



L 0000000640093615 004

SOLICITUD NRO. 0000000000047075541

suramericana

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES LIBRE INVERSIÓN
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

INFORMACIÓN DEL TOMADOR Y BENEFICIARIO ONEROSO HASTA EL SALDO DE LA DEUDA

NIT	Razón Social	Número de Obligación	Edad
890.903.938-8	BANCOLOMBIA S.A.	640093615	46

DATOS PERSONALES

Tipo de Identificación		Número de identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego apellidos)
☒ CC ☐ CE ☐ CD ☐ PA		66.858.181	ELVIA MARIA LEMOS PULECIO
Sexo	Fecha de Nacimiento	Ciudad Residencia	Departamento Residencia
☐ M	DD/MM/AAAA 27/11/1972	Jamundí	Valle
☒ F			
Dirección Residencia		Teléfono Residencia (sin indicativo)	Valor del Crédito
			\$ 100,000,000.00
¿El cliente toma valor asegurado adicional?			
SI ☐ NO ☒ Cuanto \$ 00			

DATOS DE BENEFICIARIOS VOLUNTARIOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	DOC. DE IDENTIDAD	%	PARENTESCO	TELÉFONO
Echeverry	LEmos	Sebastian	100574463	100%	Hijo	3146547635

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Le solicitamos contestar en su totalidad, no dejar espacios en blanco ni llenarlos con guiones. Si hay correcciones o enmendaduras sírvase validarlas con su firma.

- ¿Tiene, ha tenido o le han diagnosticado: enfermedades cardiovasculares, infarto de miocardio, arritmias, hipertensión arterial, colesterol (tratado con medicamentos), triglicéridos (tratados con medicamentos), derrames, isquemia o trombosis cerebral, epilepsia, enfisema pulmonar (EPOC), bronquitis crónica, cáncer, leucemia, lupus, tumores malignos, sida o VIH positivo, insuficiencia renal, esclerosis múltiple, artritis reumatoidea, diabetes, pancreatitis, hepatitis b o c, cirrosis, retardo mental, trastornos psiquiátricos, colitis, hipertiroidismo, parálisis, deformidades corporales, ceguera o sordera total o parcial, hernia de columna, pérdida funcional o anatómica. Sufre de alguna otra enfermedad(es) o consume drogas estimulantes, ha estado en tratamiento para alcoholismo o drogadicción, presenta en la actualidad enfermedad o pérdida funcional o anatómica de algún órgano, ha padecido accidentes que le impidan desempeñarse en labores propias de su ocupación? ☒ SI ☐ No
- Cuál? Hipertensión - Hace 12 años cuadro Dermatomiositis
- b. Ha estado incapacitado u hospitalizado en el último año por más de 60 días, en la actualidad se encuentra en algún tratamiento o estudio médico o sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente? ☐ SI ☒ No

SÍRVASE AMPLIAR A CONTINUACIÓN LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS A LAS PREGUNTAS ANTERIORES

Nombre del Médico Tratante	Nombre de la institución médica	Fecha de la Consulta DDMMAAAA	Causa (Accidente o Enfermedad)
Rojas Nudo	SOS Comfandi	03/01/2019	Hipertensión

INFORME EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL
TIPO DE EVALUACION: Periodico programado
FORMATO DE Evaluacion medica en formato Ergonomico

INFORMACIÓN GENERAL

Empresa:

PREMEX S A

Actividad Económica

actividad mixta (agrmcola y pecuaria)

NIT:

890922549

Cargo:

CONSULTORIA TECNICO COMERCIAL



Nombre

ELVIA MARIA LEMOS PULECIO

Tipo de Documento

Cédula de ciudadanía

Fecha de Nacimiento

1972/11/27

Genero

Femenino

Numero de hijos

1

EPS

No Refiere

AFP

ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSION

Composición familiar:

- Composición familiar: Esposa/o o companera/o. Hijos Cantidad: 1. - Estrato Socioeconomico: 5 - Número de personas que dependen económicamente: 1

DATOS BASICOS DEL EVALUADO

Estado Civil

Casado (a)

Documento

66858181

Edad

44 A?os

Escolaridad

Postgrado

Telefono

3206966712

Celular

5529443

ARP

SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

Clasificación osteomuscular: (1,D) NO CASO, riesgo personal MEDIO, criterio médico priorización MEDIO

Clasificación Riesgo Cardiovascular:
<5% BAJO

Resultados Pruebas Complementarias:
EVALUACION DE VISIOMETRIA: NORMAL
Recomendación: NO REQUIERE CAMBIO DE LENTES DE CONTACTO.

