



GUIA DO USUÁRIO







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
	 Perguntas médicas: exames, condições, medicamentos, hábitos e histórico familiar Reconhecimento e Autorizações
•	Passo 3: Pagamento da apólice18
	 Opções de pagamento Método de reembolso
•	Passo 4: Emissão de apólice20
	 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".**







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.

Rem-vinded John VIP Care C C Recompcine a cotacle C polycles of a Coberture C C C C C C C C C C C C C	My VIP Care		MY //PCARE" YUMI"
Coloque o curtor table o minimum explações para minimum explações para minimum explações para minimum explações para minimum explações para	Você pode adicionar seu cônjuge *O termo "dependentes" se refere a fr direito a cobertura de dependentes. Adicionar dependente	s appendentes	Je Idade. os. Ao completar 24 anos, a pessoa não tem mais
	Custo anual estimado: \$0.00		Anterior Próximo
Bern-vindel John VIP Care E* • Recomeçar a cotação	My VIP Care Conte-nos sobre seu	s dependentes	MY//PCARE VUMI
Petromações Pressoas Opções de Cobentura Opções de Cobentura Opções de Cobentura Oprofes de Cobentura	Vocé pode adicionar seu cónjuge/companhe "Nome(s) Jane "Género Masculino • Feminino	Sobrenome(s) Doe Data de nascimento 25 ~ Jul. ~ 2004 ~	Pala de residência Venezuela
Celegue e cursor sobre o corre de aformações para maiores esploações sobre ceda um dos campos			
	Custo anual estimado: \$0.00		Conceilor Adicionar

MY //PCARE



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 (i). 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

Mensagem importante e aceite das condições.

Livre escolha de hospitais e médicos em todo o mundo

Rede de Provedores







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 Heaith 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 \smallsetminus

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 Prove	do	re	s 🗸
---------------	----	----	-----

Selecione

América Latina Aberta

América Latina Limitada

Livre escolha de médicos e hospitais na América Latina

Cobertura Geográfica 🗸	Rede de Provedores 🗸
COMBINAÇÃO 5	
Entendo que selecionei uma opção de cobertura limitada a uma área a estas regiões e/ou os provedores para os quais meu plano possui co	geográfica e/ou rede de provedores e aceito que isto culmina em restrições em relação obertura.
Livre escolha de médicos e hospitais na América Latina.	
Mensagem importante e aceite das condições.	

Selecione Selecione América Latina Limitada mundialmente Em todo o mundo 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 Sírio-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

	aplicação de franqui	a)			
Oppões de Cobertura	Condições congênitas, vitalicio O		Lesões durante o treino ou prática de atividades e esportes perigosos não perifissionais	0	Cobertura estendida gratuita para dependentes elegíveis após a morte do securado
Beneficios do Plano	\$1.000.000.00	×	\$250,000.00	×	1 ano ·
Beneficios Ambulatorias Redução de Francula	Transplante de órgãos e tecidos O		Tratamento de saúde mental hospitalar	0	
America	\$1.000.000.00	~	\$150.000.00	Ŷ	
) Resurro					
que o cursor sobre o					
ves explicações sobre rum dos campos.					

Beneficios 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**.

bern vindel	My VIP Care	MY/PCARE VUMI
John VIP Care 6+		
(i) Becomeçar a cotação	Vamos continuar person o plano base do My VP Core oferece bene	nalizando com base em suas necessidades rícios de hospitalização e alguns beneficios ambulatoriais principais.
2) Informações Pessoas		Vool deseja adicionar beneficios ambulatoriais? 0
Opybes de Cobertura		
Beneficios do Plano Beneficios Antolatoriais		Cobertura ambulatorial máxima por segurado, por ano apólice para o omódulo de beneficios ambulatoriais
Redução da Français		Selecione
		Coberturas ambulatoriais adicionais
) teuro		Terspias complementares: quiropravia, psiquiatria, fonoaudiologia, osteopatia e/ou acusurtura
ripe a cursor adhre a ne de informações para cons exclicações adore		Selecione
e um dos cámpos.	Mensagem importante	
	Este módulo inclui beneficios poro solo de energia cituação, assistente do cituação e/ou anestesisto,	ncia, vialtos o mádricos e especialistos, serviços de estudos dispróteticos, cirurgis anducatorial, honorários de prótese e dispositivos mádricos implantados durante uma cirurgis, explanamento medico-hospitales, fengies en encluios ante intervir a disteinos de unadantesena o servicios de terminario e ana destabilita terminaria ence
	Custo anual estimado:	Antanior Provino





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 cosseguro, 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 cosseguro 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

John VIP Care E*	My VIP Care			MY CARE VUIVI
+ Recomeçar a cotação	Care personalizado.		_	
🕗 Informações Pessoais	Deseja realizar alterações? Você pode fazer as ajustar seu plano às suas necessidades.	alterações nas setas suspen	sas e	Resumo
Opções de Cobertura	Opções de Cobertura		^	Data de início da cobertura
neficios do Plano	Cobertura máxima por segurado, por ano apólice	\$3,000,000.00	•	Characteria
reficios Ambulatoriais	Cobertura geográfica	América Latina	~	[2] same conten
lução de Franquia	Idade máxima para solicitar cobertura	75		Custo anual estimado:
nemos	Período de carência	30 dias		\$4.134.13
umo	Rede de provedores	América Latina Limitada	~	+1-51-5
	Beneficios do Plano		~	
Informações para Informações sobre dos campos.	Beneficios Ambulatoriais		~	
	Redução de Franquia		~	
	Anexos		~	





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.**

Bern-vinded) John VIP Care C) Recomeçar a cataçalo) Recomeçar a cataçalo) Informações Pessoals) Opções de Cabertura) Opções de Cabertura	My VIP Care Care personolizado. Deseja realizar alterações nas setas suspensas e ajustar seu plano às suas necessidades. Opções de Cobertura Opções de Cobertura Benefícios do Plano Benefícios Ambulatoriais Redução de Pranquia	Reame Data de incide da cobertura 30-00-000 Custo anual estimado: \$4,134.13	
Coloque e cursor sobre o insienes explorações sobre cada um dos compos	Anoxo Mensagem importante e aceite das condições. Contrado que selecional uma opodo de cobertura geográfico e/ou rede de provedores com restrice e contrado de regiões e/ou podotabilis nos quais menu plano demecerá ocobertura. Podota de obragatorio		TINP USUARIO





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**.

