



## GUÍA DE USO

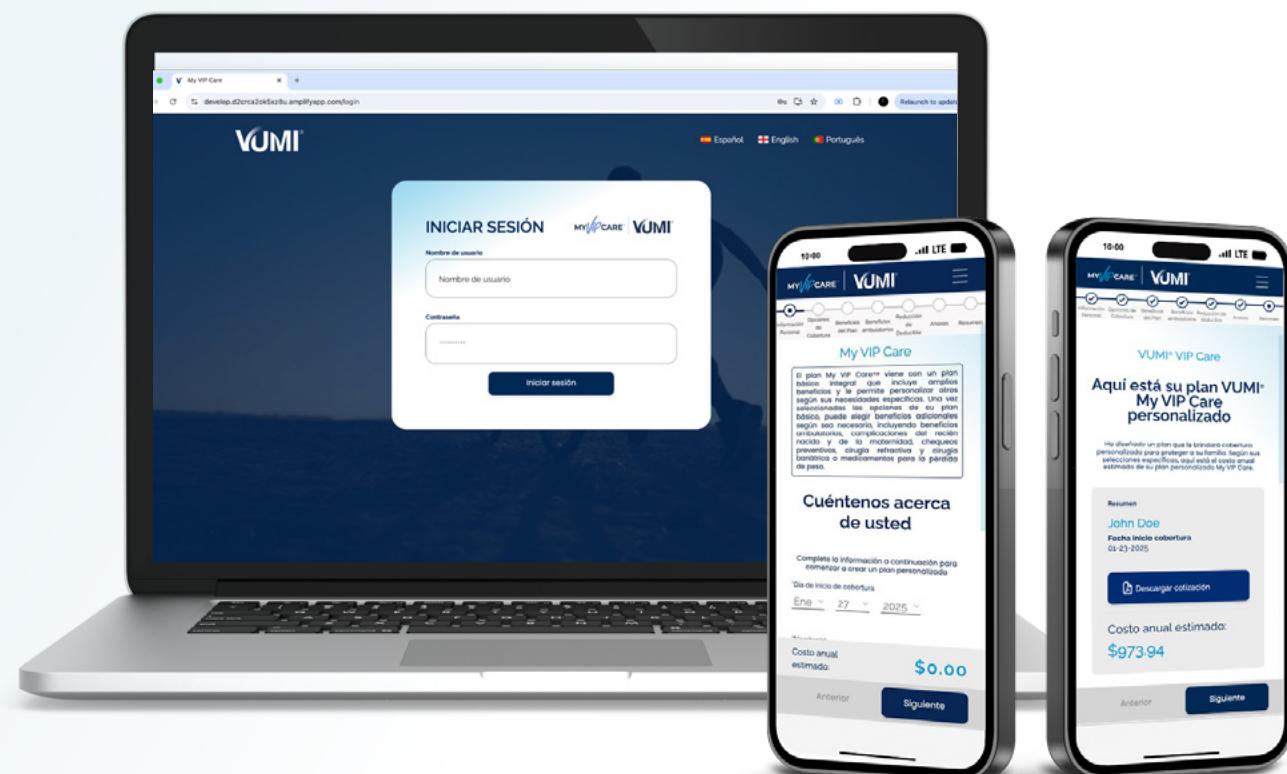


## ÍNDICE

• Sobre My VIP Care™	
• Paso 1: Creación del plan	4
• Información personal y dependientes	
• Opciones de coberturas	
• Beneficios del plan	
• Beneficios ambulatorios	
• Reducción de deducible	
• Anexos	
• Resumen de cotización y ajustes a la medida	
• Guardar cotización	
• Paso 2: Completar la solicitud	15
• Información y cobertura del solicitante	
• Preguntas médicas: Exámenes, condiciones, medicamentos, hábitos e historia familiar	
• Reconocimiento y autorizaciones	
• Paso 3: Pago de la póliza	18
• Opciones de pago	
• Método de reembolso	
• Paso 4: Emisión de la póliza	20
• Revisión de la solicitud	
• Emisión de la póliza	

## SOBRE MY VIP CARE™

My VIP Care™ es un producto innovador que comprende un plan básico integral que incluye amplios beneficios, y además le permite al asegurado personalizar el alcance de la cobertura y otros beneficios según sus necesidades específicas. Una vez seleccionado el alcance de la cobertura, el asegurado puede adicionar o personalizar otros beneficios según sus necesidades, tales como: beneficios ambulatorios, cobertura de complicaciones del recién nacido y de la maternidad, entre otros.



## ¿CÓMO INGRESAR A MY VIP CARE™?

Accede al cotizador My VIP Care™ a través del botón dentro del Portal del Agente. También puedes encontrar My VIP Care™ en la aplicación de VUMI® Agent Central, en la sección Cotizadores. Para realizar cotizaciones personalizadas necesitas credenciales de ingreso al Portal del Agente.

## Información Personal

### PASO 1

#### ¿CÓMO EMPEZAR UNA COTIZACIÓN?

Al empezar una cotización de My VIP Care™, lo primero que debes hacer es completar los campos de información personal. En esta pantalla, podrás elegir incluir algún dependiente, en caso de ser necesario.

