

**Sichern Sie jetzt
Ihre Familie ab!**



WIR FÜR GESUNDHEIT
Das Kliniknetzwerk für Qualitätsmedizin

Bitte gut lesbar und in Druckbuchstaben ausfüllen.

Anmelde-Daten

PlusCard-Inhaber

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

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

Ich möchte meinen eigenen Tarif erhöhen (den Differenzbetrag zahle ich selber)

Bisheriger Tarif: _____ Neuer Tarif: _____ Ich möchte meinen Tarif nicht ändern.

Für meine Familie wähle ich folgenden Tarif (bitte beachten Sie, dass Sie Ihre Familie nur im gleichen oder in einem günstigeren Tarif als sich selbst versichern können)

comfort

select

premium

prevent

Daten der Familienmitglieder:

Name Vorname

Anschrift Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Name Vorname

Anschrift Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Name Vorname

Anschrift Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Ort, Datum Unterschrift Mitarbeiter

Bitte geben Sie den Bogen ausgefüllt in der Personalabteilung ab.