



**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  
(denominda Aflac en este documento)  
A LA ATENCIÓN DE: POLICYHOLDER SERVICES (PHS)  
Sede Mundial • 1932 Wynnton Road • Columbus, GA 31999  
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/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 \_\_\_\_\_