**Dato curioso:** Al introducir el nombre de tu cliente en el campo “Nombre” verás como este mismo aparece reflejado en el nombre del plan personalizado. Cuando obtengas el resumen del plan, la portada aparecerá personalizada. Ej.: Si en el campo escribiste “John”, al finalizar el plan, tu resumen del plan y cotización tendrá el título “**John VIP Care**”.



The screenshot shows the 'Personal Information' step of the My VIP Care quote process. On the left, a sidebar lists options: 'Bienvenido' (highlighted with a red box), 'Empezar una nueva cotización' (highlighted with a red box), 'Información Personal' (selected), 'Opciones de Cobertura', 'Beneficios del Plan', 'Beneficios ambulatorios', 'Reducción de deductible', 'Anexos', and 'Resumen'. A note at the bottom of the sidebar says: 'Clicque el cursor sobre el ícono de información para mayor explicación sobre cada uno de los campos'.

The main content area is titled 'My VIP Care' and contains a brief description of the plan. Below it, a section titled 'Cuéntenos acerca de usted' (Tell us about you) asks for personal information. The 'Nombre' field is highlighted with a red box and contains the value 'John'. Other fields include 'Apellido(s)' (Doe), 'Correo electrónico' (john.doe@mail.com), 'Fecha de nacimiento' (Abr 25 1995), 'País de residencia' (Venezuela), and 'Género' (Masculino). A checkbox for '¿Necesita agregar un dependiente?' (Do you need to add a dependent?) is shown. At the bottom, it says 'Costo anual estimado: \$0.00' and has 'Anterior' and 'Siguiente' buttons.

## Información de Dependientes

### ¿DESEAS AGREGAR UN DEPENDIENTE?

Si deseas agregar uno o varios dependientes, haz clic en el botón **Agregar dependiente**. Completa todos los datos del formulario y haz clic nuevamente en **Agregar**. Puedes repetir el mismo paso hasta completar el número de dependientes que tu cliente necesite. Una vez ingresados los dependientes, puedes hacer clic en **Siguiente**.



**Importante: solo se puede agregar al cónyuge, compañero doméstico o hijos de 23 años o menos del asegurado bajo la misma póliza. Al cumplir 24 años, una persona ya no es elegible para la cobertura de hijos dependientes.**

Este formulario es para agregar dependientes. Los campos incluyen:

- Nombre del dependiente: John VIP Care
- Relación con el solicitante principal: Cónyuge/Compañero Doméstico
- Apellido: Doe
- Nombre: Jane
- Género: Masculino
- Fecha de nacimiento: Mar 25 2004
- País de residencia: Venezuela

Costo anual estimado: \$0.00

Este formulario es para agregar dependientes. Los campos incluyen:

- Nombre del dependiente: John VIP Care
- Relación con el solicitante principal: Cónyuge/Compañero Doméstico
- Apellido: Doe
- Nombre: Jane
- Género: Masculino
- Fecha de nacimiento: Mar 25 2004
- País de residencia: Venezuela

Costo anual estimado: \$0.00

## Opciones de Cobertura



### ELIGIENDO LAS COBERTURAS

En las opciones de coberturas comenzarás a elegir los beneficios principales de tu plan como, cobertura máxima por asegurado, por año póliza; cobertura geográfica; red de proveedores; deducible fuera y dentro de EE. UU.; coaseguro y máximo desembolso del coaseguro.

En todos los campos a partir de aquí, encontrarás el ícono . Al pasar el cursor por encima de este ícono aparecerá la explicación o la referencia del beneficio para que puedas profundizar la información del mismo. Al completar tus elecciones, presiona Siguiente.

A partir de esta pantalla podrás ver cómo se modifica el **Costo anual estimado**, e ir ajustando las opciones teniendo en cuenta el presupuesto de tu cliente.

My VIP Care

Elija la cobertura que funcione mejor para usted y su familia

Cobertura máxima por asegurado, por año póliza: \$3,000,000.00

Cobertura geográfica: Mundial

Red de proveedores: Global Abierta

Coaseguro: 20%

Máximo desembolso: Ilimitado

Deducible dentro de EE. UU.: \$5,000.00

Deducible fuera de EE. UU.\*: \$2,000.00 (Preferido)

Selección: \$5,000,000.00  
\$4,000,000.00  
**\$3,000,000.00 (Preferido)**  
\$2,000,000.00  
\$1,000,000.00  
\$500,000.00  
Ilimitado

\*Sólo se aplica un (1) deducible por persona, por año póliza. Para pólizas de familia, se aplican un número de deducibles acumulados por póliza, por año póliza.

Mensaje importante y aceptación de condiciones.



**Importante:** Dependiendo de lo que el cliente seleccione en la opción **Cobertura Geográfica**, se habilitarán diferentes alternativas dentro de la opción **Red de Proveedores**, en donde podrás consultar las restricciones de cada opción en la caja de información amarilla que aparecerá al final de la pantalla. Es importante leer y comprender estos mensajes sobre la aceptación de elecciones que irán apareciendo de acuerdo con lo que vayas seleccionando.

## COMBINACIÓN 1

### Cobertura Geográfica

Seleccionar

América Latina

Mundial Limitada

**✓ Mundial**

Mensaje importante y aceptación de condiciones.

Libre elección de hospitales y médicos en todo el mundo.