••• ¥ My VP Care X +		
← → ♂ ≒ quoter.testvaosgroup.com/step9		Cl 😒 🙂 🖸 🛃 🔴 Relaurch to update
Bern-winde/ John VIP Care F*	My VIP Care	
Recomeçar a cotação	Aqui está o detalhamento do seu	u orçamento personalizado
Informações Resoluis Opçobes de Cobertura Opçobes de Cobertura Beneficios do Plano O Beneficios Ambulatoriais Denotridos Ambulatoriais	Frequência de Pagamento O Solotarte principal Conjuger/Companiental	Artual - Dob John Doe Solars 69435 69335
	Taxa administrativa Total	S10000 Custo anual estimado: S199811 \$1 008 11
Collegan e curior sobre o score de información para s maiores englicações sobre coda um dos compos.	Solver 3	Ag Apiloar Agora
♥ ♥ My VP Care X + ← → □ ⊕ ⊕ ⊕ Demonship ⊕ ⊕ ⊕ ⊕	My VIP Care	
John VP Care F	Aquí está o detalhamento do seu	
Antimações Pasaula Optos de Colentura Optos de Colentura Onereficia da Para Anticular da	Prequincia de Piggemento O solotares principal Sua cotação foi salva na seção Minhas Cotações no para fazer aterações e reinicitar o process cor	ne Portal do Consultor Acesse esso de soloctação.





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.

