



### 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 1.800.448.8922.**

**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 \_\_\_\_\_  
 de la Póliza/Certificado \_\_\_\_\_  
 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 \_\_\_\_\_

**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 no procese la exclusión y/o no efectúe un reembolso de prima.**

Firma del Titular de la Póliza/Certificado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_