

## PLUSCARD ANTRAG

(Tarif-Mitarbeiter außerhalb des Chemie-Tarfbereiches und AT-Mitarbeiter, sofern ein Anspruch zur Teilnahme gemäß der GBV PlusCard besteht)

### Ihre Daten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ): \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_ Personalnummer: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber/Gesellschaft: \_\_\_\_\_

1. Ich möchte ab dem \_\_\_\_\_ das Angebot der Fresenius Medical Care-PlusCard nutzen. Dieser Antrag muss bis zum 20. eines Monats bei [Benefits-Germany@freseniusmedicalcare.com](mailto:Benefits-Germany@freseniusmedicalcare.com) eingegangen sein, damit die Versicherung zum 1. des übernächsten Monats beginnen kann. Sie erhalten eine Bestätigung bzgl. des Versicherungsbeginns.

2. Ich wähle den/die nachfolgend angekreuzten PlusCard-Tarif/e:

- select** (Zweibett-Komfortzimmer und Chefarzt-/Wahlarztbehandlung)
- premium** (Einbett-Komfortzimmer und Chefarzt-/Wahlarztbehandlung)
- prevent** (Einbett-Komfortzimmer, Chefarzt-/Wahlarztbehandlung und alle zwei Jahre den Check-up prevent)

Ihr Arbeitgeber  
bezuschusst die  
PlusCard mit  
monatlich 5€

Kosten **12,67 Euro/Monat**  
(17,67€ abzgl. 5€ Arbeitgeberzuschuss)

Kosten **16,48 Euro/Monat**  
(21,48€ abzgl. 5€ Arbeitgeberzuschuss)

Kosten **70,01 Euro/Monat**  
(75,01€ abzgl. 5€ Arbeitgeberzuschuss)

### Zusatzoption: PlusCard Family

- Ja, ich möchte auch meine Familie über die PlusCard Family absichern.

**Bitte vervollständigen Sie auf Seite 2 die Angaben zu den Familienmitgliedern und Ihrem Wunschartif.**

3. Die PlusCard Versicherung kann monatlich gekündigt werden. Sie endet,
- zum Ende des übernächsten Monats wenn ich Sie bis zum 20. des laufenden Monats schriftlich per Mitteilung an [Benefits-Germany@freseniusmedicalcare.com](mailto:Benefits-Germany@freseniusmedicalcare.com) kündigen. Im Falle der Kündigung muss die PlusCard zeitnah zum Vertragsende zurückgesandt werden.
  - automatisch mit der Beendigung meines Arbeitsverhältnisses mit Fresenius.
  - automatisch mit dem Erreichen des 68. Lebensjahrs.

Ich ermächtige meinen Arbeitgeber die entsprechenden monatlichen Kosten im Rahmen der Entgeltabrechnung von meinem Netto-Entgelt abzuziehen.

Ich bin einverstanden, dass mein Arbeitgeber meine hier angegebenen Daten und gegebenenfalls jene meiner Familie zum Zwecke der Anmeldung, Kartenerstellung und weiteren Zwecke, die der Absicherung mit der PlusCard dienen, an Wir für Gesundheit GmbH weitergibt. Für diese Zwecke gibt die Wir für Gesundheit GmbH oben genannte Daten zur Verarbeitung an den Debeka Krankenversicherungsverein a. G. weiter. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Bitte wenden Sie sich dazu an Wir für Gesundheit GmbH, Friedrichstraße 100, 10117 Berlin. **Bitte beachten Sie die beigefügten Datenschutzhinweise!**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitarbeiter

Das ausgefüllte und unterzeichnete Formular bitte eingescannt per Ticket über askHR einreichen. Im Nachgang erhalten Sie Ihre PlusCard.

## PlusCard Family

Sie können auch Ihre Familie absichern. Es müssen immer alle Familienmitglieder (Ehepartner\*in und alle Kinder) abgesichert werden: alle in Ihrem Tarif oder in einem günstigeren. Bitte informieren Sie Ihren Arbeitgeber, wenn der Kindergeldanspruch für eines Ihrer Kinder erlischt bzw. wenn sich Ihre Familienverhältnisse ändern.

### Ehepartner\*in

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Kind 1

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Kind 2

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Kind 3

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Tarifoptionen

Für meine gesamte Familie wähle ich folgenden Tarif:  
(entsprechenden bitte ankreuzen)

	<input type="checkbox"/> comfort	<input type="checkbox"/> select	<input type="checkbox"/> premium	<input type="checkbox"/> prevent
19-67 Jahre	6,38 monatlich	22,97 monatlich	27,92 monatlich	97,51 monatlich
ab 68 Jahren	8,29 monatlich	29,86 monatlich	36,30 monatlich	126,76 monatlich
pro Kind (0-18 Jahre)	2,46 monatlich	8,84 monatlich	10,74 monatlich	37,51 monatlich
pro Kind (19-25 Jahre) <sup>1</sup>	6,38 monatlich	22,97 monatlich	27,92 monatlich	97,51 monatlich
pro Kind (0-18 Jahre)	2,46 monatlich	8,84 monatlich	10,74 monatlich	37,51 monatlich
pro Kind (19-25 Jahre) <sup>1</sup>	6,38 monatlich	22,97 monatlich	27,92 monatlich	97,51 monatlich
pro Kind (0-18 Jahre)	2,46 monatlich	8,84 monatlich	10,74 monatlich	37,51 monatlich
pro Kind (19-25 Jahre) <sup>1</sup>	6,38 monatlich	22,97 monatlich	27,92 monatlich	97,51 monatlich

<sup>1</sup> Kinder von 19 bis 25 Jahre, für die Sie Kindergeldanspruch haben.