

Poznań, 16.01.2013r



Klub Jeździecki „RANCHO” Poznań  
Ul. Beskidzka 164  
60-416 Poznań

## ZAŚWIADCZENIE

Zarząd klubu jeździeckiego „RANCHO” Poznań zaświercza, że  
**SYLWIA SURMIAK**  
jest członkiem w/w Klubu  
I regularnie uczęszcza na treningi sportowe

*Mateusz Katarzyna*

Podpis prezesa

KLUB JEŹDZIECKI  
**R A N C H O**  
ul. Beskidzka 164  
60-416 Poznań  
Regon 694278743

pieczęć klubowa

Sylwia Surmiak

(imię i nazwisko)

44041502384

(PESEL)

1874

Rocznik

os. Stefana Batorego 24/11 Legnica

(adres zamieszkania)

-11-

(adres do korespondencji, jeśli inny niż zamieszkania)

sylwia.surmiak@gmail.com

(adres email)

## WNIOSZEK

O wydanie licencji rocznej Polskiego Związku Jeździeckiego, uprawniającej do udziału w zawodach jeździeckich w 2013 roku w dyscyplinie/ach: A...+B....

(wymienić dyscypline)

Zobowiązuję się do reprezentowania barw klubowych:

Klub Jeździecki Rancho - Poznań

(pełna nazwa klubu)

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany:

Sylwia Surmiak

(imię i nazwisko zawodnika - w przypadku osoby niepełnoletniej dane rodzica)

44041502384

(PESEL)

- Zobowiązuję się do przestrzegania wszelkich przepisów i regulaminów obowiązujących uczestników współzawodnictwa sportowego w jeździectwie ustanowionych przez Polski Związek Jeździecki i Międzynarodową Federację Jeździecką.
- Wyrażam zgodę na poddawanie się badaniom na obecność środków dopingujących i odurzających (w tym alkoholu) we krwi, moczu i wydychanym powietrzu w czasie brania udziału w zawodach rozgrywanych i organizowanych na podstawie przepisów PZJ/FEI oraz zgrupowaniach organizowanych przez PZJ/WZJ.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie statutowego działania PZJ, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych. (Dz.U. z 202 r. Nr 101, poz.926 z późn. Zm.). Jednocześnie oświadczam, że powyższe dane są poprawne.

Poznań 20.04.2013

(miejscowość, data)

Sylwia Surmiak

(czytelny podpis zawodnika - w przypadku osoby niepełnoletniej podpisują rodzice)

Wyrażamy zgodę na reprezentowanie barw naszego klubu przez w/w zawodnika, jednocześnie potwierdzamy autentyczność podpis w/w zawodnika/rodziców zawodnika.

KLUB JEŽDZIECKI  
RANCHO  
ul. Beskidzka 164  
60-416 Poznań  
Regon 634275743

(pieczęć klubu)

Małgorzata Katarzyna

(czytelny podpis prezesa klubu/ pieczęć imienna)

(nr licencji i czytelny podpis licencjonowanego szkoleniowca PZJ)  
(w przypadku zawodników do ukończenia 18 roku życia oraz  
zawodników nowo rejestrowanych do momentu uzyskania uprawnień  
III-go stopnia lub uprawnień krajowych WKKW)



KLUB JEŹDZIECKI  
**RANCHO**  
ul. Beskidzka 164  
60-416 Poznań  
Regon 634275743

**Deklaracja Członkowska**  
**KLUB JEŹDZIECKI „RANCHO” POZNAŃ**

1. Nazwisko i imię ..... Sylwia Surmiak
2. Data i miejsce urodzenia ..... wródzona 15.04.1974
3. Pesel ..... 44041502384
4. Miejsce zamieszkania ..... os. Stefana Batorego 24/1  
59-220 Legnica tel. ..... 668-155-365
5. Adres e-mail ..... sylwia.surmiak@gmail.com

**ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ REPREZENTOWAĆ BARWY KLUBU „RANCHO” POZNAŃ  
OD DNIA ..... 01.01.2013 - bezterminowo**

**OŚWIADCZAM, ŻE NIE JESTEM CZŁONKIEM INNEGO KLUBU JEŹDZIECKIEGO**

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków KJ „Rancho” Poznań. Stwierdzam, że znany jest mi Statut Klubu i zobowiązuję się do jego przestrzegania, a zwłaszcza do:

