



SOLICITUD PARA CAMBIO DE NOMBRE

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	_____

Nombre Indicado en la Póliza	_____
	<i>Apellido</i> <i>Nombre</i> <i>Inicial del Segundo Nombre</i> <i>Título</i>
Cambie el Nombre a	_____
	<i>Apellido</i> <i>Nombre</i> <i>Inicial del Segundo Nombre</i> <i>Título</i>
Motivo (marque uno)	<input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Petición
Nombre de la Persona a Ser Facturada	_____
	<i>(Si la póliza se paga mediante deducción de la nómina)</i>
Nombre de la Persona a Quién se le Efectúa el Retiro Electrónico	_____
	<i>(Si la póliza se paga mediante deducción de la nómina)</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>		