

# MYVIP CARE™

# VUMI®

## GUÍA DE USO

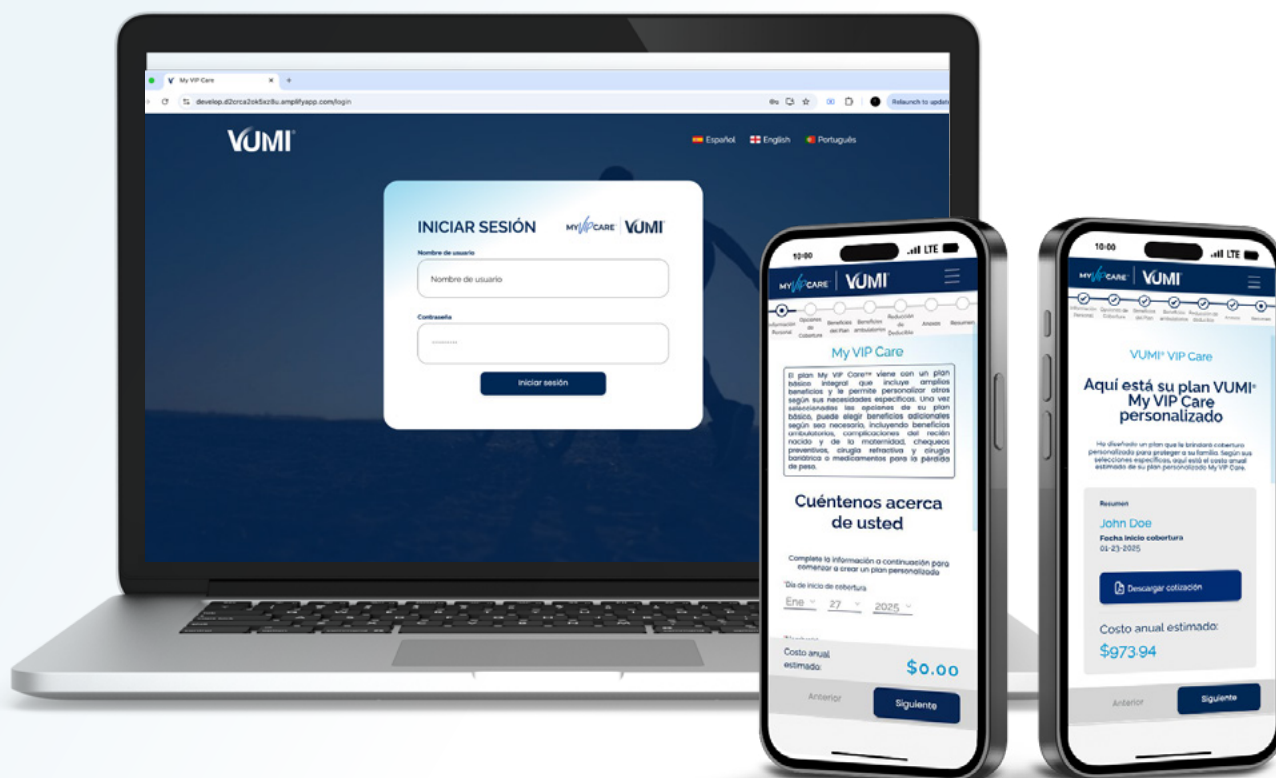


## ÍNDICE

• 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 displays the 'My VIP Care' app interface. On the left, a sidebar menu lists options: 'Información Personal' (selected), 'Opciones de Cobertura', 'Beneficios del Plan', 'Beneficios ambulatorios', 'Reducción de deducible', 'Años', and 'Resumen'. Below the menu is a note: 'Coloque el cursor sobre el ícono de información para mejor explicación sobre cada uno de los campos.' The main form, titled 'Cuéntenos acerca de usted', prompts the user to 'Complete la información a continuación para comenzar a crear un plan personalizado'. It includes fields for 'Día de inicio de cobertura' (Ene - 20 - 2025), 'Nombre(s)' (John), 'Apellido(s)' (Doe), 'Correo electrónico' (john.doe@mail.com), 'Fecha de nacimiento' (Abr - 25 - 1995), 'Género' (Masculino selected), 'País de residencia' (Venezuela), and a toggle for '¿Necesita agregar un dependiente?'. The estimated annual cost is shown as '\$0.00'. At the bottom, there are 'Anterior' and 'Siguiente' buttons. A dark blue modal window is overlaid on the bottom left, titled '¡Bienvenido!' with a smiley face icon. It shows 'John VIP Care' with an external link icon and a button that says 'Empezar una nueva cotización'.



## 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.

My VIP Care

MYVIPCARE YUMI

¿Bienvenido!

John VIP Care

Empezar una nueva cotización

Información Personal

Opciones de Cobertura

Beneficios del Plan

Beneficios ambulatorios

Reducción de deducible

Anexos

Resumen

Coloque el cursor sobre el ícono de información para mayor explicación sobre cada uno de los campos.