### Red de proveedores

✓ Seleccionar

**Global Abierta**

Global Limitada

## COMBINACIÓN 2

### Cobertura Geográfica ▾

- Seleccionar
- América Latina
- Mundial Limitada
- ✓ Mundial**

### Red de proveedores ▾

- Seleccionar
- Global Abierta
- ✓ Global Limitada**

Libre elección de médicos y hospitales en todo el mundo, excepto en los siguientes hospitales de Estados Unidos:

- 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

#### Mensaje importante y aceptación de condiciones.

Libre elección de médicos y hospitales en todo el mundo, excepto en los siguientes hospitales de Estados Unidos: 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.

*Entiendo que he seleccionado una opción de cobertura limitada a una área geográfica y/o red de proveedores y acepto que esto conlleva restricciones en relación con estas regiones y/o los proveedores en donde mi plan tiene cobertura.*

## COMBINACIÓN 3

### Cobertura Geográfica ▾

- Seleccionar
- América Latina
- ✓ Mundial Limitada**
- Mundial

#### Excluye cobertura en los siguientes países:

Brasil, China, Hong Kong, Alemania, Japón, Singapur, Suiza, Reino Unido y Estados Unidos.

#### Mensaje importante y aceptación de condiciones.

Excluye cobertura en los siguientes países Brasil, China, Hong Kong, Alemania, Japón, Singapur, Suiza, Reino Unido, Estados Unidos.

*Entiendo que he seleccionado una opción de cobertura limitada a una área geográfica y/o red de proveedores y acepto que esto conlleva restricciones en relación con estas regiones y/o los proveedores en donde mi plan tiene cobertura.*

## COMBINACIÓN 4

### Cobertura Geográfica

### Red de proveedores

Seleccionar

✓ **América Latina**

Mundial Limitada

Mundial

Seleccionar

✓ **Latam Abierta**

Latam Limitada

Libre elección de médicos y hospitales en América Latina.

#### Mensaje importante y aceptación de condiciones.

Libre elección de médicos y hospitales en América Latina.

Entiendo que he seleccionado una opción de cobertura limitada a una área geográfica y/o red de proveedores y acepto que esto conlleva restricciones en relación con estas regiones y/o los proveedores en donde mi plan tiene cobertura.

## COMBINACIÓN 5

### Cobertura Geográfica

### Red de proveedores

Seleccionar

✓ **América Latina**

Mundial Limitada

Mundial

Seleccionar

Latam Abierta

✓ **Latam Limitada**

Libre elección de médicos y hospitales en América Latina, excepto los siguientes hospitales:

- Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo
- Hospital Sirio-Libanés, 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

#### Mensaje importante y aceptación de condiciones.

Libre elección de médicos y hospitales en América Latina, excepto los siguientes hospitales: Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo; Hospital Sirio-Libanés, São Paulo; Centro Médico ABC, São Paulo; 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.

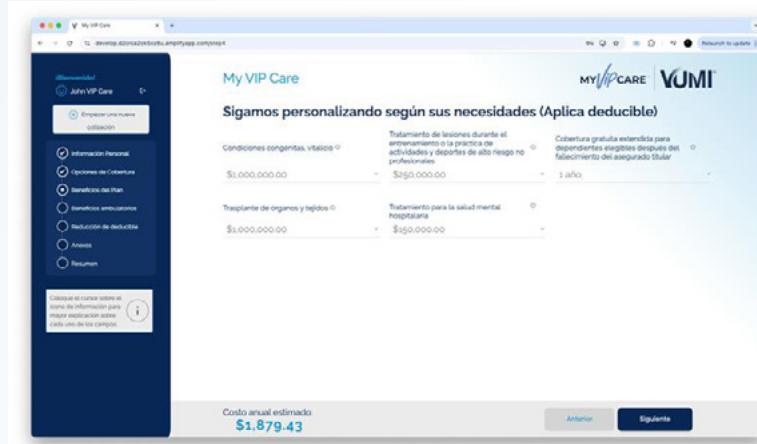
Entiendo que he seleccionado una opción de cobertura limitada a una área geográfica y/o red de proveedores y acepto que esto conlleva restricciones en relación con estas regiones y/o los proveedores en donde mi plan tiene cobertura.

## ○ Beneficios del Plan

### MÁS BENEFICIOS PERSONALIZADOS

En esta pantalla el asegurado puede seleccionar el alcance de beneficios como:

- Condiciones congénitas
- Tratamiento de lesiones durante entrenamiento o la práctica de actividades y deportes de alto riesgo no profesionales
- Cobertura gratuita extendida para dependientes elegibles después del fallecimiento del asegurado titular
- Trasplante de órganos y tejidos
- Tratamiento para la salud mental hospitalaria



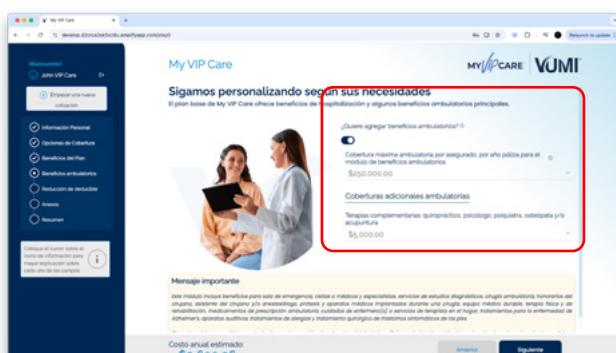
## ○ Beneficios Ambulatorios

### PERSONALIZACIÓN SEGÚN LAS NECESIDADES ESPECÍFICAS DEL CLIENTE

Al seleccionar el agregar beneficios ambulatorios, se activarán opciones como

#### Cobertura máxima ambulatoria y terapias complementarias.

Al finalizar de elegir las coberturas deseadas, es importante leer la información que se desplegará en la caja amarilla antes de presionar el botón **Siguiente**.

