



SOLICITUD DE EXCLUSIONES

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 1.888.694.1265.

American Family Life Assurance Company of New York
(denominada Aflac New York en este documento)
22 Corporate Woods Boulevard • Suite 2 • Albany, NY 12211
Para información, llame gratuitamente al 1.800.366.3436
Fax Gratuito: 1.888.694.1265

Nombre del Titular de la Póliza/Certificado
Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre Sufijo
Nº de Seguro Social
Número de Póliza/Certificado Tipo de Póliza/Certificado Fecha de Nacimiento
Dirección Electrónica del Titular de la Póliza/Certificado

EXCLUSIONES SOLAMENTE
Persona a ser Excluida
Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre Sufijo
Género: Masculino Femenino Parentesco Asegurado Cónyuge Dependiente
Dirección de la persona excluída
Motivo para la Exclusión: Divorcio/Anulación/Disolución de la Pareja de Hecho*
Fallecimiento Edad cumplida del dependiente Petición
Fecha del Divorcio*/Fallecimiento/Petición o Fecha de nacimiento del dependiente que alcanza la edad
Nombre Completo del Nuevo Titular de la Póliza/Certificado
Apellido
Nombre Inicial del Segundo Nombre Sufijo
Género: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento del Nuevo Titular de la Póliza/Certificado
Persona a ser Facturada (sólo aplica si la póliza/certificado es por nómina/asociación)
Apellido
Nombre Inicial del Segundo Nombre Sufijo
Nueva Cobertura que Desea: Individual Familia con Uno de los Padres
Familia con Ambos Padres Asegurado Nombrado y Cónyuge Solamente
*Por favor adjunte una copia del decreto de divorcio, orden judicial verificando la anulación, u orden solicitando la disolución de la pareja de hecho. El no adjuntar la documentación puede ocasionar que Aflac New York no procese la exclusión y/o no efectúe un reembolso de prima.

Firma del Titular de la Póliza/Certificado Fecha