Acuerdo de autorización para débito mensual con tarjeta de crédito de Cigna

Por el presente, autorizo a Cigna HealthCare of Arizona, Inc. (Cigna) a debitar el pago de mi prima mensual de mi tarjeta de crédito, entre el 5.º y el 8.º día hábil de cada mes. En caso de no haber fondos disponibles, Cigna hará **un** de para ponerse en contacto conmigo y resolver la situación. Si por algún motivo se rechaza mi tarjeta de crédito, entiendo que seré responsable de pagar la prima del mes en curso. Si los montos de las primas se modifican, autorizo que se debite la nueva suma para poder continuar con este servicio.

Entiendo que esta autorización permanecerá vigente hasta tanto notifique a Cigna por escrito que ya no deseo este servicio o hasta el momento en que deje de ser válida la información incluida en este formulario. Cigna necesita un plazo razonable *(normalmente dos semanas)* para revocar este acuerdo, una vez que lo haya recibido en la dirección consignada debajo. Asimismo entiendo que la cancelación de este servicio no implica una cancelación de mi cobertura de atención médica.

☐ Inscripción de tarjeta de crédito ☐ Cambio de tarjeta de crédito ☐ Cancelación de tarjeta de crédito

PARA QUE COMIENCEN LAS DEDUCCIONES MENSUALES DE LA TARJETA DE CRÉDITO:

- Complete y firme el formulario.
- **Incluya el número de la tarjeta de crédito y la fecha de vencimiento.**
  (No se activará la deducción de la tarjeta de crédito si no incluye esta información).

Nombre del afiliado_____ Número de identificación del afiliado_____

Dirección _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

N.º de teléfono durante el día_____ Monto de la prima mensual $_____

☐ VISA ☐ DISCOVER ☐ AMERICAN EXPRESS ☐ MASTERCARD

Número de la tarjeta de crédito _____ Fecha de vencimiento_____

Mes en el que comenzará la deducción automática _____

Nombre tal como figura en la tarjeta (en letra de molde)_____

Código postal del titular de la tarjeta_____

Firma del titular de la tarjeta_____ Fecha _____

AVISO IMPORTANTE: las autorizaciones firmadas que Cigna reciba antes del 25.º día de cada mes entrarán en vigor al mes siguiente; las que reciba a partir del 25.º día del mes inclusive entrarán en vigor el mes posterior al siguiente (por ejemplo, si se recibe una autorización el 27 de enero, entrará en vigor en marzo). Conserve una copia de esta autorización para sus registros y notifíquenos de inmediato si se produce algún cambio en la información suministrada anteriormente.

Por correo a: Cigna
Attn: Payment Control Department
P.O. Box 29030
Phoenix, AZ 85038-9971
Teléfono: 800-973-2580 (opción 1)
Fax: 623-277-1025

 BLANCO – Copia para Cigna **AMARILLA** – Copia para el afiliado