

PLUSCARD ANTRAG

Ihre Daten

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ): ____|____|____ Personalnummer: _____

Arbeitgeber/Gesellschaft: _____

1. Ich möchte ab dem _____ das Angebot der Fresenius-PlusCard nutzen.

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

- select** (Zweibett-Komfortzimmer und Chefarzt-/Wahlarztbehandlung) Kosten **17,67 Euro/Monat**
- premium** (Einbett-Komfortzimmer und Chefarzt-/Wahlarztbehandlung) Kosten **21,48 Euro/Monat**
- prevent** (Einbett-Komfortzimmer, Chefarzt-/Wahlarztbehandlung und alle zwei Jahre den Check-up prevent) Kosten **75,01 Euro/Monat**

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 Wunschtarif.

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 fresenius-benefits@fresenius.com kündige. 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 nutze mein FlexBenefit Budget, um die PlusCard Gebühren zu entrichten. Sofern die PlusCard Gebühren das FlexBenefits Budget übersteigen, ermächtige ich meinen Arbeitgeber, die das FlexBenefits Budget übersteigenden Kosten im Rahmen der Entgeltabrechnung von meinem Netto-Gehalt abzuziehen.

- Ich möchte die PlusCard ohne Arbeitgeberzuschuss beziehen. Hierfür ermächtige ich meinen Arbeitgeber, die entsprechenden monatlichen Kosten im Rahmen der Entgeltabrechnung von meinem Netto-Gehalt 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 beigelegten Datenschutzhinweise!**

Ort, Datum

Unterschrift Mitarbeiter:in

Das ausgefüllte und unterzeichnete Formular bitte eingescannt per E-Mail an fresenius-benefits@fresenius.com oder per Hauspost an FSE/CHR/Benefits/Bad Homburg versenden. Im Nachgang erhalten Sie Ihre PlusCard.

PlusCard Family

Sie haben nach Erhalt Ihrer PlusCard drei Monate Zeit Ihre Familie abzusichern. Es müssen immer alle Familienmitglieder (Partner:in mit gleicher Wohnanschrift und alle Kinder) abgesichert werden: alle in Ihrem Tarif oder in einem günstigeren. Sie sind verpflichtet Ihren Arbeitgeber darüber zu informieren, wenn der Kindergeldanspruch für eines Ihrer Kinder erlischt bzw. wenn sich Ihre Familienverhältnisse ändern.

Partner: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)

Hinweis: Sie können Ihre Kinder nur mit der PlusCard absichern, solange Sie Anspruch auf Kindergeld haben.

	<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)	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)	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)	6,38 monatlich	22,97 monatlich	27,92 monatlich	97,51 monatlich

Gesamtkosten PlusCard Family: _____ €

Interne Vermerke

PlusCard / Tarifwechsel zum:

PlusCard / Tarifwechsel an WfG gemeldet:

PlusCard / Tarifwechsel in Gehaltsabrechnung erfasst: