



## ANMELDUNG ZUR PLUSCARD FAMILY

Bitte gut lesbar ausfüllen und in Ihrer Personalabteilung abgeben.

Für die Aktion PlusCard Family stehen Ihnen **drei Meldetermine** zur Verfügung, Anmeldung in Ihrer Personalabteilung bis spätestens:

- **30.09.2025** für den Versicherungsbeginn zum 01.11.2025
- **31.10.2025** für den Versicherungsbeginn zum 01.12.2025
- **01.12.2025** für den Versicherungsbeginn zum 01.01.2026

### Ihre Daten

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

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

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

- **Ja, ich möchte meine komplette Familie über die PlusCard Family absichern, sie besteht aus folgenden Mitgliedern** (Bitte treffen Sie auf der Rückseite Ihre Tarifauswahl):

- Es müssen immer alle Familienmitglieder (Partner:in mit gleicher Wohnanschrift und alle Kinder) abgesichert werden.
- Jedes Mitglied bekommt eine eigene PlusCard. Die Kosten werden von Ihrem Nettolohn abgezogen. Ihr Arbeitgeber übernimmt für Sie die gesamte Anmeldung mit dem Versicherungsgeber Debeka Krankenversicherungsverein a. G..
- Die Absicherung Ihrer gesamten Familie durch die PlusCard Family endet – genau wie Ihre eigene –, wenn Sie das Unternehmen verlassen.

#### Partner:in

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

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

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

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

#### Kind 1

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

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

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

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

#### Kind 2

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

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

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

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

#### Kind 3

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

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

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

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

Hiermit wird darin eingewilligt, dass die hier angegebenen Daten aller aufgeführten Personen durch den Arbeitgeber des/der hier aufgeführten Mitarbeiter:in an den Debeka Krankenversicherungsverein a. G., Debeka-Platz 1, 56073 Koblenz und ihren Auftragsverarbeiter Wir für Gesundheit GmbH, Friedrichstraße 100, 10117 Berlin zu Zwecken der Anmeldung, Kartenerstellung und zu administrativen Zwecken im Zusammenhang mit der Plus Card übermittelt werden. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Bitte wenden Sie sich dazu an Wir für Gesundheit GmbH, Friedrichstraße 100, 10117 Berlin.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitarbeiter:in

## Family Tarifgruppen – Übersicht der monatlichen Beiträge in EUR

 Ja, ich möchte meine Familie über die PlusCard Family absichern und wähle folgende Tarifoptionen:

 Sie können Ihre Familie in nur einer Tarifgruppe, mehreren oder allen Tarifgruppen absichern – vorausgesetzt, Sie selbst sind ebenfalls in der entsprechenden Tarifgruppe versichert.

### STATIONÄR & MEHR

	pro Kind (0-18 Jahre) <sup>1</sup>	pro Kind (19-25 Jahre) <sup>1</sup>	Partner:in (19-67 Jahre)	Partner:in (ab 68 Jahren)
PCcomfort	2,46	6,38	6,38	8,29
PCselect	8,84	22,97	22,97	29,86
PCpremium	10,74	27,92	27,92	36,30
PCprevent	–*	97,51	97,51	126,76

\*Tarifwahl für Kinder dieses Alters nicht möglich.

### STATIONÄR & MEHR

- Ja, ich habe einen PC-Tarif **Stationär & mehr** und wähle für meine Familie einen der folgenden:  
(Sie können Ihre Familie in Ihrem eigenen oder einem günstigeren Tarif absichern)
- PCcomfort
- PCselect
- PCpremium
- PCprevent

### ZAHN

	pro Kind (0-18 Jahre) <sup>1</sup>	pro Kind (19-25 Jahre) <sup>1</sup>	Partner:in (19-67 Jahre)	Partner:in (ab 68 Jahren)
EZ30-F	1,25	12,25	12,25	19,00
EZ50-F	1,50	18,00	18,00	27,50
EZ70-F	1,50	29,25	29,25	42,75
EZ70-F + EZCOMF-F	2,75	45,25	45,25	61,25
ZahnPro-F	0,30	4,60	4,60	4,60

### ZAHN

- Ja, ich habe den Zahntarif **EZ \_\_\_\_\_-F mit ZahnPro-F** und möchte meine gesamte Familie in meinen beiden Tarifen absichern.
- Ja, ich habe den Zahntarif **EZ \_\_\_\_\_-F mit ZahnPro-F**, möchte meine gesamte Familie aber nur in meinem EZ-F-Tarif absichern.
- Ja, ich habe den Zahntarif **EZ \_\_\_\_\_-F ohne ZahnPro-F** und möchte meine gesamte Familie in meinem Tarif absichern.

### FLEX-F (GESUNDHEITSBUDGET)

	pro Kind (0-18 Jahre) <sup>1</sup>	pro Kind (19-25 Jahre) <sup>1</sup>	Partner:in (19-67 Jahre)	Partner:in (ab 68 Jahren)
Flex300-F	12,60	12,60	12,60	14,10
Flex600-F	21,00	21,00	21,00	23,70
Flex900-F	28,40	28,40	28,40	32,30
Flex1200-F	34,90	34,90	34,90	39,80
Flex1500-F	40,50	40,50	40,50	46,20

### FLEX-F (GESUNDHEITSBUDGET)

- Ja, ich möchte meine gesamte Familie in meinem Budgettarif Flex \_\_\_\_\_-F absichern.

### AMBULANT

	pro Kind (0-18 Jahre) <sup>1</sup>	pro Kind (19-25 Jahre) <sup>1</sup>	Partner:in (19-67 Jahre)	Partner:in (ab 68 Jahren)
EA-F	7,75	13,25	13,25	19,50

### AMBULANT

- Ja, ich möchte meine gesamte Familie in meinem ambulanten Tarif EA-F absichern.

Eine detailliertere Übersicht der jeweils enthaltenen Tarif-Leistungen gibt es unter:  
[www.wir-fuer-gesundheit.de/tarifdatenblaetter](http://www.wir-fuer-gesundheit.de/tarifdatenblaetter).



Ort, Datum

Unterschrift Mitarbeiter:in

<sup>1</sup> Gilt für Kinder, für die Kindergeldanspruch besteht. Sie sind verpflichtet Ihren Arbeitgeber darüber zu informieren, wenn der Kindergeldanspruch für eines Ihrer Kinder erlischt bzw. wenn sich Ihre Familienverhältnisse ändern.