Cuéntenos sobre sus dependientes

Puede agregar a su cónyuge, compañero doméstico o hijos de 23 años o menos bajo su póliza.  
\*Los hijos dependientes se refiere a miembros de la familia con 23 años o menos. Al cumplir 24 años, una persona ya no es elegible para la cobertura de hijos dependientes.

Agregar dependiente

Costo anual estimado: \$0.00

Anterior Siguiente

My VIP Care

MYVIPCARE YUMI

¿Bienvenido!

John VIP Care

Empezar una nueva cotización

Información Personal

Opciones de Cobertura

Beneficios del Plan

Beneficios ambulatorios

Reducción de deducible

Anexos

Resumen

Coloque el cursor sobre el ícono de información para mayor explicación sobre cada uno de los campos.

Cuéntenos sobre sus dependientes

Puede agregar a su cónyuge/compañero doméstico o hijos dependientes. La edad de los hijos dependientes no puede ser más de 23 años.

Nombre(s) Jane Apellido(s) Doe Relación con el solicitante principal: Cónyuge/Compañero Doméstico

Gender: Masculino (seleccionado) Feminino

Fecha de nacimiento: Mar - 25 - 2004

País de residencia: Venezuela

Costo anual estimado: \$0.00

Cancelar Agregar

## 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

Seleccione las opciones para el plan que desea crear

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)

\*Solamente 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.

Libre elección de hospitales y médicos en todo el mundo.

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



**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

Selección

América Latina

Mundial Limitada

✓ Mundial

#### Red de proveedores

✓ Selección

Global Abierta

Global Limitada

Mensaje importante y aceptación de condiciones.

Libre elección de hospitales y médicos en todo el mundo.

## 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.



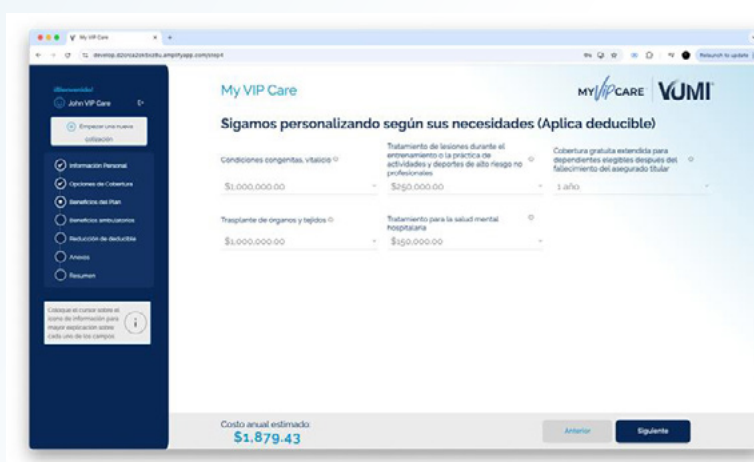


## Beneficios del Plan

### 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

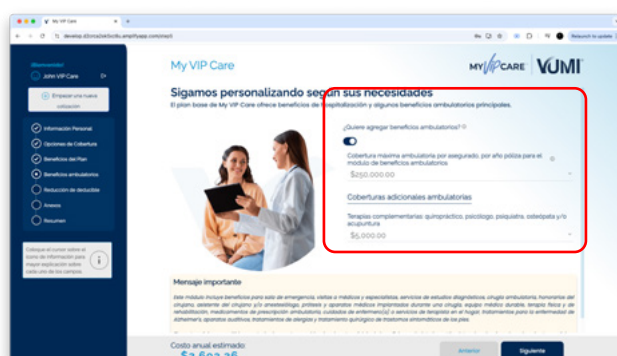


## Beneficios Ambulatorios

### 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.



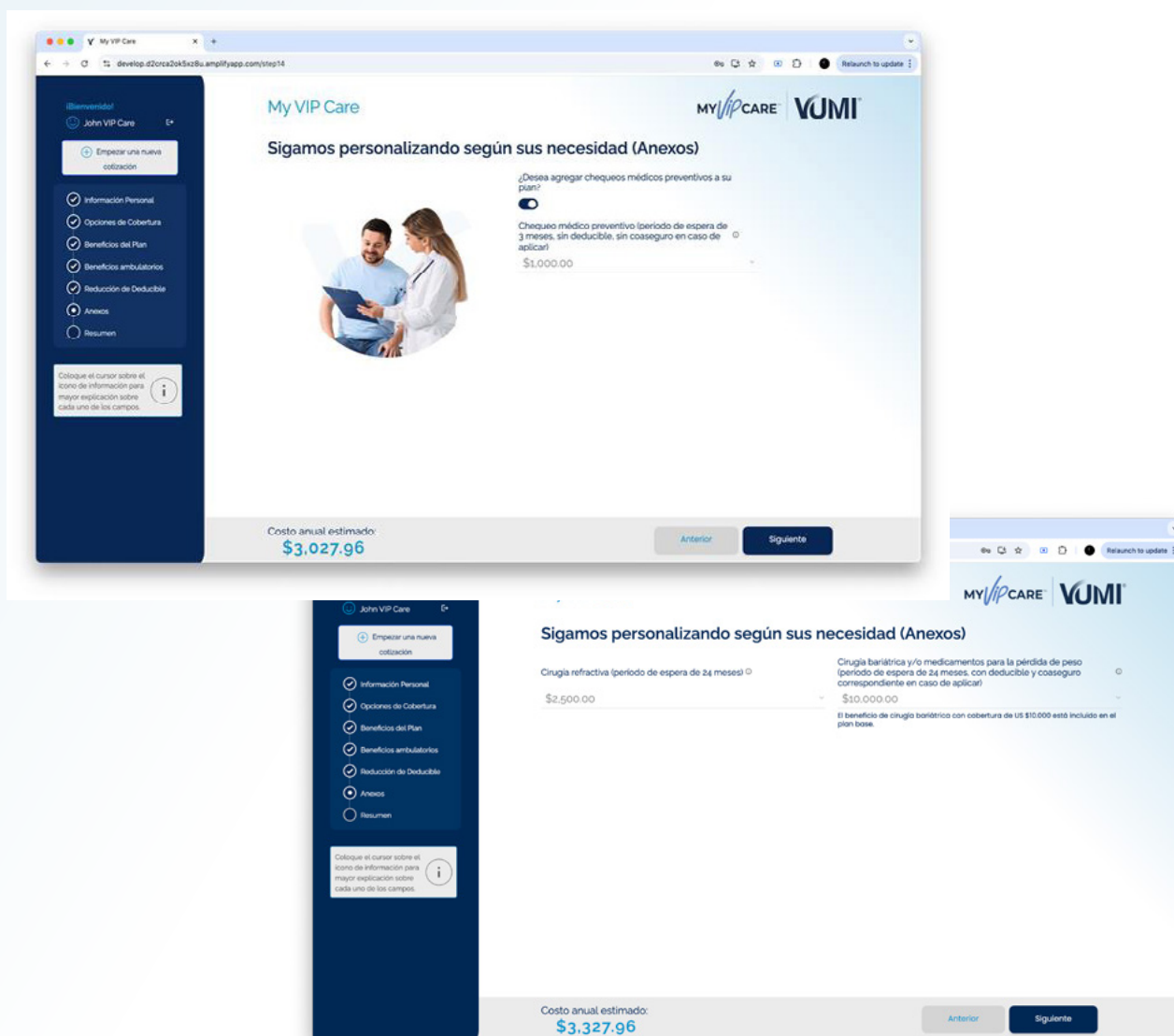


## Anexos

### 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.



## 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.

The screenshot shows the 'My VIP Care' interface. On the left is a dark blue sidebar menu with options: 'Empezar una nueva cotización', 'Información Personal', 'Opciones de Cobertura', 'Beneficios del Plan', 'Beneficios Ambulatorios', 'Reducción de deducible', 'Anexos', and 'Resumen'. The main content area is titled 'Aquí está su plan VUMI® My VIP Care personalizado'. It includes a message: '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.' Below this is a section titled 'Opciones de Cobertura' with a red border. It contains dropdown menus for 'Cobertura geográfica' (América Latina), 'Edad límite para solicitar cobertura' (75), 'Período de espera' (30 días), and 'Red de proveedores' (Latin America). Below this is a section titled 'Beneficios del Plan' with expandable sections for 'Beneficios Ambulatorios', 'Reducción de deducible', and 'Anexos'. On the right, a 'Resumen' box shows 'John Doe', 'Fecha inicio cobertura 01-01-2023', a 'Descargar cotización' button, and 'Costo anual estimado: \$3,473.42'. At the bottom are 'Anterior' and 'Siguiente' buttons.



