

# DIE AKTIVWOCHE.

## ANMELDE-COUPON UND KOSTENZUSICHERUNG

Bitte übersenden Sie Ihre Anmeldung an Ihre Krankenkasse.

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

Angebots-Nr. (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)

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) an der Aktivwoche 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 Aktivwochen-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 werden. 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.

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 \_\_\_\_\_