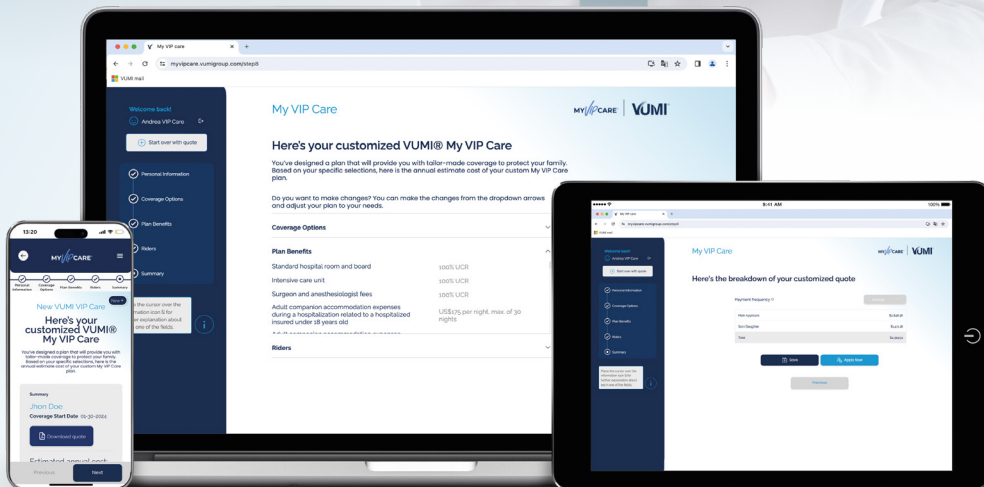


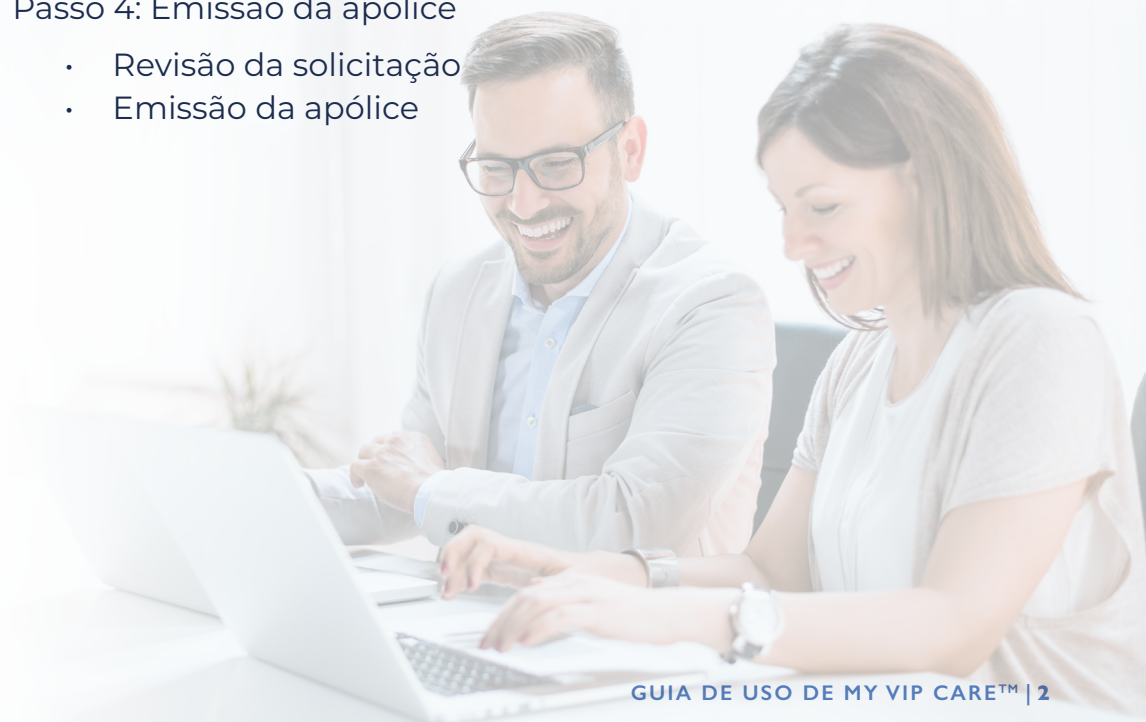
# MYVIP CARE™

## GUIA DE USO



## ÍNDICE

- Sobre o My VIP Care™
- Passo 1: Crie seu plano
  - Informação pessoal e dos dependentes
  - Opções de coberturas
  - Benefícios ambulatoriais
  - Benefícios de maternidade
  - Resumo da cotação e ajustes sob medida
  - Salvar cotação
- Passo 2: Complete a solicitação
  - Informação e cobertura do solicitante
  - Perguntas médicas: exames, condições, medicamentos, hábitos e histórico familiar
  - Reconhecimento e autorizações
- Passo 3: Pagamento da apólice
  - Opções de pagamento
  - Método de reembolso
- Passo 4: Emissão da apólice
  - Revisão da solicitação
  - Emissão da apólice

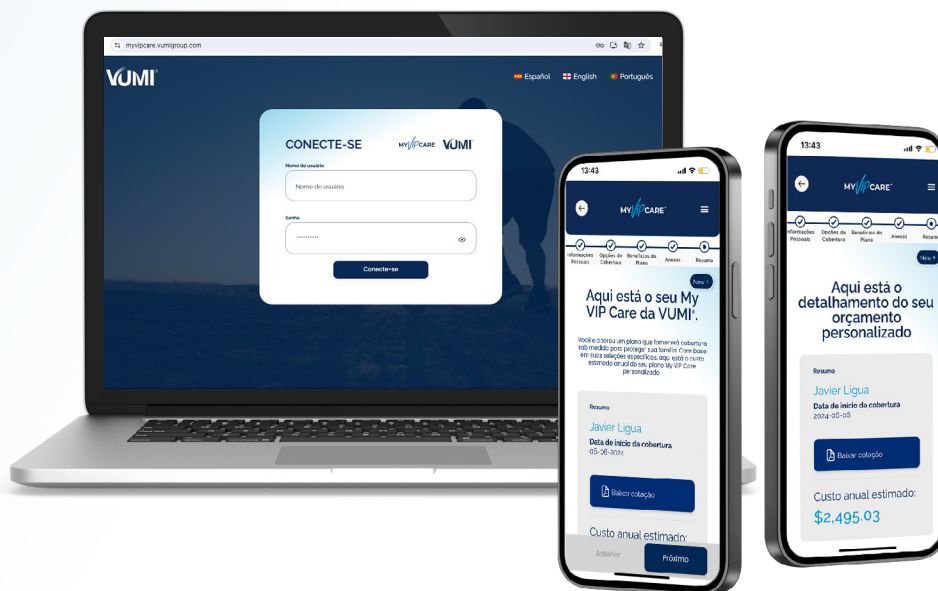


## SOBRE O MY VIP CARE™

O My VIP Care é um produto inovador, que possui um plano básico integral e inclui amplos benefícios, além disso permite a personalização destes benefícios de acordo com as necessidades específicas do solicitante. Uma vez selecionado o alcance da cobertura, o solicitante pode adicionar, ou customizar seu plano conforme suas preferências, tais como: benefícios ambulatoriais, cobertura de maternidade e suas complicações, entre outros.