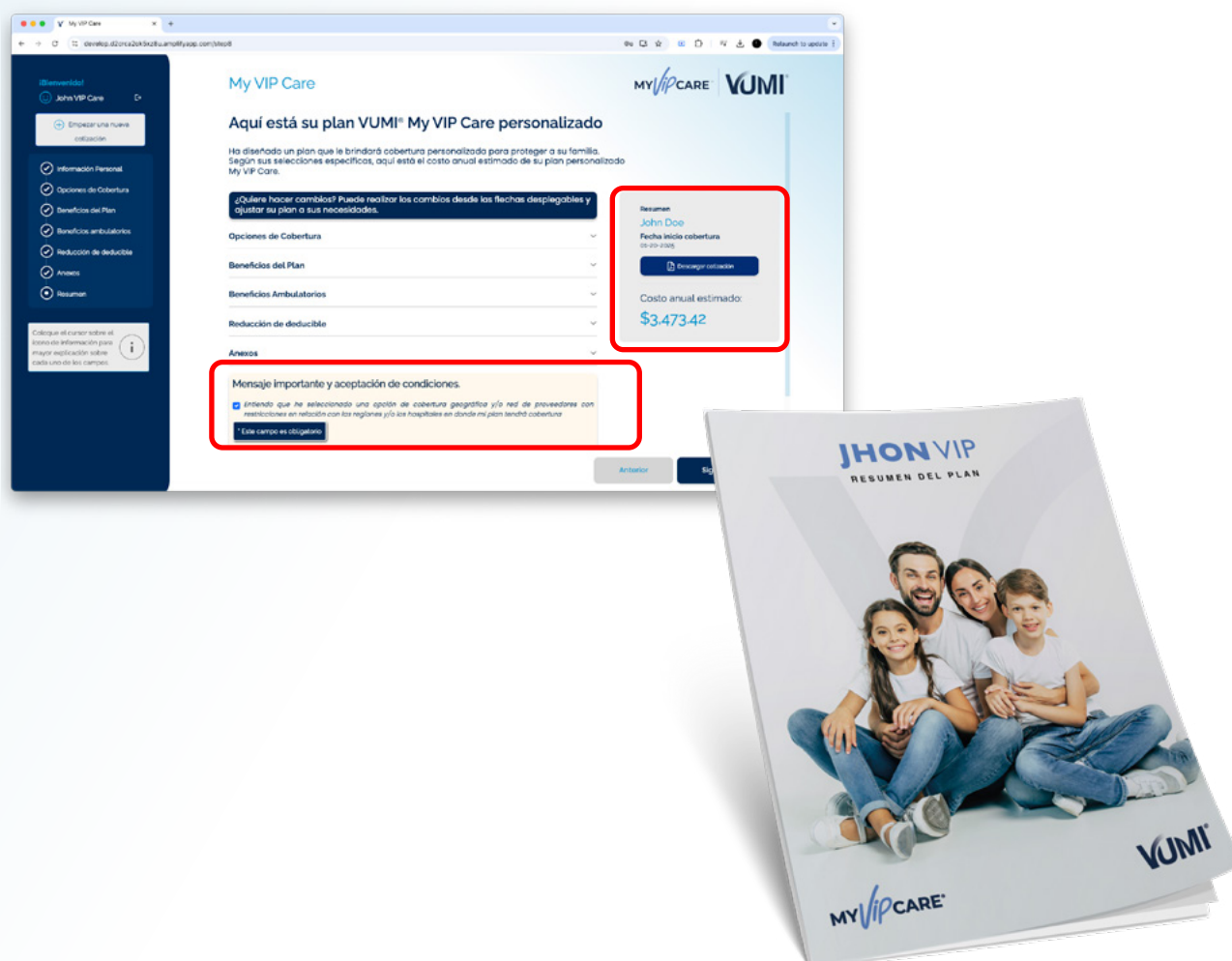


## DESCARGA LA COTIZACIÓN

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**.



