 ☐ m ☐ w ☐ d

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

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

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

Person 3 ☐ m ☐ w ☐ d

*Name, Vorname _____
*Geburtsdatum _____
*Straße _____
*PLZ, Wohnort _____
*Telefon (privat/dienstlich) _____
*Krankenkasse _____
*Versicherten Nr. _____
*E-Mail _____

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

Person 4 ☐ m ☐ w ☐ d

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

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

*☐ **(bitte ankreuzen) Ja, ich erkenne die allgemeinen Geschäftsbedingungen AGBs sowie die letzte Innenseite des aktuellen Aktivwochen-Kataloges oder www.aktivwoche.info „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. 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	
Person 1	€	Person 2	€
Person 3	€	Person 4	€

Besondere Hinweise der Krankenkasse (z. B. Mitarbeiterdaten) _____

Stempel, Datum,
Unterschrift der Krankenkasse _____