SEGUROS SISA SV, S.A.

Designación de Beneficiarios (en caso de existir remanente de Suma Asegurada)*

Nombre	Parentesco	Porcentaje

* Nota: Esta designación de Beneficiarios sustituye a las anteriores con respecto al mismo Asegurado.

DECLARACIÓN PARA LA APRECIACIÓN DEL RIESGO

a) Estatura del Asegurado Titular: _____ mts.

b) Peso del Asegurado Titular: _____ lbs.

c) ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad o lesión importante? Si No

En caso afirmativo explicar: _____

d) ¿Tiene algún defecto físico o le falta algún miembro? Si No

En caso afirmativo explicar: _____

e) ¿Ha estado internado en algún hospital, para diagnóstico o tratamiento, en los últimos cinco años?

Si No En caso afirmativo indicar nombre y dirección del establecimiento, fecha y padecimiento: _____

f) ¿Se le han hecho estudios con rayos X o electrocardiogramas en el último año?

Si No En caso afirmativo indicar fecha y razón del estudio: _____

g) ¿Se le ha sometido a intervenciones quirúrgicas en los últimos cinco años?

Si No En caso afirmativo indicar fecha, naturaleza de las operaciones, nombre y dirección de los cirujanos: _____