Filing at a Glance

Company: American Family Life Assurance Company of Columbus

Product Name: Life Replacement Notice Form	SERFF Tr Num: AFLA-126761018	State: Arkansas
TOI: L08 Life - Other	SERFF Status: Closed-Approved-Closed	State Tr Num: 46434
Sub-TOI: L08.000 Life - Other	Co Tr Num:	State Status: Approved-Closed
Filing Type: Form		Reviewer(s): Linda Bird
	Author: Meralis Martinez	Disposition Date: 08/11/2010
	Date Submitted: 08/09/2010	Disposition Status: Approved-Closed
Implementation Date Requested: On Approval		Implementation Date:
State Filing Description:		

General Information

Project Name:	Status of Filing in Domicile: Authorized
Project Number:	Date Approved in Domicile:
Requested Filing Mode: Review & Approval	Domicile Status Comments:
Explanation for Combination/Other:	Market Type: Individual
Submission Type: New Submission	Group Market Size:
Overall Rate Impact:	Group Market Type:
Filing Status Changed: 08/11/2010	Explanation for Other Group Market Type:
	State Status Changed: 08/11/2010
Deemer Date:	Created By: Meralis Martinez
Submitted By: Meralis Martinez	Corresponding Filing Tracking Number:
Filing Description:	

Mr. Joe Musgrove
Arkansas Insurance Department
1200 West Third Street
Little Rock, AR 72201-1904

NAIC # 60380

Re: Life Replacement Notice form A4166ARRESP

The referenced Spanish language form is submitted for your review and approval. The English version of Replacement Notice Form A4166ARR was approved by your department on July 22, 2009.

I certify that the form submitted herewith meets the applicable provisions of Rule and Regulation 19 of the Arkansas Insurance Department Regulations as well as meeting the applicable requirements of the Arkansas Insurance Department.

I certify that the form submitted herewith complies with the requirements of Rule and Regulation 49 of the Arkansas Insurance Department Regulations, Life and Disability Guaranty Fund Notices.

A copy of the approved English language form is enclosed for your convenience, as well as our translator's Certificate of Translation.

The appropriate filing fee is included under the Filing Fees tab and the accompanying fee certification form and FLESCH certification form are attached under the Supporting Documentation tab.

Aflac certifies that the only change made to the previously approved form is the language translation to Spanish. This filing has been prepared by Meralis Martínez. Should you have any questions concerning this filing, please do not hesitate to contact her by calling collect at (706) 596-3084, by fax at (706) 660-7080, or email her at mpacheco-martinez@aflac.com. A return envelope is enclosed for your convenience to reply.

Company and Contact

Filing Contact Information

Meralis Pacheco-Martinez, Compliance Analyst mpacheco-martinez@aflac.com
1932 Wynnton Road 706-596-3084 [Phone]
Columbus, GA 31999 706-660-7080 [FAX]

Filing Company Information

American Family Life Assurance Company of Columbus	CoCode: 60380	State of Domicile: Nebraska
1932 Wynnton Road	Group Code:	Company Type: Life and Health
Columbus, GA 31999	Group Name:	State ID Number:
(706) 323-3431 ext. [Phone]	FEIN Number: 58-0663085	

Filing Fees

Fee Required?	Yes
Fee Amount:	$20.00
Retaliatory?	No
Fee Explanation:	1 form X $20= $20.00
Per Company:	No

COMPANY	AMOUNT	DATE PROCESSED	TRANSACTION #
American Family Life Assurance Company of Columbus	$20.00	08/09/2010	38610991
American Family Life Assurance Company of Columbus	$30.00	08/10/2010	38662138

SERFF Tracking Number:	*AFLA-126761018*	*State:*	*Arkansas*
Filing Company:	*American Family Life Assurance Company of Columbus*	*State Tracking Number:*	*46434*
Company Tracking Number:			
TOI:	*L08 Life - Other*	*Sub-TOI:*	*L08.000 Life - Other*
Product Name:	*Life Replacement Notice Form*		
Project Name/Number:	*/*		

Correspondence Summary

Dispositions

Status	Created By	Created On	Date Submitted
Approved-Closed	Linda Bird	08/11/2010	08/11/2010

Objection Letters and Response Letters

Objection Letters				Response Letters		
Status	**Created By**	**Created On**	**Date Submitted**	**Responded By**	**Created On**	**Date Submitted**
Pending Industry Response	Linda Bird	08/10/2010	08/10/2010	Meralis Martinez	08/10/2010	08/10/2010

Disposition

Disposition Date: 08/11/2010

Implementation Date:

Status: Approved-Closed

Comment:

Rate data does NOT apply to filing.

