

# ANMELDE-COUPON UND KOSTENZUSICHERUNG

Bitte übersenden Sie Ihre Anmeldung an Ihre Krankenkasse.

**BITTE ALLES IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!**

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

\* AKTIVWOCHE GESUNDHEITSWANDERN.SPEZIAL mit Hund in Sibyllenbad / Bad Neualbenreuth

AW-2024 / 1067: 21.07. - 27.07.2024

AW-2024 / 1068: 01.09. - 07.09.2024

AW-2024 / 1069: 29.09. - 05.10.2024

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

\* 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

Person 1 (verantwortlich für die Anmeldung)  m  w  d

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

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

\* Straße \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

Hund

\* Rasse \_\_\_\_\_ \* Name \_\_\_\_\_

\* Schulterhöhe \_\_\_\_\_

\* Impfung für Hund liegt vor (bei der Anmeldung bitte beifügen)

\* Haftpflichtversicherung für Hund besteht (bei der Anmeldung bitte beifügen)

\*  (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“) sowie die Ausschlussliste der für das Programm nicht zugelassenen Hunderassen an.

Ich bin damit einverstanden, dass der Anmelde-Coupon mit den Daten aller angegebenen Personen an die Gesundheitsmanagement 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 \_\_\_\_\_

Sollten mehr als 2 Personen angemeldet werden, bitte separaten Antrag ausfüllen!