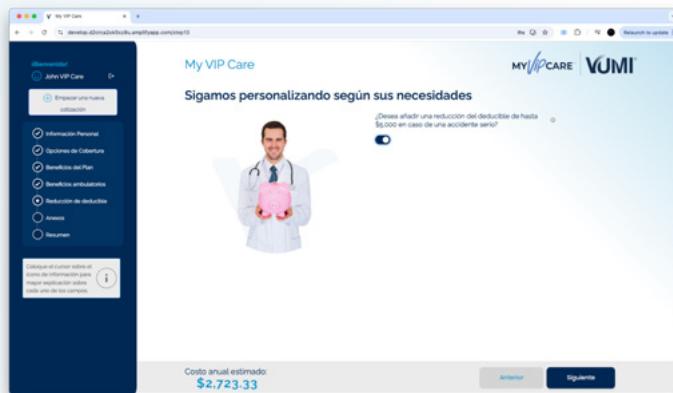




## Reducción de Deducible

### BENEFICIO PARA REDUCIR EL DEDUCIBLE DEL PLAN

El asegurado tiene la opción de agregar a su plan un beneficio que reduce el deducible hasta US\$5.000 para el primer tratamiento ambulatorio u hospitalización en caso de un accidente serio, según lo define la póliza.



## Anexos

### BENEFICIOS DE COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO Y DE LA MATERNIDAD

Para el beneficio de complicaciones del recién nacido y de la maternidad aplica el deducible seleccionado y un período de espera de 10 meses. Recuerda que la elegibilidad para este beneficio es para mujeres titulares o cónyuges solicitantes entre los 18 y 43 años, y no aplica para hijas dependientes.

También es importante recordar que este plan o el anexo, no ofrecen beneficios de cuidados de maternidad, incluyendo el parto y cuidados pre y posnatales. Esta información aparecerá en una caja amarilla que tendrás que aceptar antes de poder seguir.





## Anexos

### COBERTURAS PREVENTIVAS PARA COMPLEMENTAR

My VIP Care™ cuenta con la opción de incluir, el beneficio de **chequeo médico preventivo**, después de un período de espera de 3 meses y sin la aplicación del deducible o coaseguro en caso de que aplique.

Además, dentro de las opciones de anexos también puede añadir cobertura de **cirugía refractiva**, después de cumplir con el deducible y coaseguro correspondiente en caso de aplicar.

The image displays two screenshots of the My VIP Care web application interface, illustrating the customization of preventive medical checks and refractive surgery options.

**Screenshot 1: Preventive Medical Checks**

This screenshot shows the "Sigamos personalizando según sus necesidad (Anexos)" (Let's continue personalizing according to your needs (Add-ons)) section. It includes a question about adding preventive medical checks to the plan, a "Yes" radio button, and a "No" radio button. Below this is a section for "Chequeo médico preventivo (periodo de espera de 3 meses, sin deducible, sin coaseguro en caso de aplicar)" with a dropdown menu set to "\$1,000.00". The sidebar on the left shows the following selected add-ons: Información Personal, Opciones de Cobertura, Beneficios del Plan, Beneficios ambulatorios, Reducción de Deducible, and Anexos. The total annual estimated cost is \$3,027.96.

**Screenshot 2: Refractive Surgery**

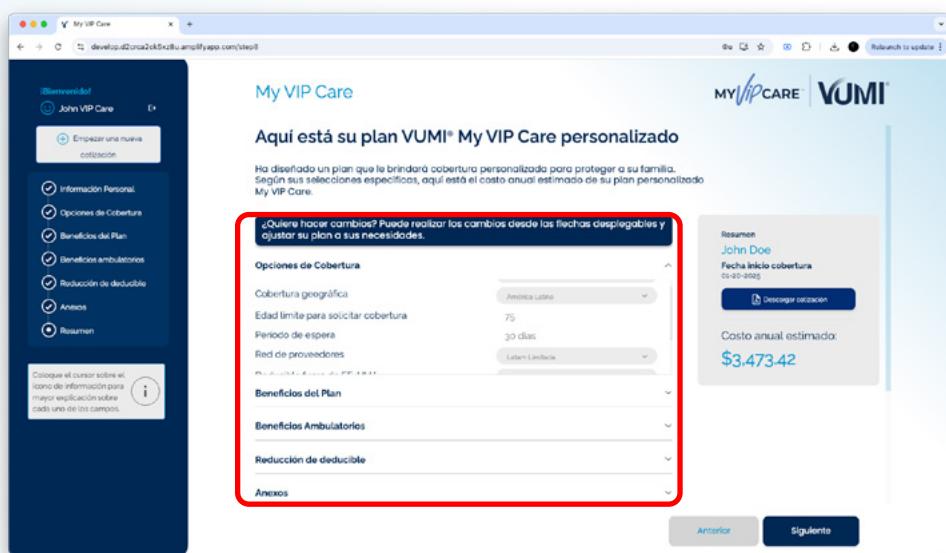
This screenshot shows the same customization section. It includes a question about adding "Cirugía refractiva (periodo de espera de 24 meses)" with a dropdown menu set to "\$2,500.00". Below this is a section for "Cirugía bariátrica y/o medicamentos para la pérdida de peso (periodo de espera de 24 meses, con deducible y coaseguro correspondiente en caso de aplicar)" with a dropdown menu set to "\$10,000.00". The sidebar on the left shows the following selected add-ons: Información Personal, Opciones de Cobertura, Beneficios del Plan, Beneficios ambulatorios, Reducción de Deducible, and Anexos. The total annual estimated cost is \$3,327.96.