- brania czynnego udziału w działalności Klubu i dbanie o jego dobre imię
- dbałości o mienie Klubu i porządek
- należytego obchodzenia się ze zwierzętami
- przestrzegania Uchwał i postanowień władz Klubu
- brania czynnego udziału w walnych zebraniach Klubu
- regularnego opłacania składek członkowskich
- zachowania dyscypliny

Poznań, dn. ..... 01.01.2013

Sylwia Surmiak  
(podpis składającego deklarację)

„CEDLAB” Sp. z o.o.  
PORADNIA SPORTOWO-LEKARSKA  
59-220 Legnica, ul. T. Kościuszki 18/1  
tel. (076) 86-219-84  
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
NIP A21-10-22-259 ID. 390575244

pieczętka jednostki  
serwisu medycyny sportowej

## ZASŁOWIADCZENIE LEKARSKIE

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.07.2003r. w sprawie sposobu i trybu wydawania zaświadczenie lekarskiego stwierdzającego przeciwwskazania zdrowotne do uprawiania sportu (Dz.U. Nr 141/200, poz. 1379)

Pan(i) Surmiak Sylwia  
urodzony(a) 15.04.1974 PESEL 44041502384  
Zamieszkały(a) Legnica ul. S. Bałkogego 24/1  
treningowy w Klub Jeździecki Rancho Poznań  
dyscyplina sportu jeździecstwo

1. wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych – zdolny(a) do uprawiania sportu w/w dyscyplinie

Data następnego badania

26.10.2013

2. wobec przeciwwskazań zdrowotnych – niezdolny(a) do uprawiania sportu w/w dyscyplinie na okres \_\_\_\_\_

Legnica, dnia 26.04.2013

dr n. med. K. pediatr i specjalista lekarza

uprawniony do badań profilaktycznych  
sportowców  
Certyfikat PTMB 083

Sylwia Surmiak

(imię i nazwisko)

74041502384

PESEL

Os. Stefana Batorego 24/1 59-220 Legnica

(adres zamieszkania)

(adres do korespondencji jeśli inny niż zamieszkania)

### Wniosek

O wydanie licencji rocznej Polskiego Związku Jeździeckiego, uprawniającej do udziału w zawodach jeździeckich w 2012 roku w dyscyplinie/ach:

VJEŽDIENIE, SKOKI  
(wymienić dyscyplinę)

Zobowiązuję się do reprezentowania barw klubowych:

**KLUB JEŹDZIECKI RANCHO POZNAŃ**

(pełna nazwa klubu)

### Oświadczenie

Ja niżej podpisany:

Sylwia Surmiak

(w przypadku osoby niepełnoletniej dane rodzica lub opiekuna prawnego)

74041502384

(PESEL)

- Zobowiązuję się do przestrzegania wszelkich przepisów i regulaminów obowiązujących uczestników współzawodnictwa sportowego w jeździectwie ustanowionych przez Polski Związek Jeździecki i Międzynarodową Federację Jeździecką.
- Wyrażam zgodę na poddawanie się badaniom na obecność środków dopingujących i odurzających (w tym alkoholu) we krwi, moczu i wydychanym powietrzu w czasie brania udziału w zawodach rozgrywanych i organizowanych na podstawie przepisów PZJ/FEI oraz zgrupowaniach organizowanych przez PZJ/WZJ.
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie statutowego działania Polskiego Związku Jeździeckiego, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych. (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.). Jednocześnie oświadczam, że powyższe dane są poprawne.

Poznań, dnia 27.01.2012

(miejscowość, data)

Sylwia Surmiak

(czytelny podpis – w przypadku osoby niepełnoletniej  
podpisuje rodzic lub opiekun prawy)

Wyrażamy zgodę na reprezentowanie barw naszego klubu przez w/w zawodnika, jednocześnie potwierdzamy autentyczność podpis w/w zawodnika/rodziców zawodnika.

Klub Jeździecki „RANCHO”  
Poznań  
ul. Boskidzka 164, 60-416 Poznań  
REGON 634275743, NIP 781-17-12-560

(pieczęć klubu)

Katarzyna Smytkowska  
(czytelny podpis prezesa klubu/pieczęć imienna)

# Polisa

## Ubezpieczenie Riders Casco - Program PZJ

Nr LHC0056566



Strona 1 z 4

W zaufaniu do oświedczonych ubezpieczającego i uzyskanych od niego informacji oraz w zamian za zapłatę składki ubezpieczyciel udziela ochrony na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia potwierzonej niniejszą polisą.