## COMO ACESSAR O MY VIP CARE™?

Por meio da página web [myvipcare.vumigroup.com](http://myvipcare.vumigroup.com) usando as mesmas credenciais que você utiliza para acessar o Portal do Consultor. Ao ingressar na página de início do My VIP Care™, será possível realizar a primeira cotação. Lembre-se de que também é possível acessar o My VIP Care™ no aplicativo Agent Central, da VUMI, na seção de Cotações.



## Informação Pessoal

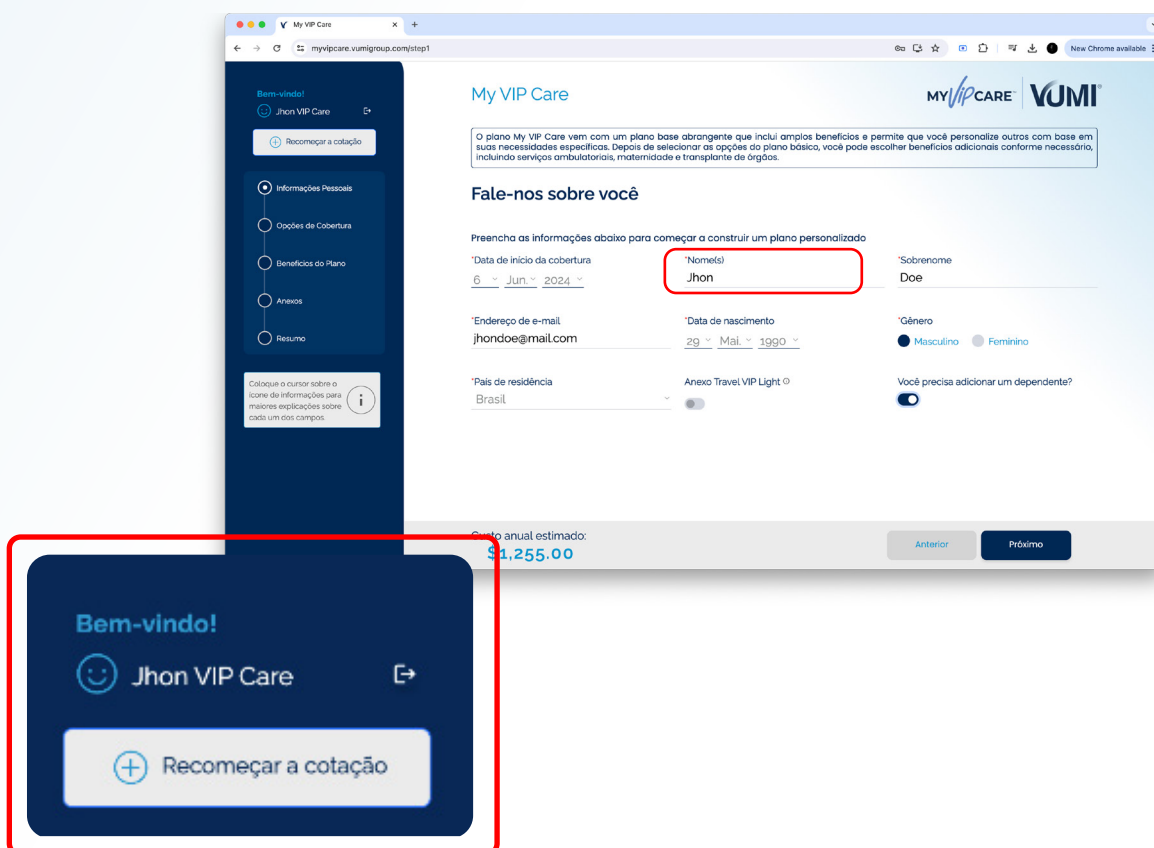
### PASSO 1

#### COMO COMEÇAR UMA COTAÇÃO?

Ao realizar uma cotação no My VIP Care™, o primeiro passo é preencher os campos de informação pessoal. Nesta mesma tela é possível incluir seus dependentes e o Anexo Travel VIP Light, caso seja necessário.

Ao lado de cada título você vai encontrar o ícone (i). Passando o cursor por cima deste ícone você poderá ver uma explicação, ou a referência exata, do benefício para saber mais informações. Ao preencher os campos com as suas escolhas, clique em **Próximo**.

**Curiosidade:** Ao preencher o campo “Nome”, o título do plano será alterado para refletir a personalização. Você notará também que a capa do resumo do plano também é personalizada. Ex: Se no campo “Nome” está escrito “Jhon”, os documentos de resumo do plano e cotação levarão o título **“Jhon VIP Care”**.



## Informação dos Dependentes

### VOCÊ DESEJA ADICIONAR UM DEPENDENTE?

Se você deseja adicionar um, ou vários, dependentes, clique no botão **Adicionar** dependente. Preencha todos os dados do formulário e clique em **Adicionar**. É possível repetir o mesmo passo até completar o número total de dependentes que seu cliente precisa. Uma vez inseridos os dependentes, você pode clicar em **Seguinte**.



**Importante:** somente cônjuges, companheiros domésticos ou filhos de até 23 anos podem ser adicionados na mesma apólice. A partir dos 24 anos de idade, uma pessoa já não é elegível para a cobertura de filhos dependentes.

My VIP Care

Conte-nos sobre seus dependentes

Você pode adicionar seu cônjuge/companheiro ou filhos de até 23 anos de idade.  
 \*O termo "dependentes" se refere a familiares com idade igual ou inferior a 23 anos. Ao completar 24 anos, a pessoa não tem mais direito à cobertura de dependentes.

