

Bitte übersenden Sie Ihre Anmeldung an Ihre Krankenkasse.

**BITTE ALLES IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!**

Ich bitte um folgende verbindliche Buchung für insgesamt \_\_\_\_\_ Personen

\* Angebots-Nr. (das jeweilige Kürzel vor dem Termin, z. B. Wi 13) \_\_\_\_\_ verbindliche Alternative (falls ausgebucht)

Ort (z. B. Willingen) \_\_\_\_\_

\* Gewünschte Kategorie (z. B. 2) \_\_\_\_\_

Zeitraum (TT. MM. – TT. MM. JJ) \_\_\_\_\_

\* Ich benötige: \_\_\_\_\_ Einzelzimmer \_\_\_\_\_ Doppelzimmer \_\_\_\_\_ Ferienwohnung(en) \_\_\_\_\_ Wohnmobilstellplatz \_\_\_\_\_ Besonderheiten \_\_\_\_\_  
z. B. Allergiker / Zimmerwunsch

Gewünschtes Hotel / Pension / gewünschte Fewo (sofern frei) \_\_\_\_\_

**Person 1** (verantwortlich für die Anmeldung)  Herr  Frau

\* Name, Vorname \_\_\_\_\_

\* Geburtsdatum \_\_\_\_\_

\* Straße \_\_\_\_\_

\* PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

\* Telefon (privat/dienstlich) \_\_\_\_\_

\* Krankenkasse \_\_\_\_\_

\* Versicherten Nr. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Bitte informieren Sie mich zukünftig kostenlos über neue Angebote per E-Mail/Post

Ich bin Selbstzahler

**Person 2**  Herr  Frau

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte informieren Sie mich zukünftig kostenlos über neue Angebote per E-Mail/Post

Ich bin Selbstzahler

**Person 3**  Herr  Frau

\* Name, Vorname \_\_\_\_\_

\* Geburtsdatum \_\_\_\_\_

\* Straße \_\_\_\_\_

\* PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

\* Telefon (privat/dienstlich) \_\_\_\_\_

\* Krankenkasse \_\_\_\_\_

\* Versicherten Nr. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Bitte informieren Sie mich zukünftig kostenlos über neue Angebote per E-Mail/Post

Ich bin Selbstzahler

**Person 4**  Herr  Frau

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte informieren Sie mich zukünftig kostenlos über neue Angebote per E-Mail/Post

Ich bin Selbstzahler

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

\*  (bitte ankreuzen) **Ja, ich erkenne die allgemeinen Bedingungen (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** \_\_\_\_\_