

# Aktivwoche Anmelde-Coupon und Kostenzusicherung

**AKZO NOBEL  
BAYERN**



**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](http://www.aktivwoche.info) „Das sollten Sie wissen“) **an.**

Ich bin damit einverstanden, dass der Anmelde-Coupon mit meinen Daten an die Gesundheitsservice Management 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 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)
-------	--

## 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)	



## Person 1 (verantwortlich für die Anmeldung)

## Person 2

Name, Vorname <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ, Wohnort	
Telefon (privat / dienstlich)	
Krankenkasse	
E-Mail	
<input type="checkbox"/> Bitte informieren Sie mich zukünftig kostenlos über neue Angebote per E-Mail/Post <input type="checkbox"/> Ich bin Selbstzahler	<input type="checkbox"/> Bitte informieren Sie mich zukünftig kostenlos über neue Angebote per E-Mail/Post <input type="checkbox"/> Ich bin Selbstzahler

## Person 3

## Person 4

Name, Vorname <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ, Wohnort	
Telefon (privat / dienstlich)	
Krankenkasse	
E-Mail	
<input type="checkbox"/> Bitte informieren Sie mich zukünftig kostenlos über neue Angebote per E-Mail/Post <input type="checkbox"/> Ich bin Selbstzahler	<input type="checkbox"/> Bitte informieren Sie mich zukünftig kostenlos über neue Angebote per E-Mail/Post <input type="checkbox"/> Ich bin Selbstzahler