Adicionar dependente

Custo anual estimado: **\$1.255,00**

Anterior Próximo

My VIP Care

Conte-nos sobre seus dependentes

Você pode adicionar seu cônjuge/companheiro ou filhos. A idade do dependente não pode ser superior a 23 anos.

*Nome(s) Jane	*Sobrenome(s) Doe	*Relacionamento com o solicitante principal Cônjuge/Companheira(a)
*Gênero <input type="radio"/> Masculino <input checked="" type="radio"/> Feminino	*Data de nascimento 27 - Out - 2000	*País de residência Brasil

Anexo Travel VIP Light

Custo anual estimado: **\$2.227,00**

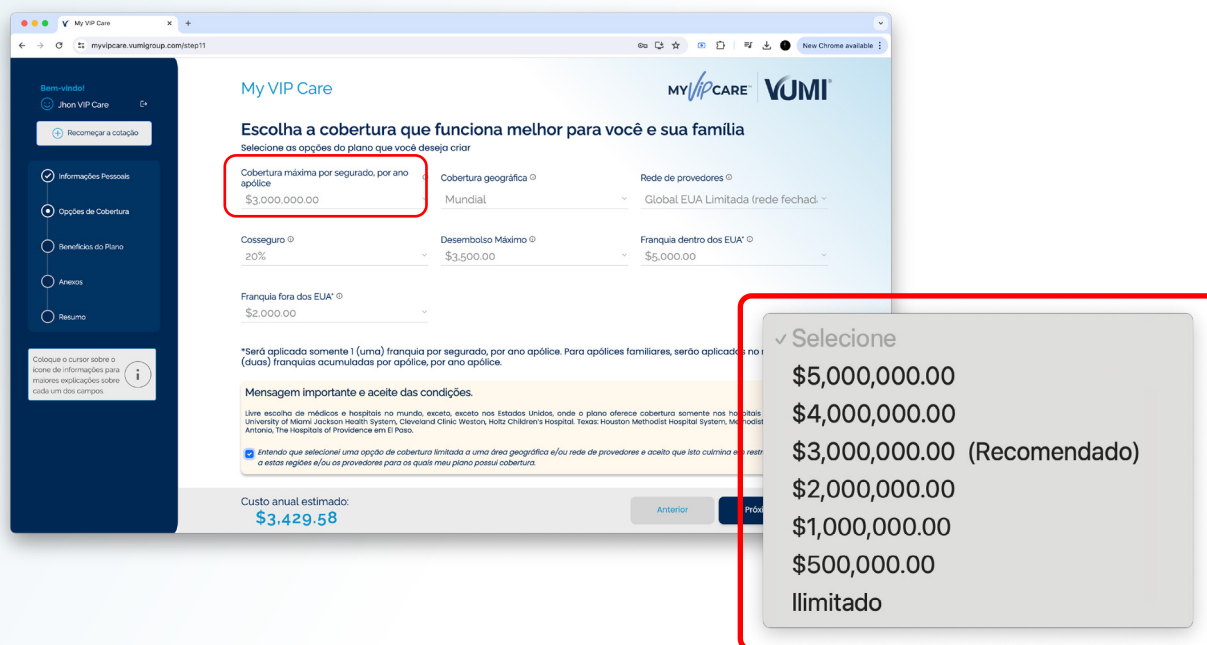
Cancelar Adicionar

## Opções de Cobertura

### ESCOLHENDO AS COBERTURAS

Nesta etapa começa o alcance das coberturas que seu cliente precisa. Ao abrir o menu das opções você poderá visualizar uma opção marcada como **Recomendada**, que o ajudará com recomendações para o plano ideal. Ao finalizar clique em **Próximo**.

A partir desta tela você começará a notar as alterações no **Custo anual estimado** e pode ir modificando as opções de acordo com o orçamento de seu cliente



**Importante:** Na opção **Cobertura Geográfica** você vai encontrar 3 opções que devem habilitar a lista de **Rede de Provedores**, bem como os quadros de aceite de cobertura. Consulte as restrições de cada opção na caixa de informação localizada no final desta tela. É importante ler e compreender estas mensagens sobre o aceite das opções que se mostram conforme o que você seleciona.

Cobertura Geográfica 	Rede de Provedores 		
<b>Opção 1: Mundial</b>	<b>Global Aberta</b>	<b>Global Limitada (aplicam-se exclusões nos EUA)</b>	<b>Global Limitada nos EUA (Rede fechada nos EUA)</b>
	Livre escolha de médicos e hospitais em todo o mundo.	Livre escolha de médicos e hospitais em todo o mundo, exceto nos hospitais dos Estados Unidos a seguir: Instituto Oncológico Dana Farber, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, MD Anderson Cancer Center, Hospital Presbiteriano de Nueva York, Hospital Johns Hopkins, Baptist Health Systems, Centro Médico Cedars-Sinai, Clínica Mayo (FL, MN, AZ), HCA Healthcare, Memorial Health Systems (S. FL), Aspen Valley Hospital, Mount Sinai Medical Center, Naples, Comprehensive Health, Orlando Health, Hospital for Special Surgery.	Livre escolha de médicos e hospitais em todo o mundo, exceto nos Estados Unidos, onde o plano oferece cobertura somente nos hospitais a seguir: <b>Flórida:</b> University of Miami Jackson Health System, Cleveland Clinic Weston, Holtz Children's Hospital. <b>Texas:</b> Houston Methodist Hospital System, Methodist Hospital em San Antonio, The Hospitals of Providence em El Paso.

**Mensagem importante e aceite das condições.**

Livre escolha de médicos e hospitais no mundo, exceto, exceto nos Estados Unidos, onde o plano oferece cobertura somente nos hospitais a seguir: Flórida: University of Miami Jackson Health System, Cleveland Clinic Weston, Holtz Children's Hospital. Texas: Houston Methodist Hospital System, Methodist Hospital em San Antonio, The Hospitals of Providence em El Paso.

Entendo que seleccionei uma opção de cobertura limitada a uma área geográfica e/ou rede de provedores e aceito que isto culmina em restrições em relação a estas regiões e/ou os provedores para os quais meu plano possui cobertura.

**Mensagem importante e aceite das condições.**

Livre escolha de médicos e hospitais no mundo, exceto nos hospitais nos Estados Unidos a seguir: Dana Farber Cancer Institute, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, MD Anderson Cancer Center, New York Presbyterian Hospital, The Johns Hopkins Hospital, Baptist Health Systems, Cedars-Sinai Medical Center, Mayo Clinic (FL, MN, AZ), HCA Healthcare, Memorial Health Systems (S FL), Aspen Valley Hospital, Mount Sinai Medical Center, Naples Comprehensive Health, Orlando Health, Hospital for Special Surgery.

