

**DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE**

**NOMBRE DEL TITULAR DE PÓLIZA**

**N.º DE ID DEL TITULAR DE PÓLIZA**

Por la presente, autorizo a las siguientes personas a obtener información respecto a mi cobertura con Combined Life Insurance Company of New York:

**NOMBRE / RELACIÓN**

**DIRECCIÓN**

**NOMBRE / RELACIÓN**

**DIRECCIÓN**

**NOMBRE / RELACIÓN**

**DIRECCIÓN**

Esta Autorización se aplica a (elija una opción, **firmé con sus iniciales en la línea que corresponda** e indique los números específicos de Póliza o Reclamo, si es necesario):

**(A continuación, firmé con sus iniciales en las líneas que correspondan).**

- Todas las Pólizas y Reclamos que tengo con la Compañía.

\_\_\_\_\_

- Números de Póliza

\_\_\_\_\_

- Números de Reclamo

\_\_\_\_\_

Esta Autorización vencerá el (elija una opción, **firmé con sus iniciales en la línea que corresponda** e indique la Fecha de vencimiento, si es necesario):

**(A continuación, firmé con sus iniciales en las líneas que correspondan).**

- Esta Autorización seguirá en vigencia a menos que sea revocada o actualizada por mí o por alguien que esté autorizado a hacerlo.

\_\_\_\_\_

- Designo que esta Autorización venza en la siguiente fecha:

\_\_\_\_\_



Las Personas mencionadas están autorizadas a obtener/actualizar la siguiente información respecto a las Pólizas/los Reclamos declarados anteriormente (elija una o más opciones, **firmé con sus iniciales en las líneas que correspondan y agregue información específica**, si es necesario):

(Tenga en cuenta lo siguiente: Un Representante autorizado no puede hacer cambios para el beneficiario/titular, cancelar o rescatar la Póliza ni solicitar un Préstamo en efectivo).

**(A continuación, firme con sus iniciales en las líneas que correspondan).**

- Información del valor de la Póliza: incluye efectivo, valor nominal, préstamos y otros valores \_\_\_\_\_
- Beneficios de la Póliza e información general sobre la Cobertura \_\_\_\_\_
- Reclamo de pago / Información sobre los beneficios (no incluye los reclamos por el complemento de Medicare) \_\_\_\_\_
- Autorización para modificar el registro del Titular de póliza (tal como la dirección, el número de teléfono y el modo/método de facturación) \_\_\_\_\_
- Otro:  \_\_\_\_\_
- Autorización para TODO lo anterior \_\_\_\_\_

Designo a las personas mencionadas anteriormente para actuar como mis representantes en relación con mi cobertura de Combined.

**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**