

Polkowice, dnia _____

Nazwisko i imię EMERYTA / RENCISTY

Nr telefonu

Adres e-mail

Uwagi PSA

WNIOSEK MEDICOVER SPORT/ Emeryt, Rencista

Zwracam się z wnioskiem o dofinansowanie do pakietu Medcover Sport dla niżej wymienionych osób **od 01.01.2026 do 31.12.2026 roku**.

Lp.	Nazwisko i imię emeryta/rencisty/osoby uprawnionej*	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Adres e-mail	Nr telefonu kom.
1					
2					
3					
4					
5					
6					

I. Oświadczam, że średniomiesięczny dochód brutto na jednego członka mojej rodziny w poprzednim roku wyniósł:

- do 50% minimalnego wynagrodzenia,
- od 50% do 100% minimalnego wynagrodzenia,
- powyżej 100% minimalnego wynagrodzenia**

Brak określenia progu dochodowego, skutkować będzie naliczaniem odpłatności wg najwyższych dochodów tj. powyżej 100% minimalnego wynagrodzenia.

II. Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/na, że opłacone przeze mnie pakiety będą aktywne od **01.01.2026 do 31.12.2026 roku** i wcześniejsza z nich **rezygnacja jest niemożliwa**.

III. Wyrażam zgodę na potrącenie ewentualnego podatku od dofinansowania do pakietów Medicovert Sport z przysługujących mi świadczeń.

IV. Zobowiązuję się do zapoznania się z treścią Regulaminu MULTIPAKIET oraz jego bezwzględnego przestrzegania.

V. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich, osoby towarzyszącej i jako przedstawiciel ustawowy dziecka ujętych we wniosku przez administratora danych tj. / KGHM Polska Miedź S.A., adres rejestrowy oraz Centrali Spółki: ul. M. Skłodowskiej-Curie 48, 59-301 Lubin, nr tel. 76 748 01 00; w celu uzyskania świadczenia z ZFŚS o które wnioskuję. Oświadczam, że mam świadomość, iż podanie danych jest dobrowolne, oraz że zgoda może być cofnięta w każdym czasie. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....
Podpis wnioskodawcy

*Osobą uprawnioną według Regulaminu ZFŚS jest:

- Emeryt, rencista
- Współmałżonek emeryta, rencisty
- Dzieci własne i współmałżonka oraz przysposobione lub przyjęte na wychowanie w ramach rodziny zastępczej do 18 roku życia lub do 25 roku życia, jeśli pobierają naukę w trybie dziennym, za okazaniem stosownego zaświadczenia.
- Współmałżonek po zmarłym pracowniku, emerycie i renciście, jeśli pobiera po nim rentę rodzinną.

Pakiet FIT & MORE open bez limitu (dorośli i dzieci powyżej 15 roku życia), **Pakiet Junior** (dzieci poniżej 15 roku życia), **Pakiet Aqua** (dzieci poniżej 15 roku życia),

** niepotrzebne skreślić