Entendo que seleccionei uma opção de cobertura limitada a uma área geográfica e/ou rede de provedores e aceito que isto culmina em restrições em relação a estas regiões e/ou os provedores para os quais meu plano possui cobertura.

**Opção 2:  
Mundial Limitada**

**Cobertura excluída nos países a seguir:**

Brasil, China, Hong Kong, Alemanha, Japón, Singapur, Suíza, Reino Unido, Estados Unidos

Mensagem importante e aceite das condições.

Não oferece cobertura nos seguintes países: Brasil, China, Hong Kong, Alemanha, Japão, Singapura, Suíça, Estados Unidos.

Entendo que seleccionei uma opção de cobertura limitada a uma área geográfica e/ou rede de provedores e aceito que isto culmina em restrições em relação a estas regiões e/ou os provedores para os quais meu plano possui cobertura.

**Cobertura Geográfica** ▾

**Rede de Provedores** ▾

**Opção 3:  
América Latina**

**Latam Aberta**

**Latam Limitada**

Livre escolha de médicos e hospitais na América Latina.

Livre escolha de médicos e hospitais na América Latina, exceto nos hospitais a seguir:

Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo; Hospital Sirio-Libanês, São Paulo; Centro Médico ABC, México; Hospital Ángeles, México; CMH-Hospital Galenia, Cancún - México; Saint Luke's Hospitals, Cabo San Lucas- México; Hospital Joya, Puerto Vallarta - México; Hospital CIMA, Costa Rica; Hospital La Católica, Guadalupe - Costa Rica; Clínica Las Condes, Estoril Chile; Clínica Alemana, Vitacura - Chile; Hospital del Diagnóstico Colonia Escalón, San Salvador - El Salvador; Hospital El Pilar, Guatemala.

Mensagem importante e aceite das condições.

Livre escolha de hospitais e médicos em todo o mundo

Mensagem importante e aceite das condições.

Livre escolha de médicos e hospitais na América Latina, exceto nos hospitais a seguir: Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo; Hospital Sirio-Libanês, São Paulo; Centro Médico ABC, São Paulo; Hospital Angeles, México; CMH-Hospital Galenia, Cancun, México; Saint Luke's Hospitals, Cabo San Lucas, México; Hospital Joya, Puerto Vallarta, México; Hospital CIMA, Costa Rica; Hospital La Católica, Guadalupe, Costa Rica; Clínica Las Condes, Estoril, Chile; Clínica Alemana, Vitacura, Chile; Hospital del Diagnóstico Colonia Escalón, San Salvador, El Salvador; Hospital El Pilar, Guatemala.

Entendo que seleccionei uma opção de cobertura limitada a uma área geográfica e/ou rede de provedores e aceito que isto culmina em restrições em relação a estas regiões e/ou os provedores para os quais meu plano possui cobertura.





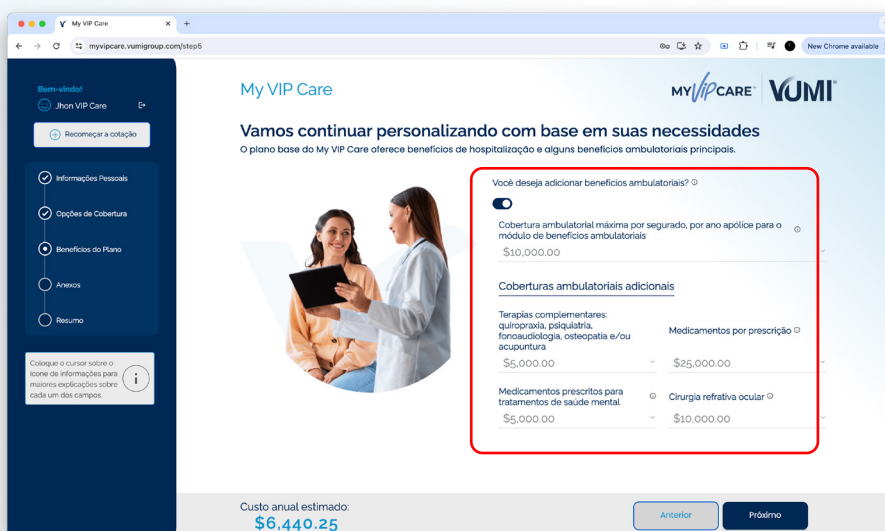
## Benefícios do Plano

### BENEFÍCIOS AMBULATORIAIS E DE MATERNIDADE

Ao selecionar a opção de adicionar benefícios ambulatoriais, outras opções serão ativadas como Cobertura ambulatorial máxima.

Para o benefício de maternidade e de complicações de maternidade e do recém-nascido será aplicada a franquia selecionada e um período de carência de 10 meses. A inclusão do recém-nascido será efetuada sem avaliação de riscos, se nascido em uma maternidade coberta.

Lembre-se que a elegibilidade para o benefício de maternidade é para mulheres titulares ou cônjuges solicitantes entre 18 e 43 anos, e não aplica para filhas dependentes.

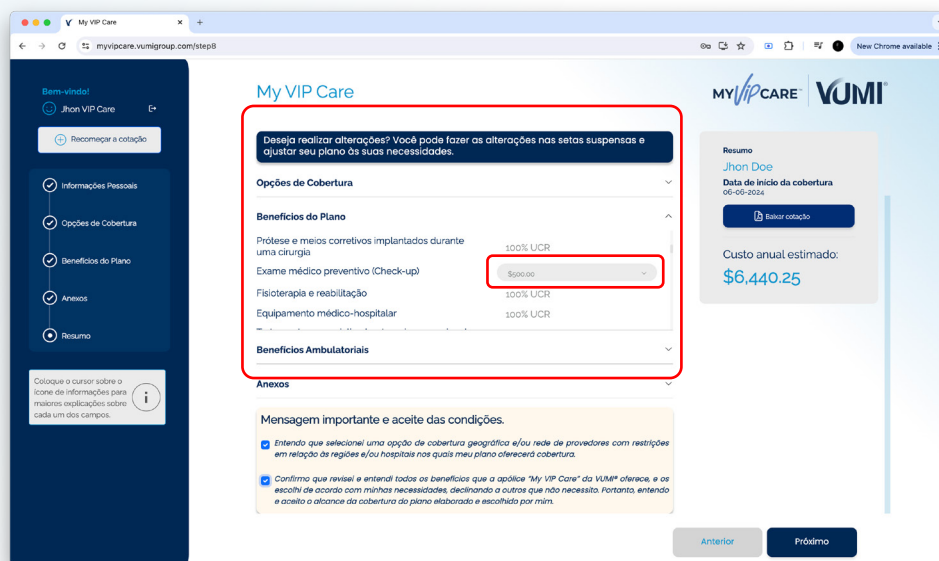


## Resultado da Cotação

### RESUMO DA COTAÇÃO E AJUSTES SOB MEDIDA

Em forma de menu suspenso, você poderá visualizar todas as coberturas e benefícios do plano, incluindo as opções selecionadas nos benefícios personalizados. Nesta tela você ainda pode realizar alterações nas coberturas. Os benefícios cuja a cobertura possui um fundo cinza são modificáveis. Já aqueles cuja cobertura possui um fundo branco são pré-determinados e não podem ser alterados.

