

DEJÁ TU

HUUELLA

2º MARATON SOLIDADRIO HOSPITAL ALBERDI

CONSENTIMIENTO MARATON DEL HOSPITAL ALBERDI:

Reconozco los riesgos que implica mi participación en el evento.

No me inscribiré a menos que me encuentre médicamente apto, para lo cual declaro que me he efectuado los controles médicos correspondientes, contando además con el entrenamiento adecuado.

He tomado conocimiento fehaciente del reglamento de la competencia y acepto su contenido, como así también del mapa del circuito y del lugar de emplazamiento del mismo. Me comprometo a aceptar cualquier decisión de un oficial de la carrera, relativa a mi capacidad de completar con seguridad la prueba.

Declaro conocer y asumir todos los riesgos asociados con participar en esta carrera, incluyendo caídas, contacto con otros participantes, consecuencias del clima, condiciones de los caminos y cualquier otro que pudiera presentarse.

Estoy en conocimiento de que la organización dispondrá ambulancias y médicos para la asistencia médica extrahospitalaria a quienes lo necesiten. Me haré responsable de cualquier gasto relacionado a emergencias médicas, salvo aquellos cubiertos por el seguro de corredor de acuerdo al reglamento de la prueba y la atención de la emergencia en terreno ya sea con la ambulancia, socorristas, enfermeros o médicos de la organización de la carrera. Acepto de que en caso de ser necesario, para continuar con los primeros auxilios, seré trasladado al hospital más cercano.

Se me ha notificado y lo he aceptado, que los corredores estamos asegurados con una póliza de la Compañía Sancor Seguros de Accidentes Personales cuyas Condiciones Particulares contienen: Cobertura: Muerte Accidental e Invalidez Total y Parcial Permanente hasta \$500.000 por persona, y por Accidente y reembolso de gastos por asistencia médica farmacéutica por accidente de hasta \$50.000 por persona, solo durante la participación del evento, no cubriendo el riesgo "in itinere".

En tanto la contratación del seguro sólo implica una prestación o servicio adicional que nos presta la organización de la prueba, acepto y presto expresa conformidad al importe de la cobertura otorgada, renunciando a reclamar diferencia alguna contra COMPLEJO EDUCATIVO DE ALBERDI, HOSPITAL ALBERDI y/o COMPAÑIA DE DEPORTES S.R.L. por cualquier otro gasto adicional o incapacidad resultante; en tanto la lesión o incapacidad sería producto de un RIESGO ASUMIDO VOLUNTARIAMENTE POR EL SUSCRITO, en el pleno uso de mis facultades y sin que por ello se pueda achacar responsabilidad alguna a la empresa organizadora del evento. Habiendo leído esta declaración, conociendo estos hechos y considerando sus consecuencias acepto participar en la carrera y autorizo a los organizadores de la prueba y sponsors, al uso de fotografías, películas, videos, grabaciones, y cualquier otro medio de registración de este evento, para cualquier uso legítimo, sin compensación económica alguna.

Habiendo leído esta declaración y conociendo estos hechos y considerando su aceptación en participar en la carrera, yo, en mi nombre y el de cualquier persona que actúe en mi representación, libero a los organizadores de la prueba, voluntarios, gobiernos municipales o provinciales y sponsors, sus representantes y sucesores de todo reclamo y responsabilidad, de cualquier tipo que surja de mi participación en este evento aunque esta responsabilidad pueda surgir por negligencia o culposidad de parte de las personas, entes, o empresas nombradas en esta declaración, así como de cualquier extravío, robo y/o hurto que pudiera sufrir.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR / ACLARACION / DNI / FECHA