EVALUACION DE AUDIOMETRIA: AUDICIÓN NORMAL BILATERAL
Recomendación: CONTROL DENTRO DE UN AÑO
PROTECCION AUDITIVA AREA MAYOR A 80 DB
EVITAR EXPOSICION A RUIDO EXTRALAOBRAL

Concepto Médico:
De acuerdo al EXAMEN OCUPACIONAL (Periodico programado, Evaluacion medica en formato Ergonomico) realizado a ELVIA MARIA LEMOS PULECIO con documento No.66858181 se considera APTO SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO.

Recomendaciones Generales (Para el manejo de enfermedades generales o comunes):
ESTILO DE VIDA SALUDLE
REALIZAR ACTIVIDAD FISICA REGULAR
CITOLOGIA VAGINAL Y AUTOEXAMEN DE MAMA PERIÓDICO

Recomendaciones Ocupacionales:
PAUSAS ACTIVAS, REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO, HIGIENE POSTURAL

Restricciones Ocupacionales:
NINGUNA

Observaciones:
RIESGO FRAMINGHAM LATENTE
LA VISIOMETRIA, AUDIOMETRIA, COLESTEROL TOTAL, LDL, HDL, VLDL TRIGLICERIDOS GLICEMIA PRE FUERON TENIDOS EN CUENTA PARA EL CONCEPTO

Vacuna

Dosis

El evaluado declara que ha dado los datos necesarios al médico, con veracidad para que disponga de ellos sin omitir información relevante sobre sus antecedentes personales, familiares y ocupacionales, que pudiesen influir sobre su estado de salud y/o condición laboral

Dr(a) : VANESSA CLAVIJO MEJIA
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO
Registro Medico:1130593506
Lic. SO:5172016

Elvia Maria Lemos

Nombre: ELVIA MARIA LEMOS PULECIO
Documento:CC 66858181

CENTRO DE ORTOPEDIA Y FRACTURAS SA NIT.: 800004579-2 SEDE PRINCIPAL CALI - VALLE		FECHA : 2018/08/21 HORA : 09:17 AM PAGINA: 01
HISTORIA CLINICA 1ra VEZ		
Paciente : LEMUS PULECIO ELVIA MARIA Edad: 045 AÑO Nro. Ident. : 1-66858181 Sexo: F Est Civil : Casado Telefono: 3116737 Fecha Evento : 2018-AGO-21 Hora: 09:10 AM Plan : Cel.: Direccion : CALLE 43 # 111 50 CEL:3206966712 Entidad: Profesional : 0011 CAYON ZULUAGA MAURICIO Nro. Registro Medico: 9643/93 Especialidad : ORTOPEDISTAS TRAUMATOLOGOS MOTIVO DE CONSULTA : POR UN DOLOR EN LA ESPALDA ENFERMEDAD ACTUAL : REFIERE DORSALGIA DESDE HACE MAS DE UN AÑO QUE SE IRRADIA PROXIMALMENTE A LA REGION CERVICAL Y AL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO. SENSACION DE RIGIDEZ Y CALAMBRE EN 4 Y 5 DEDOS. INICIALMENTE SENSACION DE DEBILIDAD QUE HA MEJORADO. LA MANO SE LE HINCHA. REFIERE VARIOS PUNTOS GATILLO CERVICALES HOMBRO DER, CODO , ANTEBRAZO DER Y MANO. SE TOMO EMG QUE ES REPORTADA COMO NORMAL. NO LESION ULNAR. TIENE QUE ESTAR TOMANDO NAPROXENO PARA EL DOLOR. ADEMAS DOLOR EN CARA MEDIAL DEL TOBILLO DERECHO DESDE HACE 5 AÑOS LUEGO DE UN ESGUINCE DE TOBILLO QUE REQUIRIO INMOVILIZACION CON YESO POR UN MES. ANTECEDENTES PERSONALES : DERMATOMIOSITIS. ACTUALMENTE NO RECIBE TTO. HTA CONTROLADA. NO ES DIABETICA. OCUPACION: NUTRICIONISTA. EXAMEN FISICO : DOMINANCIA= DERECHO(XX) IZQUIERDA () CUELLO CON PUNTOS MIOFASIALES REGION CERVICAL POSTERIOR. LA MOVILIDAD CERVICAL ESTA CONSERVADA. ESPASMO DE TRAPECIO DER CON PUNTOS GATILLO. HOMBRO CON MOVILIDAD COMPLETA SIN SIGNOS DE COMPROMISO DEL MANGUITO ROTADOR. NEER, HAWKINS, YO CUM NEGATIVOS. SPEED NEGATIVO. GERBER NEGATIVO. ESPALDA CON PUNTO GATILLO ENTRE ESCAPULA DERECHA Y COL. VERTEBRAL. RETRACCION DE ISQUIOTIBIALES. NO SIGNOS DE RADICULOPATIA. DX IMPRESION DIAGNOSTICA : SD MIOFASCIAL CUELLO HOMBRO DERECHO. CONDUCTA : NECESITA AYUDAS ORTOPEDICAS EXTERNAS? SI () NO (XX) CUALES = RECOMENDACIONES MEDICAS FUNCIONALES: TERAPIA FISICA RECOMENDACIONES. PRONOSTICO Y REINTEGRO ESPERADO: PIDA SU CITA DE CONTROL AL TELEFONO 4853232 OPCION 1 EXT 200 PIDA SU CITA DE FISIOTERAPIA AL TELEFONO 4853232 OPCION 2 EXT 202		

