



## **CONSENTIMIENTO INFORMADO Y EXONERACION DE RESPONSABILIDAD CIVIL, CONTRACTUAL Y EXTRA CONTRACTUAL POR PARTICIPACIÓN EN TRAVESÍA**

Declaro que en forma voluntaria he decidido participar en la travesía de ciclo montaña organizada por la Cooperativa de Yarumal y que estoy en perfectas condiciones psicológicas, físicas y de salud, así como adecuadamente entrenado y preparado para participar en la misma, por lo que cualquier insuficiencia en estos aspectos es de mi entera responsabilidad; igualmente declaro que conozco y he leído atentamente las instrucciones de la travesía. Aceptaré cualquier decisión de la Cooperativa de Yarumal acerca de la travesía sobre mi participación. Asumo todos los riesgos asociados con mi participación, pero no limitado solamente a caídas, sino a los accidentes personales, accidentes de tránsito, enfermedades generales, enfermedades de tipo cardíaco entre otras razones, por el contacto con otros participantes, por las condiciones del clima incluyendo temperatura, lluvias y humedad, tránsito vehicular, condiciones del recorrido, y en general todo riesgo, que declaro conocidos y valorados por mí, así mismo declaro que conozco la información general y particular de la travesía. Habiendo leído esta declaración, conociendo estos hechos y considerando que los acepto por el hecho de participar en ella, yo, en mi nombre y en el de cualquier persona que actúe en mi representación, libero a La Cooperativa de Yarumal, voluntarios, patrocinadores y sus representantes y sucesores de todo reclamo o responsabilidad de cualquier tipo que surja de mi participación en este evento aunque esta responsabilidad pueda surgir por negligencia o culpa de parte de las personas nombradas en esta declaración, así como de cualquier extravío, robo y/o hurto que pudiese sufrir.

Declaro que el día de la travesía estoy cubierto por seguro médico o que puedo pagar el cuidado médico resultante de heridas o lastimaduras durante la travesía o de enfermedades o traumatismos derivados de la participación, tanto presentes como secuelas futuras y que en todo caso la atención médica corre por mi cuenta y riesgo. Acepto el cuidado médico ofrecido por los paramédicos, médicos o personal de soporte en caso de accidente durante la travesía. También entiendo, declaro y acepto que dicho personal no será responsable por el tratamiento ofrecido y que éste auxilio médico es meramente temporal y circunstancial durante el tiempo del desarrollo de la travesía.

Declaro entender y obedecer todas las instrucciones ya sea escrita o por cualquier otro medio inteligible provista por el personal de la organización o empresas contratadas para prestar asistencia durante la travesía. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

Autorizo a La Cooperativa de Yarumal el tratamiento de los datos personales entregados en este documento y los que se recauden para fines relacionados con la travesía y para fines comerciales sin perjuicio de los derechos, previstos en la ley, en especial el de conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de mis datos a la Cooperativa de Yarumal. Igualmente autorizo el uso de fotografías, películas, videos, grabaciones y cualquier otro medio de registro de este evento para cualquier uso legítimo sin compensación económica alguna.

El deportista certifica con su firma que su participación en la travesía será bajo su propio riesgo y que posee la cobertura de seguro adecuado en el caso de accidente o lesión.

Adicionalmente, al comenzar la travesía el participante afirma que desconoce cualquier problema de salud que obstaculizaría su participación en la travesía y que su nivel de preparación física cubre los requisitos de una travesía como esta.

El participante confirma que el hecho de participar acepta todos los términos y condiciones de este documento, irrelevante si el documento ha sido firmado o no.

A los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 201

Nombre: \_\_\_\_\_ C.C. No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

E.P.S.: \_\_\_\_\_

Firma del representante legal (si es menor de edad): \_\_\_\_\_

Documento de identidad: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_