

WELL-AKTIV

ANMELDE-COUPON UND KOSTENZUSICHERUNG

Bitte übersenden Sie Ihre Anmeldung an Ihre Krankenkasse.

Bitte in Druckschrift ausfüllen!

Ich bitte um folgende verbindliche Buchung für insgesamt _____ Personen

verbindliche Alternative (falls ausgebucht)

Angebots-Nr. (z. B. WA GaP 01) _____ 1 Kurs 2 Kurse

_____ 1 Kurs 2 Kurse

Ort (z. B. Garmisch-Partenkirchen) _____

Gewünschte Kategorie (z. B. 2) _____

Zeitraum (TT. MM. – TT. MM. JJ) _____

Ich benötige: _____ Einzelzimmer _____ Doppelzimmer _____ Ferienwohnung(en)

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. _____

Person 2

Person 3

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

Person 4

Hiermit erkenne ich die allgemeinen Bedingungen (letzte Innenseite des aktuellen Well-Aktiv-Kataloges) an. Ich bin damit einverstanden, dass der Anmelde-Coupon mit meinen Daten 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 Kurbetrieb/Hotel entsteht.

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

KOSTENZUSAGE DER KRANKENKASSE (Nur von der Krankenkasse auszufüllen!)

Zuschusshöhe	Zuschusshöhe
Person 1 _____ €	Person 2 _____ €
Person 3 _____ €	Person 4 _____ €

Stempel, Datum,
Unterschrift der Krankenkasse _____