

# Anmeldung zum WellVitalprogramm der BKK BPW

Per Fax: 089 / 990 147 19

Per Post an : gesundheit und reisen  
Mannhardstr. 6  
80538 München

## Teilnehmer 1

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
E -mail \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Mitglieds- Nr. \_\_\_\_\_

- Die BKK BPW übernimmt lt. Satzung die Kosten für Kurse der Primärprävention maximal i.H.v.€ 240.- pro Kalenderjahr. Ich bestätige, dass ich in diesem Jahr noch keinen bzw. max. einen Zuschuss i.H.v. € 80.- erhalten habe
- Ich wünsche eine Reiserücktrittsversicherung.

## Teilnehmer 2

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
E -mail \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Mitglieds- Nr. \_\_\_\_\_

- Die BKK BPW übernimmt lt. Satzung die Kosten für Kurse der Primärprävention maximal i.H.v.€ 240.- pro Kalenderjahr. Ich bestätige, dass ich in diesem Jahr noch keinen bzw. max. einen Zuschuss i.H.v. € 80.- erhalten habe
- Ich wünsche eine Reiserücktrittsversicherung

Weitere Teilnehmer bitte auf Extrablatt ausfüllen.

## Wunschtermin

Hotel/Ortsname \_\_\_\_\_  
Terminwunsch vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Alternativtermin vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
1. Gewünschter Kurs \_\_\_\_\_  
2. Gewünschter Kurs \_\_\_\_\_

Für Mitglieder anderer Krankenkassen gilt der Gesamtbetrag des Aufenthalts. Wir weisen Sie darauf hin, dass in einigen Orten Kurtaxe anfallen kann. Diese wäre vor Ort zu entrichten. Nach Erhalt Ihrer schriftlichen Anmeldung werden wir Ihnen umgehend eine Bestätigung / Rechnung mit den jeweiligen Kosten und den entsprechenden Angaben zu den Zahlungsmodalitäten senden.

**Kursgebühren:** ( Überweisung bitte erst nach Erhalt der Bestätigung durch gesundheit und reisen )

Bitte überweisen Sie Ihren Eigenanteil unter Angabe Ihrer Kundennummer bis spätestens 14 Tage nach Erhalt der Reisebestätigung an gesundheit und reisen : HypoVereinsbank, BLZ 700 202 70, Konto- Nr. 40 49 33 36

Datum / Unterschrift

Ich willige ein, dass meine personalbezogenen Daten im Rahmen des WellVitalprogramms verarbeitet und genutzt werden, sofern dies zur Durchführung und Ausweitung der Programme erforderlich ist. Die Daten werden unter den gültigen Datenschutzbestimmungen verwendet. Ich bin darüber informiert, dass ich bei nicht mindestens 80%iger Teilnahme an den angebotenen Kursen keinen Zuschuss von der Krankenkasse erhalten kann. Die Anmeldung ist mit Zusendung an gesundheit und reisen verbindlich. Im Falle einer Stornierung sind Stornokosten gemäß den Teilnahmebedingungen zu entrichten, sofern eine Verlegung des Kurses nicht möglich ist. Bei Anmeldung von Teilnehmern anderer Krankenkassen ist der Gesamtbetrag zu entrichten.