

Ahorre tiempo. Regístrate en línea:  
[www.HealthSpring.com/pay-my-premium](http://www.HealthSpring.com/pay-my-premium)

## 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: 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.