

## ANMELDE-COUPON UND KOSTENZUSICHERUNG

Bitte übersenden Sie Ihre Anmeldung an die Bertelsmann BKK.

Ich bitte um folgende verbindliche Buchung für insgesamt \_\_\_\_\_ Person(en)

**MÜNCHEN** 09.05.2019 - 12.05.2019  DZ 169,- €  EZ 309,- € **TEMPLIN** 22.09.2019 - 25.09.2019  DZ 168,- €  EZ 213,- €  
(1 Kurs) 22.08.2019 - 25.08.2019  DZ 189,- €  EZ 339,- €  
(1 Kurs)

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

	Person 1 (verantwortlich für die Anmeldung)
*Name, Vorname	_____
*Geburtsdatum	_____
*Straße	_____
*PLZ, Wohnort	_____
*Telefon (privat/dienstlich)	_____
E-Mail	_____
*Krankenkasse	_____
*Versicherten Nr.	_____

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

	Person 2
*Name, Vorname	_____
*Geburtsdatum	_____
*Straße	_____
*PLZ, Wohnort	_____
*Telefon (privat/dienstlich)	_____
E-Mail	_____
*Krankenkasse	_____
*Versicherten Nr.	_____

(bitte ankreuzen) Ja, ich erkenne die allgemeinen Bedingungen ([www.wellaktiv.info](http://www.wellaktiv.info)) 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 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.

\* 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 BERTELSMANN BKK (Nur von der Krankenkasse auszufüllen!)

Zuschusshöhe	Zuschusshöhe	Stempel, Datum,
Person 1 _____ €	Person 2 _____ €	Unterschrift der Krankenkasse _____