

Formulario de autorización de pago automático de la prima con tarjeta de crédito

Nombre del miembro:		Número de ID del miembro:																									
Número de teléfono particular del miembro: ____ - ____ - _____		Tipo de tarjeta de crédito: <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> Discover																									
Número de la tarjeta de crédito: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						Fecha de vencimiento: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Mes Año					
Nombre del titular (exactamente como aparece en su tarjeta de crédito):																											
Dirección de facturación del titular de la tarjeta: _____																											
Ciudad		Estado	Código postal																								
<p>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 debitar de mi tarjeta de crédito 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 tarjeta de crédito. Una vez aprobada, esta deducción se realizará una vez por mes (aproximadamente el 3.º 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 debita de mi tarjeta de crédito. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que notifique a mi plan mi decisión de revocarla.</p>																											
Firma del titular de la tarjeta:		Fecha de hoy: ____ / ____ / ____																									

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.

Y0036 26 1724048895S C