

BITTE ALLES IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

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

*Angebots-Nr. (z. B. 0219) _____ 1 Kurs 2 Kurse _____ 1 Kurs 2 Kurse

Ort (z. B. Sibyllenbad) _____

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

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

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

* (bitte ankreuzen) **Ja, ich erkenne die allgemeinen Bedingungen (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 Gesundheitservice 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 _____