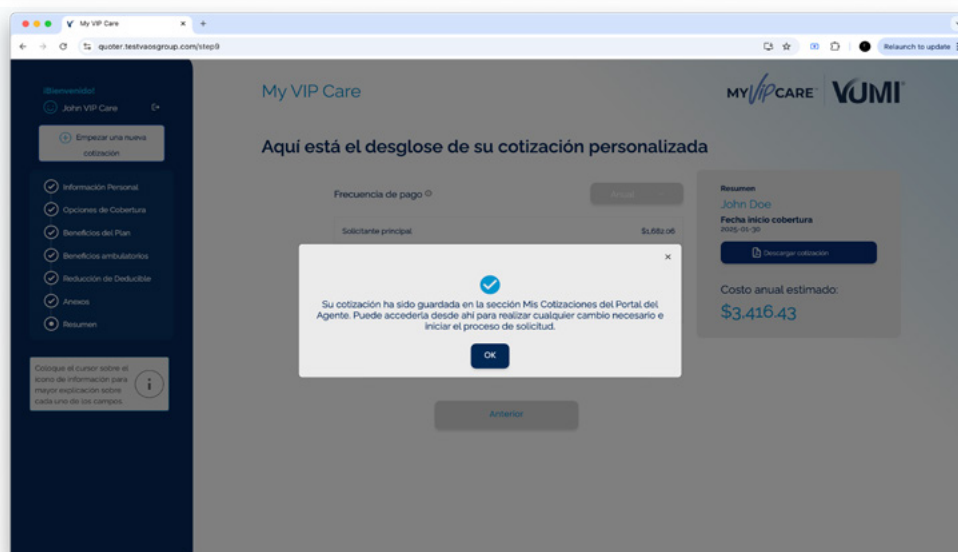
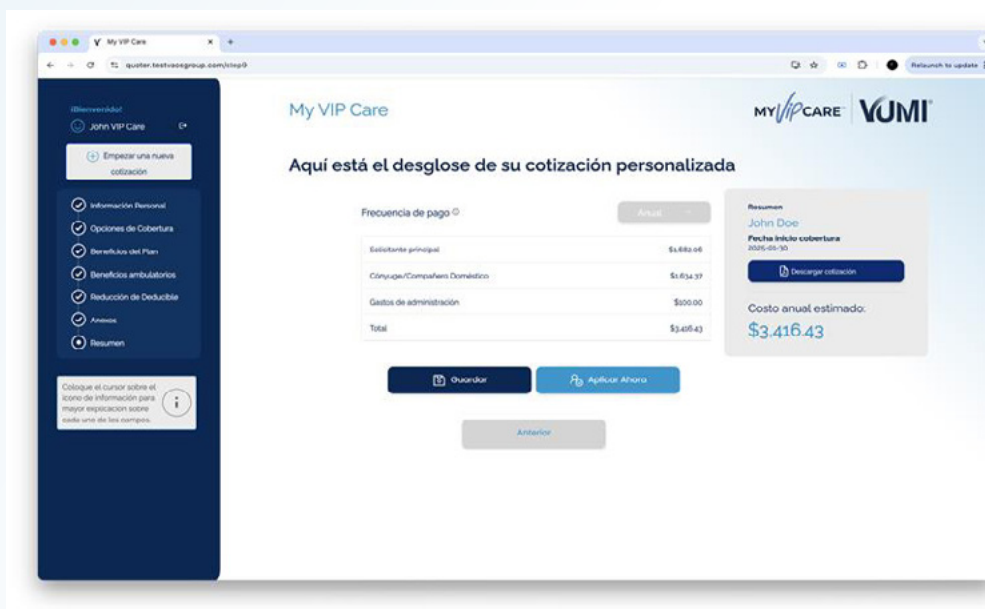


## Resultado de la Cotización

### 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.





## PASO 2

### COMPLETA EL FORMULARIO DE SOLICITUD

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

**Solicitud**

Esta solicitud es un documento legal que debe ser leído y completado en su totalidad, así como firmado por el solicitante principal y su agente. El solicitante principal y su(s) dependiente(s) deberán adjuntar a esta solicitud, una copia de su pasaporte o documento de identificación personal (cédula o equivalente). Si usted padece de alguna condición médica existente, deberá declararla detalladamente en la sección de Condiciones Médicas. Los solicitantes que tengan 65 años de edad cumplidos o más, deberán proporcionar la Declaración del Médico Tratante debidamente completada y firmada por su médico. Si la información proporcionada estuviera incompleta o sin firmar, esto provocará demoras en el proceso de evaluación y emisión de la póliza. Asimismo, YUMI® se reservará el derecho de contactar al solicitante y/o a su médico.

OK

**Información del Solicitante Principal**

Complete la información a continuación para comenzar a construir su aplicación.

Nombre(s)	Initial del segundo nombre	Apellido(s)	Pasaporte o identificación	País
Jhon		Doe	0912234234	Venezuela
Provincia o estado	Ciudad	Dirección	Zona postal	Correo electrónico
Caracas	Caracas	Calle primera #1 y Calle 2da	1014	jigui@yumigroup.com
País de nacionalidad	Teléfono de oficina	Teléfono móvil	Teléfono de casa	Fax
Venezuela	9384901234	+54234923408	9384901234	
Ocupación	Estado civil	Estatura	Peso	
Officer	Casado(a)	1.75	180	
Fecha de nacimiento	Género	Anexo Travel VIP Light		
Jan 28, 1994	Masculino			
Nombre completo del beneficiario (para recibir pagos en nombre del Asegurado Titular)				
Jhon Doe				
Idioma				
Inglés				



**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.

My VIP Care

Vamos a empezar

Jhon VIP Care

Solicitud: 20936

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

My VIP Care

Vamos a empezar

Jhon VIP Care

Solicitud: 20936

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	Tipo de examen	Motivo del examen
Jhon Doe		

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.

Reconocimiento y Autorizaciones

He leído, entiendo completamente la presente solicitud y firmo libre y voluntariamente como mi aceptación de todo el contenido de esta solicitud. Asimismo, declaro que la información personal y médica que he incluido en la presente solicitud es verdadera, completa y precisa, por lo que certifico que no he omitido, ocultado, modificado o alterado esta información. Estoy plenamente consciente y acepto que en caso de que se haya realizado cualquier emisión, ocultación, modificación o alteración de la información declarada en la presente solicitud, o información que no haya sido declarada posteriormente hasta antes de la fecha de efectividad de la póliza, será considerada como un acto de mala fe al aceptar mis obligaciones contractuales y puede ocasionar que las reclamaciones sean negadas y que la póliza sea modificada, revocada o cancelada, para lo cual bastará una simple comunicación de VUMIP Group, LLC, VUMIP Group, LLC, o sus representantes autorizados dentro de los quince (15) días posteriores a la suscripción de la solicitud.

