

# Abonnementbestätigung für 2020

Fitness-Guide ist das Qualitätslabel der Fitness- und Bewegungsbranche (The Official Fitness Rating System).  
Zertifiziert durch einen unabhängigen Zertifizierer. [www.fitness-guide.ch](http://www.fitness-guide.ch).

Diese Abonnementsbestätigung darf nicht öffentlich zugänglich gemacht werden und muss durch den Kursanbieter ausgefüllt werden.  
Diese Abonnementsbestätigung darf erst dann ausgehändigt werden, wenn der Abonnementsvertrag mit dem Kunden unterzeichnet wurde und die Kurskosten beglichen worden sind.

## Kurs-Anbieter

Strongfit – Alexander Araujo  
Hofstrasse 94b  
8620 Wetzikon



ZSR-Nummer: A392389

## Informationen des Versicherten

Name der Krankenversicherung

Zusatzversicherung

Versichertennummer

Name/Vorname des Versicherten

Strasse

PLZ/Ort

## Anerkannte Kursangebote/Methoden

Ausdauertraining

Fit-Gym

Personaltraining

Bitte beachten Sie, welche Abonnementsvarianten von Ihrem Versicherer vergütet werden.

## Abonnementdauer

Monats-/10-er Abo

½ Jahr

1 Jahr

\_\_\_ Jahre

## Abonnementbeginn/-ende

Abonnementbeginn

Abonnementende

## Abonnementpreis

CHF

**Bitte leiten Sie diese Abonnementsbestätigung mit der Quittung Ihrer Zahlung an Ihre Krankenversicherung weiter. Bitte beachten Sie, dass Sie die entsprechende Zusatzversicherung abgeschlossen haben müssen, damit Ihre Krankenkasse einen Beitrag an die Kosten übernimmt. Weitere Informationen erhalten Sie unter [www.fitness-guide.ch](http://www.fitness-guide.ch).**

Ort / Datum

Unterschrift / Stempel  
Kurs-Anbieter

Unterschrift  
Versicherter



## KURSBESTÄTIGUNG

### Informationen zur/zum Versicherten

Krankenversicherung \_\_\_\_\_  
Versichertennummer \_\_\_\_\_  
Vorname / Name \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_

### Informationen zum Leistungserbringer / zur Leistungserbringerin

Name	<b>Fachbereich</b>
Vorname	BGB Fitness
Strasse	BGB BirthCare®
PLZ / Ort	BGB SpineCare®
Telefon	BGB Tanz
E-Mail	Andere Bereiche
ZSR-Nr. (wenn vorhanden)	

### Informationen zum Angebot

(Z. B. GroupFitness, Gymnastik, Pilates, etc.)

### Name Bewegungscenter / Durchführungsort

PLZ / Ort

Abodauer/Gültigkeit

Abotyp  
(10er-Abo, Halbjahres-Abo, etc.)

Daten von

bis

Abopreis

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die oben genannte versicherte Person regelmässig am Angebot teilgenommen hat und dass die Angaben in diesem Formular wahrheitsgetreu und vollständig sind.

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungserbringers / der Leistungserbringerin

\_\_\_\_\_