



DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS Y SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES DEL PARTICIPANTE

El presente documento debe ser requisitado y firmado por el participante (o por su tutor, padre, madre o representante legal en caso de menores de edad o personas con capacidades diferentes) como requisito de inscripción. Tiene por objeto designar a sus beneficiarios y dejar constancia de las condiciones del seguro de accidentes personales, en cumplimiento de la normatividad de protección civil y de seguros vigente en los Estados Unidos Mexicanos.

1 INFORMACIÓN DEL EVENTO

Nombre del evento: “El Cruce Cancún” — Maratón Internacional de Natación en Aguas Abiertas
Ubicación: Cancún, Municipio de Benito Juárez, Quintana Roo, México
Fecha: 15 y 16 de mayo de 2027
Distancias: 1.9 km · 3.8 km · Cruce Completo (aprox. 10 km)

2 INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

NOMBRE COMPLETO DEL ATLETA	FECHA DE NACIMIENTO
IDENTIFICACIÓN OFICIAL (INE / PASAPORTE)	NÚMERO DE COMPETIDOR

3 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Designo libremente como beneficiario(s) de la póliza de accidentes personales a la(s) persona(s) que se indica(n) a continuación. La suma de los porcentajes designados debe ser igual a **100%**. En este acto hago constar que tengo conocimiento de que en caso de no designar beneficiarios, la indemnización se entregará conforme a la legislación aplicable y a las condiciones de la póliza.

Beneficiario principal

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO PRINCIPAL	PARENTESCO
TELÉFONO DE CONTACTO	PORCENTAJE DE DESIGNACIÓN
CORREO ELECTRÓNICO DEL BENEFICIARIO	



Beneficiarios adicionales (en su caso)

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	PARENTESCO	PORCENTAJE

4 COBERTURA DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

El comité organizador contrata, a favor de cada participante debidamente inscrito, una **póliza de seguro de accidentes personales** con una compañía aseguradora autorizada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF), conforme a la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Dicha póliza cubre, dentro de los límites, sumas aseguradas, deducibles y condiciones establecidos en el contrato de seguro:

- a) Gastos médicos derivados de lesiones causadas por accidente ocurrido durante el desarrollo de la competencia y dentro del horario y perímetro oficial del evento.
- b) Atención médica de urgencia, traslado y, en su caso, las coberturas de invalidez o fallecimiento accidental previstas en la póliza.

La cobertura aplica únicamente durante la participación oficial del atleta y no sustituye ni excluye la atención que el participante pueda requerir a través de sus propios seguros médicos. **El participante reconoce que la cobertura se rige por las condiciones generales y particulares de la póliza contratada**, las cuales estarán disponibles para su consulta a través del comité organizador.

5 AVISO DE PRIVACIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de la **Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares**, su Reglamento y los Lineamientos del Aviso de Privacidad, el comité organizador y STARC Producciones, en su carácter de responsables, informan que los datos personales del participante y de sus beneficiarios serán tratados con las siguientes finalidades:

- a) Gestionar la inscripción, la contratación y operación del seguro de accidentes personales y, en su caso, el pago de indemnizaciones a los beneficiarios designados.
- b) Atender emergencias médicas, contactar a las personas designadas y cumplir obligaciones legales ante autoridades de protección civil, sanitarias y de seguros.

Los datos no serán divulgados a terceros sin consentimiento, salvo las transferencias necesarias a la aseguradora y a las autoridades competentes. El titular podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (Derechos ARCO) conforme al Aviso de Privacidad integral del evento, **que se puede consultar en el sitio web: _____**. **Al firmar, el participante manifiesta su consentimiento para el tratamiento de los datos aquí proporcionados.**



6 LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES Y DECLARACIÓN DE SALUD

Bajo protesta de decir verdad, declaro que **gozo de buena salud y me encuentro físicamente apto y entrenado** para participar en la distancia en la que me inscribo, y que no padezco enfermedad o condición que represente un riesgo al realizar esfuerzo físico en aguas abiertas.

Reconozco que la natación en aguas abiertas en el mar Caribe conlleva **riesgos inherentes** (corrientes, oleaje, fauna marina, condiciones climáticas, entre otros). En consecuencia, participo de manera libre y voluntaria, asumiendo dichos riesgos, y **libero y deslindo de toda responsabilidad al comité organizador, a STARC Producciones y sus representantes y colaboradores, a los patrocinadores y al Municipio de Benito Juárez (Cancún)**, así como a sus autoridades, personal y colaboradores, por cualquier lesión, daño, accidente o perjuicio derivado de los riesgos propios de la actividad deportiva en aguas abiertas, en los términos de la normatividad de protección civil aplicable.

7 ACEPTACIÓN Y FIRMAS

Bajo protesta de decir verdad, certifico y hago constar que en la firma del presente documento no ha existido lesión, dolo, violencia, mala fe o cualesquier otros vicios que pudieran afectar su existencia o validez.

Declaro haber leído y comprendido la totalidad del presente documento, y lo firmo de manera libre y voluntaria en la ciudad de Cancún, Quintana Roo, México.

Nombre completo del atleta / participante

Firma

Nombre del tutor o representante legal (en caso de menores de edad o personas con capacidades diferentes)

Firma

Fecha (día / mes / año)