

DECLARACIÓN DE CONDICIONES DE SALUD DE VIAJEROS

Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía o documento de identificación No. _____, por medio del presente documento manifiesto que es mi deseo PARTICIPAR DE LA PEREGRINACIÓN denominada _____, por lo tanto, conozco las condiciones de la misma, sé de las jornadas de movilidad constante, largas jornadas de caminata, cambios de clima, exigencias físicas, entre otras.

En el marco de lo anterior, declaro que no tengo ninguna condición de preexistencia médica; en los últimos tres (3) meses no he sido diagnosticado con ninguna enfermedad, ni he sufrido accidente, tampoco he presentado sintomatología que haya afectado mis condiciones de salud; en igual sentido, manifiesto expresamente que actualmente no me encuentro sometido a tratamiento médico, ni tampoco he sido incapacitado.

Conforme lo anterior, exonero a **COLMUNDO LTDA NIT. 890.330.917-3** de toda responsabilidad civil, penal, contractual y extracontractual por cualquier afectación a mi salud, accidente, alteración, lesión u otra eventualidad que se pueda presentar durante la peregrinación, así mismo exonero de cualquier tipo de responsabilidad a quien funja como organizador o colaborador de la peregrinación. Soy plenamente consciente que cualquier eventualidad relacionada con mi salud durante la peregrinación, será atendida por el seguro médico internacional contratado, dentro de las coberturas ofrecidas; en caso que la eventualidad se dé por preexistencia o por enfermedad no incluida dentro de las coberturas del seguro, seré yo como peregrino quien asuma la totalidad de dichos gastos, sumas o erogaciones por concepto de atención por urgencias, hospitalizaciones, atención ambulatoria, medicamentos, tratamientos o cualquier otro.

Los datos diligenciados en el presente documento son ciertos y cualquier omisión en los mismos, así como la responsabilidad derivada de ello, es única y exclusivamente de quien lo suscribe. El presente documento se suscribe para los efectos legales a que haya lugar.

Suscribe:

Firma:

Nombre:

Documento de identificación:

Teléfono de contacto:

Email:

Fecha:

Ciudad:

