

## GUIA DO USUÁRIO



The image displays three devices showing the MyVIP Care user interface. The laptop screen shows the main registration page with the following content:

### MyVIP Care

O Plano MyVIP Care™ vem com uma cobertura básica integral, que inclui amplos benefícios e permite que outros sejam personalizados de acordo com suas necessidades específicas. Uma vez selecionadas as opções de cobertura básica, é possível incluir benefícios adicionais necessários. Tais coberturas incluem: benefício ambulatorial, complicações de maternidade e do recém-nascido, check-ups preventivos, cirurgia refrativa, cirurgia bariátrica e medicamentos para a perda de peso.

#### Fale-nos sobre você

Preencha as informações abaixo para começar a construir um plano personalizado

Data de início da cobertura	Nome
30 - Jan - 2025	John
Endereço de e-mail	Data de nascimento
john.doe@gmail.com	30 - Mar - 1990
País de residência	Você precisa adicionar um dependente?
Venezuela	<input type="checkbox"/>

Custo anual estimado: **\$0.00**

The tablet and smartphone screens show the same interface, demonstrating its responsive design across different devices.

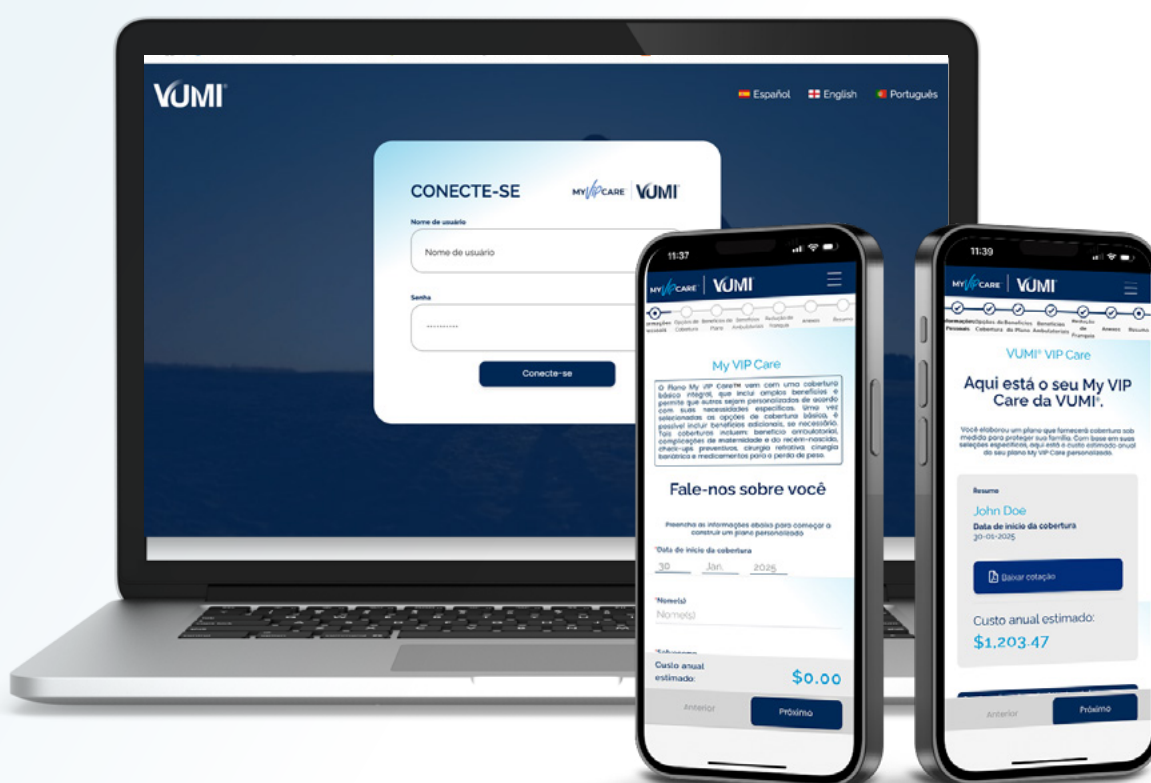
## ÍNDICE

- Sobre o My VIP Care™
- Passo 1: criação do plano ..... 4
  - Informações pessoais e dependentes
  - Opções de cobertura
  - Benefícios do plano
  - Benefícios ambulatoriais
  - Redução de franquia
  - Anexos
  - Revisão de Seleção e Download de Cotação
  - Salvar cotação
- Passo 2: completar a solicitação ..... 15
  - Informações e cobertura do solicitante
  - Perguntas médicas: exames, condições, medicamentos, hábitos e histórico familiar
  - Reconhecimento e Autorizações
- Passo 3: Pagamento da apólice ..... 18
  - Opções de pagamento
  - Método de reembolso
- Passo 4: Emissão de apólice ..... 20
  - Revisão da solicitação
  - Emissão de apólices



## SOBRE O MY VIP CARE™

O **My VIP Care™** é um produto inovador que oferece um plano básico abrangente, repleto de benefícios essenciais. Além disso, permite que o segurado personalize a cobertura e adicione benefícios extras conforme suas necessidades específicas. Após definir o escopo da cobertura, é possível incluir opções como benefícios ambulatoriais, cobertura de maternidade, complicações de maternidade e do recém-nascido e muito mais.



## COMO ACESSAR O MY VIP CARE™?

Acesse a cotação do **My VIP Care™** pelo botão disponível no **Portal do Consultor** ou diretamente no **App VUMI® Agent Central**, na seção **Cotações**. Para cotações personalizadas, é necessário utilizar credenciais de login no **Portal do Consultor**.

## Informações pessoais

### PASSO 1

#### COMO INICIAR UMA COTAÇÃO?

Ao iniciar uma cotação no My VIP Care™, a primeira coisa que você precisa fazer é preencher os campos de informações pessoais. Nessa tela, você pode optar por incluir um dependente, se necessário.

**Curiosidade:** ao inserir o nome do seu cliente no campo “Nome”, você verá como ele se reflete no nome do plano personalizado. Quando você receber o resumo do plano, a página de rosto aparecerá personalizada. Exemplo: Se você escreveu “John” no campo, no final do plano, o resumo e a cotação do plano serão intitulados **“John’s VIP Care”**.

The screenshot displays the 'My VIP Care' user interface. On the left, a dark blue sidebar contains a navigation menu with options: 'Recomeçar a cotação', 'Informações Pessoais' (selected), 'Opções de Cobertura', 'Benefícios do Plano', 'Benefícios Ambulatoriais', 'Redução de Franquia', 'Anexos', and 'Resumo'. Below the menu is a small information icon with the text: '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 features the MYVIPCARE and YUMI logos. A text box explains the plan's coverage. Below this is the 'Fale-nos sobre você' section, which prompts the user to fill out personal information for a personalized plan. The form includes fields for 'Data de início da cobertura' (30 Jan 2025), 'Nome(s)' (John), 'Sobrenome' (Doe), 'Endereço de e-mail' (john.doe@mail.com), 'Data de nascimento' (30 Mar 1990), 'Gênero' (Masculino selected), 'País de residência' (Venezuela), and a checkbox for 'Você precisa adicionar um dependente?'. At the bottom, it shows 'Custo anual estimado: \$0.00' and navigation buttons for 'Anterior' and 'Próximo'. A red rectangular box highlights the top-left portion of the interface, specifically the 'Bem-vindo!' header, the user name 'John VIP Care', and the 'Recomeçar a cotação' button.





## Informações sobre os dependentes

### QUER ADICIONAR UM DEPENDENTE?

Se você quiser adicionar um ou mais dependentes, clique no botão **Adicionar dependente**. Preencha todos os detalhes no formulário e clique novamente em **Adicionar**. Você pode repetir a mesma etapa até completar o número de dependentes que seu cliente precisa. Depois que os dependentes forem inseridos, você poderá clicar em **Próximo**.



**Importante:** apenas o cônjuge, parceiro doméstico ou filhos de 23 anos ou menos do segurado podem ser adicionados sob a mesma apólice. Ao completar 24 anos, uma pessoa não é mais elegível para cobertura de filho dependente.

Opções de cobertura

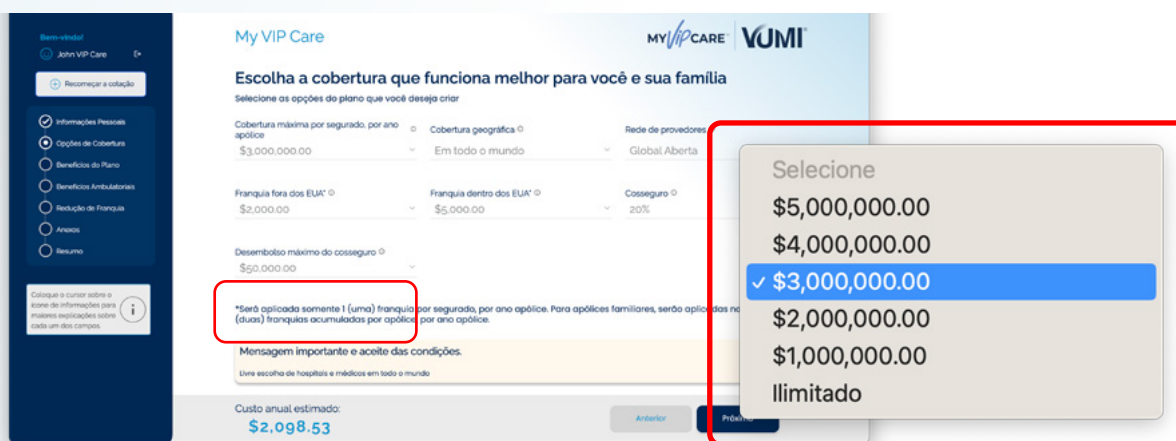


ESCOLHENDO AS COBERTURAS

Nas opções de cobertura, você começará a selecionar os principais benefícios do seu plano, como, cobertura máxima por segurado, por ano apólice; cobertura geográfica; rede de provedores; franquia dentro e fora dos EUA; Cosseguro e máximo de desembolso.

Em todos os campos a partir daqui você encontrará o ícone ⓘ. Ao passar o mouse sobre este ícone, aparecerá a explicação ou referência do benefício para que você possa aprofundar as informações sobre ele. Ao concluir suas escolhas, toque em **Próximo**.

A partir desta tela você poderá ver como o **Custo Anual Estimado** é modificado e ajustar as opções levando em consideração o orçamento do seu cliente.



**Importante:** dependendo do que o cliente selecionar na opção Cobertura Geográfica, diferentes alternativas serão habilitadas dentro da opção Rede de Provedores, onde você poderá consultar as restrições de cada opção na caixa amarela de informações que aparecerá na parte inferior da tela. É importante ler e entender essas mensagens sobre a aceitação das escolhas que aparecerão de acordo com o que você selecionar.

COMBINAÇÃO 1

Cobertura Geográfica

Selecione

- América Latina
- Limitada mundialmente
- Em todo o mundo

Rede de Provedores

Selecione

- Global Aberta
- Global Limitada

Mensagem importante e aceite das condições.

Libre escolha de hospitales e médicos em todo o mundo

## COMBINAÇÃO 2

### Cobertura Geográfica ▾

Selecione

- América Latina
- Limitada mundialmente
- Em todo o mundo

### Rede de Provedores ▾

Selecione

- Global Aberta
- Global Limitada

Livre escolha de médicos e hospitais em todo o mundo, exceto nos hospitais nos Estados Unidos a seguir:

- Instituto Oncológico Dana Farber
- Memorial Sloan Kettering Cancer Center
- MD Anderson Cancer Center
- Hospital Presbiteriano de Nova 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

#### Mensagem importante e aceite das condições.

Livre escolha de médicos e hospitais no mundo, exceto nos hospitais nos 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.

Entendo que selecionei 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.

## COMBINAÇÃO 3

### Cobertura Geográfica ▾

Selecione

- América Latina
- Limitada mundialmente
- Em todo o mundo

#### Exclui cobertura nos países a seguir:

China, Hong Kong, Alemanha, Japão, Singapura, Suíça, Reino Unido e os 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 selecionei 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.

## COMBINAÇÃO 4

### Cobertura Geográfica ▾

Selecione

- ✓ América Latina
- Limitada mundialmente
- Em todo o mundo

### Rede de Provedores ▾

Selecione

- ✓ América Latina Aberta
- América Latina Limitada

Livre escolha de médicos e hospitais na América Latina

Mensagem importante e aceite das condições.

Livre escolha de médicos e hospitais na América Latina.

Entendo que selecionei 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.

## COMBINAÇÃO 5

### Cobertura Geográfica ▾

Selecione

- ✓ América Latina
- Limitada mundialmente
- Em todo o mundo

### Rede de Provedores ▾

Selecione

- América Latina Aberta
- ✓ América Latina Limitada

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

- Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo
- Hospital Sirio-Liban, 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 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 selecionei 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

### MAIS BENEFÍCIOS PERSONALIZADOS

Nessa tela, o segurado pode selecionar o escopo dos benefícios como a seguir:

- Condições congênitas
- Tratamento de lesões durante o treinamento ou a prática de atividades esportivas não profissionais e de alto risco
- Cobertura gratuita estendida para dependentes elegíveis após a morte do segurado
- Transplante de órgãos e tecidos
- Tratamento de saúde mental hospitalar

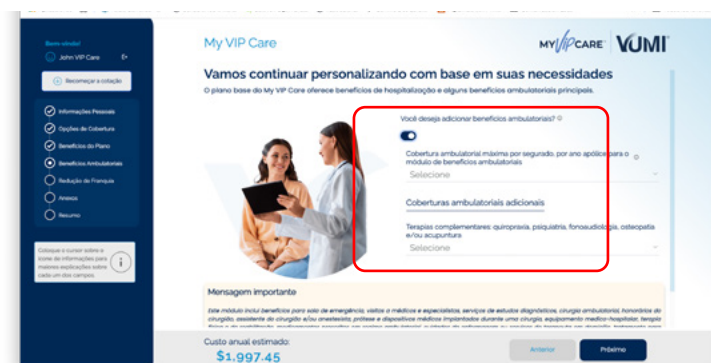


## Benefícios Ambulatoriais

### PERSONALIZAÇÃO DE ACORDO COM AS NECESSIDADES ESPECÍFICAS DO CLIENTE

Ao selecionar os benefícios adicionais para regime ambulatorial serão ativadas opções como **Cobertura Máxima Ambulatorial e Terapias Complementares**.

Ao finalizar a seleção sobre a cobertura desejada, é importante ler as informações que serão exibidas na caixa amarela antes de pressionar o botão **Próxim**.



## Redução de Franquia

### BENEFÍCIO PARA REDUZIR A FRANQUIA DO PLANO

O segurado tem a opção de adicionar ao seu plano um benefício que reduz a franquia em até US\$ 5.000 para o primeiro tratamento ambulatorial ou hospitalização em caso de acidente grave, conforme definido pela apólice.



## Anexos

### BENEFÍCIOS DE COMPLICAÇÕES DO RECÉM-NASCIDO E DE MATERNIDADE

Para o benefício de complicações do recém-nascido e de maternidade, se aplica a franquia selecionada e um período de carência de 10 meses. Lembre-se de que a elegibilidade para este benefício é para mulheres titulares ou cônjuges solicitantes entre 18 e 43 anos e não se aplica a filhas dependentes.

Também é importante lembrar que este plano ou o anexo não oferece benefícios de cuidados de maternidade, incluindo parto e cuidados pré e pós-natais. Esta informação aparecerá em uma caixa amarela que você deve aceitar antes de continuar.





## Riders

### COBERTURAS PREVENTIVAS PARA COMPLEMENTAR

O My VIP Care™ tem a opção de incluir o benefício de check-up médico preventivo, após um período de carência de 3 meses, sem aplicação de franquia ou cosseguo, se aplicável.

Além disso, dentro das opções de anexo você também pode optar por adicionar cobertura de **cirurgia refrativa ocular**, após cumprir a franquia e o cosseguo correspondente, se aplicável.

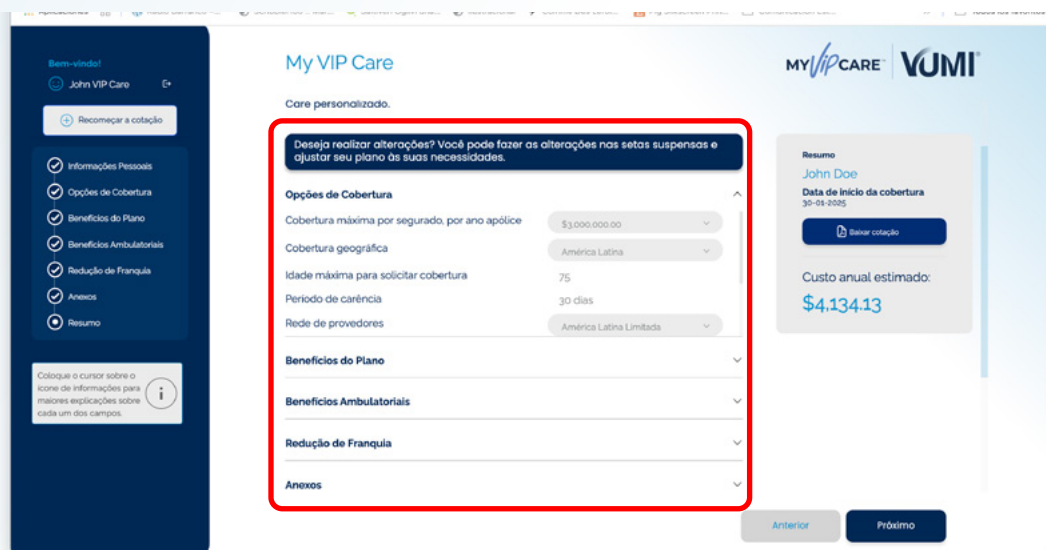


## Resultado da Cotação

### REVISE E ALTERE AS OPÇÕES SELECIONADAS

Você poderá visualizar todas as coberturas e benefícios do plano em um menu suspenso, incluindo os benefícios incluídos no plano básico e as opções selecionadas para os benefícios personalizados. Nesta tela você ainda pode fazer alterações nas coberturas selecionadas. Os benefícios cuja cobertura você verá com fundo cinza são os que você pode modificar. Os outros benefícios cuja cobertura está no fundo branco são aqueles que por padrão já estão incluídos no plano personalizado.

Além disso, você pode retornar a qualquer uma das telas anteriores clicando nos títulos acima do menu azul à esquerda





## DOWNLOAD DA COTAÇÃO

Na mesma tela, você verá o botão **Baixar cotação** logo acima do valor do **Custo anual estimado**.

Neste resumo do plano em formato PDF, você encontrará as informações gerais do solicitante titular, dos dependentes e a cotação detalhada com diferentes frequências de pagamento. As páginas a seguir detalham os benefícios do plano, onde você encontrará os benefícios que foram personalizados sombreados em cinza. Depois de concordar com as seleções e aceitar os termos e condições na caixa amarela, você pode clicar em **Próximo**.

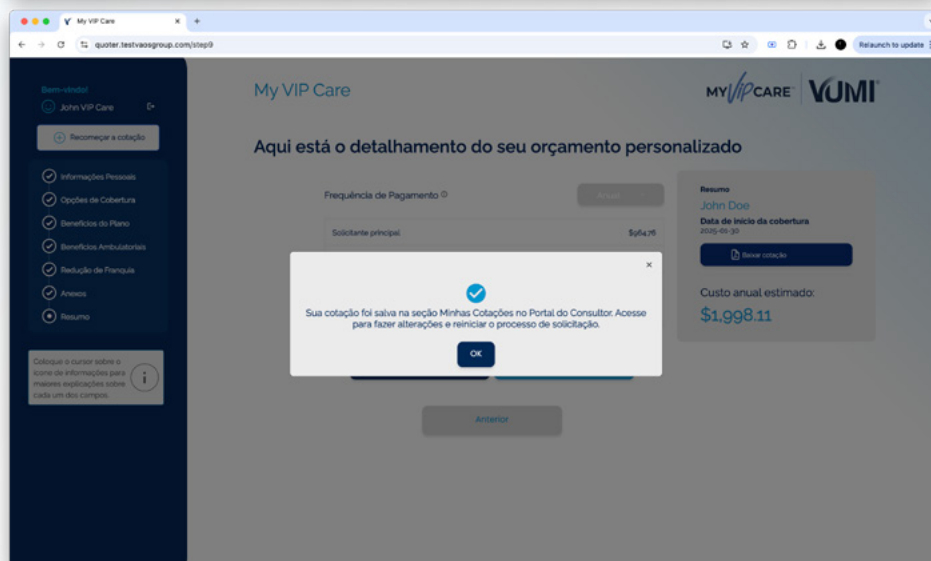
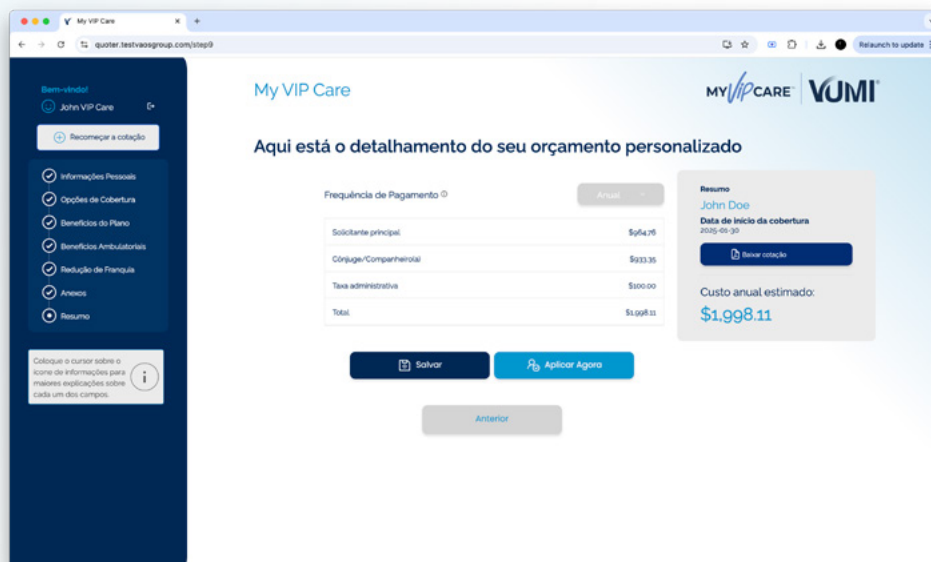


## Resultado da Cotação

### SALVAR COTAÇÃO OU APLICAR AGORA

Quando você clica em **Salvar**, a cotação criada será salva diretamente na seção **Minhas cotações** do Portal do Consultor. Você pode acessar a cotação a partir deste local para fazer as alterações necessárias e/ou iniciar o processo de solicitação.

Caso deseje ser redirecionado para a tela do processo de Solicitação basta clicar no botão **Aplicar agora**.



## Formulário de Solicitação

### PASSO 2

### PREENCHA O FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

Lembre-se de responder a cada pergunta com informações reais e corretas, para evitar contratempos para o seu cliente.

**Solicitação**

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) dependente(s) 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 VUMI® se reserva o direito de contatar o solicitante e/ou o seu médico caso julgue necessário.

OK

**Informação do Solicitante Principal**

Preencha as informações abaixo para começar a criar sua solicitação.

Nome(s) John	Inicial do segundo nome	Sobrenome(s) Doe	Número de CPF	Pais Venezuela
Região ou estado Caracas	Cidade Caracas	Endereço Urb. Castilla v12	Código postal 090114	E-mail john.doe@mail.com
Nacionalidade Selecione uma opção	Telefone do escritório 0983168580	Telefone celular 09123456789	Telefone residencial 09831682334	Fax 11
Profissão Oficial	Estado civil Casado(a)	Altura Metros 1,65	Peso Libras 130	
Data de nascimento 30 mar 1990	Sexo <input checked="" type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino			

Nome completo do beneficiário (para receber pagamentos em nome do titular)



**Importante:** Se o Solicitante e seus dependentes tiverem menos de 65 anos, não declararem condições pré-existent e apresentarem índice de massa corporal dentro dos parâmetros normais, uma apólice padrão será emitida, após a verificação de cada membro em relação à lista de sanções mantida pelo OFAC.

## Formulário de Solicitação

### PERGUNTAS MÉDICAS E HISTÓRICO FAMILIAR

Continue preenchendo as informações de seus clientes e dependentes até chegar às seções **Exames Médicos, Condições Médicas, Medicamentos, Hábitos e Histórico Familiar**. Se em alguma das perguntas, a resposta for Sim, serão habilitados outros campos de perguntas adicionais que você deve responder com total honestidade e fornecer todas as informações relevantes para uma avaliação ágil.

Lembre-se de que o não fornecimento dessas informações será considerado um sinal de má-fé na aceitação das obrigações contratuais da apólice. A VUMI® Group, I.I. reserva-se o direito de recusar a solicitação.

Vamos começar  
John VIP Care  
Solicitação:  
21604

- Informação do Solicitante Principal
- Cobertura do Solicitante
- Informação de Outro Seguro
- Exames Médicos
- Condições Médicas
- Medicação
- Hábitos
- Histórico Familiar
- Reconhecimento e Autorizações

#### 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

Vamos começar  
John VIP Care  
Solicitação:  
21604

- Informação do Solicitante Principal
- Cobertura do Solicitante
- Informação de Outro Seguro
- Exames Médicos
- Condições Médicas
- Medicação
- Hábitos
- Histórico Familiar
- Reconhecimento e Autorizações

#### Exames Médicos

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

Solicitante	Tipo de exame	Motivo do exame
John Doe		

Resultado  
 Normal  Anormal

Alguns dos solicitantes está atualmente realizando outros exames para confirmar o diagnóstico?  
 Não  Sim

Cancelar Salvar





## Formulário de Solicitação

### RECONHECIMENTO E AUTORIZAÇÕES

É fundamental que seu cliente leia, compreenda, reconheça e valide todas as informações da solicitação, além de autorizar a coleta e o compartilhamento de dados sobre sua saúde e a de seus dependentes.

Ao marcar a caixa de seleção “**Concordo**”, o cliente está assinando eletronicamente esta solicitação, reconhecendo que sua Assinatura Eletrônica tem o mesmo valor legal de uma assinatura física. Além disso, declara estar legalmente vinculado aos termos e condições estabelecidos.

Vamos começar

**John VIP Care**

Solicitação:

**21592**

- Informação do Solicitante Principal
- Cobertura do Solicitante
- Informação dos Dependentes
- Informação de Outro Seguro
- Exames Médicos
- Condições Médicas
- Medicação
- Hábitos
- Histórico Familiar
- Reconhecimento e Autorizações

#### Reconhecimento e Autorizações

Certifico que li, compreendi completamente esta solicitação e assino livre e voluntariamente como minha aceitação de todo o conteúdo desta solicitação. Declaro que as informações pessoais e médicas que foram incluídas nesta solicitação são verdadeiras, completas e precisas, portanto, certifico que não omiti, ocultei, modifiquei ou alterei essas informações. Estou plenamente ciente e de acordo que, no caso de qualquer omissão, ocultação, modificação ou alteração das informações declaradas na presente solicitação ou que não tiverem sido declaradas posteriormente, até antes da data de vigência desta apólice será considerado de má fé no momento de adquirir minhas obrigações contratuais e pode fazer com que os reembolsos sejam negados e/ou que a apólice seja modificada, rescindida ou cancelada, para a qual será suficiente uma simples comunicação da VUMI® Group, L.L.A. A VUMI® Group, L.L. reserva-se no direito de tomar as medidas legais e administrativas pertinentes em caso de qualquer indenização ou dano.

Entendo que a Companhia se reserva no direito de rejeitar esta solicitação com base nas informações que enviei sobre a o país de residência ou o estado de saúde de qualquer um dos solicitantes ou por qualquer outro motivo que a Companhia considere relevante. Esta solicitação é válida por 60 (sessenta) dias a partir do dia em que foi assinada. Se eu desjar retirar minha aplicação do processo de inscrição, terei que enviar uma notificação por escrito para a VUMI® Group, L.L. ou seus representantes autorizados dentro de 15 (quinze) dias após a inscrição.

Estou ciente também de que estou solicitando uma cobertura de seguro de saúde internacional, que pode não fornecer os benefícios obrigatórios exigidos pelos regulamentos do meu país de residência ou qualquer outra jurisdição. Terei um prazo de 15 (quinze) dias para revisar a cobertura oferecida pela Companhia e, se não estiver satisfeito com dita proposta, posso devolver a apólice à Companhia e receber um reembolso do prêmio líquido pago.

**Autorização para recolher e revelar informação sobre minha saúde**

Por este meio, autorizo a VUMI® ou VUMI® Group, L.L. e suas subsidiárias e filiais a solicitar meus registros médicos e/ou dos meus dependentes, assim como qualquer histórico de medicamentos prescritos e qualquer outra informação médica ou farmacêutica para ser considerada no processo de avaliação de riscos com respeito à solicitação de seguro de saúde individual para mim e meus dependentes.

Autorizo e instruo qualquer médico, hospital, laboratório, farmácia, ou qualquer outro provedor médico, companhia de seguros, se eu tiver um seguro prévio ou tiver algum outro plano de seguro de saúde, agência governamental, funcionário, administrador de benefícios, organização para qual eu represento e tenho autorização legal ou pessoa, incluindo qualquer membro da família que possua registros médicos ou conhecimento sobre mim ou minha saúde, para divulgar essas informações à VUMI® ou VUMI® Group, L.L. ou seus representantes designados. Igualmente, autorizo a VUMI® ou VUMI® Group, L.L. e suas subsidiárias e filiais, a revelar as meu consultoria de seguros, afiliados e sucessores as condições da minha aplicação, meu certificado de cobertura e outros documentos de seguro, informação de pagamentos, reembolsos, pedidos de reembolso e registros médicos que possam conter informação de saúde protegida, que lhes permitirá atender às minhas perguntas e facilitar a interação relacionada com minha cobertura de seguro, pagamentos e reembolsos. Entendo que existe a possibilidade de que qualquer informação possa ser divulgada novamente de acordo com conformidade dos termos desta autorização e que a informação, uma vez revelada, estará processada pelas regulamentações federais dos Estados Unidos que regram a privacidade e a confidencialidade.

Vamos começar

**John VIP Care**

Solicitação:

**21592**

- Informação do Solicitante Principal
- Cobertura do Solicitante
- Informação dos Dependentes
- Informação de Outro Seguro
- Exames Médicos
- Condições Médicas
- Medicação
- Hábitos
- Histórico Familiar
- Reconhecimento e Autorizações

#### Atualização de sua informação de contato

Você é responsável por manter seu endereço de e-mail atualizado para receber nossas Comunicações Eletrônicas.

O solicitante principal está de acordo com os pontos mencionados anteriormente.

**Reconhecimento de Consultor**

Como Consultor, aceito completa responsabilidade pelo envio desta solicitação de seguro, todos os prêmios cobrados e pela entrega da apólice quando for emitida. Desconheço a existência de qualquer condição que não tenha sido revelada nesta solicitação de seguro que possa afetar a segurabilidade dos projetos segurados.

Como Consultor, eu concordo com o anterior.

Se necessário, use este espaço para incluir documentos adicionais.

**Lista de Arquivos** Adicionar

Selecionar Arquivo Nenhum arquivo selecionado Eliminar

\*O tamanho máximo para carregar cada arquivo é de 10MB  
\*Lembramos que os tipos de arquivos permitidos são: pdf, jpg, jpeg, png, zip, rar

← Anterior
Seguinte →



## Processo de pagamento

### PASSO 3

#### INFORMAÇÕES DE PAGAMENTO

Na seção **Informações de pagamento**, você encontrará os detalhes do pagamento de acordo com a frequência de pagamento escolhida. O valor do prêmio a pagar pode ser alterado em função da avaliação de riscos.

Você pode escolher a opção de pagamento que melhor se adapta ao seu cliente, incluindo a opção de **pagar assim que a solicitação for aprovada**

The screenshot shows the 'Método de pagamento' (Payment Method) section. On the left, a sidebar lists navigation options, with 'Informação de Pagamento' selected. The main area displays a table with payment details: 'Quantidade total' (Total amount) at \$4,134.13 and 'Primeiro pagamento' (First payment) at \$4,134.13. Below this, the 'Método de pagamento' section provides bank transfer information for 'Beneficiário' (Beneficiary): VUMI® GROUP, L.L., 2350 Lakeside Blvd #105, Richardson, Texas 75082. It also lists 'Número de conta' (Account number): 1511025379, 'ABA' (ABA number): 111017979, and 'Código SWIFT' (SWIFT code): TXCBUS44. At the bottom, there are radio button options for payment methods: 'Cheque', 'Transferência Bancária', 'Cartão de crédito', 'Verificação eletrônica (ACH)', and 'Pagar uma vez que a solicitação seja aprovada'. The 'Pagar uma vez que a solicitação seja aprovada' option is highlighted with a red box. Navigation buttons for 'Anterior' and 'Seguinte' are visible at the bottom.

The screenshot shows the 'Dados do cartão' (Card Details) section. At the top, the same payment method options are shown, with 'Cartão de crédito' (Credit card) selected. The form fields include: 'Número do cartão\*\*' (Card number) with the value 1234 5678 9123 4567; 'Data de expiração' (Expiration date) with 'MM / YY' format and a 'CVC' field; 'Dados do dono do cartão' (Cardholder details) including 'Nome' (Name), 'Sobrenome' (Surname), and 'Código Postal' (Postal code); 'Endereço' (Address); 'Telefone' (Phone); and 'E-mail'. At the bottom, there are 'Cancelar' and 'Salvar' buttons.



## Processo de pagamento

### INFORMAÇÕES DE REEMBOLSO

Como etapa final, selecione o método de reembolso preferido de seu cliente. Preencha as informações necessárias e clique em **Enviar solicitação**.

A solicitação pode ser aprovada imediatamente (pendente de verificação em relação à lista do OFAC) com base nas respostas a perguntas médicas, ou pode ser submetida para revisão do departamento de Avaliação de Riscos.



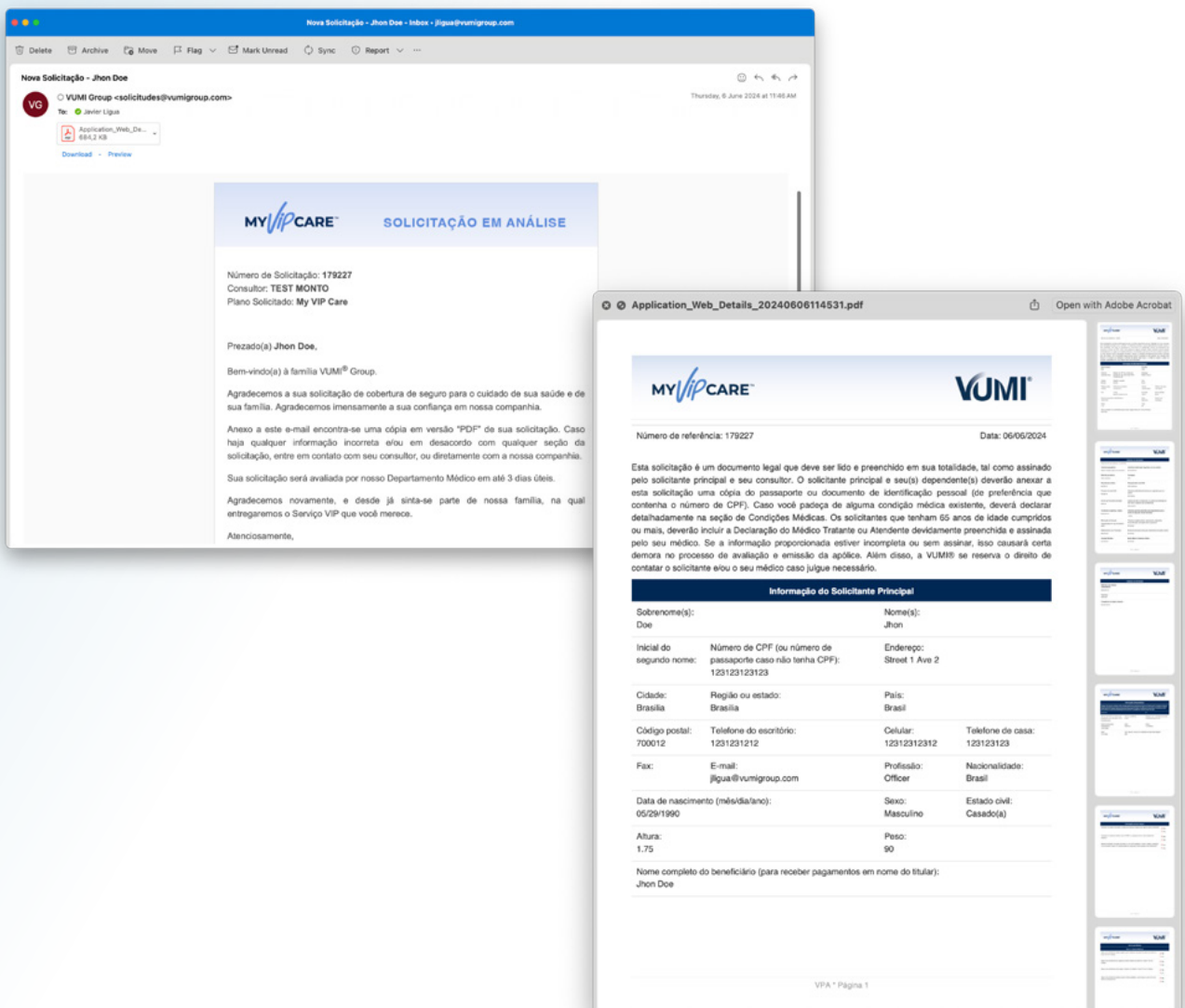
## Emissão da apólice

### PASSO 4

### REVISÃO DA SOLICITAÇÃO

Após o envio da solicitação, você receberá um e-mail com os detalhes da análise realizada pelo departamento de **Avaliação de Riscos**. O prazo para resposta é de até **3 dias úteis**. Caso não haja pendências, a apólice será emitida sem contratempos.

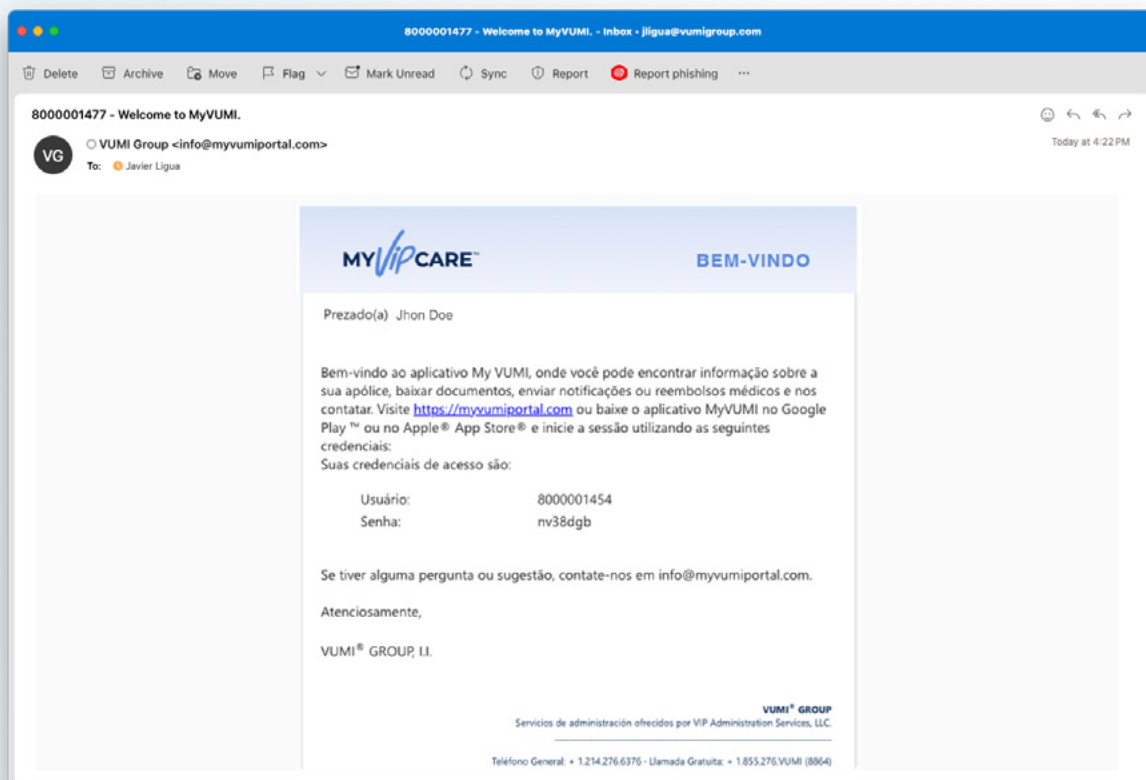
Se houver alguma inconsistência nas informações da solicitação, entre em contato com a equipe VUMI® pelo e-mail [applications@vumigroup.com](mailto:applications@vumigroup.com) ou siga as instruções fornecidas na mensagem recebida.





## Emissão da apólice

Após a aprovação da equipe de Avaliação de Riscos e a confirmação do pagamento, o cliente e o consultor receberão um e-mail de boas-vindas contendo os documentos da apólice e as instruções de acesso ao Portal do Segurado MyVUMI™.





**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)**