Planes de medicamentos
con receta de Medicare

cigna healthcare

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

Formulario de autorización de débito directo periódico

SOLAMENTE complete si desea que su prima se deduzca automáticamente de su cuenta bancaria.

Nombre del cliente:	Número de ID del cliente:
Número de teléfono particular del cliente: ___ ___ ___ – ___ ___ ___ – ___ ___ ___ ___	Tipo de cuenta: ❑ Cuenta corriente ❑ 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 The Cigna Group (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 The Cigna Group 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 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 cuenta bancaria.

Firma del titular de la cuenta:	Fecha de hoy: ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ ___ ___

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.

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