

Bitte übersenden Sie Ihre Anmeldung an Ihre Krankenkasse.

**BITTE ALLES IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!**

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

verbindliche Alternative (falls ausgebucht)

Gutscheincode \_\_\_\_\_

\* Angebots-Nr. (das jeweilige Kürzel vor dem Termin, z. B. 0208) \_\_\_\_\_

Ort (z. B. Bad Griesbach) \_\_\_\_\_

\* Gewünschte Unterkunft (z. B. Hotel / Name) \_\_\_\_\_

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

\* Ich benötige: \_\_\_\_ x Einzelzimmer / \_\_\_\_ x Doppelzimmer / \_\_\_\_ x Ferienwohnung(en) / \_\_\_\_ x Stellplatz (Wohnmobil / Camping)

Besonderheiten \_\_\_\_\_  
z. B. Allergiker / Zimmerwunsch

Die weitere Kommunikation soll per E-Mail erfolgen

\* Name, Vorname

\* Geburtsdatum

\* Straße

\* PLZ, Wohnort

\* Telefon  
(privat/dienstlich)

\* Krankenkasse

\* Versicherten Nr.

\* E-Mail

Person 1 (verantwortlich für die Anmeldung)  m  w  d

---



---



---



---



---



---



---



---

Bitte informieren Sie mich zukünftig kostenlos über neue Angebote per E-Mail/Post  
 Selbstzahler ohne Krankenkassenzuschuss  Begleitperson ohne Programmteilnahme

Person 2  m  w  d

---



---



---



---



---



---



---



---

Bitte informieren Sie mich zukünftig kostenlos über neue Angebote per E-Mail/Post  
 Selbstzahler ohne Krankenkassenzuschuss  Begleitperson ohne Programmteilnahme

\* Name, Vorname

\* Geburtsdatum

\* Straße

\* PLZ, Wohnort

\* Telefon  
(privat/dienstlich)

\* Krankenkasse

\* Versicherten Nr.

\* E-Mail

Person 3  m  w  d

---



---



---



---



---



---



---



---

Bitte informieren Sie mich zukünftig kostenlos über neue Angebote per E-Mail/Post  
 Selbstzahler ohne Krankenkassenzuschuss  Begleitperson ohne Programmteilnahme

Person 4  m  w  d

---



---



---



---



---



---



---



---

Bitte informieren Sie mich zukünftig kostenlos über neue Angebote per E-Mail/Post  
 Selbstzahler ohne Krankenkassenzuschuss  Begleitperson ohne Programmteilnahme

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

\*  (bitte ankreuzen) Ja, ich erkenne die allgemeinen Bedingungen (letzte Innenseite des aktuellen Aktivwochen-Kataloges oder [www.aktivwoche.info](http://www.aktivwoche.info) „Das sollten Sie wissen“) an.

Ich bin damit einverstanden, dass der Anmelde-Coupon mit den Daten aller angegebenen Personen an die Gesundheitsservice Management GSM GmbH der Betriebskrankenkassen, an die Leistungsanbieter und an alle im Anmelde-Coupon aufgeführten Krankenkassen zum Zweck der gemeinsamen Buchungsdurchführung 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 zum Gesundheitsprogramm – Nur von der Krankenkasse auszufüllen!

Zuschusshöhe	Zuschusshöhe	Besondere Hinweise der Krankenkasse (z. B. Mitarbeiterdaten)
Person 1 _____ €	Person 2 _____ €	Stempel, Datum, Unterschrift der Krankenkasse _____
Person 3 _____ €	Person 4 _____ €	