

**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

# PEGUE EL CHEQUE ANULADO AQUÍ

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.

Gracias.

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 deducir de mi cuenta bancaria 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 cuenta bancaria el monto inferior adeudado. Entiendo que esta deducción automática debe cumplir con el proceso de aprobación de mi banco. 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 cuenta bancaria.

Firma del titular de la cuenta:	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 7 días de la semana.  
Es posible que nuestro sistema telefónico automático  
conteste sus llamadas durante los fines de semana  
del 1 de abril al 30 de septiembre.**