



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
fechada el

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

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