Além disso, é possível voltar para as telas anteriores a qualquer momento, basta clicar nos títulos do menu azul à esquerda.



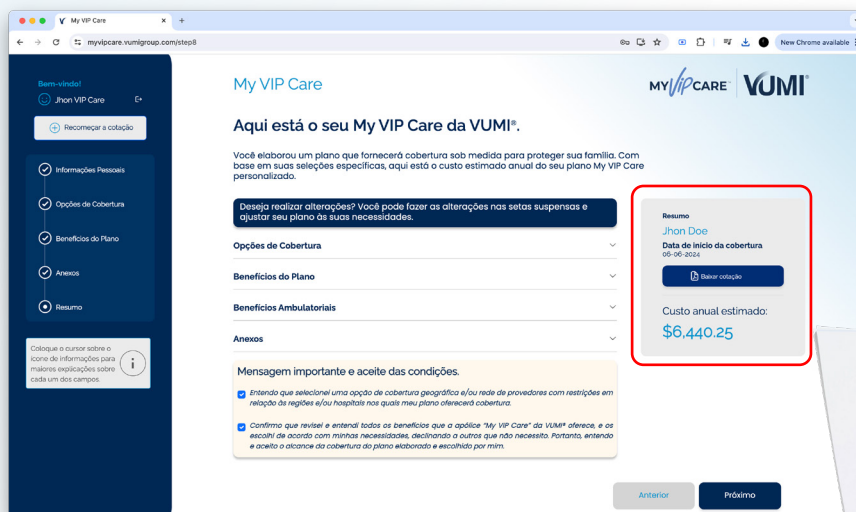


## FAÇA O DOWNLOAD DA COTAÇÃO

Nesta mesma tela está o botão **Baixar cotação**, logo acima dos detalhes de **Custo anual estimado**.

Neste resumo do plano em formato PDF você encontrará toda a informação geral do solicitante titular, os dependentes e a cotação detalhada com diferentes frequências de pagamento. As páginas seguintes detalham os benefícios do plano, os quais estarão sombreados com um fundo cinza, caso tenham sido personalizados.

Confirme as opções selecionadas e sejam aceitos os termos e condições no quadrado amarelo, em seguida, clique em **Próximo**.

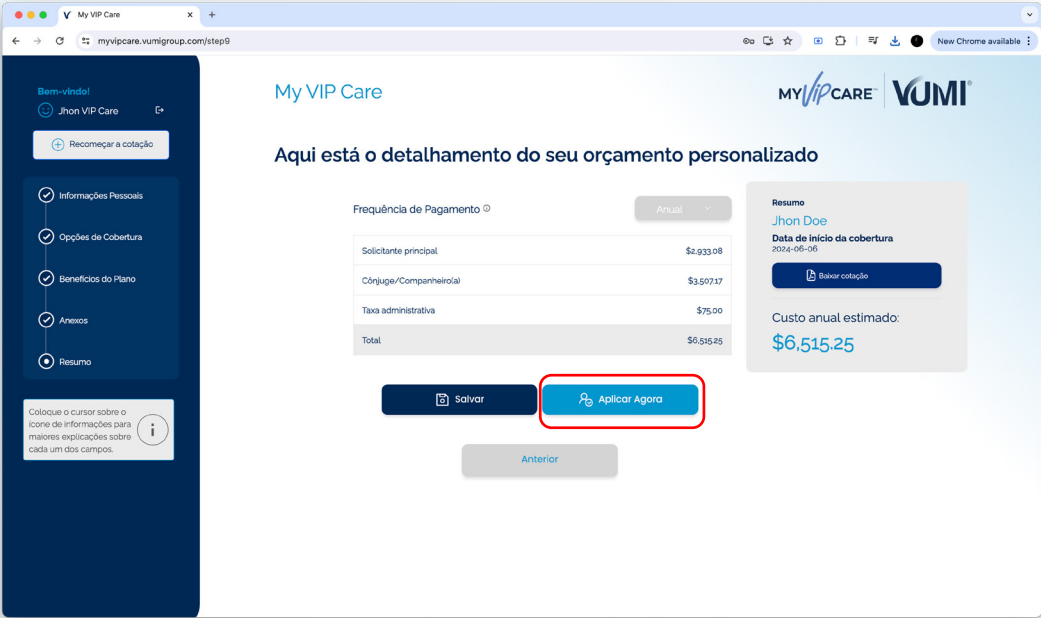


## Resultado da Cotação

### SALVAR A COTAÇÃO OU APLICAR AGORA

Ao clicar em **Salvar**, a cotação que você criou será salva automaticamente na seção **Minhas Cotações** no Portal do Consultor, além disso, você receberá um e-mail com um link para continuar sua solicitação a qualquer momento.

Ao clicar no botão **Aplicar Agora** você será dirigido para a tela do processo de Solicitação.



The screenshot displays the 'My VIP Care' interface. On the left, a dark sidebar contains a navigation menu with items: 'Bem-vindo!', 'Jhon VIP Care', 'Recomeçar a cotação', 'Informações Pessoais', 'Opções de Cobertura', 'Benefícios do Plano', 'Anexos', and 'Resumo'. A tooltip is visible over the 'Resumo' item, stating: 'Coloque o cursor sobre o ícone de informações para maiores explicações sobre cada um dos campos.' The main content area is titled 'My VIP Care' and 'Aqui está o detalhamento do seu orçamento personalizado'. It features a table for 'Frequência de Pagamento' (Anual) with the following data:

Frequência de Pagamento	
Solicitante principal	\$2.933,08
Cônjuge/Companheiro(a)	\$3.507,17
Taxa administrativa	\$75,00
<b>Total</b>	<b>\$6.515,25</b>

To the right of the table is a 'Resumo' box for 'Jhon Doe' with 'Data de início da cobertura' 2019-06-06 and a 'Baixar cotação' button. Below the table are three buttons: 'Salvar', 'Aplicar Agora' (highlighted with a red box), and 'Anterior'.



