

Well-Aktiv 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. WA Wi 01)

1 Kurs

2 Kurse _____

Angebots-Nr. (z. B. WA Wi 01)

1 Kurs

2 Kurse _____

Ort (z. B. Willingen)

Gewünschte Kategorie (z. B. 2)

Zeitraum (TT.MM. – TT.MM.JJ)

Ich benötige ... Einzelzimmer

Doppelzimmer

Ferienwohnung(en)

Gewünschtes Hotel / Pension / gewünschte Fewo (sofern frei)

Name, Vorname

Herr

Frau

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon (privat)

Telefon (dienstlich)

E-Mail-Adresse

Krankenkasse



Mit mir wird/werden folgende Person(en) am Well-Aktiv-Programm teilnehmen:

1. Name, Vorname <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Geburtsdatum	Krankenkasse
2. Name, Vorname <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Geburtsdatum	Krankenkasse
3. Name, Vorname <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Geburtsdatum	Krankenkasse

Hiermit erkenne ich die allgemeinen Bedingungen (letzte Innenseite des aktuellen Well-Aktiv-Kataloges) 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 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 Kurbetreiber/Hotel entsteht.

Unterschrift

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------

Kostenzusage der Krankenkasse (Nur von der Krankenkasse auszufüllen!)

1. Name, Vorname	Versicherungs-Nr.	in Höhe von €
2. Name, Vorname	Versicherungs-Nr.	in Höhe von €
3. Name, Vorname	Versicherungs-Nr.	in Höhe von €
4. Name, Vorname	Versicherungs-Nr.	in Höhe von €
Stempel	Datum	Unterschrift der Krankenkasse