## Resultado de la Cotización

### REVISA Y MODIFICA LAS OPCIONES ELEGIDAS

En forma de menú desplegable, podrás ver todas las coberturas y beneficios del plan, incluyendo los beneficios que vienen incluidos en el plan base y las opciones seleccionadas para los beneficios que son personalizados. En esta pantalla aún podrás realizar cambios en las coberturas elegidas. Los beneficios cuya cobertura verás con un fondo gris son los que podrás modificar. Los otros beneficios cuya cobertura está sobre el fondo blanco, son los que predeterminadamente ya incluye el plan personalizado.

Además, puedes regresar a cualquiera de las pantallas previas haciendo clic en los títulos sobre el menú azul a la izquierda.



## DESCARGA LA COTIZACIÓN

En la misma pantalla, verás el botón **Descargar cotización** justo arriba del monto del **Costo anual estimado**.

En este resumen del plan en formato PDF, encontrarás la información general del solicitante titular, los dependientes y la cotización detallada con diferentes frecuencias de pago. Las siguientes páginas detallan los beneficios del plan, donde los beneficios que fueron personalizados los encontrarás sombreados en gris.

Después de estar de acuerdo con las selecciones y aceptes los términos y condiciones en el recuadro amarillo, puedes hacer clic en **Siguiente**.

**Aquí está su plan VUMI® My VIP Care personalizado**

Ha diseñado un plan que le brindará cobertura personalizada para proteger a su familia. Según sus selecciones específicas, aquí está el costo anual estimado de su plan personalizado My VIP Care.

¿Quiere hacer cambios? Puede realizar los cambios desde las flechas desplegables y ajustar su plan a sus necesidades.

**Resumen**  
John Doe  
Fecha inicio cobertura  
01-01-2024  
**Descargar cotización**

**Costo anual estimado:**  
**\$3.473.42**

**Mensaje importante y aceptación de condiciones:**

Entiendo que he seleccionado una opción de cobertura geográfica y/o red de proveedores con restricciones en relación con las regiones y/o los hospitales en donde mi plan tendrá cobertura.

