

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE CORRECCIÓN/ENMIENDA/ELIMINACIÓN
ESPECÍFICA DEL SEGURO ESTATAL**

Esta es una solicitud para: Corrección Enmienda Eliminación

Estos derechos no se extienden a la información relacionada con una reclamación o con un procedimiento civil o penal.

Este formulario aplica a American Family Life Assurance Company of Columbus, American Family Life Assurance Company of New York, Continental American Life Insurance Company, y Tier One Life Insurance Company (colectivamente, "nosotros", "nuestro" o "Aflac").

Tiene derecho a solicitar a Aflac que realice correcciones, enmiendas o eliminaciones de la información personal que conservamos en su nombre si cree que algo en esa información es erróneo o debe cambiarse. Para garantizar la seguridad de la información en nuestros archivos, podemos requerir identificación positiva antes de procesar su solicitud. No siempre podemos cumplir con su solicitud (por ejemplo, si su médico creó el registro médico, él/ella sería responsable de modificar sus expedientes), pero cada solicitud será revisada cuidadosamente. Se le notificará cuando su solicitud haya sido aprobada o denegada. Nuestra respuesta se enviará por correo a la dirección actual que tenemos en nuestros archivos.

Nombre: _____

SSN (últimos 4 dígitos): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número(s) de Póliza o Certificado: _____

Nombre del Titular de la Póliza Principal (si es diferente al anterior): _____

Por favor proporcione tantos detalles como sea posible sobre la información personal que tenemos sobre usted y solicita que se corrija, enmiende o elimine. Para revisar la solicitud, debemos poder localizar el expediente en cuestión y las entradas o informes exactos que desea cambiar o eliminar.

Por favor proporcione tantos detalles como sea posible sobre la(s) finalidad(es) de esta solicitud.

Firma

Fecha

Nombre del Representante Legal/Personal en Letra de Imprenta. *(Si es Firmado por un Representante Legal/Personal)* Relación Legal *(por ejemplo, Tutor Legal, Poder Notarial)*

Nota: No procesaremos esta solicitud si el formulario no ha sido firmado por usted o su representante personal. Si este documento está firmado por un Representante Legal/Personal, proporciónenos los documentos designados por el tribunal que otorgan esta autoridad.

Seleccione la compañía a través de la cual tiene cobertura.	Enviar por Correo a:
American Family Life Assurance Company of Columbus	Aflac Attn: Privacy Office 1932 Wynnton Road Columbus, GA 31999
American Family Life Assurance Company of New York	
Tier One Life Insurance Company	
Continental American Life Insurance Company	Aflac Attn: Privacy Office PO Box 427 Columbia, SC 29202