1. Ubezpieczyciel Lloyd's (Syndykat 2468 – 100%)

2. Lloyd's coverholder

W razie pytań lub wątpliwości w odniesieniu do umowy ubezpieczenia, prosimy o kontakt telefoniczny z Państwa doradcą ubezpieczeniowym, MGZ Gama Sp. z o.o., telefonicznie pod numerami +48 22 723 0 777 oraz +48 22 723 3 297 lub pocztą elektroniczną na adres mg@gmzgama.pl

Przedstawicielem ubezpieczyciela we wszelkich sprawach związanych z umową ubezpieczenia jest Leadenhall Polska S.A., Lloyd's coverholder działający na podstawie pełnomocnictwa numer B0738BV0000040G (Delegated Authority Number). Oświadczenie kierowane do ubezpieczyciela w związku z zawartym i wykonaniem umowy ubezpieczenia należy kierować na adres: Leadenhall Polska S.A., 02-703 Warszawa, ul. Bukowińska 22B

3. Ubezpieczający

Sylwia Surmiak  
59-220 Legnica, Batorego 24/1  
PESEL: 74041502384

4. Ubezpieczony

Sylwia Surmiak  
59-220 Legnica, Batorego 24/1  
PESEL: 74041502384

5. Okres ubezpieczenia

10 kwiecień 2013 - 31 grudzień 2013

6. Świadczenia

Świadczenie		Suma ubezpieczenia	
A	Śmierć	Tak	50 000 zł
B	Trwały uszczerbek na zdrowiu	Tak	50 000 zł

8. Postanowienia dodatkowe

Umowa ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia dodatkowe:

Tygodniowe świadczenie z tytułu utraty przytomności (LW121) z sumą ubezpieczenia 250 zł

Dzienne świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu oraz rekonwalescencji w domu (LW120) z sumą ubezpieczenia 100 zł

Złamania kości (LW118) z sumą ubezpieczenia 2 500 zł

Zwrot kosztów przystosowania do życia w niepełnosprawności (LW122) z sumą ubezpieczenia 10 000 zł

8. Poziom kwalifikacji PZJ

Licencja PZJ/OZJ

9. Składka

84 zł płatna najpóźniej w dniu 9 kwiecień 2013, na rachunek Leadenhall Polska S.A.:

18 2490 0005 0000 4600 9589 9346

(w tytule przelewu należy wpisać numer polisy)

Opłacając składkę ubezpieczający akceptuje warunki umowy ubezpieczenia oraz stwierdza poprawność wszystkich informacji przywołanych w polisie, fakt otrzymania i zapoznania się z Warunkami ubezpieczenia LW011/PA/1/PZJ/1, jak również przyjęcia do wiadomości postanowień znajdujących się w pozycji 12 polisy

10. Osoby uprawnione

Surmiak Jadwiga, mama - 100%

11. Załączniki do polisy

Załącznikami do polisy są Warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków „Riders casco” oznaczone symbolem LW011/PA/1/PZJ/1

12. Postanowienia i oświadczenia końcowe

Zgodnie z art. 815 § 3 kodeksu cywilnego ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności podanych w umowie ubezpieczenia, jeżeli zostały one zatajone w całości lub części, albo osoba udzielająca odpowiedzi na pytania ubezpieczyciela podała informacje niezgodnie z posiadaną przez siebie wiedzą.

Informacje, w tym dane osobowe, przekazywane Leadenhall Polska S.A., a dotyczące ubezpieczającego, ubezpieczonego oraz osób uprawnionych będą przetwarzane przez Leadenhall Polska S.A. wyłącznie w związku z zawartym i wykonaniem umowy ubezpieczenia.

