



CAMBIO DE IDENTIDAD DE GÉNERO/REASIGNACIÓN SOLAMENTE

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 IDENTIDAD DE GÉNERO/ REASIGNACIÓN SOLAMENTE

TENGA EN CUENTA: Cambiar el género/sexo del género/sexo que seleccionó en el momento de la solicitud puede afectar la prima que se le cobrará por esta póliza/certificado.

Cambio de género del: Asegurado Cónyuge

Género solicitado: Masculino Femenino

Fecha del cambio de género (cirugía): _____

Por favor proporcione uno de los siguientes: Orden Judicial
 Acta de Nacimiento nueva/modificada
 Carta del Médico

Firma del Titular de la Póliza/Certificado _____ Fecha _____