



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 1.888.694.1265.**

**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 _____ N° de Seguro Social _____
Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre Sufijo
Número de Póliza/Certificado _____ Tipo de Póliza/Certificado _____ Fecha de Nacimiento _____
Dirección Electrónica del Titular de la Póliza/Certificado _____

CAMBIO DE NOMBRE SOLAMENTE

Nombre Indicado en la Póliza/Certificado _____
Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre Sufijo

Cambie el Nombre a _____
Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre Sufijo

Motivo: Matrimonio Divorcio Fallecimiento Petición

Nombre de la Persona a Ser Facturada _____
(Si la póliza/certificado se paga mediante deducción de la nómina/asociación)

Nombre de la Persona a Quién se le Efectúa el Retiro Bancario/Titular de la Tarjeta de Crédito _____
(Si la póliza/certificado se paga mediante retiro bancario/tarjeta de crédito)

Fecha a Ser Efectivo el Cambio _____

Firma del Titular de la Póliza/Certificado _____ Fecha _____