



Württembergische  
Schwesternschaft  
vom DRK e.V.



Deutsches  
Rotes  
Kreuz



WIR FÜR GESUNDHEIT  
Netzwerk für Qualitätsmedizin

## ANMELDUNG ZUR SCHWESTERNSCHAFT-PLUSCARD

Bitte gut lesbar ausfüllen und bis zum letzten Werktag des Monats in  
Ihrer Personalabteilung abgeben.

**Hinweis:** Die Versicherung wird ab dem 1. des übernächsten Monats wirksam.

### Ihre Daten

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

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

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

### Vereinbarung

Ich möchte ab dem \_\_\_\_\_ das Angebot der Schwesternschaft-PlusCard nutzen.

Ich wähle den nachfolgend angekreuzten PlusCard-Tarif:

- ☐ **comfort** (Zweibett-Komfortzimmer) **4,91 Euro/Monat**
- ☐ **select** (Zweibett-Komfortzimmer und Chefarzt-/Wahlarztbehandlung) **17,67 Euro/Monat**
- ☐ **premium** (Einbett-Komfortzimmer und Chefarzt-/Wahlarztbehandlung) **21,48 Euro/Monat**
- ☐ **prevent** (Einbett-Komfortzimmer, Chefarzt-/Wahlarztbehandlung und alle zwei Jahre den Check-up prevent) **75,01 Euro/Monat**

### PlusCard Family Option

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

**Bitte vervollständigen Sie auf der Rückseite die Angaben zu den Familienmitgliedern und Ihren Wunschtarif.**

#### Vereinbarung Zahnzusatzversicherung EZ 50-F

Wenn Sie sich für die PlusCard premium entscheiden, können Sie zusätzlich den  
Zahnzusatztarif EZ 50-F wählen.

Bedingungen für Zahnzusatz: Nur in  
Kombination mit der PlusCard premium  
möglich. Anmeldung muss zeitgleich  
mit der PlusCard premium stattfinden.  
Nicht für die Familie möglich.

- ☐ Ja, ich möchte die Zahnzusatzversicherung EZ 50-F der Debeka. **Gesamtkosten PlusCard premium + EZ 50-F = 35,23 € / Monat**

Ich ermächtige meinen Arbeitgeber, die entsprechenden monatlichen Kosten von meinem Gehalt abziehen. 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 oder einem anderen gewählten Zusatztarif dienen, an den Debeka Krankenversicherungsverein a.G. bzw. ihren Auftragsverarbeiter Wir für Gesundheit GmbH weitergibt. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bitte wenden Sie sich dazu an: Wir für Gesundheit GmbH, Friedrichstraße 100, 10117 Berlin.

Ort, Datum

Unterschrift Mitarbeiter\*in

#### Interne Vermerke

PlusCard / Tarifwechsel zum:

PlusCard / Tarifwechsel an WfG gemeldet:

PlusCard / Tarifwechsel in Gehaltsabrechnung erfasst:

# PlusCard Family

Sie haben nach Erhalt Ihrer PlusCard drei Monate Zeit Ihre Familie abzusichern. 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:

# Tarifooptionen

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<br>monatlich                | 22,97<br>monatlich              | 27,92<br>monatlich               | 97,51<br>monatlich               |
| ab 68 Jahren                        | 8,29<br>monatlich                | 29,86<br>monatlich              | 36,30<br>monatlich               | 126,76<br>monatlich              |
| pro Kind (0-18 Jahre)               | 2,46<br>monatlich                | 8,84<br>monatlich               | 10,74<br>monatlich               | 37,51<br>monatlich               |
| pro Kind (19-25 Jahre) <sup>1</sup> | 6,38<br>monatlich                | 22,97<br>monatlich              | 27,92<br>monatlich               | 97,51<br>monatlich               |
| pro Kind (0-18 Jahre)               | 2,46<br>monatlich                | 8,84<br>monatlich               | 10,74<br>monatlich               | 37,51<br>monatlich               |
| pro Kind (19-25 Jahre) <sup>1</sup> | 6,38<br>monatlich                | 22,97<br>monatlich              | 27,92<br>monatlich               | 97,51<br>monatlich               |
| pro Kind (0-18 Jahre)               | 2,46<br>monatlich                | 8,84<br>monatlich               | 10,74<br>monatlich               | 37,51<br>monatlich               |
| pro Kind (19-25 Jahre) <sup>1</sup> | 6,38<br>monatlich                | 22,97<br>monatlich              | 27,92<br>monatlich               | 97,51<br>monatlich               |

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

Gesamtkosten PlusCard Family:  €