Entiendo que la Compañía se reserva el derecho de rechazar esta solicitud basada en la información que presenté sobre la residencia o el estado de salud de cualquiera de los solicitantes, o por cualquier otra razón que la Compañía considere relevante. Esta solicitud es válida por sesenta (60) días a partir del día en que se firmó. Si deseo retirar mi solicitud del proceso de suscripción, tendré que enviar una notificación por escrito a VUMIP Group, LLC, o sus representantes autorizados dentro de los quince (15) días posteriores a la suscripción de la solicitud.

Entiendo que estoy solicitando cobertura de seguro médico internacional que puede no proveer los beneficios obligatorios requeridos por las regulaciones de mi país de residencia o cualquier otra jurisdicción. Tendré quince (15) días para revisar la cobertura ofrecida por la Compañía y si no estoy satisfecho, podré devolver la póliza a la Compañía y recibir un reembolso de la prima neta pagada.

**Autorización para recaudar y revelar información sobre mi salud**  
Por esta medio autorizo a VUMIP o VUMIP Group, LLC, y a sus subsidiarias y filiales a solicitar mis registros médicos (yo los de mis dependientes, así como también cualquier historial de medicamentos recetables y cualquier otra información médica o farmacéutica para ser considerado en el proceso de evaluación de riesgos con respecto a la solicitud de seguro de salud para mí y mis dependientes.

Autorizo e instruyo a cualquier médico, hospital, laboratorio, farmacia o cualquier otro proveedor médico, compañía de seguros, si he tenido algún seguro previo o evento con algún otro plan de seguro médico, agencia gubernamental, empleador, administrador de beneficios, organización a la cual represento y tengo autorización legal, o persona, incluyendo cualquier familiar que tenga registros médicos o conocimiento sobre mi persona o mi salud, a revelar dicha información a VUMIP o VUMIP Group, LLC, o sus representantes designados. Así mismo, autorizo a VUMIP o VUMIP Group, LLC, sus subsidiarias, filiales y representantes designados a revelar a mi agencia/seguro de seguros, afiliados y sucesores las condiciones de mi póliza, mi certificado de cobertura y otros documentos de seguro, información de pagos, reclamaciones, solicitudes de reembolso y registros médicos que puedan contener información de salud protegida que los permita atender a mis preguntas y facilitar la interacción relacionada con mi cobertura de seguro, pagos y reclamaciones. Entiendo que existe la posibilidad de que cualquier información pueda volver a ser divulgada de conformidad con esta autorización y que la información, una vez revelada, puede que ya esté protegida por las regulaciones federales de los Estados Unidos que rigen la privacidad y confidencialidad.

La existencia de cualquier información o documentación descrita anteriormente deberá ser revelada junto con esta solicitud. Entiendo que VUMIP se basará en dicha información para: 1) Evaluar el riesgo de solicitud de cobertura y tomar decisiones sobre la elegibilidad, clasificación de riesgo, emisión de la póliza e inscripción de todos los solicitantes; 2) administrar reclamaciones y determinar o cumplir con la responsabilidad de cobertura y suministro de beneficios; 3) administrar la cobertura; y 4) llevar a cabo otras operaciones de cobertura conforme a la ley pertinente.

Actualización de su información de contacto

United es responsable de asegurarse de que nosotros tenemos su dirección de correo electrónico actualizada con el propósito de recibir Comunicaciones Electrónicas.

☒ El solicitante principal está de acuerdo con los puntos mencionados anteriormente.

**Reconocimiento de Agente**  
Como Agente, acepto completa responsabilidad por el envío de esta solicitud, todas las primas cobradas y por la entrega de la póliza cuando sea emitida. Desconozco la existencia de cualquier condición que no haya sido revelada en esta solicitud que pudiera afectar la asegurabilidad de los prospectos asegurados.

☒ Como agente, estoy de acuerdo con lo mencionado anteriormente.

En caso de ser necesario, utilice este espacio para añadir documentos adicionales.

**Lista de archivos** [Agregar](#)

Examinar No se ha seleccionado ningún archivo

\*El tamaño máximo a cargar por archivo es de 10MB  
\*Le recordamos que los tipos de archivo permitidos son: pdf, jpg, jpeg, png, zip, rar

Anterior Siguiente



## 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**.

Vamos a empezar

Jhon VIP Care

Solicitud: 20936

Información del Solicitante Principal

Cobertura del Solicitante Principal

Información de Dependientes

Información de Cobertura Previa

Exámenes Médicos

Condiciones Médicas

Medicación

Hábitos

Historia Familiar

Reconocimiento y Autorizaciones

Información de Pago

Modalidad de la póliza: Anual

Prima anualizada: \$ 5,211.75

Tarifa administrativa anual: \$ 75.00

Total a pagar: \$ 5,286.75

Método de pago

Primer pago: \$ 5,286.75

Para pagos realizados por transferencia bancaria o cheque, use la siguiente información:

Beneficiario: VUMI® GROUP, L.L.