John VIP Care	Numero de solicitaç					
Solicitação:						
21592						
21002	Informac					
	, in or in a s	Solicitação				
	Preencha as in					
Informação do Solicitante Principal	Esta	solicitação é um documento legal que nchido em sua totalidade, tal como as	deve ser lido e sinado pelo	Montes de		Bula
Cohertura do Solicitante	Nome(s) solic	itante principal e seu consultor. O solio	citante principal e	Numero de	2 CPF	Pais
Informania dos Denendentes	cópi	a do passaporte ou documento de ider	ntificação pessoal			Venezuela
Informação da Outro Seguro	(de p Região ou e pade	preterencia que contenha o numero de eça de alguma condição médica existe	nte, deverá		Código postal	E-mail
Examas Midlevs	deck Os s	arar detalhadamente na seção de Con olicitantes que tenham 65 anos de ida	dições Médicas. de cumpridos ou			johndoe@mail.com
Constraines Medicos	mais	, deverão incluir a Declaração do Médi	ico Tratante ou			
Attacionado	Nacionalida méd	ico. Se a informação proporcionada es	tiver incompleta	one celular	Telefone residencial	Fax
O Hábitos	Selecione ur availi	ação e emissão da apólice. Além disso	, a VUMI® se			
Listárico Camiliar	Profissão Caso	rva o direito de contatar o solicitante e julgue necessário.	/ou o seu médico		Pero	
Gacophecimento a 6 decimentes					bha	
			ок	<u> </u>		
	Data de nat					
	30 mar 1990		Frankrish			
		Masculino	Feminino			
		handlaide fears reaches non-montas				
famos começar	Nome completo do em nome do titular	uenenciano (para receber pagamentos			MY	
Yamos começar 万 John VIP Care Solicitação:	Nome completo do em nome do titulari Número de solicitaçã	io 21592			му//рс	are VUMI
Yamos começar ⋽ John VIP Care Solicitação: 21592	Nome completo do em nome do titulari Número de solicitaçã Informação do	io 21592 D Solicitante Principal			му <i>//р</i> с	are VUMI
/amos.começar ⋽ John VIP Care Solicitação: 21592	Nome completo do em nome do titulari Número de solicitaçã Informação do Preencha as informaçõe	io 21592 O Solicitante Principal es abaixo para começar a criar sua solici	itação.		MY/IPC	are VUMI
/amos começar	Nome completo do em nome do titulari Número de solicitaçã Informação do Preencha as informaçõe Nome(s)	io 21592 O Solicitante Principal es abaixo para começar a criar sua solici Inicial do segundo nome	itação. Sobrenome(s)	Número de	MY //PC	pars
Vamos começar John VIP Care Solicitação: 21592 Informação do Solicitante Principal Cobertura do Solicitante	Nome completo do em nome do titulari Número de solicitaçã Informação do Preencha as informação Nome(s) John	io 21592 D Solicitante Principal es abaixo para começar a críar sua solici Inicial do segundo nome	itação. Sobrenome(s) Doe	Número de	MY //PC	País
Aamos começar John VIP Care Solicitação: 21592 Informação do Solicitante Principal Cobertura do Solicitante Principal Cobertura do Solicitante Principal	Nome completo do em nome do titular Número de solicitaçã Informação do Preencha as informaçõe Nome(s) John	io 21592 D Solicitante Principal es abako para começar a criar sua solici Inicial do segundo nome	itação. Sobrenome(s) Doe	Número de	MY // PC	País Vencuela
Armos começar John VIP Care Solicitação: 21592 Informação do Solicitante Principal Cobertura do Solicitante Principal Informação do Solicitante Principal Informação do Solicitante Principal	Nome completo do em nome do titular Número de solicitaçã Informação do Preencha as informação Nome(s) John Região ou estado	io 21592	itação. Sobrenome(s) Doe Endereço	Número de	NY (iP C	Pais Vincuota
Armos começar John VIP Care solicitação: 21592 Informação do Solicitante Principal Cobertura do Solicitante Informação do Dependentes Informação do Cutro Seguro Exames Médicos	Nome completo do em nome do titular Número de solicitaçã Informação do Preencha as informação Nome(s) John Região ou estado Caracas	io 21592 D Solicitante Principal es abaixo para começar a criar sua solici Inicial do segundo nome Cidade Caracas	itação. Sobrenome(s) Doe Endereço Urb. Castilla v12	Número de	MY JPC	Pais Venezunia E-mail johndoe@mail.com
Armos começar John VIP Care Solicitação: 21592 Informação do Solicitante Principal Octoritura do Solicitante Informação do Dependentes Informação do Dependentes Informação do Dependentes Informação do Cutro Seguro Destante Medicos Condições Médicas	Nome completo do em nome do titular Número de solicitaçã Informação do Preencha as informação Nome(s) John Região ou estado Caracas	io 21592	itação. Sobrenome(s) Doe Endereço Urb. Castilla v12	Número de	MY //PC	País Vencuela E-mail johndoe@mail.com
/amos começar /	Nome completo do em nome do titular Número de solicitaçã Informação do Preencha as informaçõi Orreencha as informaçõi Nome(s) John Região ou estado Caracas Nacionalidade	io 21592	itação. Sobrenome(s) Doe Endereço Urb. Castila v12	Número de	MY //PC CPF Código postal 090114 Telefone residencial 090314	Pais Vencoutia E-mail johndoe@mail.com Fax 11
Amos começar John VIP Care Solicitação: 21592 Informação do Solicitante Principal Codertura do Solicitante Principal Informação do Dependentes Informação do Dutro Seguro Exames Médicos Condições Médicas Medicação	Nome completo do em nome do titular Número de solicitaçã Informação do Preencha as informaçõi Orme(s) John Região ou estado Caracas Nacionalidade Selecione uma copilo	io 21592 D Solicitante Principal es abaixo para começar a criar sua solici Inicial do segundo nome Cidade Caracas Telefone do escritório 0983168580	itação. Sobrenome(s) Doe Endereço Urb. Castila v12 9 Tei 09	Número de 	MY //PC CPF Cddigo postal 090114 Telefone residencial 09831682334	País Vincuvia johndoe@mail.com Fax 11
Armos começar John VIP Care Solicitação: 21592 Informação do Solicitante Principal Cobertura do Solicitante Principal Informação do Solicitante Principal Pr	Nome completo do em nome do titular Número de solicitaçã Informação do Preencha as informaçõe Nome(s) John Região ou estado Caracis Nacionalidade Selecione uma opção Profissão	io 21592	itação. Sobrenome(s) Doe Endereço Urb. Castila v12 9 Tei 09 Alt	Número de lefone celular 123456789	MY (PC CPF Código postal 090114 Telefone residencial 09831682334 Peso	Pais Vencuvia E-mail johndoe@mail.com Fax 1
Armos começar John VIP Care Solicitação: 21592 Informação do Solicitante Principal Cobertura do Solicitante Principal Cobertura do Solicitante Principal Cobertura do Solicitante Principal Informação do Solicitante Principal Cobertura do Solicitante Principal Cobertura do Solicitante Principal Cobertura do Solicitante Principal Informação do Solicitante Principal Inf	Nome completo do em nome do titular Número do solicitaçã Informação do Preencha as informação Nome(s) John Região ou estado Caracas Nacionalidade Selecione uma opção Profissão Oficial	io 21592 D Solicitante Principal es abaixo para começar a criar sua solic inicial do segundo nome Cidade Caracas Cidade Caracas Telefone do escritório Estado civil Casadó(a)	itação. Sobrenome(s) Doe Endereço Urb. Castilla v12 9 7 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Número de lefone celular 123456789 tura tura	MY (ip c c CPF Código postal 090114 Telefone residencial 09831682334 Peso Lbras	Pais Vencrusia E-mail johndoe@mail.com Fax 13
Armos começar John VIP Care Solicitação: 21592 Informação do Solicitante Principal Cobertura do Solicitante Principal Cobertura do Solicitante Principal Cobertura do Solicitante Principal Informação do Solicitante Principal Informação do Solicitante Principal Cobertura do Solicitante Principal Informação do Solicitante Principal Informação do Solicitante Principal Cobertura do Solicitante Principal Informação do Solicitante Principal Informação do Solicitante Principal Cobertura do Solicitante Principal Informação do Cutro Seguro Estarte Mádicos Informação do Solicitante Principal Informação do Solicitante Principal Informação do Solicitante Principal Informação do Cutro Seguro Informação I	Nome completo do em nome do titular Número do solicitaçã Informação do Preencha as informação Nome(s) John Região ou estado Caracas Nacionalidade Stelecine uma copilo Profissão Oficial	io 21592 D Solicitante Principal es abaixo para começar a criar sua solici Inicial do segundo nome Cidade Caracas Cidade Caracas Telefone do escritório O983168580 Estado civil Casado(a)	itação. Sobrenome(s) Doe Endereço Urb. Castilla v12 09 09 09 09	Número de lefone celular 122456789 Nura etos ~ 1.65	NY JPC	País Venceula E-mail johndoe@mail.com Fax 11
Armos começar John VIP Care Solicitação: 21592 Informação do Solicitante Principal Cobertura do Solicitante Informação do Solicitante Informação do Duro Seguro Examtes Mádicas Condições Mádicas Medicação Hobras Hobras Hobras Hobras Hobras	Nome completo do em nome do titular Número de solicitaçã Informação do Preencha as informação Nome(s) John Região ou estado Caracas Nacionalidade Selecione uma copio Profissão Oficial Data de nascimento	io 21592 D Solicitante Principal es abako para começar a criar sua solici Inicial do segundo nome Cidade Caracas Telefone do escritório 0083168580 Estado civil Casado(a) Sexo	itação. Sobrenome(s) Doe Endereço Urb. Castilla v12 Urb. Castilla v12 Alt M	Número de lefone celular 123456789 tura etos <u> </u>	MY JPC	País Vencuela E-mail johndoe@mail.com Fax 11 120
Amos começar Solicitação: 21592 informação do Solicitante Principal Cobertura do Solicitante Principal Cobertura do Solicitante Principal informação do Cutro Seguro Condições Médicas Medicação Medicação Hotória Familiar Reconhecimente e Autorizações	Nome completo do em nome do titular Número de solicitaçã Informação do Preencha as informaçõi John Região ou estado Caracas Nacionalidade Steicine uma coção Profissão Oficial Data de nascimento 30 mar 1990	io 21592 D Solicitante Principal es abaixo para começar a criar sua solici Inicial do segundo nome Cidade Caracas Telefone do escritório 0083166580 Estado civil Casado(a) Sexo Masculino	itação. Sobrenome(s) Doe Endereço Urb. Castila v12 Urb. Castila v12 Og Alt M	Número de lefone celular 123456789 tura tura 1,65	MY //PC CPF Código postal 090114 Telefone residencial 09031682334 Peso Lbras	Pais Vencoutia E-mail joindoe@mail.com Fax 11
Amos começar J John VIP Care Solicitação: 21592 Informação do Solicitante Principal Codertura do Solicitante Principal Codertura do Solicitante Principal Informação do Solicitante Principal Codições Mádicas Medicação Medicação Medicação Medicação Medicação	Nome completo do em nome do titular Número de solicitaçã Informação do Preencha as informaçõe Nome(s) John Região ou estado Caracis Nacionalidade Selecione uma copilo Profissão Oficial Deta de nascimento 30 mar 1990	io 21592 D Solicitante Principal es abaixo para começar a criar sua solici Inicial do segundo nome Cidade Caracas Telefone do escritório 0835166560 Estado civil Casado(a) Sexo Masculino	Itação. Sobrenome(s) Doe Endereço Urb. Castila v12 09 Vrb. Castila v12 09 Feminino	Número de lefone celular 123456789 tura etos v 1.65	NY (PC CCPF Código postal 090114 Telefone residencial 09831682334 Peso Libras	Pais Venczusta E-mail johndoe@mail.com Fax 11