SERFF Tracking Number:	*AFLA-126761018*	*State:*	*Arkansas*
Filing Company:	*American Family Life Assurance Company of Columbus*	*State Tracking Number:*	*46434*
Company Tracking Number:			
TOI:	*L08 Life - Other*	*Sub-TOI:*	*L08.000 Life - Other*
Product Name:	*Life Replacement Notice Form*		
Project Name/Number:	*/*		

Schedule	Schedule Item	Schedule Item Status	Public Access
Supporting Document	Flesch Certification		No
Supporting Document	Application		No
Supporting Document	Filing Fee Certification		No
Supporting Document	Cover letter		No
Supporting Document	Certificate of Translation		No
Supporting Document	Previously approved English form		No
Form	A4166ARR		No

Objection Letter

Objection Letter Status	Pending Industry Response
Objection Letter Date	08/10/2010
Submitted Date	08/10/2010
Respond By Date	09/10/2010

Dear Meralis Pacheco-Martinez,

This will acknowledge receipt of the captioned filing.

Objection 1

No Objections

Comment: Regulation 57 was revised effective January 2010, the filng fee is now $50.00 per form. We will hold your filing in a pending status until the additional $30.00 is received.

Please feel free to contact me if you have questions.

Sincerely,

Linda Bird

Response Letter

Response Letter Status	Submitted to State
Response Letter Date	08/10/2010
Submitted Date	08/10/2010

Dear Linda Bird,

Comments:

Response 1

Comments: I have added additional filing fees ($30.00) to cover the required $50.00 per form.

Related Objection 1

Comment:

Regulation 57 was revised effective January 2010, the filng fee is now $50.00 per form. We will hold your filing in a pending status until the additional $30.00 is received.

Changed Items:

No Supporting Documents changed.

No Form Schedule items changed.

No Rate/Rule Schedule items changed.

Sincerely,
Meralis Martinez

Form Schedule

Lead Form Number:

Schedule Item Status	Form Number	Form Type	Form Name	Action	Action Specific Data	Readability	Attachment
	A4166ARRESP	Other	A4166ARR	Initial			A4166ARRESP.pdf

AMERICAN FAMILY LIFE ASSURANCE COMPANY OF COLUMBUS(AFLAC)
Sede Mundial: Columbus, Georgia 31999
Línea telefónica gratuita 1-800-99-AFLAC (1-800-992-3522)
En español: 1-800-SI-AFLAC (1-800-742-3522)

AVISO IMPORTANTE:
REEMPLAZO DE SEGUROS DE VIDA

Este documento debe ser firmado por el solicitante y el productor de seguros y se debe dejar una copia del mismo con el solicitante.

Usted está considerando la compra de una póliza del seguro de vida. En algunos casos, esta compra puede conllevar descontinuación o cambios en una póliza del seguro de vida existente. De ser así, está ocurriendo un reemplazo de la póliza. Las compras financiadas también se consideran reemplazos.

Un reemplazo ocurre cuando se compra una póliza del seguro de vida nueva y, debido a dicha venta, usted deja de hacer los pagos de la prima correspondientes a la póliza del seguro de vida existente, o cuando usted entrega, renuncia o asigna la póliza del seguro de vida existente a la nueva compañía aseguradora, o por otra parte se cancela o utiliza en una compra financiada.

Una compra financiada ocurre cuando la adquisición de una nueva póliza del seguro de vida conlleva el uso de fondos obtenidos del retiro o entrega de una póliza, o de tomar prestado, total o parcialmente, el valor de la póliza del seguro de vida existente, incluyendo los dividendos acumulados, para realizar el pago total o parcial de alguna prima o pago pendiente de la póliza nueva. Una compra financiada es un reemplazo.

