



SOLICITUD DE CAMBIO DE BENEFICIARIO

Por favor, utilice tinta azul o negra solamente y escriba con letra imprenta legible cuando complete este formulario en su totalidad. Mantenga una copia de la documentación de apoyo y este formulario completo para sus archivos. Firme, feche y envíe por correo el formulario completo a la dirección indicada a continuación o vía fax al 1-800-448-8922.

American Family Life Assurance Company of Columbus (Aflac)
Attn: Policy Service Department
1932 Wynnton Road
Columbus, GA 31999-7000

Para información, llame gratuitamente al 1.800.99.AFLAC (1.800.992.3522)
En español: 1.800.SI.AFLAC (1.800.742.3522) Fax Gratuito: 1.800.448.8922

Nombre del Titular de la Póliza	_____	_____	_____
	<i>Apellido</i>	<i>Nombre</i>	<i>Inicial del Segundo Nombre</i>
Número de Póliza	_____		
Tipo de Póliza	_____		
Fecha de Nacimiento	_____		

Cambiar el Beneficiario De	_____	_____	_____
	<i>Apellido</i>	<i>Nombre</i>	<i>Inicial del Segundo Nombre</i>
Al Siguiete Beneficiario	_____	_____	_____
	<i>Apellido</i>	<i>Nombre</i>	<i>Inicial del Segundo Nombre</i>
Nº de Seguro Social	_____ - _____ - _____		
Parentesco	_____		
Edad	_____		
Nombre del Beneficiario Contingente	_____	_____	_____
	<i>Apellido</i>	<i>Nombre</i>	<i>Inicial del Segundo Nombre</i>
Fecha a Ser Efectivo el Cambio	_____		

Firma del Titular de la Póliza	_____	Fecha	_____
¿Es esta una cuenta de la Sección 125? Si lo es, usted deberá obtener la firma del Administrador del Plan.			
Aprobación de la Cuenta de la Sección 125	_____	Fecha	_____
	<i>(Firma del Administrador del Plan de la Sección 125)</i>		