Planes de medicamentos
con receta de Medicare

cigna healthcare

Ahorre tiempo. Regístrese 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.

Nombre del cliente:	Número de ID del cliente:
Número de teléfono particular del cliente: ___ ___ ___ – ___ ___ ___ – ___ ___ ___ ___	Tipo de tarjeta de crédito: ❑ Visa ❑ MasterCard ❑ American Express ❑ Discover
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 The Cigna Group (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 The Cigna Group a deducir automáticamente de mi tarjeta de crédito el monto inferior adeudado. Entiendo que esta deducción automática debe cumplir con el proceso de aprobación de mi tarjeta de crédito. Una vez aprobada, esta deducción se realizará una vez por mes y continuará mientras esté inscrito en el plan de 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 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.

 © 2023 Cigna Healthcare. Parte del contenido se suministra bajo licencia.