2350 Lakeside Blvd #105, Richardson, Texas 75082

Número de cuenta: 1511025379

ABA: 111017979

Banco: Texas Capital Bank N.A.

Código SWIFT: TXCBUS44

Dirección: Richardson, Texas 75082

☐ Cheque ☐ Transferencia bancaria ☐ Tarjeta de crédito ☐ Cheque Electrónico (ACH) ☒ Pagar una vez que la aplicación haya sido aprobada

Anterior Siguiente

Vamos a empezar

Jhon VIP Care

Solicitud: 20936

Información del Solicitante Principal

Cobertura del Solicitante Principal

Información de Dependientes

Información de Cobertura Previa

Exámenes Médicos

Condiciones Médicas

Medicación

Hábitos

Historia Familiar

Reconocimiento y Autorizaciones

Información de Pago

Método de Reembolso de Reclamos

Para pagos realizados por transferencia bancaria o cheque, use la siguiente información:

Beneficiario: VUMI® GROUP, L.L.

2350 Lakeside Blvd #105, Richardson, Texas 75082

Número de cuenta: 1511025379

ABA: 111017979

Banco: Texas Capital Bank N.A.

Código SWIFT: TXCBUS44

Dirección: Richardson, Texas 75082

☐ Cheque ☐ Transferencia bancaria ☒ Tarjeta de crédito ☐ Cheque Electrónico (ACH) ☐ Pagar una vez que la aplicación haya sido aprobada

Datos de la tarjeta

Número de tarjeta\*: 1234 5678 9123 4567

Fecha de expiración: MM/YY

CVC

Datos del tarjetahabiente

Nombre: Apellido: Código Postal:

Dirección:

Teléfono: Correo electrónico:

Cancelar Guardar



## 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.

Vamos a empezar

Jhon VIP Care

Solicitud: 20936

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: Seleccione una opción

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

[← Anterior](#) [Enviar solicitud →](#)

Vamos a empezar

Jhon VIP Care

Solicitud: 20936

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: Seleccione una opción

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

[← Anterior](#) [Enviar solicitud →](#)

Su solicitud ha sido enviada a revisión.

[OK](#)



