



SOLICITUD DE CAMBIO DE BENEFICIARIO

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 _____

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

POR FAVOR TOME NOTA: No recomendamos que usted nombre como beneficiario a un hijo menor de edad. Si nombra a un hijo menor de edad como beneficiario, cualquier beneficio que se deba a su beneficiario menor de edad no será pagadero hasta que la corte judicial designe a un guardián para el caudal hereditario financiero de dicho menor de edad o hasta que dicho beneficiario cumpla la mayoría de edad, según sea definido por su estado. Si no hay ningún beneficiario, Aflac New York pagará cualquier beneficio que corresponda a su caudal hereditario.

Si usted reside en un estado con leyes que observa bienes gananciales, está casado y designa a una persona que no es su cónyuge como beneficiario primario, su cónyuge puede que tenga derecho al beneficio por muerte de la póliza/certificado bajo la ley estatal, incluso si usted decide no nombrarlos como su beneficiario. Recomendamos presentar documentación firmada por su cónyuge consintiendo a la designación suya de beneficiario y renunciando a cualquier derecho a los beneficios pagaderos bajo la póliza/certificado. Si no está seguro de que estas leyes aplican a usted, consulte con su asesor legal o de impuestos para determinar si es necesario presentar dicha documentación. A menos que Aflac New York haya sido notificada sobre un interés de propiedad comunitaria o marital en la póliza/certificado, Aflac New York supondrá que no existe tal interés y renunciará a cualquier responsabilidad para determinar la aplicabilidad de las leyes de bienes gananciales o la validez de la designación de beneficiario. Sin embargo, si su cónyuge reclama un interés en los beneficios de bienes gananciales, puede demorar el pago de los beneficios bajo la póliza/certificado. Al firmar este formulario, usted acepta indemnizar y exentar a Aflac New York de las consecuencias de proceder según la designación solicitada en este formulario.

Fecha a Ser Efectivo el Cambio _____

Cambio del/de los Beneficiario(s) Principal(es) de: (Si no se ha nombrado ningún beneficiario anteriormente, por favor escriba N/A en el siguiente espacio).

(1) Nombre _____ (2) Nombre _____
Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre Sufijo Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre Sufijo

(3) Nombre _____ (4) Nombre _____
Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre Sufijo Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre Sufijo

(2) Nombre _____ % de los Bienes _____
Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre Sufijo
Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código Postal
Nº de Teléfono _____ Nº de Seguro Social _____ - _____ -
Fecha de Nacimiento _____ Relación con el Asegurado _____

(3) Nombre _____ % de los Bienes _____
Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre Sufijo
Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código Postal
Nº de Teléfono _____ Nº de Seguro Social _____ - _____ -
Fecha de Nacimiento _____ Relación con el Asegurado _____

(4) Nombre _____ % de los Bienes _____
Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre Sufijo
Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código Postal
Nº de Teléfono _____ Nº de Seguro Social _____ - _____ -
Fecha de Nacimiento _____ Relación con el Asegurado _____

Firma del Titular de la Póliza/Certificado _____ Fecha _____