Debe considerar detenidamente si un reemplazo es lo que mejor le conviene. Usted pagará costos por concepto de adquisición y podría haber costos relacionados con su entrega, a ser deducidos de su póliza del seguro de vida. Es posible que pueda hacer cambios a su póliza del seguro de vida existente para cumplir con sus necesidades de seguros a un costo menor. Una compra financiada reducirá el valor de su póliza existente y podría reducir la cantidad pagada al fallecer el asegurado.

Queremos que entienda bien los efectos de los reemplazos antes de tomar la decisión de comprar; responda las siguientes preguntas, y considere las preguntas que aparecen en la próxima página.

1. Está considerando dejar de realizar los pagos de las primas, entregar, renunciar o asignar la póliza del seguro de vida existente a la compañía aseguradora, o en algún otro modo cancelarlo? ___ SÍ ___ NO

2. ¿Está considerando utilizar los fondos de su póliza del seguro de vida existente para pagar las primas pendientes de la póliza del seguro de vida nueva? ___ SÍ ___ NO

   Si respondió “sí” a cualquiera de las preguntas anteriores, anote cada póliza del seguro de vida existente que considera reemplazar (incluya el nombre de la compañía aseguradora, el nombre de la persona asegurada y el número de la póliza o contrato si está disponible) e indique si cada póliza del seguro de vida anotado será reemplazado o utilizado como una fuente de financiamiento:

	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL ASEGURADO	NÚMERO DE PÓLIZA	ASEGURADO	REEMPLAZADA (R) O FINANCIADA (F)
1.				
2.				
3.				

Asegúrese de conocer todos los datos. Para obtener información acerca de la póliza del seguro de vida anterior, comuníquese con la compañía existente o con el productor de seguros. Si la solicita, la compañía aseguradora existente le enviará una ilustración de la póliza vigente, un resumen de la misma, o documentos informativos que estén disponibles. Pida y guarde todo el material de ventas que el productor de seguros haya usado durante la presentación para la venta. Asegúrese de estar bien informado al tomar su decisión.

Blanca: Sede Mundial **Amarilla: Solicitante**

La póliza del seguro de vida existente se va a reemplazar porque _____.

Certifico que las respuestas en el presente son correctas, a mi mejor saber y entender.

El productor de seguros (marque una) ____ leyó ____ no leyó en voz alta este aviso al solicitante.

_____ _____

Firma del Solicitante y Nombre en Letra de Imprenta Fecha

_____ _____

Firma del Productor y Nombre en Letra de Imprenta Fecha

No deseo que me lean en voz alta este aviso. _____ (El solicitante debe de poner sus iniciales solamente si no quiere que se le lea en voz alta el aviso.)

Un reemplazo puede ser lo que menos le conviene, o podría ser una buena decisión. Usted debe comparar detalladamente los costos y beneficios de su póliza del seguro de vida existente y los de la póliza del seguro de vida propuesto. Una forma de hacer esto es solicitar a la compañía o productor de seguros que le vendió la póliza del seguro de vida existente que le provea información sobre dicha póliza del seguro de vida. Esto puede incluir una ilustración de cómo su póliza del seguro de vida existente está funcionando ahora y cómo se espera funcione en el futuro basándose en ciertas suposiciones. No obstante, las ilustraciones solas no deben ser la única base de comparación de pólizas y contratos. Debe consultar con su productor de seguros lo siguiente para determinar si un reemplazo o el financiamiento de su compra tienen sentido:

PRIMAS:
¿Son razonables?
¿Podrían cambar?
Usted tiene ahora más edad-¿son más altas las primas para la nueva póliza propuesta?
¿Por cuánto tiempo tendrá usted que pagar primas en la póliza nueva?
¿Por cuánto tiempo tendrá usted que pagar primas en la póliza vieja?

VALORES DE LA PÓLIZA:
Las pólizas nuevas por lo regular toman más tiempo en acumular valor en efectivo y pagar dividendos.
Los costos de adquisición para la póliza vieja pueden que hayan sido pagados. Usted incurrirá los costos de la nueva póliza.
¿Qué cargos conllevan las pólizas si se entregan?
¿Qué gastos y cargos de venta pagará usted con la nueva póliza?
¿Provee la nueva póliza más cobertura de seguro?