## PASSO 2

### COMECE A PREENCHER O FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

Lembre-se de responder cada pergunta com a informação real e exata, para evitar qualquer contratempo para seu cliente.

The screenshot shows the 'Informação do Solicitante Principal' form. A modal dialog box titled 'Solicitação' is displayed in the center, containing the following text:

Esta solicitação é um documento legal que deve ser lido e preenchido em sua totalidade, tal como assinado pelo solicitante principal e seu consultor. O solicitante principal e seu(s) dependent(es) deverão anexar a esta solicitação uma cópia do passaporte ou documento de identificação pessoal (de preferência que contenha o número de CPF). Caso você padeça de alguma condição médica existente, deverá declarar detalhadamente na seção de Condições Médicas. Os solicitantes que tenham 65 anos de idade cumpridos ou mais, deverão incluir a Declaração do Médico Tratante ou Atendente devidamente preenchida e assinada pelo seu médico. Se a informação proporcionada estiver incompleta ou sem assinar, isso causará certa demora no processo de avaliação e emissão da apólice. Além disso, a YUMI se reserva o direito de consultar o solicitante ou o seu médico caso julgue necessário.

The background form fields include:

- Nome(s): Jhon
- Número de CPF: 123123123123
- País: Brasil
- Região ou estado: Brasília
- Cidade: Brasília
- Endereço: Street 1 Ave 2
- Código postal: 700012
- E-mail: jhondoe@email.com
- Nacionalidade: Brasil
- Telefone do escritório: 1231231212
- Telefone celular: 12312312312
- Telefone residencial: 123123123
- Fax: (empty)
- Profissão: Officer
- Estado civil: Casado(a)
- Altura: 1,75
- Peso: 90
- Data de nascimento: May 29, 1990
- Sexo: Masculino
- Idioma: Inglês

This screenshot shows the same form as above, but with the 'Altura' and 'Peso' fields highlighted in red. The form is now populated with the following data:

- Nome(s): Jhon
- Inicial do segundo nome: (empty)
- Sobrenome(s): Doe
- Número de CPF: 123123123123
- País: Brasil
- Região ou estado: Brasília
- Cidade: Brasília
- Endereço: Street 1 Ave 2
- Código postal: 700012
- E-mail: jhondoe@email.com
- Nacionalidade: Brasil
- Telefone do escritório: 1231231212
- Telefone celular: 12312312312
- Telefone residencial: 123123123
- Fax: (empty)
- Profissão: Officer
- Estado civil: Casado(a)
- Altura: 1,75
- Peso: 90
- Data de nascimento: May 29, 1990
- Sexo: Masculino
- Idioma: Português



**Importante:** Caso o solicitante e seus dependentes sejam menores de 65 anos, não declarem condições pré-existentes e seus índices de BMI estejam dentro dos parâmetros normais, a apólice padrão será emitida de forma imediata.

## Formulário de Solicitação

### QUESTÕES MÉDICAS E HISTÓRICO FAMILIAR

Continue preenchendo a informação de seu cliente e dependentes até chegar na seção de **Exames Médicos, Condições Médicas, Medicamentos, Hábitos e Histórico Familiar**. Caso você responda “sim” a qualquer uma destas perguntas, serão habilitados campos de perguntas adicionais, as quais deverão ser respondidas com total honestidade e relevância para uma avaliação ágil.

Lembre-se de que a inconsistência ou a falta desta informação será considerada como sinal de má-fé no aceite das obrigações contratuais da Apólice. A VUMI® Group, I.I se reserva o direito de rejeitar a solicitação.

Exames Médicos

Alguns dos solicitantes realizou algum exame diferente de exame de rotina nos últimos 5 anos? Se sim, indique:

Não  Sim

Alguns dos solicitantes teve alguma consulta médica nos últimos 9 meses? Se sim, indique:

Não  Sim

Alguns dos solicitantes sofreu algum acidente nos últimos 5 anos? Se sim, indique:

Não  Sim

Alguns dos solicitantes realizou exame médico pediátrico, ginecológico ou de rotina nos últimos 5 (cinco) anos?

Não  Sim

Condições Médicas

Tanto quanto é do seu conhecimento e compreensão, algum dos solicitantes recebeu tratamento médico, ou realizou algum teste de diagnóstico e/ou sofreu de alguma das seguintes doenças?

a)  Não  Sim

Solicitante	Condição, doença ou lesão	Desde
Selecione uma opção		dd/mm/yyyy

O solicitante tem a condição até o momento?

Sim  Não

Tratamento e resultado:

Status atual da condição, doença ou lesão (ex. Se você estiver em tratamento, a condição foi resolvida ou está sob controle)

Nome do médico: \_\_\_\_\_ Telefone do médico: \_\_\_\_\_

b) Convulsões, enxaquecas, paralisia ou outro distúrbio neurológico  Não  Sim

c) Distúrbios do coração, distúrbios circulatórios, hipertensão arterial, colesterol ou triglicédeos elevados  Não  Sim