Importante: Se o Solicitante e seus dependentes tiverem menos de 65 anos, não declararem condições pré-existentes 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	Exames Médicos
21604	Algum dos solicitantes realizou algum exame diferente de exame de rotina nos últimos 5 anos? Se sim, indique: Não Sim
Informação do Solicitante Principal Cobertura do Solicitante Informação de Outro Seguro Exames Midúces	Algum dos solicitantes teve alguma consulta médica nos últimos 9 meses? Se sim, indique: ● Não ─ O Sim
Consider Medicação Medicação Hábitos Hábitos Hestórico Familiar Reconhacimento e Autorizações	Algum dos solicitantes sofreu algum acidente nos últimos 5 anos? Se sim, indique: ● Não ○ Sim
	Algum dos solicitantes realizou exame médico pediátrico, ginecológico ou de rotina nos últimos 5 (cinco) anos?: • Não Sim
_	
Vamos começar D John VIP Care Solicitação: 21604	Exames Médicos
	Noum das solicitantes realizou alcum avana diferente de avana de mina por últimos E spor? Se sim indicum

Informação do Solicitante Principal			
Informação de Outro Seguro			
Exames Médicos	Solicitante	Tipo de exame	Motivo do exame
Condições Médicas	John Dee	~	
Medicação			
Hábítos	Resultado		
Histórico Familiar	Normal Anormal		
Reconhecimento e Autorizações	Algum dos solicitantes está a Rião O Sim	tualmente realizando outros exames para confirmar o	diagnóstice?
	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.

