

Ahorre tiempo. Regístrate en línea:
www.cigna.com/PartDPremiumPayment

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.

**ENVÍE ESTE FORMULARIO COMPLETADO
Y FIRMADO POR CORREO A:
Cigna Healthcare
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.**

Los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group. Los nombres, los logotipos y las marcas de Cigna, incluidas THE CIGNA GROUP y CIGNA HEALTHCARE, son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.