ASEGURABILIDAD:
Si su salud ha cambiado desde que compró su póliza vieja, la nueva puede que le cueste más, o usted puede ser rechazado.
Puede que usted necesite un examen médico para una póliza nueva.
Las reclamaciones, en la mayoría de las pólizas nuevas, pueden que sean denegadas hasta los dos primeros años, basándose en las declaraciones erróneas.
Limitaciones de suicidio pueden empezar de nuevo en la nueva cobertura.

SI USTED ESTÁ CONSERVANDO AMBAS, LA PÓLIZA ANTERIOR Y LA PÓLIZA NUEVA:
¿Cómo se pagan las primas para ambas pólizas?
¿Cómo se afectarán las primas de su póliza actual?
¿Se deducirá un préstamo de los beneficios por muerte?
¿Qué valores de la póliza vieja están usándose para pagar primas?

SI USTED ESTUVIERA ENTREGANDO UN PRODUCTO DE VIDA CUYOS INTERESES SEAN AFECTADOS:
¿Pagará usted cargos de entrega en su antiguo contrato?
¿Cuáles son los intereses garantizados para el nuevo contrato?
¿Ha comparado usted los cargos de contrato u otros gastos de póliza?

OTROS ASUNTOS A CONSIDERAR PARA TODAS LAS TRANSACCIONES:
¿Cuáles son las consecuencias de impuestos al comprar una póliza nueva?
¿Es esto un intercambio libre de impuestos? (Vea su asesor de impuestos.)
¿Hay un beneficio de tratamiento “cubierto por cláusulas previstas” (“grandfathered”) de la póliza vieja bajo los códigos federales de impuestos?
¿Estará de acuerdo la compañía aseguradora actual en modificar la póliza vieja?
¿Cómo se compara la calidad y estabilidad financiera de la nueva compañía de seguros con su compañía actual?

Blanca: Sede Mundial **Amarilla: Solicitante**

Supporting Document Schedules

Item Status: **Status Date:**

Satisfied - Item: Flesch Certification

Comments:

Attachment:

AR 4166 FILING CERT read.pdf

Item Status: **Status Date:**

Satisfied - Item: Filing Fee Certification

Comments:

Attachment:

AR 4166 FEECERT.pdf

Item Status: **Status Date:**

Satisfied - Item: Cover letter

Comments:

Attachment:

DTG Electronic Letterhead color.pdf

Item Status: **Status Date:**

Satisfied - Item: Certificate of Translation

Comments:

Attachment:

CertA4166ARRESP.pdf

Item Status: **Status Date:**

Satisfied - Item: Previously approved English form

SERFF Tracking Number:	*AFLA-126761018*	*State:*	*Arkansas*
Filing Company:	*American Family Life Assurance Company of Columbus*	*State Tracking Number:*	*46434*
Company Tracking Number:			
TOI:	*L08 Life - Other*	*Sub-TOI:*	*L08.000 Life - Other*
Product Name:	*Life Replacement Notice Form*		
Project Name/Number:	*/*		

Comments:

Attachment:

English Replacement form approval.pdf

ARKANSAS

CERTIFICATION OF READABILITY

This is to certify that the following forms comply with the requirements of Arkansas Statute Annotated- Sections 23-80-201 through 23-80-208, cited as the Life and Disability Insurance Policy Language Simplification Act.

	FLESCH Score
Replacement Notice Form A4166ARRESP	44.00

Deborah T. Grantham
2nd Vice President
Compliance Department

ARKANSAS
INSURANCE
DEPARTMENT

400 University Tower Building
1123 South University Avenue
Little Rock, Arkansas 72204

501-686-2900

ATTN: LIFE & HEALTH DIVISION, ARKANSAS INSURANCE DEPARTMENT

Company Name: AMERICAN FAMILY LIFE ASSURANCE COMPANY OF COLUMBUS (Aflac)

Company NAIC Code: 60380

Company Contact Person & Telephone # Meralis Martínez (706) 596-3084

* *

ALL FEES ARE PER EACH INSURER, PER ANNUAL STATEMENT LINE OF BUSINESS, UNLESS OTHERWISE INDICATED.

