



PlusCard Antrag (Tarifmitarbeiter/innen)

Ihre Daten

Name, Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Personalnummer:

Arbeitgeber/Gesellschaft:

1. Ich möchte ab dem 1. Januar 2021 das Angebot der Fresenius PlusCard nutzen.
2. Ich wähle den/die nachfolgend angekreuzten PlusCard-Tarif/e
 - select** (Zweibett-Komfortzimmer und Chefarzt-/Wahlarztbehandlung)
Kosten **12,67 €/Monat (17,67€ abzgl. 5€ Arbeitgeberzuschuss)**
 - premium** (Einbett-Komfortzimmer und Chefarzt-/Wahlarztbehandlung)
Kosten **16,48 €/Monat (21,48€ abzgl. 5€ Arbeitgeberzuschuss)**
 - prevent** (Einbett-Komfortzimmer, Chefarzt-/Wahlarztbehandlung und alle zwei Jahre den Check-up prevent)
Kosten **70,01 €/Monat (75,01€ abzgl. 5€ Arbeitgeberzuschuss)**

Ihr Arbeitgeber
bezuschusst die
PlusCard mit
monatlich 5€

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 endet,
 - wenn ich sie schriftlich bis zum 31.10. mit Wirkung zum 31.12. des Kündigungsjahres kündige. Im Falle der Kündigung muss die PlusCard zeitnah nach Ablauf des Vertrages (d.h. zeitnah nach dem 31.12. des Kündigungsjahres) per Hauspost an FSE/CHR/Zukunftsbetrag/Bad Homburg oder an die zuständige Ansprechperson im Vergütungsmanagement 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 von meinem tariflichen Zukunftsbetrag¹ im Rahmen der Entgeltabrechnung abzuziehen.

Ich bin einverstanden, dass mein Arbeitgeber meine hier angegebenen Daten und ggf. jene meiner Familie zum Zwecke der Anmeldung, Kartenerstellung und weiteren Zwecke, die der Absicherung mit der PlusCard dienen, an die Wir für Gesundheit GmbH weitergibt. Für dieselben 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 die Wir für Gesundheit GmbH, Friedrichstraße 100, 10117 Berlin.

Bitte beachten Sie die Datenschutzhinweise!

Ort, Datum

Unterschrift Mitarbeiter(in)

Das ausgefüllte und unterzeichnete Formular bitte bis zum **31.10.2020** eingescannt per E-Mail an zukunftsbetrag@fresenius.com oder per Hauspost an FSE/CHR/Zukunftsbetrag/Bad Homburg versenden, bzw. bei Ihrem Vergütungsmanagement/Entgeltabrechnung einreichen. Im Nachgang erhalten Sie Ihre PlusCard und die Vertragsbedingungen.

¹ Bitte beachten Sie, dass der Zukunftsbetrag der Lohnsteuer- und Sozialversicherungspflicht unterliegt. Diese Abzüge werden im Rahmen der monatlichen Entgeltabrechnung berücksichtigt. Für detaillierte Beispielrechnungen nutzen Sie bitte den Zukunftsbetragsrechner.

PlusCard Family

Sie können Ihre Familie immer zum 1. Januar eines Jahres anmelden. Die Anmeldefrist ist immer der 31. Oktober des Vorjahres. 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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	(keine Auswahl)	comfort	select	premium	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) ²		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) ²		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) ²		6,38 monatlich	22,97 monatlich	27,92 monatlich	97,51 monatlich

² Kinder von 19-25 Jahren, für die Sie Kindergeldanspruch haben