John VIP Care	
Solicitação:	
21592	Certifico que il, compreendi completamente esta solicitação e assino livre e valuntariamente como minha aceitação de todo o contecido desta solicitação Declaro que, as informações passoais e médicas que foram inculdas resta solicitação also varidadesa, completan e precisa, portanto, referito que ni omiti, ocurita, modificavi o autemente essan informações. Entos plenamente cintere e de acordo que, no ecos de qualque omitidas, contecidas, modificação alteração des informações declamadas na presente solicitação ou que não tivemen sido declavadas postinicmente, atel antes da data de vigência desta apólic alteração das informações declamadas na presente solicitação ou que não tivemen sido declavadas postinicmente, atel antes da data de vigência desta apólic
	seja modificada, rescindida ou cancelada, para a qual será suficiente uma simples comunicação da VUMI® Group, LL A VUMI®
Informação do Solicitante Principal	de tomar as medidas legais e administrativas pertinentes em caso de qualquer indenização ou dano.
Cobertura do Solicitante	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 o acida de contenente des adiabastes ou para de adeas entre a Companhia concidente adiabaste. Esta adiabaste de útilas para 60 (reservant) dire
Informação dos Dependentes	partir do dia em que foi assinada. Se eu desejar retirar minha aplicação do processo de inscrição, terei que enviar uma notificação por escrito para a VUM
Informação de Outro Seguro	Group, I.I. ou seus representantes autorizados dentro de 15 (quinze) días após a inscrição.
Exames Médicos	Estou ciente também de que estou solicitando uma cobertura de seguro de saúde internacional, que pode não fornecer os beneficios obrigatórios exigido
Condições Médicas	peros regulamentos do meu país de residencia ou quarquer outra junsdição, nere um prazo de 16 (quinze) dias para revisar a cobertura orerecida pe Companhia e, se não estiver satisfeito com dita proposta, posso devolver a apólice à Companhia e receber um reembolso do prêmio liquido pago.
Medicação	Autoritan la nara racolhar a ravalut información zobra ministra sulefa
Hábitos	Por este meio, autorizo a VUMI® ou VUMI® Group, LL e suas subsidiárias e filiais a solicitar meus registros médicos e/ou dos meus dependentes, assim com
Histórico Familiar	qualquer histórico de medicamentos prescritos e qualquer outra informação médica ou farmacêutica para ser considerada no processo de avaliação de risco com respeito à solicitação de seguro de saúde individual para mim e meus dependentes.
Reconhecimento e Autorizações	Acterios a interes multimar mádica baselial laboratária formácia su multimar máto remarder mádica companió-
	ou tiver algum outro plano de seguro de saúde, agência governamental, funcionário, administrador de beneficios, organização para qual eu represento
	tenho autorização legal ou pessoa, incluindo qualquer membro da familia que poisua registros médicos ou conhecimento sobre mim ou minha saúde, par divulgar essas informações à VUMI® ou VUMI® Group. LL ou seus representantes designados, Igualmente, autorizo a VUMI® ou VUMI® Group. LL e su
	subsidiárias e filiais, a revelar ao meu consultor/agência de seguros, afiliados e sucessores as condições da minha apólice, meu certificado de cobertura
	outros documentos de seguro, intormação de pagamentos, reemositos, pecidos de reemosito e registros medicos que possam conter intormação de sauc protegida, que lhes permitirá atender às minhas perguntas e facilitar a interação relacionada com minha cobertura de seguro, pagamentos e reemboliso
	Entendo que existe a possibilidade de que qualquer informação possa ser divulgada novamente de acordo com conformidade dos termos desta autorização que a informação, uma um remainda, anterió protecida paíse sere dependencias dos Estudos Lípicos que response a experiencia a a confidencialidade
Vamos começar Ø John VIP Care	Abuilização de sua informação de contato Você é responsável por marier seu endereço de e-mail abuilizado para receber nosas Conuricações Derdricas.
Vamos começar GB John VIP Care Solicitação: 21502	Abuilização de sua informação de contato Você é responsánti por marter seu endereço de e-mail atualizado para receber nossas Comunicações Betrónicas. O O solicitante principal está de acordo com os pontes mencionados anteriormente.
Vamos começar A John VIP Care Solicitação: 21592	Atuatização de sua informação de contato Você é responsável por manter su undereço de e-mail atualizado para receber nossas Comunicações Elefónicas. O oslectarte principal está de acordo com os pontos mencionados anteriormente. Reconhecimento de Consultor Como Consultor, aconto consiste responsabilidade para envio desta aslochação de seguro, todos os prêmios cobrados e pela entrega da apóleo quando fe entrida. Desconheço e autónica de qualquer condição que não tenha aldo revisida netos solicitação de seguro que posea altera a asequirabilidade do angostos tespandos.
Vamos começar John VIP Care Solicitação: 21592 Informação do Solicitante Principal	Atuatização de sua informação de contato Vode é responsável por manter su endereço de e-mail atualizado para receber nossas Conunicações Elefénicas. O o solectarte principal está de acordo com os pontes mencionados anteriormente. Inconficiente da Consultor Como Consultor, acolto completa responsabilidade pelo envio desta solicitação de seguro, todos os prêmios coltrados e pela entrega da apóleo quando fe entidas. Describeção esta subificicia de qualquer concição que não tenha sido reveltada neta solicitação de seguro que possa alteir a assegurabilidade do propetos espandos. Como Consultor, ou concordo com o anterior.
Venos começar John VIP Care Solicitação: 21592 Internação do Solicitante Principal Ceberura do Solicitante	Abuitzação de sua internação de contato Você é responsável por manter seu endereço de e-mai abuitzado para receber nossas Conunicações Eletônicas. Co asloctante principal está de acordo com ce pontes mencionados anteriormente. Inconhecimento de Consultor Como Consultor, ao concosto com e anterior. Como Consultor, en concosto com e anterior. Como Consultor, en concosto com e anterior.
Vamos começar John VIP Care Solicitação: 21592 Informação do Solicitante Principal Celeritura do Solicitante Principal Celeritura do Solicitante Informação do Solicitante	Abuilização de sea Indernação de contato Vicil é responsável por numirer eru endernço de e-mail abuilizado para rencion nosas Comunicações Electónicas. C O soficitante principal está de acordo com os pontes mencionados anteriormente. Reconhecimento de Consultor Como Consultor, aceto completa responsabilidade prio envio desta solicitação de seguro, todos os prêmios colonados e pela entrega da apólee quando fe entrácio. Destinto; a existência de qualquer condição que não tenha ado revelsada nesta solicitação de seguro que possa afetar a assegurabilidade do propetetos depundos. C Como Consultor, eu concordo com os anterior.
