

## **EXPLORA BAILA - EXONERACIÓN Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**UBICACIÓN:** Nicaragua

**FECHAS DEL RETIRO:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PARTICIPANTE:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO:** \_\_\_\_\_ **EMAIL:** \_\_\_\_\_

---

### **1. RECONOCIMIENTO DE RIESGOS**

\_\_ Yo, el participante abajo firmante, entiendo que el retiro puede incluir actividades como (pero no limitadas a):

- Senderismo / Baile / Natación / Surf y deportes acuáticos.
- Navegación en bote / Yoga y ejercicio físico / Encuentros con vida silvestre.
- Tirollesa (ziplining) o deportes de aventura.
- Transporte por vehículo, bote o traslados (shuttles).

\_\_ Reconozco que estas actividades implican riesgos inherentes, que pueden incluir lesiones físicas, enfermedades, estrés emocional, daños a la propiedad o, en casos poco comunes, la muerte.

\_\_ Asimismo, reconozco que las condiciones en Nicaragua —tales como el terreno, el clima, las condiciones del océano, la seguridad vial, las instalaciones médicas y la vida silvestre— pueden presentar peligros adicionales.

\_\_ Elijo participar voluntariamente, plenamente consciente de estos riesgos.

### **2. ASUNCIÓN DE RIESGO**

\_\_ Asumo expresa y voluntariamente la responsabilidad total por todos los riesgos asociados con mi participación en el retiro, ya sean previsibles o imprevisibles.

### **3. LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

En consideración a que se me permite participar en este retiro, por la presente libero, eximo y deslindo de toda responsabilidad a:

**Explora Baila con Salsero y Laura**, sus propietarios, empleados, guías, contratistas, agentes, voluntarios y afiliados de cualquier y toda responsabilidad, reclamo, demanda, acción o causa de acción que surja de lesiones, enfermedades, accidentes, pérdidas o daños que puedan ocurrir durante o como resultado de mi participación.

Esta liberación se aplica a la negligencia de los organizadores en la medida máxima permitida por la ley.

#### **4. AUTORIZACIÓN MÉDICA**

\_\_\_ Doy fe de que estoy físicamente apto para participar en todas las actividades del retiro. En caso de lesión o enfermedad, autorizo al personal del retiro a obtener atención médica en mi nombre y acepto ser financieramente responsable de todos los costos asociados.

\_\_\_ Entiendo que la atención médica en Nicaragua puede ser limitada y que los servicios de evacuación, si fuesen necesarios, pueden ser costosos.

#### **5. RESPONSABILIDADES DE VIAJE, PASAPORTE Y SEGURO**

\_\_\_ Entiendo que es mi responsabilidad:

- Mantener documentos de viaje válidos y cumplir con todos los requisitos de inmigración.
- Obtener un seguro médico y de viaje adecuado.
- Seguir todas las instrucciones de seguridad proporcionadas por el personal del retiro.

#### **6. PROPIEDAD PERSONAL**

\_\_\_ Acepto que los organizadores del retiro no son responsables de la pérdida, robo o daño de mis pertenencias personales.

#### **7. AUTORIZACIÓN DE FOTOGRAFÍA Y MEDIOS (OPCIONAL)**

\_\_\_ YO [ ] DOY / [ ] NO DOY permiso para que los organizadores del retiro utilicen mi imagen, voz o semejanza en fotos o videos con fines promocionales sin compensación económica.

#### **8. LEY APLICABLE**

\_\_\_ Entiendo que este acuerdo se registrará e interpretará de acuerdo con las leyes de Nicaragua, así como cualquier ley aplicable del país de origen del participante.

#### **9. ACUERDO VINCULANTE**

\_\_ Reconozco que he leído, entendido y acepto voluntariamente los términos de esta Exoneración y Liberación. Este documento es vinculante para mí, mis herederos, ejecutores y cesionarios.

---

**FIRMA DEL PARTICIPANTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE EN LETRA DE MOLDE:** \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA: NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **PARENTESCO:**

\_\_\_\_\_

**TELÉFONO:** \_\_\_\_\_