Formulario de Renuncia al Mercadeo por Afiliación

American Family Life Assurance Company of Columbus y American Family Life Assurance Company of New York (conocidas en conjunto como "Aflac") está proporcionando este aviso y formulario de renuncia.

La mercadotecnia descrita en este formulario está relacionada con los productos de seguros que se ofrecen dentro de Aflac. Aflac no proporciona su información personal no pública (NPI) a compañías no afiliadas, para fines no relacionados con los productos y servicios de Aflac.

- La ley federal le otorga el derecho de limitar alguno, pero no todo el mercadeo de nuestras afiliadas. La ley federal también nos exige darle este aviso para informarle sobre su elección para limitar el mercadeo por parte de nuestras afiliadas.
- Usted puede limitar que nuestros afiliados en el grupo de compañías Aflac le ofrezcan sus productos o servicios, basándose en su información personal que recopilamos y compartimos con ellos. Esta información puede incluir sus ingresos, su historial de cuenta con nosotros y otra información personal que usted pudo habernos proporcionado durante su historial de transacciones con Aflac. Para ver una lista actualizada de nuestros afiliados, visite aflac.com/privacy-center/affiliate-marketing-opt-out-form.aspx.
- **Si previamente nos informó su elección, usted no tiene que completar otro formulario, ya que su elección se encuentra en nuestros archivos.** Su elección para limitar las ofertas de mercadeo de parte de nuestro(s) afiliado(s), se mantendrá hasta que nos notifique que desea cambiar su elección.

Para limitar las ofertas de mercadeo, por favor marque la casilla y complete el siguiente formulario.

☐ No permita que los afiliados de Aflac utilicen mi información personal para enviarme ofertas de mercadeo.

Si tiene varias pólizas, solo necesitará completar un formulario. A fin de garantizar la identificación correspondiente y que el procesamiento de esta solicitud sea correcto, por favor complete lo siguiente y feche el formulario: (por favor escriba claramente en letra de imprenta)

Número de Póliza (si se sabe)

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa)

Nombre

Inicial

Apellido

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Fecha Actual (mm/dd/aa)

/ /

NO ENVÍE NINGÚN OTRO DOCUMENTO CON ESTE FORMULARIO (p. ej., reclamaciones, pagos de primas)

Envíe al correo electrónico: AffiliateMarketing@aflac.com o

Correo postal: Aflac ● Attn: Privacy Office ● 1932 Wynnton Road ● Columbus, Georgia 31999