Vemos começar John VIP Care Solicitação: 21592 Informação do Solicitante Principal Celternar do Solicitante Principal Celternar do Solicitante Principal Informação do Expendentes Informação do Expendentes	Aualização de sua informação de contato Void e traporabel por manter su endenço de e-mail atualizado para receber nossas Comunicações Derédnicas. C de solutante principal está de acordo com os pontes mancionados anteriormente. Recombacimento de Consultor Como Consultor, so de completa responsabilidade pelo envio desta solicitação de seguro, todos os prêmios cobrados e pela entrega da apóleo puncho de entrida. Describeça a existência de qualquar condição que não tenha sido nevelada nesta solicitação de seguro que possa afetar a assegurabilidade do propestas segurados. C Como Consultor, so concordo com os anterior. Se necessário, que este respaço para incluir documentos adicionais. Lista de Angundos
Venos começar John VIP Care Solicitação: 21592 Internação do Solicitante Principal Calentura da Solicitante Principal Calentura da Solicitante Principal Internação do Solicitante Principal Internação do Solicitante Principal Calentura da Goldon Seguro Exerce Médicos Cancelora Médicos	Abuiltagão de sua internação de contato Unde é responsável por manter sua endenço de e-mail abuiltado para receter nosas Comunicações Electónicas. Unde é responsável por manter sua endenço de e-mail abuiltado para receter nosas Comunicações Electónicas. Unde de responsável por manter sua endenço de e-mail abuiltado para receter nosas Comunicações Electónicas. Unde de responsável por manter sua endenço de seculo com os portes mencionados unteriormente. Unde de responsável por terma ender ende de d
Vamos começar Solicitação: 201592 triormação do Solicitante Principal Cabertura do Solicitante Informação do Solicitante Informação do Curlo Seguno Estantes Médicas Condições Médicas	Abulização de sua informação de contato Vector de responsabel por manifer seu endereço de e-mail abulizado para receber noseas Comunicações Electrónicas. O solicitante principal está de acordo com os potess mencionados anteriormente. Decombecimento de Consultor Como Comunitor, aconte conseitor magorasalidade para endo desta asolicitação de seguro, todos os primios cobresdos e pela entrega da apoleo quando fe mondo Decombo quanta da de explande condição quando de seguro, todos os primios cobresdos e pela entrega da apoleo quando fe mondo Decombo quando de explande condição quando de seguro, todos os primios cobresdos e pela entrega da apoleo quando de posseste segurados. Como Comunitor, una concosto com os anterior. Se necessários, use estas escapos para incluir decumentos adicionais. Lista de Arquivos como: Selecionar Arquivo Internuture mayuho selecionado
Vamos começar Solicitação: 20 John VIP Care Solicitação: 21592 Informação do Solicitante Principal Celerrura do Solicitante Principa	Autilização de sua internação de contato Ce é responsibiel por mainter seu endereço de e-mail atualizado para rendear nosas Conucisações Deterónicas. Ce solicitante principal está de acordo com ou portes mencionados anteriormentes. Conto Consulto, conte conseitar megonsalidade pero envio desta solicitação de seguro, todos ou prêmios cobrados e pela entrega da apélee quando fo propertes esegurados de eseguro due posta sinteriormente. Como Consulto, conte conseitar megonsalidade pelo envio desta solicitação de seguro, todos ou prêmios cobrados e pela entrega da apélee quando fo propertes esegurados. Como Consulto, que concordo com e anterior. Como Consultor, que concordo com e anterior. Como Consultor, que concordo com e anterior. Se necessário, use este rengaço para incluír documentos adicionais. Lista de Ánquivos como: Selecionar Ánguiro: Tenhum anguivo selecionado
Vemos começar Solicitação: 21592 Informação do Solicitante Principal Celerrura do Solicitante Principal Celerrura do Solicitante Principal Celerrura do Solicitante Principal Celerrura do Solicitante Principal Contrições Médicos Medicação Médicas	Aualização de sua informação de centato Constituição de formação de entatal Constituição de sua informação de entatal Constituição de entatal C
Venos começar Dohn VIP Care Solicitação: 21592 Internação do Solicitante Principal Celeriura do Solicitante Internação do Ergendentes Internação do Curce Seguro Exames Médices Contições Médices Natintes Natintes Natintes Natintes Natintes	Autizzgle de sua internação de contat United é responsavel por manter seu endereço de e-mai abualizado para receber nossas Conunicações Electónicas. O asoletares principal está de acordo com os portes mencionados anteriormente. Deconocimento da Consulta Como Consultor, es concordo com es anterior. Como Consultor, es concordo com e anterior. Se necessário, use este espaço para incluír documentos adicionads. Lista de Arquivos como Selecionado Consultor. O umanho máximo para caregor cada arquivo é de 10MB "-O umanho máximo para caregor cada arquivo é de 10MB "
Vemos começar Solicitação: 201502 201502 201502 Antornação do Solicitante Principal Celeritura do Solicitante Principal Celeritura do Solicitante Principal Celeritura do Solicitante Informação do Solicitante Informação do Solicitante Informação do Solicitante Celeritura do Solicitante Informação do Solicitante Natives Cendições Mádicas Mateixção Natives Recenhecimente e Autorizações	Autilização de sua internação de contata Ce é responsibiel por mainter seu endereço de e-mail atualizado para renceber nosas Conucisações Deterônicas. Co solicitante principal está de acordo com ou portes mencionados anteriormentes. Como Consulto, conte conspitar megorastilidade pero envio desta solicitação de seguro, todos ou prêmios cohados e pela entrega da apélee quando fe argunos de nosados e pela entrega da apélee quando fe argunos de seguro que possa sintar a assegurabilidade do conspitar segurabilidade pero envio desta solicitação de seguro que possa sintar a assegurabilidade do conspitar segurabilidade pero envio desta solicitação de seguro que possa sintar a assegurabilidade do conspitar segurabilidade pero envio desta solicitação de seguro que possa sintar a assegurabilidade do conspitar segurabilidade pero envio desta pela entrega da apélee quando fe de consulto; que encosado com a anterior. Como Censulto; que concordo com a anterior. Selecionar Arquivo: territura arquivo selecionado • O tamenho máximo para carregar cada arquivo 4 de 10ME • O tamenho máximo para carregar cada arquivo 4 de 10ME • O tamenho máximo para carregar cada arquivo 4 de 10ME • Undernos que os tipos de arquivos permisidos sião: pel, jag, jage, pro, zão, rar
Vanos começar Dohn VIP Care Solicitação: 21592 Informação do Solicitante Principal Caterura do Solicitante Principal Caterura do Solicitante Informação do Solicitante Informaç	A straiter participate of a second of a contract. A subscription of a second of a contract mean contraction of a second of a contract





