

## BITTE ALLES IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

Ich bitte um folgende verbindliche Buchung für insgesamt \_\_\_\_\_ Person(en) *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 Unterkunft (z. B. Hotel/Name) \_\_\_\_\_

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)

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

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

\*Straße \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

Ich bin Selbstzahler ohne Krankenkassenzuschuss

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. \_\_\_\_\_

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

Ich bin Selbstzahler ohne Krankenkassenzuschuss

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 _____ €	<b>Stempel, Datum,</b> <b>Unterschrift der Krankenkasse</b> _____