

Ahorre tiempo. Regístrate en línea:
www.HealthSpring.com/pay-my-premium

Formulario de autorización de débito directo periódico

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

Nombre del miembro:	Número de ID del miembro:
Número de teléfono particular del miembro: _____ - _____ - _____	Tipo de cuenta: <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> 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 Medco Containment Life Insurance Company y Medco Containment Insurance Company of New York (que administra mi plan de medicamentos con receta [PDP, por sus siglas en inglés] de Medicare de HealthSpring) a deducir de mi cuenta corriente/de ahorros los fondos necesarios para pagar la prima de mi plan, incluida la multa por inscripción tardía que pueda deber, pero no más de dos (2) meses de prima en total por mes. 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 (aproximadamente el 3.^{er} día calendario) y continuará mientras esté inscrito en el plan 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. Si el monto de la prima mensual se modifica, se me notificará por escrito antes de que cambie el monto que se deduce de mi cuenta bancaria. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que notifique por escrito a mi plan o a mi banco mi decisión de cancelarla, con la debida antelación para que el banco disponga de un plazo razonable para actuar en consecuencia.

Firma del titular de la cuenta:	Fecha de hoy: ____ / ____ / ____
---------------------------------	-------------------------------------

**ENVÍE ESTE FORMULARIO COMPLETADO Y
FIRMADO POR CORREO**
A: HealthSpring
PO Box 269005
Weston, FL 33326-9927
O por fax al: 1-800-735-1469

Preguntas, llame al: 1-800-222-6700 (los usuarios de
TTY deben 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 HealthSpring se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Health Care Service Corporation, una compañía de seguros mutuos con reserva legal. © 2025 Health Care Service Corporation. Todos los derechos reservados.