



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



LLENAR OBLIGATORIAMENTE TODOS LOS CAMPOS O SU SOLICITUD SERÁ RECHAZADA.

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 - MARQUE CON UNA X

LLENAR OBLIGATORIAMENTE TODOS LOS CAMPOS O SU SOLICITUD SERÁ RECHAZADA.

1 - Padezco o he padecido alguna de las siguientes enfermedades: cardiovasculares, cerebrovasculares, renales, pulmonares, neurológicas, gastrointestinales, diabetes, 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, ESCRIBA EN EL SIGUIENTE RECUADRO, CON DETALLE, LA ENFERMEDAD, TRATAMIENTO QUE RECIBE Y FECHAS DE INICIO Y FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO (SI APLICA), ASÍ COMO EL NOMBRE DEL MÉDICO / HOSPITAL TRATANTE.

LLENAR OBLIGATORIAMENTE TODOS LOS CAMPOS O SU SOLICITUD SERÁ RECHAZADA.