FEE SCHEDULE FOR ADMITTED INSURERS

RATE/FORM FILINGS

Life and/or disability policy form filing and review, per each policy, contract, annuity form, per each insurer, per each filing.	* ___x $50 = ______ ** Retaliatory
Life and/or Disability – Filing and review of each rate filing or loss ration guarantee filing, per each insurer.	* ____ x $50 = ______ ** Retaliatory
Life and/or Disability Policy, Contract or annuity Forms: Filing and review of each certificate, rider, endorsement or application if each is filed separately from the basic form.	* **1** x $20 = **$20** ** Retaliatory
Policy and contract forms, all lines, filing corrections in previously filed policy and contract forms.	* ____x $20 = ______ ** Retaliatory
Life and/or Disability: Filing and review of insurer's advertisements, per advertisement, per each insurer.	* ____x $25 = ______ ** Retaliatory

AMEND CERTIFICATE OF AUTHORITY

Review and processing of information to amend an Insurer's Certificate of Authority	*	____ x $400 = _____
Filing to amend Certificate of Authority	***	____ x $100 = _____

* THESE FEES ARE PAYABLE UNDER THE OLD FEE SCHEDULE AS OUTLINED UNDER ARK. CODE ANN. 23-63-102, RETALIATORY TAX.

*** THESE FEES ARE PAYABLE AS REQUIRED IN ARK. ANN. § 23-61-401.

Deborah T. Grantham
AIRC, HIA, ACS
Second Vice President
Compliance Department

August 6, 2010

Mr. Joe Musgrove
Arkansas Insurance Department
1200 West Third Street
Little Rock, AR 72201-1904 NAIC # 60380

Re: Life Replacement Notice form A4166ARRESP

Dear Mr. Musgrove:

The referenced Spanish language form is submitted for your review and approval. The English version of Replacement Notice Form A4166ARR was approved by your department on July 22, 2009.

I certify that the form submitted herewith meets the applicable provisions of Rule and Regulation 19 of the Arkansas Insurance Department Regulations as well as meeting the applicable requirements of the Arkansas Insurance Department.

I certify that the form submitted herewith complies with the requirements of Rule and Regulation 49 of the Arkansas Insurance Department Regulations, Life and Disability Guaranty Fund Notices.

A copy of the approved English language form is enclosed for your convenience, as well as our translator's Certificate of Translation.

The appropriate filing fee is included under the Filing Fees tab and the accompanying fee certification form and FLESCH certification form are attached under the Supporting Documentation tab.

Aflac certifies that the only change made to the previously approved form is the language translation to Spanish. This filing has been prepared by Meralis Martínez. Should you have any questions concerning this filing, please do not hesitate to contact her by calling collect at (706) 596-3084, by fax at (706) 660-7080, or email her at mpacheco-martinez@aflac.com. A return envelope is enclosed for your convenience to reply.

Sincerely,

Deborah T. Grantham
DG/MM/mm
Enclosures

CERTIFICATE OF TRANSLATION

American Family Life Assurance Company of Columbus (Aflac)

Forms:

A4166ARRESP

I, the undersigned Translator, hereby certify that the translation of the following for AR,

A4166ARR

into Spanish is true, accurate and complete to the best of my knowledge and ability. Having kept a copy for my records, it appears listed on my registry under number 159/10. I hereby sign this document on August 2, 2010.

Juan Guerrero
Translator

Disposition for AFLA-126228462

Close

SERFF Tracking Number:	AFLA-126228462	**State:**	Arkansas
Filing Company:	American Family Life Assurance Company of Columbus	**State Tracking Number:**	42968
Company Tracking Number:	A4166ARR		
TOI:	L08 Life - Other	**Sub-TOI:**	L08.000 Life - Other
Product Name:	Life Replacement Notice		
Project Name:	Life Replacement Notice		

Disposition Date: 07/22/2009

Implementation Date:

Status: Approved-Closed

Comment:

Schedule Items

Item Type	Item Name	Item Status	Public Access
Supporting Document	Flesch Certification		Yes
Supporting Document	Application		Yes
Supporting Document	FEE CERTIFICATION FORM		Yes
Form	A4166ARR, Other, Life Replacement Notice		Yes

Close