\* Este campo es obligatorio

**JHON VIP**  
RESUMEN DEL PLAN

**MY VIP CARE**

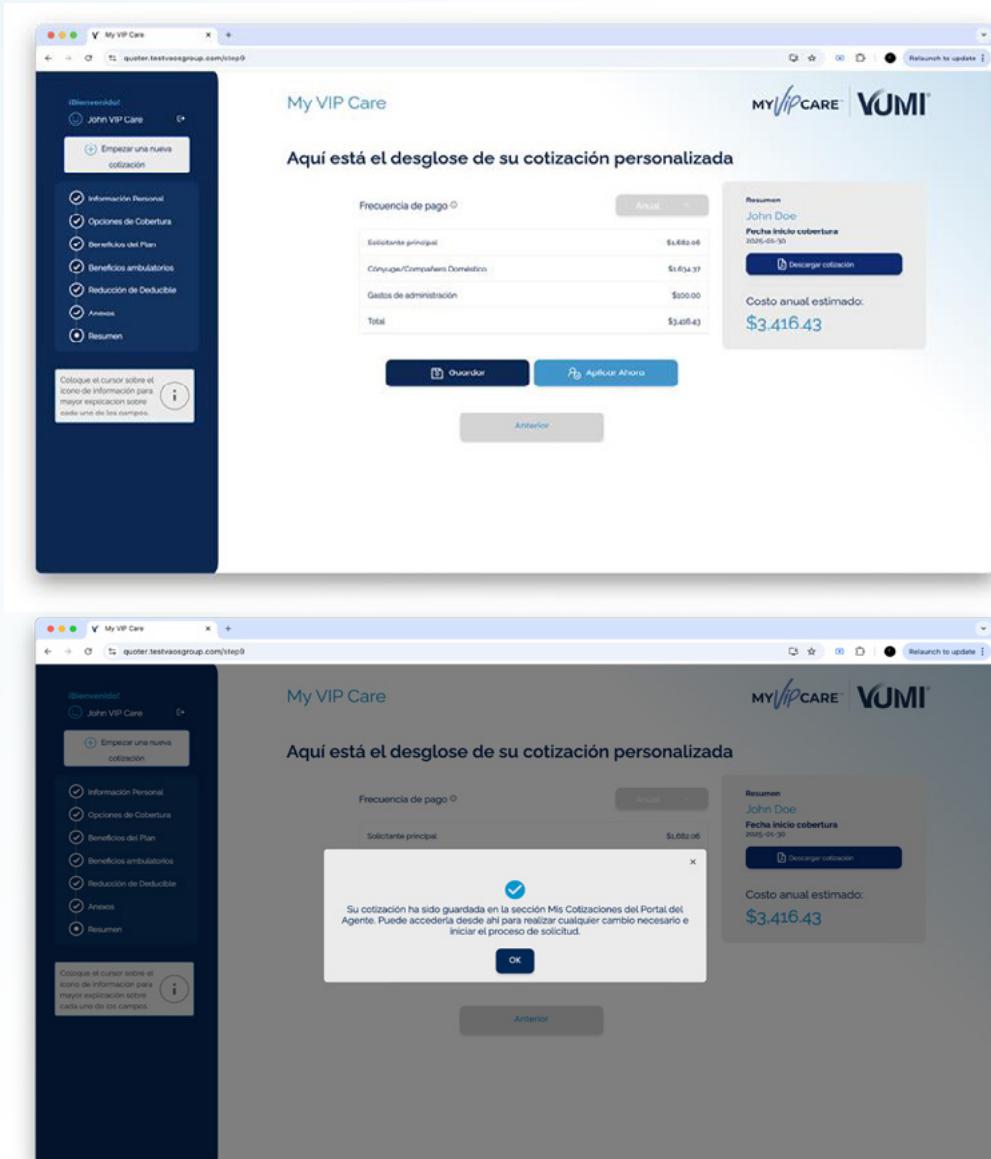
**VUMI**

## Resultado de la Cotización

### GUARDAR COTIZACIÓN O APLICAR AHORA

Al hacer clic en **Guardar**, la cotización que creaste se guardará directamente en la sección **Mis Cotizaciones** del Portal del Agente. Puedes acceder la cotización desde ahí para realizar cualquier cambio necesario y/o iniciar el proceso de solicitud.

En cambio, al hacer clic en el botón **Aplicar ahora** serás redirigido a la pantalla del proceso de Solicitud.



The screenshots illustrate the final step of creating a quote. The top screenshot shows the quote summary with a 'Guardar' (Save) button. The bottom screenshot shows a confirmation dialog box stating the quote was saved to 'Mis Cotizaciones' with an 'OK' button.

**PASO 2****COMPLETA EL FORMULARIO DE SOLICITUD**

Recuerda responder cada pregunta con la información real y correcta, que eviten cualquier contratiempo para tu cliente



**Importante:** Si el solicitante y sus dependientes son menores de 65 años, no declaran condiciones preexistentes y su índice de masa corporal (peso y estatura) están dentro de los parámetros normales, se emitirá una póliza estándar después de haber pasado por la verificación de cada solicitante contra la lista de sanciones mantenida por la OFAC.

## Formulario de Solicitud

### PREGUNTAS MÉDICAS E HISTORIAL FAMILIAR

Continúa completando la información de tu cliente y dependientes hasta llegar a las secciones de **Exámenes Médicos, Condiciones Médicas, Medicación,**

**Hábitos e Historia familiar.** Si en alguna de las preguntas, la respuesta es **Sí**, se habilitarán otros campos de preguntas adicionales que deberás responder con total honestidad y proporcionar toda la información relevante para una evaluación ágil.

Recuerda que la no facilitación de esta información será considerada como señal de mala fe en la aceptación de las obligaciones contractuales de la póliza. VUMI® Group, I.I. se reserva el derecho de rechazar la solicitud.

Exámenes Médicos

¿Alguno de los solicitantes se ha sometido a algún examen que no sea un examen de rutina en los últimos 5 años? En caso afirmativo, indique:

No  Sí

¿Alguno de los solicitantes ha tenido alguna consulta médica en los últimos 9 meses? En caso afirmativo, indique:

No  Sí

¿Alguno de los solicitantes ha sufrido algún accidente en los últimos 5 años? En caso afirmativo, indique:

No  Sí

¿Alguno de los solicitantes se ha realizado algún examen pediátrico, ginecológico o de rutina en los últimos cinco (5) años?

No  Sí

Anterior Siguiente

Exámenes Médicos

¿Alguno de los solicitantes se ha sometido a algún examen que no sea un examen de rutina en los últimos 5 años? En caso afirmativo, indique:

No  Sí

Solicitante: Jhon Doe

Tipo de examen:

Motivo del examen:

Resultado:

Normal  Anormal

¿Alguno de los solicitantes se está sometiendo actualmente a otros exámenes para confirmar un diagnóstico?

No  Sí

Cancelar Guardar

¿Alguno de los solicitantes ha tenido alguna consulta médica en los últimos 9 meses? En caso afirmativo, indique:

No  Sí

¿Alguno de los solicitantes ha sufrido algún accidente en los últimos 5 años? En caso afirmativo, indique:

No  Sí

## Formulario de Solicitud

### RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIONES

Es importante que tu cliente lea, comprenda, reconozca, valide y acepte todo el contenido de la solicitud y otorgue autorización para recaudar y revelar información sobre su salud y la de sus dependientes.

Al seleccionar la casilla **Acepto**, el cliente está firmando esta solicitud electrónicamente. Además, acepta estar legalmente obligado por los términos y condiciones de esta solicitud y acepta que su firma electrónica ("E-Signature") es el equivalente legal de su firma física en esta solicitud.

