



**REVOCACIÓN DE LA DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE**

**NOMBRE DEL TITULAR DE PÓLIZA**

**N.º DE ID DEL TITULAR DE PÓLIZA**

Por la presente, revoco mi Autorización  
fecha el

la cual autorizaba a las siguientes personas a obtener información respecto a mi cobertura con Combined Insurance Company of America:

**NOMBRE**

**DIRECCIÓN**

**NOMBRE**

**DIRECCIÓN**

**NOMBRE**

**DIRECCIÓN**

**FIRMA DEL TITULAR DE PÓLIZA**

**FECHA**

**Envíe el formulario completo por correo a la dirección que aparece a continuación o por fax al 312-351-6940**