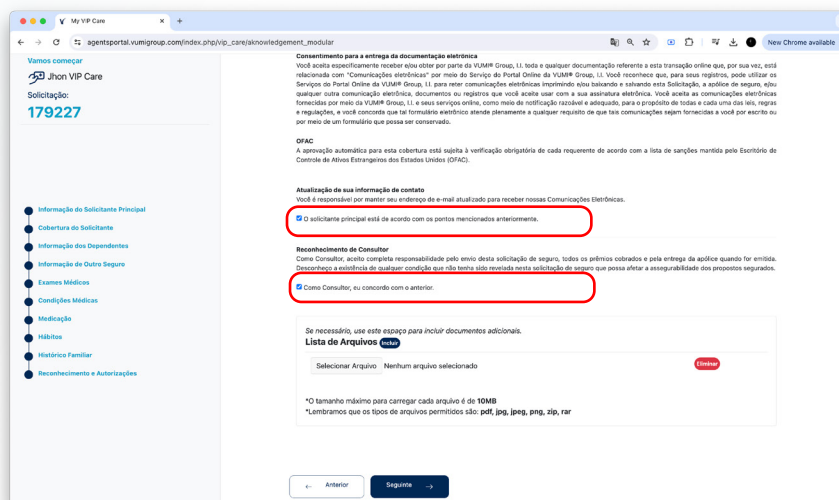
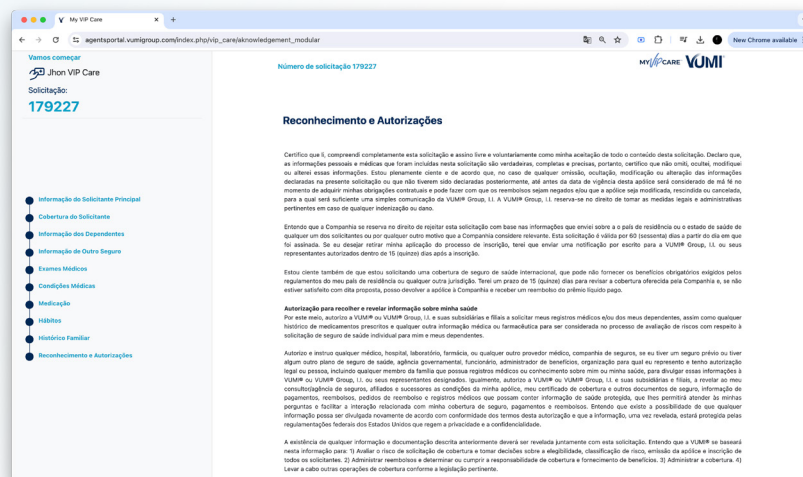


# Formulário de Solicitação

## RECONHECIMENTO E AUTORIZAÇÕES

É importante que seu cliente leia, entenda, reconheça, valide e aceite todo o conteúdo da solicitação e conceda autorização para coletar e revelar informações sobre sua saúde.

Ao selecionar a opção **Aceito**, o cliente está assinando esta solicitação de maneira eletrônica. Além disso, aceita estar legalmente obrigado pelos termos e condições desta Solicitação e aceita que sua assinatura eletrônica (“E-Signature”) é equivalente legal de sua assinatura manual nesta solicitação.





## Processo de Pagamento

### PASSO 3

#### INFORMAÇÃO DE PAGAMENTO

Na seção de informação de pagamento, você encontrará o detalhe de pagamento de acordo com a frequência de pagamento escolhida. O valor do prêmio a pagar pode estar sujeito à mudanças de acordo com avaliação de riscos.

Você pode escolher a opção de pagamento que melhor se acomoda ao seu cliente, inclusive a opção de **pagar somente quando a solicitação tenha sido aprovada**.

Modidade da apólice: Anual

Prêmio anualizado: \$ 6,440.25  
*Esta quantidade não inclui a taxa administrativa*

Taxa administrativa anual: \$ 75.00

Quantidade total: \$ 6,515.25

Método de pagamento

Primeiro pagamento: \$ 6,515.25

**Método de pagamento**

Para pagamentos realizados por transferência, ou cheque, use a seguinte informação:

Beneficiário: YUMI GROUP LLC 2350 Lakeside Blvd #105, Richardson, Texas 75082	Número de conta: 1511025379 ABA: 111017879 Código SWIFT: TXCBUS44
--	---

Endereço: Texas Capital Bank N.A  
Richardson, Texas 75082

Cheque  Transferência Bancária  Cartão de crédito  Verificação eletrônica (ACH)  Pagar uma vez que a solicitação seja aprovada

Anterior Seguinte

banco: TEXAS CAPITAL BANK N.A  
Endereço: Richardson, Texas 75082

Cheque  Transferência Bancária  Cartão de crédito  Verificação eletrônica (ACH)  Pagar uma vez que a solicitação seja aprovada

**Dados do cartão**

Número do cartão\*\*  
1234 5678 9123 4567

Data de expiração: MM/YY CVC

**Dados do dono do cartão**

Nome: Sobrenome: Código Postal:

Endereço:

Telefone: E-mail:

Corrigir Salvar

Débito automático para renovações futuras:  Sim  Não

Anterior Seguinte



## Processo de Pagamento

### INFORMAÇÃO DE REEMBOLSO

Como último passo, selecione o método de reembolso da preferência de seu cliente. Preencha a informação solicitada e clique em **Enviar Solicitação**.

De acordo com as respostas às perguntas médicas, a solicitação pode ser aprovada imediatamente ou enviada ao departamento de Avaliação de Riscos para revisão.

Vamos começar  
Jhon VIP Care  
Solicitação:  
**179227**

Número de solicitação 179227

**Método de Pagamento para reembolsos futuros**

Favor indicar o método pelo qual deseja receber o pagamento dos seus reembolsos. Lembramos a você que a transferência (wire transfer) é o método mais rápido e seguro para este fim.

**Método**

Conta corrente  Transferência Bancária  N/A

Nome do beneficiário  Número de telefone  País

Cidade  Endereço  Referência

Vamos começar  
Jhon VIP Care  
Solicitação:  
**179227**

Número de solicitação 179227

**Método de Pagamento para reembolsos futuros**

Favor indicar o método pelo qual deseja receber o pagamento dos seus reembolsos. Lembramos a você que a transferência (wire transfer) é o método mais rápido e seguro para este fim.

**Método**

Conta corrente  Transferência Bancária  N/A

Sua solicitação foi enviada para análise.