## Proceso de Pago

### PASO 3

#### INFORMACIÓN DE PAGO

Dentro de la sección **Información de pago**, encontrarás el detalle de pago de acuerdo con la frecuencia de pago elegida. El monto de la prima a pagar puede estar sujeto a cambios según la evaluación de riesgos.

Puedes elegir la opción de pago que mejor se acomode a tu cliente, incluso la opción de **pagar una vez la solicitud haya sido aprobada**.

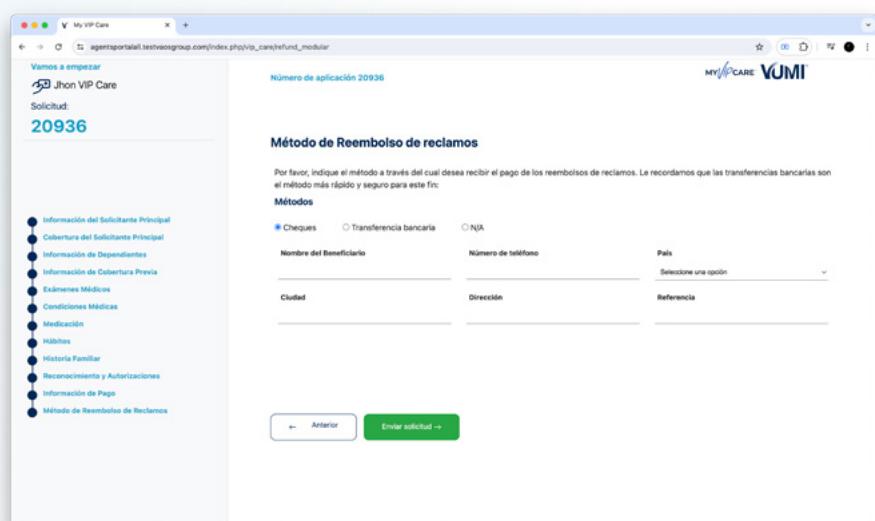


## Proceso de Pago

### INFORMACIÓN DE REEMBOLSO

Como último paso, selecciona el método de reembolso de preferencia de tu cliente. Completa la información requerida y haz clic en **Enviar solicitud**.

La solicitud puede ser aprobada de manera inmediata (pendiente de la verificación contra la lista de OFAC) de acuerdo a las respuestas de las preguntas médicas, o puede ser enviada a revisión al departamento de Evaluación de Riesgos.



Número de aplicación 20936

**Método de Reembolso de reclamos**

Por favor, indique el método a través del cual desea recibir el pago de los reembolsos de reclamos. Le recordamos que las transferencias bancarias son el método más rápido y seguro para este fin:

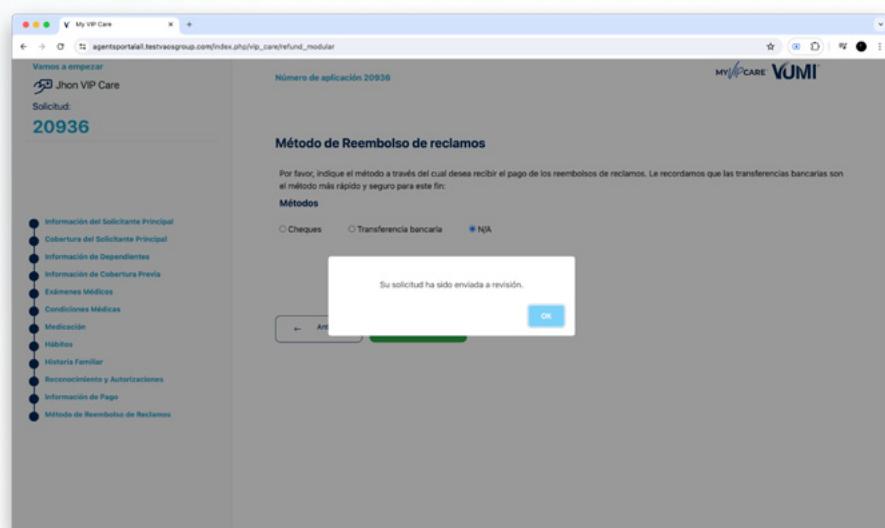
**Métodos**

Cheques  Transferencia bancaria  N/A

Nombre del Beneficiario \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Referencia \_\_\_\_\_

← Anterior **Enviar solicitud →**



Número de aplicación 20936

**Método de Reembolso de reclamos**

Por favor, indique el método a través del cual desea recibir el pago de los reembolsos de reclamos. Le recordamos que las transferencias bancarias son el método más rápido y seguro para este fin:

**Métodos**

Cheques  Transferencia bancaria  N/A

Su solicitud ha sido enviada a revisión.

OK **← Anterior**



## Emisión de Póliza

### PASO 4

#### REVISIÓN DE LA SOLICITUD

Al enviar la solicitud recibirás un correo electrónico detallando la revisión de la misma por el departamento de Evaluación de Riesgos. Se tomará hasta 3 días hábiles para recibir una respuesta. De no haber ningún contratiempo, se procederá con la emisión de la póliza.

En caso de que la información de la solicitud no esté completamente correcta, deberás ponerte en contacto con el equipo de VUMI® al correo [solicitudes@vumigroup.com](mailto:solicitudes@vumigroup.com) o seguir las instrucciones de dicho correo electrónico.