Leadenhall Polska S.A. jako Administrator danych oświadcza, że przetwarza dane osobowe zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997 r. Nr 133, poz. 833 ze zm.) oraz stosuje środki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę przetwarzanych danych odpowiednią do zagrożeń oraz kategorii danych objętych ochroną, a w szczególności zabezpiecza dane osobowe przed dostępem osób nieupoważnionych, utratą czy uszkodzeniem. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu oraz osobie uprawnionej przysługuje prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania. Podanie danych osobowych jest dobrowolne. Leadenhall Polska S.A. oświadcza, że na podstawie art. 31 ustawy o ochronie danych osobowych uprawniony jest do powierzania danych osobowych innym podmiotom po zapewnieniu, że dane osobowe będą przetwarzane przez te podmioty zgodnie z przepisami prawa.

# Polisa

## Ubezpieczenie Riders Casco - Program PZJ

Nr LHC0056566



Strona 2 z 4

### 13. Procedura zgłoszania roszczeń

W zaufaniu do oświadczeń ubezpieczającego i uzyskanych od niego informacji oraz w zamian za zapłatę składki ubezpieczaciel udziela ochrony na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia potwierdzonej niniejszą polisą.

Powiadomienia o wypadkach mogących skutkować roszczeniem, formalne zgłoszenie roszczenia oraz wszelką korespondencję związaną z ustaleniem zasadności oraz wysokości świadczenia należy kierować do Ubezpieczyciela za pośrednictwem:

Van Ameyde Polska  
ul. Marsa 56B  
04-242 Warszawa  
Telefon: +48 (22) 500 66 33 w godzinach od 8:00 do 18:00 w dni robocze  
Fax: +48 (22) 500 66 20  
E-mail: leadenhall.claims@vanameyde.com

Pomocy w procesie likwidacji szkody udzieli także Państwa doradca ubezpieczeniowy:

MGZ Gama Sp. z o.o.  
ul. Reja 8  
05-820 Piastów  
Telefon: +48 (22) 723 0 777  
+48 (22) 723 3 297  
E-mail: mg@mrgzgama.pl

Warszawa, 9 kwiecień 2013

Maciej Bud-Gusaim

# Polisa

## Ubezpieczenie Riders Casco - Program PZJ

Nr LHC0056566



Strona 3 z 4

### Klaузule dodatkowe

W umowie ubezpieczenia zastosowanie znajdują klaузule dodatkowe, których treść przywołano poniżej:

**Klauzula LW118**
**Złamania**

Jeżeli Ubezpieczony dozna w następstwie Nieszczęśliwego wypadku złamania kości wymienionego w poniższej tabeli, Ubezpieczyciel wpłaci świadczenie obliczone jako wskazany w poniższej tabeli procent od kwoty 2 500 złotych.

Złamania	
Kość biodrowa, miednica (z wyjątkiem kości ogonowej)	100%
Kości mózgoczaszki, kość udowa, łopatka	65%
Mostek, kość ramienia, łokieć, kości podudzia, pieta	50%
Kość przedramienia, kość podudzia, rzepka	30%
Kregosłup (kręgi z wyjątkiem kości ogonowej), obojczyk, nadgarstek, kostka	25%
Dłoń (z wyłączeniem palców i nadgarstka), stopa (z wyłączeniem palców i kostki)	18%
Kości twarzoczaszki, kości szczęki, kość nosowa	12%
Żebro lub żebra, kość ogonowa	6%

Kwota świadczenia wypłacona na podstawie niniejszej klauzuli zostanie odjęta od ustalonej kwoty świadczenia z tytułu śmierci lub całkowitej trwałej niezdolności do pracy, które okazałyby się należne z tytułu tego samego Nieszczęśliwego wypadku.

Wysokość świadczenia z tytułu więcej niż jednego złamania będących następstwem tego samego Nieszczęśliwego wypadku oblicza się jako sumę świadczeń z tytułu poszczególnych złamań, przy czym łączna kwota świadczenia nie może przekroczyć 2 500 złotych.

**Klauzula LW120**
**Dzienne świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu oraz rekonwalescencji w domu**

Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, z tytułu którego przysługuje świadczenie z Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczony zostanie przyjęty do szpitala, to na zasadach określonych w niniejszej klauzuli Ubezpieczyciel wpłaci Ubezpieconemu dzienne świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu i zalecone przez lekarza rekonwalescencji w domu, będącej kontynuacją leczenia szpitalnego.

