

WELL-AKTIV

ANMELDE-COUPON UND KOSTENZUSICHERUNG

Bitte übersenden Sie Ihre Anmeldung an Ihre Krankenkasse.

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

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

Ort (z. B. Willingen) _____

Gewünschte Kategorie (z. B. 2) _____

Zeitraum (TT. MM. – TT. MM. JJ) _____

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

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

___ Herr ___ Frau
Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ, Wohnort _____

Telefon (privat) _____ Telefon (dienstlich) _____

E-Mail-Adresse _____ Krankenkasse _____

Mit mir wird/werden folgende Person(en) am Well-Aktiv-Programm teilnehmen:

___ Herr ___ Frau
1. Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ Krankenkasse _____

___ Herr ___ Frau
2. Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ Krankenkasse _____

___ Herr ___ Frau
3. Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ Krankenkasse _____

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 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 Kurbetrieb/Hotel entsteht.

Datum _____ Unterschrift des Versicherten _____

KOSTENZUSAGE DER KRANKENKASSE (Nur von der Krankenkasse auszufüllen!)

1. Name, Vorname _____	Versicherungs-Nr. _____	in Höhe von € _____
2. Name, Vorname _____	Versicherungs-Nr. _____	in Höhe von € _____
3. Name, Vorname _____	Versicherungs-Nr. _____	in Höhe von € _____
4. Name, Vorname _____	Versicherungs-Nr. _____	in Höhe von € _____

Stempel, Datum, Unterschrift der Krankenkasse _____