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**

vamos começar		100.00		
John VIP Care Solicitação:	Quantidade total \$	4,134.13		
21592	Método de pagamento			
Informação do Solicitante Principal	Primeiro pagamento \$	4,134.13		
Informação dos Dependentes Informação de Outro Seguro	Método de pagamento			
Exames Médicos Condições Médicas Medicação Hábitos Histórico Familiar	Para pagamentos realizados por transi Beneficiário VUMI [®] GROUP, I.I. 2350 Lakeside Bivd Banco: Texas Capital Bank A Endereço: Richardson, Texas 7	erência, ou cheque, use a seguinte inform #105, Richardson, Texas 75082 LA 5082	ação: Número de conta: ABA: Código SWIFT:	1511025379 111017979 TXCBUS44
Reconhecimento e Autorizações Informação de Pagamento	Cheque O Transferência Bancária O Car	tão de crédito 🔿 Verificação eletrônica (ACH)	O Pagar uma vez que a solicitação sej	ia aprovada
Varnos começar 30 John VIP Care Solicitação: 21592	L Cheque O transferância Bancária 🕷 C Dados do cartião	urida de crédita 🦳 Verificação eletrônica (ACH)	O Pagar una vez que a satisfização :	nja aprovada
Varnos começar 3 John VIP Care Solicitação: 21592	Creegee O transferência Bancaria ® C Dados do cartão Nimero do cartão* 1224 6679 9123 4667	urtão de créditos 🔿 Ventificação eletrónica (ACH)	O Pagar uma vez que a solicitação :	seja aprovada
Vamos começar D John VIP Care Solicitação: 21592 Informação do Solicitante Principal Cobertura do Solicitante Informação do Solicitante Informação do Solicitante	L C chaque O transferência Bancária @ C Dádos do cartão Nimero do cartão Número do cartão Data de expiração Mint / YY	untile de crédites O Ventilicação aletrônica (ACH)	O Pagar una vez que a solicitação	nija sprovada
Vamos começar Solicitação: 21592 Informação do Solicitante Informação do Solicitante Informação do Outro Seguro Informação de Outro Seguro Exames Médicas Condições Médicas Vardições Médicas	Cheque O Transferincia Bancária 🕷 d Dados do cartião Namero do cartião 1224 6679 972 4667 Data de expiração Juni / YY Dados do dono do cartião Neme	unite de créstra O verificação sterrônico (ACH) CVC Sobrenome	Códiga Postal	seja aprovada
Vamos começar Sulcitação: 21592 Informação do Solicitante Principal Cobertura do Solicitante Informação do Ostro Seguro Exames Médicos Contições Médicos Medicoção Médicos Hibitos Histórico Familiar	Cheque O Transferincia Bancária ® d Dados do cartião Número do cartião* 1224 6978 9123 4687 Data de espineção Mai / YY Dados do dono do cartião Name Endereço	urste de créates O verificação eletrônica (ACH) CVC Sobremome	Codigo Postal	nja aprovađa
Vamos começar Calaba de Salicitante Principal Cobertura de Salicitante Principal Cobertura de Salicitante Principal Cobertura de Salicitante Informação do Sulcitante Informação do Sulcitante Contições Médicas Informação do Sulcitanções Informação de Spagamento	Cheque O Transferincia Bancária 🕷 o Dados do cartião Namero do cartião 1224 66/9 9723 4567 Data de expiração Las (7YY Dados do dono do cartão Neme Endereço Telefone	untite de crédites 🔷 Verificação electrônico (AGI)	Código Pestal	Nja agrovađa





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.

