

Formulario de registro de asistencia

Parte A: información del miembro

Nota: este formulario solo se debe usar si usted asiste a un gimnasio que califica y que no envía su asistencia de forma automática. Si asiste a un gimnasio que participa en el programa ExerciseRewards™ que envía en su nombre la cantidad de veces que asiste, utiliza la aplicación ASHConnect™ o se inscribió en el programa Active&Fit Direct™, usted no necesita presentar un formulario de registro de asistencia. Su actividad será registrada y enviada automáticamente.

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Nombre del plan de Healthfirst _____ Identificación (ID) de Healthfirst _____

Fecha de nacimiento (mm/dd) _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____ Correo electrónico (opcional) _____

Parte B: prueba de ejercicios

Por favor complete un formulario por cada gimnasio que utiliza. Para recibir su recompensa, usted tiene que hacer ejercicio como mínimo 50 días durante cada periodo de recompensa de 6 meses en gimnasios que califiquen.

Envíe un historial impreso de su gimnasio o este registro con las fechas de asistencia (mm/dd/aa) para el período de beneficio solicitado. Cada una de las fechas de asistencia solicitadas debe incluir las iniciales o el sello del gimnasio para ser consideradas válidas.									
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.
31.	32.	33.	34.	35.	36.	37.	38.	39.	40.
41.	42.	43.	44.	45.	46.	47.	48.	49.	50.

La información del gimnasio debe ser legible y estar completa para poder procesar su recompensa.

Nombre del gimnasio _____

Dirección del gimnasio _____

Ciudad _____ Condado _____

Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono del gimnasio _____

Si no envía el formulario completo con toda la información requerida es posible que se le devuelva el formulario.

Certifico que la información arriba indicada es correcta. También entiendo que es ilegal proporcionar voluntariamente información falsa o solicitar compensación y que dichas acciones pueden resultar en la cancelación de la participación en el programa ExerciseRewards. (I certify the information above is correct. I also understand it is illegal to knowingly submit false information or requests to obtain compensation and that any such actions may result in termination from the ExerciseRewards program.)

Firma de personal del gimnasio: _____
 (Fitness Center Staff Signature) Firma (Signed) Nombre (Printed Name) Fecha (Date)

Firma del miembro: _____
 (Member Signature) Firma (Signed) Nombre (Printed Name) Fecha (Date)

Envíe el formulario completo a fitness@exerciserewards.com, o por correo a:

ExerciseRewards
P.O. Box 509117
San Diego, CA 92150-9117

Por favor no envíe por correo electrónico archivos en formato de imagen (jpeg, png, etc.). Envíe por correo electrónico documentos en formato PDF. Todos los formularios están disponibles en exerciserewards.com o llamando al 1-877-810-2746.

Una vez que se procese la asistencia, usted recibirá un correo electrónico informándole que ingrese en exerciserewards.com (sólo en inglés) para recibir su recompensa. Vaya a la página de Rewards (recompensas), haga clic en "Available to redeem" (disponible para canjear), y seleccione el periodo de su incentivo. Se enviará su cheque dentro de 14 días después de que usted haya canjeado su recompensa. Si usted no puede canjear su recompensa en el sitio web, ExerciseRewards lo hará de forma automática aproximadamente 30 días después del periodo de recompensa de seis meses, en el cual usted ganó su recompensa.

Recordatorio:

- Los gimnasios que califican deben brindar programas de ejercicios cardiovasculares, de flexibilidad y/o de entrenamiento de resistencia; deben ofrecer un acuerdo de afiliación y deben tener supervisión por parte del personal. Los gimnasios fuera de los 50 estados de los Estados Unidos y del Distrito de Columbia no califican. Consulte exerciserewards.com para exclusiones y limitaciones.
- Solo se puede registrar una sesión de ejercicios por día calendario. Debe haber un descanso de al menos ocho horas entre sesiones.

Se debe recibir el Formulario de registro de asistencia **una vez finalizado cada periodo de recompensa de seis meses, pero no después de 90 días** siguientes al final de cada periodo de recompensa. El año del plan de beneficios de su grupo se determina según las fechas de vigencia y renovación de su grupo. Si tiene preguntas relacionadas con el año del plan de beneficios de su grupo, comuníquese con servicio al cliente de ExerciseRewards al **1-877-810-2746**.

Healthfirst tiene el compromiso de ayudarle a alcanzar su mejor estado de salud. Las recompensas por participar en un programa de bienestar están disponibles para todo miembro que califique. Si usted piensa que tal vez no pueda cumplir con algún criterio para recibir una recompensa en este programa de bienestar, es posible que califique para tener la oportunidad de ganar la misma recompensa por otros medios. Comuníquese con ExerciseRewards al **1-877-810-2746**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 9:00 p.m. hora del este, y le explicaremos lo que usted y su médico pueden hacer para encontrar un programa de bienestar alternativo con la misma recompensa ideal para usted según su estado de salud.