Aktivwoche Anmelde-Coupon und Kostenzusicherung

AKZO NOBEL BAYERN

BKK

BKK Akzo Nobel Bayern
Glanzstoffstraße 1
63906 Erlenbach

Fax: 06022 70698-400
E-Mail: leistungen@bkk-akzo.de
Haben Sie Fragen?
Servicehotline: 06022 7069-400

Bitte vollständig und unterschrieben an uns zurückschicken (per Post, Fax oder Mail). Vielen Dank!

Ich bitte um folgende verbindliche Buchung für insgesamt Anzahl **Personen**

Allgemeine Angaben	**verbindliche Alternative (falls ausgebucht)**
Angebots-Nr. (z. B. Wi 13)	
Ort (z. B. Willingen)	
Gewünschte Kategorie (z. B. 2)	
Zeitraum (TT.MM. – TT.MM.JJ)	

Ich benötige ... Einzelzimmer	Doppelzimmer	Ferienwohnung(en)	Wohnmobilstellplatz

Besonderheiten (z. B. Allergiker / Zimmerwunsch)	Gewünschtes Hotel / Pension / gewünschte Fewo (sofern frei)

☐ (bitte ankreuzen) **Ja, ich erkenne die allgemeinen Bedingungen** (www.aktivwoche.info „Das sollten Sie wissen") **an.**

Ich bin damit einverstandten, dass der Anmelde-Coupon mit meinen Daten an die Gesundheitsservice Managment GSM GmbH der Betriebskrankenkassen bzw. an die Leistungsanbieter weitergeleitet wird. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich aus beruflichen Gründen (z. B. unregelmäßige Arbeitszeiten, hohe zeitliche familiäre Belastung) an mehrwöchigen wohnortnahmen 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)

Kostenzusage der Krankenkasse (Nur von der Krankenkasse auszufüllen!)

Person 1 Zuschusshöhe	Person 2 Zuschusshöhe
Person 3 Zuschusshöhe	Person 4 Zuschusshöhe

Besondere Hinweise der Krankenkasse (z. B. Mitarbeiterdaten)

Aktivwoche Anmelde-Coupon und Kostenzusicherung

AKZO NOBEL BAYERN

BKK

Person 1 (verantwortlich für die Anmeldung)	**Person 2**
Name, Vorname ☐ Herr ☐ Frau	☐ Herr ☐ Frau
Geburtsdatum / Versichertennummer	
Straße	
PLZ, Wohnort	
Telefon (privat / dienstlich)	
Krankenkasse	
E-Mail	
☐ Bitte informieren Sie mich zukünftig kostenlos über neue Angebote per E-Mail/Post ☐ Ich bin Selbstzahler	☐ Bitte informieren Sie mich zukünftig kostenlos über neue Angebote per E-Mail/Post ☐ Ich bin Selbstzahler

Person 3	**Person 4**
Name, Vorname ☐ Herr ☐ Frau	☐ Herr ☐ Frau
Geburtsdatum / Versichertennummer	
Straße	
PLZ, Wohnort	
Telefon (privat / dienstlich)	
Krankenkasse	
E-Mail	
☐ Bitte informieren Sie mich zukünftig kostenlos über neue Angebote per E-Mail/Post ☐ Ich bin Selbstzahler	☐ Bitte informieren Sie mich zukünftig kostenlos über neue Angebote per E-Mail/Post ☐ Ich bin Selbstzahler