Cigna Medicare

Planes de medicamentos con receta

Formulario de autorización de pago automático de la prima con tarjeta de crédito

SOLAMENTE complete si desea que su prima se debite automáticamente de su tarjeta de crédito.

Nombre del afiliado:	Número de identificación del afiliado:
Número de teléfono particular del afiliado ___ ___ ___ – ___ ___ ___ – ___ ___ ___ ___	Tipo de tarjeta de crédito: ❑ Visa ❑ MasterCard
Número de la tarjeta de crédito: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐	Fecha de vencimiento: ☐☐ Mes ☐☐ Año
Nombre del titular de la tarjeta (tal como figura en la tarjeta de crédito):	
Dirección de facturación del titular de la tarjeta:	
Ciudad: Estado: Código postal:	

Por el presente autorizo a Cigna Health and Life Insurance Company (el patrocinador de mi plan de medicamentos con receta de Medicare de Cigna) a debitar de mi tarjeta de crédito consignada anteriormente el monto adeudado correspondiente a mi prima mensual de Cigna 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 tarjeta de crédito el monto inferior adeudado. Esta deducción automática debe cumplir con el proceso de aprobación de mi tarjeta de crédito, 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 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 tarjeta de crédito.

Firma del titular de la tarjeta:	Fecha de hoy: ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ ___ ___

ENVÍE ESTE FORMULARIO COMPLETADO Y FIRMADO POR CORREO A:

Cigna
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.

875617SP c 08/19 © 2019 Cigna. Parte del contenido se suministra bajo licencia. INT_17_45736S Approved