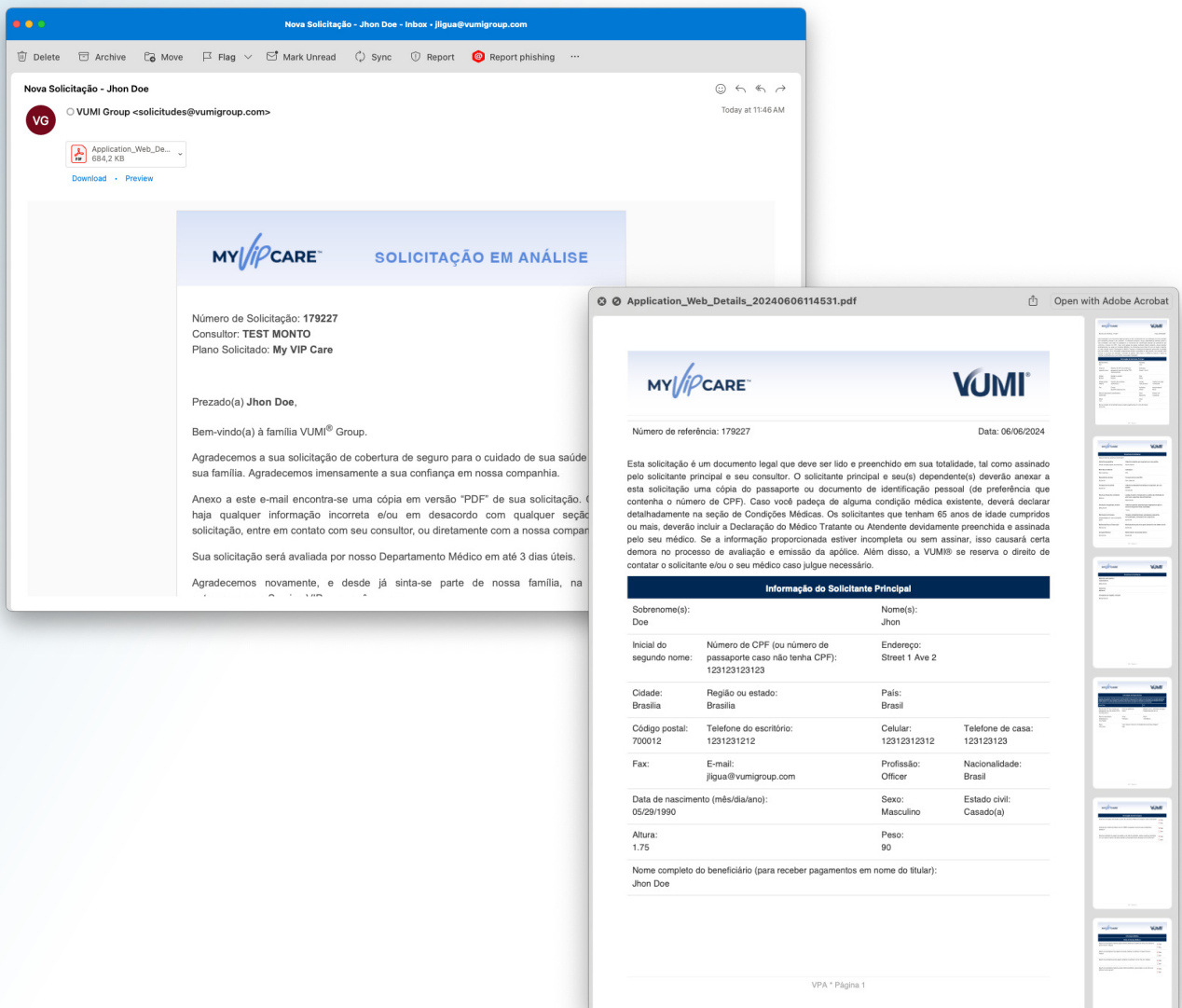
## Emissão de Apólice

### PASSO 3

### REVISÃO DA SOLICITAÇÃO

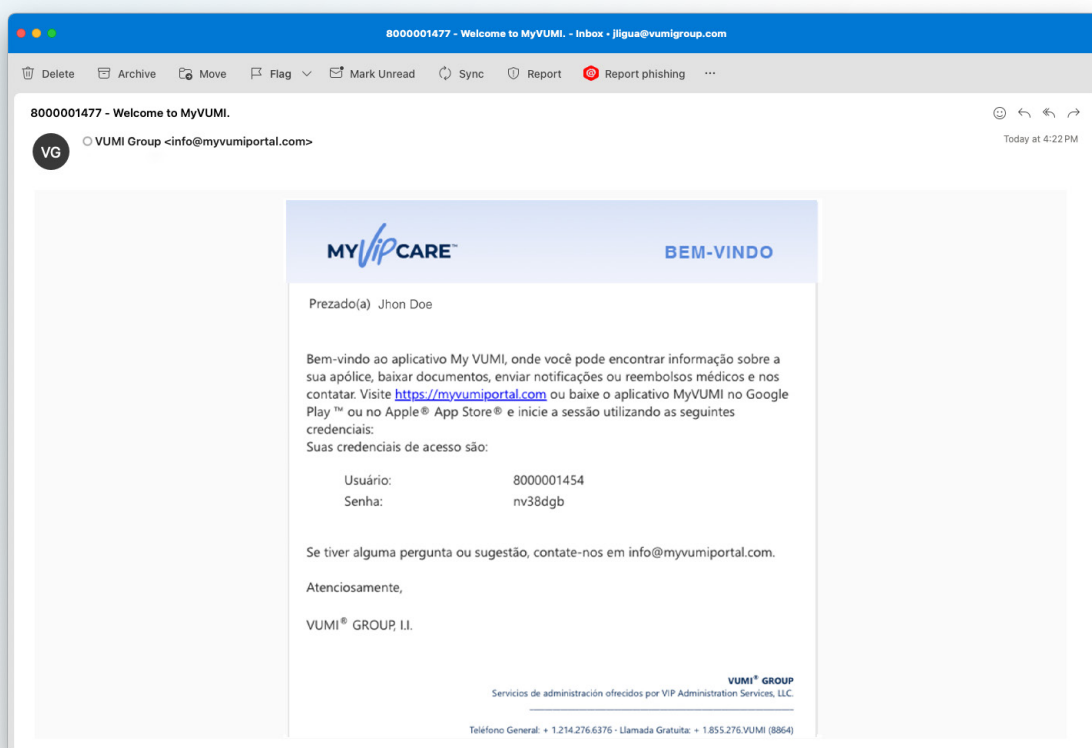
Ao enviar a solicitação você vai receber um e-mail detalhando a revisão feita pelo departamento de Avaliação de Riscos. Em aproximadamente 3 dias úteis você receberá uma resposta. Caso não haja nenhum impeditivo, se processará a emissão da Apólice.

Caso a informação proporcionada na solicitação não esteja correta, entre em contato com a equipe da VUMI® pelo e-mail [newbusiness@vumigroup.com](mailto:newbusiness@vumigroup.com), ou siga as instruções do e-mail enviado anteriormente.



## ● Emissão da Apólice

Uma vez que o Departamento de Riscos aprove a solicitação e o pagamento seja efetuado, o novo segurado e o consultor receberão um e-mail de boas-vindas com o número da apólice e a senha de acesso ao Portal do Segurado MyVUMI™, no qual constarão os documentos da apólice.





**VUMI® GROUP**

**Serviços de administração oferecidos pela VIP Administration Services, LLC.**

---

Número de Telefone Geral: +1.214.276.6376 • Ligação Gratuita: +1.855.276.VUMI (8864)  
**[info@vumigroup.com](mailto:info@vumigroup.com) • [www.vumigroup.com](http://www.vumigroup.com)**