Wysokość dzinnego świadczenia wynosi 100 złotych. Świadczenie należne jest za każdą pełną dobę pobytu w szpitalu lub rekonwalescencji w domu, z pominięciem pierwszych trzech dób. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu oraz rekonwalescencji w domu należne jest łącznie za okres nie dłuższy niż 180 dni, przy czym świadczenie z tytułu rekonwalescencji w domu nie może przewyższyć świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu.

Świadczenia z tytułu pobytu szpitalu oraz rekonwalescencji w domu nie przysługują, jeżeli pobyt w szpitalu jest związany z:

- (a) Procedurami o charakterze kosmetycznym podejmowanymi dobrowolnie przez Ubezpieczonego,
- (b) Leczeniem chorób nerwowych i psychicznych niezależnie od ich rodzaju,
- (c) Ciążą i porodem,

Wyłączony jest ponadto pobyt w instytucjach długotrwałej opieki w tym w centrach rekonwalescencji oraz centrach i oddziałach rehabilitacji.

Kwota świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu i rekonwalescencji w domu podwyższa łączny limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela, o którym mowa w § 2 ust. 5 warunków ubezpieczenia LW011/PA/1/PZJ/1 oraz sumuje się ze świadczeniem z tytułu utraty przytomności, które może przysługiwać w tym samym okresie.

**Klauzula LW121**
**Tygodniowe świadczenie z tytułu utraty przytomności**

Jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek, z tytułu którego przysługuje świadczenie z Umowy ubezpieczenia, prowadzi do utraty przytomności Ubezpieczonego, to na zasadach określonych w niniejszej klauzuli Ubezpieczyciel wpłaci Ubezpieconemu świadczenie za każdy pełny tydzień, w którym Ubezpieczony pozostaje nieprzytomny.

Wysokość tygodniowego świadczenia z tytułu utraty przytomności wynosi 250 złotych, przy czym maksymalny okres, za który świadczenie z tytułu utraty przytomności może być wypłacone, wynosi 104 tygodnie.

Kwota świadczenia z tytułu utraty przytomności podwyższa łączny limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela, o którym mowa w § 2 ust. 5 warunków ubezpieczenia LW011/PA/1/PZJ/1 oraz sumuje się ze świadczeniem z tytułu pobytu w szpitalu oraz rekonwalescencji w domu, które może przysługiwać w tym samym okresie.

# Polisa

## Ubezpieczenie Riders Casco - Program PZJ

Nr LHC0056566



Strona 4 z 4

W zaufaniu do oświadczeń ubezpieczającego i uzyskanych od niego informacji oraz w zamian za zapłatę składki ubezpieczyciel udziela ochrony na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia potwierdzonej niniejszą polisą.

### Klauzula LW122 Zwrot kosztów przystosowania do życia w niepełnosprawności

Jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek, z tytułu którego przysługuje świadczenie z Umowy Ubezpieczenia, prowadzi do trwałego uszczerbku na zdrowiu wiążącego się z trwałym inwalidzkiem Ubezpieczonego, to na zasadach określonych w niniejszej klaузuli Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieconemu uzasadnione koszty przystosowania do życia w niepełnosprawności.

Ochrona udzielona na podstawie niniejszej klauzuli obejmuje zwrot kosztów poniesionych w celu:

- (a) przystosowania domu lub lokalu mieszkalnego dla potrzeb Ubezpieczonego jako osoby niepełnosprawnej,
- (b) przeprowadzki do innego lokalu mieszkalnego lub domu lepiej dostosowanego do życia w niepełnosprawności,
- (c) zakupu wózka inwalidzkiego dla Ubezpieczonego,
- (d) przystosowania samochodu Ubezpieczonego do jego potrzeb jako osoby niepełnosprawnej,
- (e) zakupu protez, materiałów ortopedycznych i środków pomocniczych dla Ubezpieczonego.

Zwrot powyższych kosztów następuje na podstawie rachunków i innych dowodów zapłaty do wysokości rzeczywiście poniesionych kosztów, nie więcej jednak niż 10 000 złotych.

Zwrot kosztów poniesionych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej następuje w walucie polskiej według średniego kursu NBP obowiązującego w dniu ustalania odszkodowania.

Kwota świadczenia na pokrycie kosztów przystosowanie do życia w niepełnosprawności podwyższa łączny limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela, o którym mowa w § 2 ust. 5 warunków ubezpieczenia LW011/PA/1/PZJ/1.