

Formulario de autorización de débito directo periódico

SOLAMENTE complete si desea que su prima se deduzca automáticamente de su cuenta bancaria.

| | | | |
|--|--|---|--|
| Nombre del afiliado: | | Número de identificación del afiliado: | |
| Número de teléfono particular del afiliado _____-_____-_____ | | Tipo de cuenta: <input type="checkbox"/> Cuenta corriente <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros | |
| <h1>PEGUE EL CHEQUE ANULADO AQUÍ</h1> <p>Si usará una cuenta corriente, DEBE pegar SOLAMENTE un cheque anulado aquí. Si usará una cuenta de ahorros, DEBE pegar SOLAMENTE una boleta de depósito anulada aquí. NO adjunte ambos. De este modo, se asegurará el correcto procesamiento de su solicitud.</p> <p>Gracias.</p> | | | |
| <p>Por el presente autorizo a Cigna Health and Life Insurance Company (el patrocinador de mi plan Cigna-HealthSpring Rx) a deducir de mi cuenta bancaria consignada anteriormente el monto adeudado correspondiente a mi prima mensual de Cigna-HealthSpring Rx y, si corresponde, el monto adeudado de cualquier multa por inscripción tardía, pero no más del valor equivalente a dos (2) primas mensuales en total por mes. Si mi prima mensual es inferior a la prima mensual prevista debido a la existencia de pagos de más o ajustes, autorizo a Cigna Health and Life Insurance Company a deducir automáticamente de mi cuenta bancaria el monto inferior adeudado. Esta deducción automática debe cumplir con el proceso de aprobación de mi banco, de modo que comprendo que es posible que la primera deducción tarde hasta 45 días en procesarse. Una vez aprobada, esta deducción se realizará una vez por mes y continuará mientras esté inscrito en el plan Cigna-HealthSpring Rx o hasta que elija otro método de pago. Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor aunque mi prima anual se modifique en algún momento durante mi inscripción, a menos que revoque esta autorización en forma oral o escrita. Si el monto de la prima mensual se modifica, se me notificará por escrito antes de realizar algún cambio en el monto que se deduce de mi cuenta bancaria.</p> | | | |
| Firma del titular de la cuenta: | | Fecha de hoy: ____/____/_____ | |

ENVÍE ESTE FORMULARIO COMPLETADO Y FIRMADO POR CORREO A:
Cigna-HealthSpring Rx (PDP)
PO Box 269005
Weston, FL 33326-9927
O por fax al: 1-800-735-1469
Preguntas, llame al: 1-800-222-6700 (Usuarios de TTY, llamar al: 711)
de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los siete días de la semana. Puede que nuestro sistema telefónico automático conteste sus llamadas durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de sept.

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluyendo Cigna Health and Life Insurance Company. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. Cigna-HealthSpring Rx (PDP) es un plan de medicamentos con receta (PDP, por sus siglas en inglés) de Medicare con un contrato con Medicare. La inscripción en Cigna-HealthSpring depende de la renovación de los contratos.