



Antrag Gesundheitswoche 2024

1. Persönliche Daten (je Teilnehmerin oder Teilnehmer bitte einen Antrag ausfüllen; ggf. weiteren Antrag bei der Audi BKK anfordern)

Versichertennummer (bitte unbedingt ausfüllen, siehe Versicherungskarte)

Geburtsdatum

Name, Vorname

Telefon

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

2. Ort, Unterkunft

Bad Füssing

Klinik Niederbayern

Bad Grönenbach/ Allgäu

Kneipp-Sanatorium
Bad Clevers

Bad Neualbenreuth/ Oberpfälzer Wald

- Kurhotel Pyramide
Sibyllenbad
- Landschloss
Ernestgrün
- Privatvermieter

Cavallino-Treporti/ Italien

Union Lido und
Art & Park Hotel

Freiburg

Gesundheitsresort
Freiburg

Neukirchen beim Heiligen Blut

Sport- und Wellnesshotel
Waldschlößl

Norderney

Thalasso Hotel
Nordseehaus

Tönning an der Nordsee

Bio-Hotel be active

Walchsee/Tirol

Golf- und Sporthotel
Moarhof

Ostseebad Wustrow

Ostsee-Kurklinik
Fischland

3. Termin (bitte mit der von Ihnen gewählten Einrichtung abstimmen und hier eintragen)

Vom ____ . ____ . 2024 bis ____ . ____ . 2024

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X, Artikel 5 Abs. 1 DSGVO): Ihre Daten werden aufgrund der Vorschriften des Sozialgesetzbuches und der Datenschutzgrundverordnung zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben unserer Krankenkasse erhoben und vertraulich verwendet. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie der Verarbeitung ein und Sie versichern die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Angaben. Ihnen ist bekannt, dass die Angaben Grundlage für die Zuschussgewährung sind und der Zuschuss bei unvollständigen Angaben zurückgefordert werden kann. Weitere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie unter www.audibkk.de/datenschutz

Datum, Unterschrift der/des Versicherten: _____

➤ Bitte beachten Sie das Unterschriftsfeld auf der Rückseite.

Allgemeine Hinweise

Die Versicherten nehmen an der Gesundheitswoche freiwillig, im eigenen Interesse und auf eigene Verantwortung teil. Die Gesundheitswoche gilt nicht als Maßnahme im Sinne des Entgeltfortzahlungsgesetzes.

Die Audi BKK leistet für diese Maßnahmen einmal im Kalenderjahr einen Zuschuss und hat für Sie eine spezielle Gesundheitswoche entwickelt, die insbesondere Ihre aktive Teilnahme am Programm erfordert. Die Leitidee der Gesundheitsförderung in den Bereichen Bewegung, gesundheitsbewusste Ernährung, Stressbewältigung und Entspannung steht dabei im Mittelpunkt.

Über die Inhalte, Voraussetzungen und Abläufe der Gesundheitswoche sowie über die Unterkunft, Kosten und Leistungen informieren Sie sich bitte auf unserer Webseite www.audibkk.de/gesundheitswoche

Hinweise zur Gesundheit

Da die Programme der Gesundheitswoche aktiv gestaltet sind, gilt als Grundvoraussetzung für die Teilnahme eine ausreichende Beweglichkeit, Fitness und körperliche Belastbarkeit. Sollten Sie in dieser Hinsicht nicht sicher sein, sprechen Sie noch vor der Anmeldung mit Ihrer behandelnden Ärztin oder Ihrem behandelnden Arzt.

Gilt nur für Belegschaftsmitglieder der AUDI AG:

Belegschaftsmitglieder der AUDI AG haben ggf. Anspruch auf einen Zuschuss. Zum Zwecke der Auszahlung des Zuschusses der AUDI AG für die Gesundheitswoche beauftrage ich die Audi BKK, die dafür notwendigen Angaben (Name, Vorname, Stammmnummer, Zuschusshöhe, Zeitraum der Gesundheitswoche) an die Audi Entgeltabrechnung weiterzuleiten.

Gilt nur für Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Freiwilligen Belegschaftssammlung Unterstützungsfonds der AUDI AG, Werk Ingolstadt, Ingolstadt e.V.:

Zum Zwecke der Auszahlung eines Zuschusses zur Gesundheitswoche ermächtige ich die Audi BKK, der Freiwilligen Belegschaftssammlung Unterstützungsfonds meine Teilnahme an der Gesundheitswoche auf Nachfrage zu bestätigen. Der Antrag auf den Zuschuss der Freiwilligen Belegschaftssammlung ist direkt vom Teilnehmenden beim Unterstützungsfonds zu stellen.

Gilt nur für Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der KHT-Belegschaftskasse, Neckarsulm:

Zum Zwecke der Auszahlung eines Zuschusses zur Gesundheitswoche beauftrage ich die Audi BKK, der KHT-Belegschaftskasse die dafür notwendigen Angaben (Name, Vorname, Stammmnummer, Zuschusshöhe, Zeitraum der Gesundheitswoche) zu bestätigen.

Hiermit willige ich ein, dass die Audi BKK zur Auszahlung weiterer Zuschüsse die genannten Daten an die AUDI AG und deren Unterstützungseinrichtungen weiterleitet.



Datum, Unterschrift der/des Versicherten

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

Zentrale Postanschrift: Audi BKK · Postfach 10 01 60 · 85001 Ingolstadt

