



DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD
PAN-AMERICAN LIFE DE COLOMBIA
FONDO DE EMPLEADOS FONCARE
NIT 830.142.623-9



| | | | | | |
|-----------|----------------------|--------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Nombre | <input type="text"/> | Cédula | <input type="text"/> | | |
| Dirección | <input type="text"/> | | Teléfono | <input type="text"/> | |
| Altura | <input type="text"/> | Peso | <input type="text"/> | Edad | <input type="text"/> |

DECLARACION DE ESTADO DE SALUD

1 - Padezco o he padecido alguna de las siguientes enfermedades: cardiovasculares, cerebrovasculares, renales, pulmonares, neurológicas, gastrrointestinales, daibetes, de tiroides, VIH/ Sida, Presion Arterial Alta, Lupus, Cáncer, tumores, drogadicción o alcoholismo

SI NO

2 - Padezco alguna incapacidad, defecto físico o mental o cualquier otra incapacidad permanente o parcial diferentes a los mencionados en el numeral anterior

SI NO

SI ALGUNA DE LAS RESPUESTA ANTERIORES ES AFIRMATIVA, INDIQUE LA PREGUNTA, CON DETALLE DE LA ENFERMEDAD, TRATAMIENTO QUE RECIBE Y FECHAS DE INICIO Y FINALIZACIÓN DEL TRATAMIIENTO (SI APLICA), ASÍ COMO EL NÓMBRE DEL MÉDICO / HOSPITAL TRATANTE

