Autorización para Easy Pay de Cigna

Por el presente, autorizo a Cigna HealthCare of Arizona, Inc. (Cigna) a debitar el pago de mi prima mensual de Cigna de la cuenta que tengo en la entidad financiera indicada a continuación, entre el 5.º y el 8.º día hábil de cada mes. En caso de no haber fondos suficientes, autorizo que se realice un **débito doble** de mi cuenta el mes siguiente por la suma de los dos pagos de la prima. 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 que suceda alguno de estos hechos, el que ocurra en primer lugar: (1) finalización del plan individual de Cigna subyacente; (2) notificación escrita de Cigna de que no cobrará más primas en virtud de esta autorización; (3) la fecha en que a Cigna se le deniegue el acceso a mi cuenta por cualquier motivo; (4) mi revocación de esta autorización, mediante notificación cursada por escrito con dos semanas de anticipación a la dirección consignada debajo; o (5) después de **dos** intentos de cobrar mi prima por fondos insuficientes. Entiendo que puedo revocar esta autorización y optar por pagarle las primas a Cigna directamente, mediante notificación cursada por escrito en cualquier momento. Entiendo que la cancelación de este servicio no implica una cancelación de mi cobertura de atención médica.

☐ Inscripción en Easy Pay ☐ Cambio de Easy Pay ☐ Cancelación de Easy Pay

PARA QUE COMIENCE EASY PAY:

- Complete y firme el formulario.
- **Incluya un cheque anulado.** (No se activará Easy Pay si no lo incluye).

Nombre del afiliado _____ Número de identificación del afiliado _____

Dirección _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

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

Entidad financiera _____ N.º de teléfono _____

Dirección de la sucursal _____

Número de cuenta _____
☐ Cuenta corriente ☐ Cuenta de ahorros ☐ Cuenta de una cooperativa de crédito

Mes solicitado para que comience Easy Pay _____

Firma del titular de la cuenta _____ 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

Para uso interno únicamente: N.º de ruta del banco _____ Fecha de entrada en vigor _____