**SOLICITUD EN REVISIÓN**

Número de Solicitud: 20674  
Nombre del Agente: TEST VUMI PAGE  
Plan: My VIP Care

Estimado(a) Jane Test  
Gracias por haber completado su Solicitud de Seguro Médico.

Adjunto con este correo electrónico encontrará una copia de su solicitud en un archivo PDF. En caso de que la información sea incorrecta y/o no esté de acuerdo con alguna sección de esta solicitud, póngase en contacto con su agente o directamente con nosotros al correo electrónico [solicitudes@vumigroup.com](mailto:solicitudes@vumigroup.com).

Su solicitud será revisada por nuestro Departamento de Evaluación de Riesgos dentro de los próximos 3 días hábiles.

Le agradecemos nuevamente por su confianza.

Saludos cordiales,

VUMI® Group, I.I.

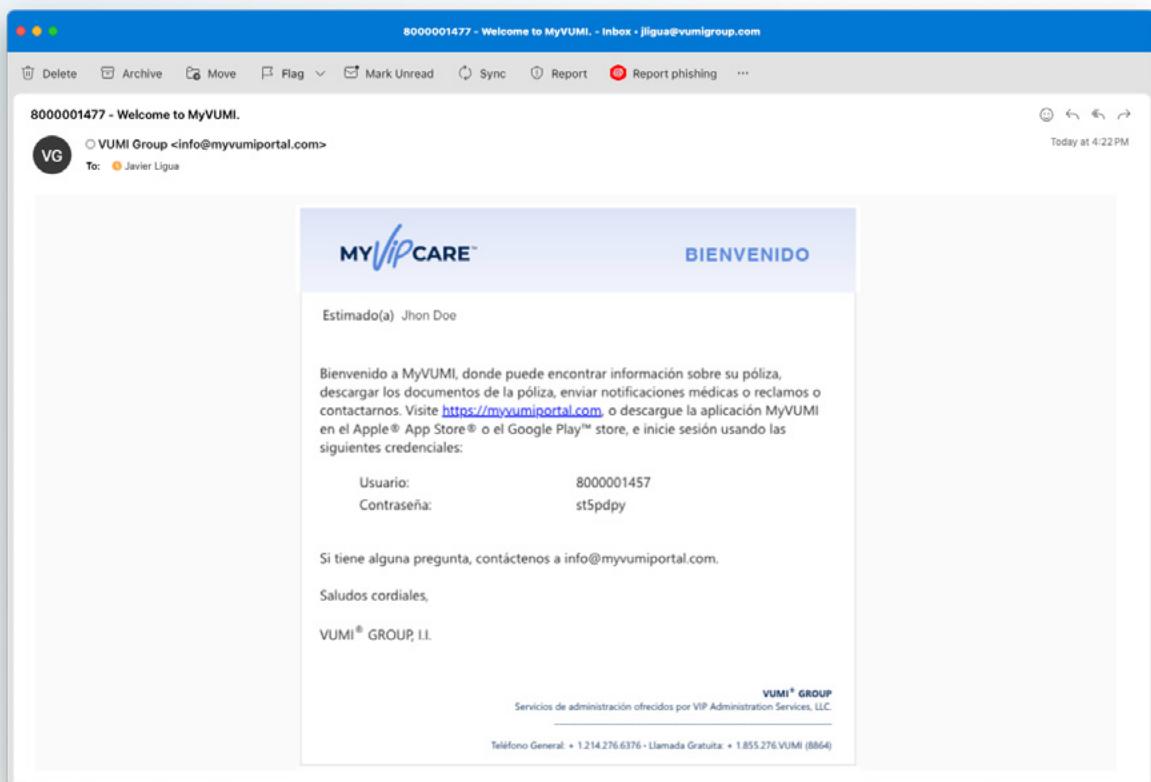
**Información del Solicitante Principal**

Apellido(s): Test	Nombre(s): Jane
Número de pasaporte o identificación: 09123242342	Dirección: Calle primera #1 y Calle 2da
Ciudad: Caracas	País de residencia: Colombia
Zona Postal: 170135	Teléfono de oficina: 123123123123
Fax: <a href="mailto:prueba@vumigroup.com">prueba@vumigroup.com</a>	Teléfono móvil: 0000000000
Fecha de nacimiento(mes/año): 03/28/1990	Ocupación: PRUEBA
Estatura: 160 Metros	Sexo: Femenino
Peso: 150 Libras	
Nombre completo del beneficiario (para recibir pagos en nombre del Asegurado Titular): Jane Doe	



## Emisión de Póliza

Al contar con la aprobación del equipo de Evaluación de Riesgos y habiendo completado el pago de la póliza, el cliente y el agente recibirán un correo electrónico de bienvenida con los diferentes documentos de su póliza. Además el asegurado recibirá el correo de bienvenida del Portal del Asegurado MyVUMI™ con sus credenciales de ingreso.





**VUMI® GROUP**

**Servicios de administración ofrecidos por VIP Administration Services, LLC.**

---

Teléfono General: +1.214.276.6376 • Llamada Gratuita: +1.855.276.VUMI (8864)

**[info@vumigroup.com](mailto:info@vumigroup.com) • [www.vumigroup.com](http://www.vumigroup.com)**