



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 (Aflac)
Attn: Policy Service Department
1932 Wynnton Road
Columbus, GA 31999-7000

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 _____	_____	_____	_____
	<i>Apellido</i>	<i>Nombre</i>	<i>Inicial del Segundo Nombre</i>
Número de Póliza _____			
Tipo de Póliza _____			
Fecha de Nacimiento _____			

Persona a ser Excluida _____	_____	_____	_____	_____
	<i>Apellido</i>	<i>Nombre</i>	<i>Inicial del Segundo Nombre</i>	<i>Título</i>
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				
Parentesco <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a				
Motivo para la Exclusión <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Petición				
Fecha del Divorcio/Fallecimiento/Petición _____				
Nombre Completo del Nuevo Titular de la Póliza/Contrato _____	_____	_____	_____	
	<i>Apellido</i>	<i>Nombre</i>	<i>Inicial del Segundo Nombre</i>	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				
Fecha de Nacimiento del Nuevo Titular de la Póliza/Contrato _____				
Persona a ser Facturada (sólo aplica si la póliza es por nómina) _____	_____	_____	_____	
	<i>Apellido</i>	<i>Nombre</i>	<i>Inicial del Segundo Nombre</i>	
Nueva Cobertura que Desea				
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familia con Uno de los Padres <input type="checkbox"/> Familia con Ambos Padres				
<input type="checkbox"/> Asegurado Nombrado y Cónyuge Solamente				

Firma del Titular de la Póliza _____	Fecha _____
¿Es esta una cuenta de la Sección 125? Si lo es, usted deberá obtener la Firma del Administrador del Plan.	
Aprobación de la Cuenta de la Sección 125 _____	Fecha _____
<i>(Firma del Administrador del Plan de la Sección 125)</i>	