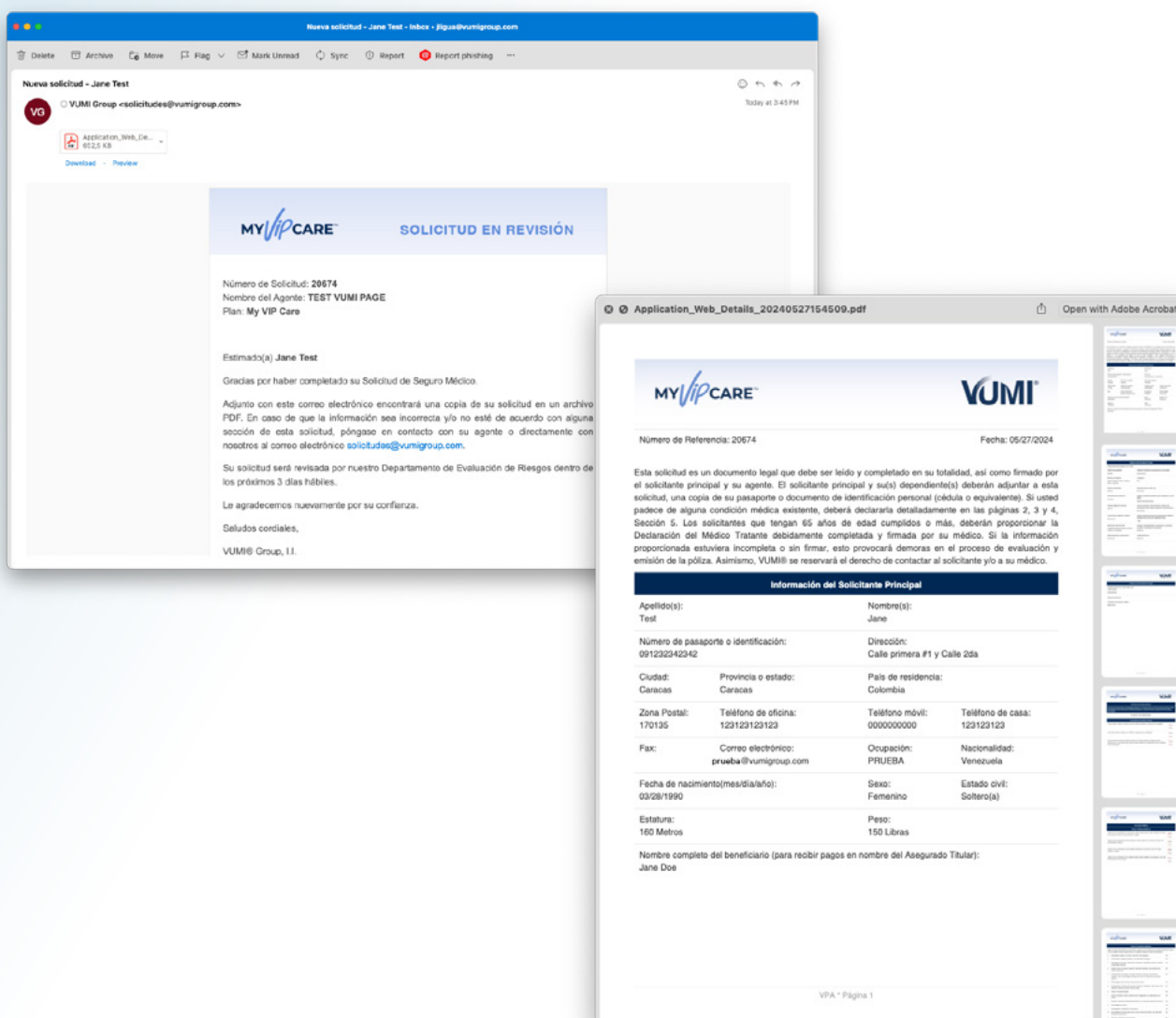
## Emisión de Póliza

### 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.

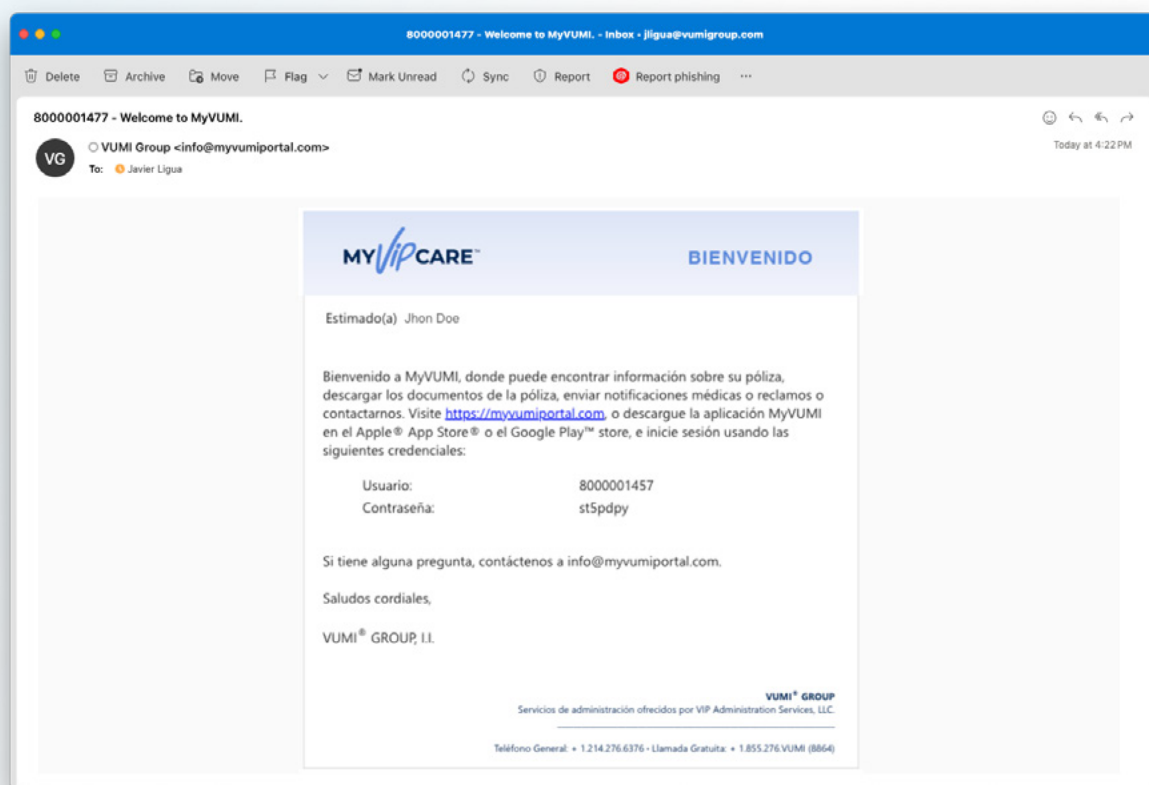






## Emisión de Póliza

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)