

# Formulario de autorización de transferencia electrónica de fondos de Cigna



Complete la siguiente información **SOLAMENTE** si desea que su prima mensual sea deducida automáticamente de su cuenta bancaria:

|                |                           |                        |
|----------------|---------------------------|------------------------|
| Apellido       | Nombre                    | Inicial del 2.º nombre |
| Dirección      |                           |                        |
| Ciudad         | Estado                    | Código postal          |
| Número de ruta | Número de cuenta bancaria |                        |

Adjunte el cheque anulado aquí:

1025

DATE \_\_\_\_\_

PAY TO THE ORDER OF \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DOLLARS Security Features Included Details on Back

MEMO \_\_\_\_\_

1025

Número de ruta
Número de cuenta bancaria

Por el presente autorizo a Cigna Health and Life Insurance Company (el patrocinador de mi plan de Cigna) a deducir de mi cuenta bancaria que figura arriba la prima mensual de Cigna o la prima mensual del Plan complementario opcional adeudada y, si corresponde, la multa por inscripción tardía adeudada. 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 adeudado inferior. 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 varias semanas en procesarse. Una vez aprobada, esta deducción ocurrirá aproximadamente el día 15 de cada mes y continuará mientras esté inscrito en el plan de Cigna o hasta que seleccione otro método de pago. Una vez que el retiro comienza, usted podrá ver más de una deducción; la deducción será: 1) una deducción por la prima del mes actual y 2) una o más deducciones por primas de meses anteriores cuando usted recibió cobertura de cuidado de la salud, pero no se hicieron retiros automáticos u otros pagos. 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 verbalmente o por escrito.

|   |                         |
|---|-------------------------|
| Firma del cliente/inscrito o representante autorizado | Fecha de hoy<br><br>/ / |
|---|-------------------------|



**Envíe este formulario  
completado y firmado  
por correo postal a:**

Cigna  
Attn: MAS Enrollment  
PO Box 20012  
Nashville, TN 37202-9919



**Solicite ayuda si es necesario:**

**1-800-668-3813 (TTY 711)**  
De 8 a. m. a 8 p. m., hora local

**De octubre a marzo:**  
los 7 días de la semana

**De abril a septiembre:**  
de lunes a viernes

Nuestro sistema de telefonía automatizada responderá sus llamadas los fines de semana, los feriados y fuera del horario de atención.

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de las subsidiarias operativas de Cigna Corporation, que incluyen Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., HealthSpring Life & Health Insurance Company, Inc., HealthSpring of Florida, Inc., Bravo Health Mid-Atlantic, Inc. y Bravo Health Pennsylvania, Inc. El nombre, los logotipos y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. Cigna complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Cigna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge are available to you. Call 1-888-284-0268 (TTY 711). Español: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-284-0268 (TTY 711). Chino: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-888-284-0268 (TTY 711). Cigna tiene contrato con Medicare para planes PDP, planes HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna depende de la renovación del contrato. © 2020 Cigna