Dr. Mauricio Cayón Z
Ortopedia y Traumatología
Un Valle Registro 964393

Prof: CAYON ZULUAGA MAURICIO
C.C 000000079451262
R.M.9643/93

ENTREGADO

RECIBIDO



SOLICITUD NRO. 0000000000047075541

L 0000000640093615 004

suramericana

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES LIBRE INVERSIÓN
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

INFORMACIÓN DEL TOMADOR Y BENEFICIARIO ONEROSO HASTA EL SALDO DE LA DEUDA

NIT	Razón Social	Número de Obligación	Edad
890.903.938-8	BANCOLOMBIA S.A.	640093615	46

DATOS PERSONALES

Tipo de Identificación	Número de identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego apellidos)
☐ CC ☐ CE ☐ CD ☐ PA	66,858,181	ELVIA MARIA LEMOS PULECIO

Declaro que gozo de buena salud y que la información que suministro en este documento solicitud de seguro de vida es cierta. Que mi ocupación está permitida por la ley y no ejerzo actividades ilícitas ni de alto riesgo. Acepto que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro y que SURAMERICANA no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de cobertura.

El valor asegurado podrá ser igual al monto desembolsado del crédito y permanecer constante durante toda la vigencia del mismo o el saldo insoluto de la deuda. Esto según la línea de financiación. Puede conocer el valor asegurado para cada línea en la página web del Grupo Bancolombia (www.grupobancolombia.com), en la sección correspondiente a productos de seguros asociados a la deuda: vida crédito persona natural.

Las condiciones particulares de la póliza de SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES LIBRE INVERSIÓN están a su disposición en la página web del Grupo Bancolombia (www.grupobancolombia.com) en la sección correspondiente a los productos de seguros.

Certifico que soy consciente y estoy de acuerdo con todas las condiciones del presente seguro y que en caso de no aceptarlas puedo entregar a el Banco un seguro que cumpla con los requisitos exigidos por éste para el otorgamiento del crédito.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo a SURAMERICANA S.A para almacenar y usar mis datos personales con la finalidad de vincularme como cliente de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A; para el tratamiento los mismos, incluso datos biométricos, con el fin de ejecutar el contrato, entregar, transmitir o compartir mi información con: Centrales de Riesgo para reportar mi comportamiento crediticio; con aliados estratégicos, Intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias; para ser contactado para el envío de información, para consultar y obtener copia de mi historia clínica, que es un dato sensible, para la suscripción y proceso de reclamación del seguro. Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de sus datos tiene derecho a conocerlos, actualizarlos, revocar y conocer la autorización para su tratamiento, solicitar la supresión cuando proceda y acceder en forma gratuita a los mismos. El responsable del tratamiento de sus datos es SURAMERICANA S.A, para ejercer los derechos sobre éstos comunicarse al 437 8888 (Medellín, Bogotá y Cali) resto del país 01 8000518888. Para conocer nuestra política de privacidad visite www.sura.com.

LA NO VERACIDAD DE LA INFORMACION CONSIGNADA EN ESTE FORMULARIO, O EL NO DILIGENCIAMIENTO DEL MISMO EN SU TOTALIDAD, PRODUCIRÁ LA NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO Y POR LO TANTO LA NO INDEMNIZACIÓN EN CASO DE SINIESTRO. LA PRESENTE SOLICITUD NO CONSTITUYE ACEPTACIÓN DEL RIESGO POR PARTE DE SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. HASTA TANTO LA COMPAÑIA SE MANIFIESTE DE MANERA EXPRESA Y DOCUMENTO ESCRITO.

Certifico que el asesor me explicó la prima, el valor asegurado, las coberturas y exclusiones del contrato, y la información contenida en la solicitud. Además, haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en ésta Solicitud de Seguro.

Elvia María Lemos

Firma del Asegurado

Número de Identificación Asegurado

Fecha de Diligenciamiento
DDMMAAAA

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C.: Cédula de Ciudadanía - C.D.: Carné Diplomático - C.E.: Cédula de Extranjería - PA.: Pasaporte