



## 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 1.800.448.8922.

**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 IDENTIDAD DE GÉNERO/REASIGNACIÓN SOLAMENTE**

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 \_\_\_\_\_