9 John VIP Care Solicitação: 21592	Número de solicitação 21592		MV[//PCARE VUMI	
21552	Método de Pagamento	para reembolsos futuros		
Informação do Solicitante Principal Cobertura do Solicitante Informação dos Dependentes	Favor indique o método pelo qual deseja receber o pagamento des seus reembolsos. Lembramos a você que a transferência (wire transfer) é o método mais rápido e seguro para este fim: Método Conta corrente Transferência Rancária NA			
Informação de Outro Seguro Exames Médicos	Nome do beneficiário	Número de telefone	Pais	
Condições Médicas			Selecione uma oppão v	
Medicação	Cidade	Endereço	Referência	
Hábitos Histórico Familiar				
Reconhecimento e Autorizações				
Informação de Pagamento				
Método de Pagamento para Reembolsos				
Futuros				
	e- Anterior Erwiar so	olicitação ->		
			1	
Vamos começar A John VIP Care Solicita-Dov	Número de solicitação 21592		my//pcare VUMI	
Vamos começar 99 John VIP Care Solicitação: 21592	Número de solicitação 21592 Mátordo de Pagamento	nara raembolens futuros	my//pcare VUMI	
Vamos começar Gal John VIP Care Solicitação: 21592	Número de solicitação 21592 Método de Pagamento	para reembolsos futuros	my//pcare VUMI	
Vamos começar 99 John VIP Care Solicitação: 21592	Número de solicitação 21592 Método de Pagamento Favor indique o método pelo qual d método meis fadrão e seauro para	para reembolsos futuros eseja receber o pagamento des seus reembols	MY//PCARE YUMI	
Vamos começar Dohn VIP Care Solicitação: 21592 Internação do Solicitante Principal	Número de solicitação 21592 Métocio de Pagamento Favor indique o método pelo qual d método más rejeido e seguro para s Método	para reembolsos futuros eseja receber o pagamento des seus reembole este fino:	MY //PCARE VUMI os. Lembramos a você que a transferência (wire transfer)	
Vamos começar Dohn VIP Care Solicitação: 21592 Internação do Seléctante Préveigal Coberta do Selécitante	Número de solicitação 21502 Método de Pagamento metodo mais rápido e seguro para e Método	para reembolsos futuros exeja receber o pagamento des seus reembols este fin: encla Bancária • NA	MY (PCARE VUMI os. Lembramos a você que a transferência (wire transfer)	
Ventos comoçar Dohn VIP Care Solicitação: 21592 Informação do Solicitante Principal Cobertura do Solicitante Principal Cobertura do Solicitante Informação dos Expendentes Informação dos Expendentes	Número de solicitação 21592 Método de Pagamento Resor indique o método pelo qual d método más rápido e seguro para o <u>Método</u> © Conta corrente	para reembolsos futuros eseja receber o pagamento des seus neembols este finc ència Bancária * NjA	MY ACASE YOMI	
Vantos começar 20 John VIP Care Solicitação: 215592 Mormação do Solicitante Principal Cobertura do Solicitante Principal Cobertura do Solicitante Informação do Coutro Seguro Informação do Cutro Seguro Informação do Cutro Seguro	Número de solicitação 21592 Método de Pagamento Feror indique o método pelo qual d método mais rápido e seguro para u Método © Conta corrente \@ Transfer	para reembolsos futuros eseja receber o pagamento des seus reembole este fino encia Bancária • N/A	MY//PCARE YOMI	
Vamos começar Duhn VIP Care Solicitação: 200502 Matemação do Solicitante Principal Colemina do Solicitante Informação do Solicitante Informação do Solicitante Informação do Cotre Seguro Exames Médicos	Número de solicitação 21592 Método de Pagamento Resor indique o método pelo qual d método mais répido e seguro para Método O conta corrente O Transfer	para reembolsos futuros leseja receber o pagamento des seus neembole este fino encia Bancária en NA	MY///CARE VOM	
Vamos começar Solicitação: 2015092 Morração do Solicitante Principal Colordrar do Solicitante Principal Colordrar do Solicitante Informação do Expendentes Informação do Expendentes Informação do Catre Seguro Exames Médicos Consições Médicos	Número de solicitação 21592 Método de Pagamento Nevor indique o método pelo qual d método mais rápido e seguro para Método © Conta corrente © Transfer	para reembolsos futuros essia receber o pagamento des seus reembols este fim: éncia Bancária ●NA citação foi enviada para análise.	MY LOCARE VOM	
Vamos começar Solicitação: 2015092 Mormação do Selicitante Principal Coloretura do Selicitante Principal Coloretura do Selicitante Informação do Selicitante Informação do Selicitante Informação do Catro Seguro Exerne Medicos Modicação Hábitos	Número de solicitação 21592 Método de Pagamento Fesor indique o método pelo quai d método método meis fedido e seguro para e Método © Conta corrente © Transfer Gua soli	Para reembolsos futuros eseja receber o pagamento des seus reembole este fin: éncia Bancária • N/A citação foi enviada para análise.	MY LOCARE VOM	
Vannos começar Dohn VIP Care Solicitação: 215592 Internação do Selicitante Priseigal Coloritar do Selicitaria Internação do Colorita Seguro Exames Médicos Medicação Medicação Medicação	Numero de solicitação 21592 Método de Pagamento Renor indique o método pelo qual d método más rápido e seguro para o Método © Conta corrente © Transfer 	para reembolsos futuros eseja receber o pagamento des seus reembols este fino: tência Bancária N/A citação foi enviada para análise.	MY LOCARE VOM	
Ventes começar Delha VIP Care Solicitação: 2015592 Morração do Solicitante Principal Cobertura do Solicitante Informação do Expendentes Informação do	Número de solicitação 21592 Método de Pagamento Revor indique o método pelo qual d método más répido e seguro para e Método © Conta corrente © Transfer Gua soli	para reembolsos futuros eseja receber o pagamento des seus reembolo este fino tencia Bancária • N/A citação foi enviada para análise.	MY LOCASE VOM	
Varinos começar Solicitação: 2000000000000000000000000000000000000	Número de solicitação 21592 Método de Pagamento Feror indique o método pelo qual d método mais rápido e seguro para u Método © Conta corrente © Transfer Gua soli	para reembolsos futuros leseja receber o pagamento des seus reembols este fine encia Bancária NJA citação foi enviada para análise.	MY (JPCARE VOM)	
Vamos começar Solicitação: 2015092 Antornação do Solicitante Préncipal Construira do Solicitante Antornação do Solicitante Préncipal Construira do Solicitante Antornação do Cutro Seguro Construira Malicias Antornação do Solicitante Malicias Mali	Número de solicitação 21592 Método de Pagamento Resor indique o método pelo qual d método máis rápido e segurar para - Método © Conta corrente © 1 riansfer 	para reembolsos futuros lessia receber o pagamento des seus neembole ente fino: encia Banciaria (NA citação foi enviada para análise.	MY (JPCARE VOM)	
Vamos começar Solicitação: 2015092 Antoniação do Solicitante Principal Coloritar do Solicitar do Solicitante Coloritar do Solicitar	Número de solicitação 21592 Método de Pagamento Nevor indique o método pelo quel d método meis répido e seguro para Método © Conta corrente © Transfer (essja receber o pagamento des seus reembole essis receber o pagamento des seus reembole encia Bancária (NA citação foi enviada para análise.	os. Lembramos a você que a transferência (wire transfer	





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 <u>applications@vumigroup.com</u> 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™.

j Delete 🕞 Archive 🔓 Move	며 Flag 🗸 더 Mark Unread 🗘 Sync 🔘 Report 🥥 Report phishing …	
8000001477 - Welcome to MyVUMI. VG VUMI Group <info@myvu To: O Javier Ligua</info@myvu 	miportal.com>	ن من الله من المن المن المن المن المن المن المن ا
	MY PCARE BEM-VINDO	
	Prezado(a) Jhon Doe	
	Bem-vindo ao aplicativo My VUMI, onde você pode encontrar informação sobre a sua apólice, baixar documentos, enviar notificações ou reembolsos médicos e nos contatar. Visite <u>https://myvumiportal.com</u> ou baixe o aplicativo MyVUMI no Google Play ™ ou no Apple® App Store® e inicie a sessão utilizando as seguintes credenciais: Suas credenciais de acesso são:	
	Usuário: 8000001454 Senha: nv38dgb	
	Se tiver alguma pergunta ou sugestão, contate-nos em info@myvumiportal.com.	
	Atenciosamente, VUMI® GROUP, I.I.	
	VUME [®] GROUP Servicios de administración ofrecidos por VIP Administration Services, LLC.	
	Total and a state state state of the state o	



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 • www.vumigroup.com