

Por favor, firmar debajo

Firma del afiliado o representante personal

Fecha

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre en letra de molde del afiliado o el representante personal

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Relación (si usted es el representante personal)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Esta autorización vence el:

--	--	--	--	--	--	--	--

Si la fecha de vencimiento no figura en este formulario, su autorización vencerá al cabo de un año y será necesario enviar una nueva autorización en esa oportunidad.

Nota para afiliados en los siguientes estados: Si vive en Arizona, California, Georgia, Illinois, Massachusetts, Montana o Minnesota, su autorización será válida por un máximo de un año. Las autorizaciones firmadas por residentes de Virginia serán válidas por un máximo de dos años. Los afiliados que vivan en esos estados y quieran autorizar la divulgación de su información personal por un periodo más largo tendrán que enviar una nueva autorización en el momento en que venza esta autorización.

Este formulario no le permite a Cigna conversar sobre abuso de sustancias, enfermedad mental, VIH/SIDA ni información relacionada con pruebas genéticas. La prestación de tratamiento, el pago, la inscripción o los requisitos que se deben cumplir para recibir beneficios no dependen de que yo firme esta autorización. La información divulgada en virtud de esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario, y es posible que deje de estar protegida por las reglamentaciones sobre privacidad federales. Cuando se solicite información que no esté relacionada con la asistencia brindada para mi atención médica y cuando se soliciten copias de registros médicos, se deberá presentar un formulario de Autorización de divulgación de PHI firmado.

Si esta solicitud es realizada por un Representante personal, le pediremos un comprobante para verificar la competencia de ese Representante personal antes de que esta solicitud se considere completa. Usted tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a Cigna a la dirección que se indica a continuación. Usted podrá revocar esta autorización, excepto en la medida en que ya se haya actuado en función de dicha autorización.

ENVIAR EL FORMULARIO COMPLETADO POR CORREO A:



Cigna Medicare Prescription Drug Plan
P.O. Box 269005
Weston, FL 33326

O POR FAX A:
1-800-735-1469

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-222-6700 (TTY 711). **ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-222-6700 (TTY 711). **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 1-800-222-6700 (TTY 711). Cigna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. 931675SP © 2019 Cigna