

MYVIPCARE™

VUMI®

GUIA DO USUÁRIO



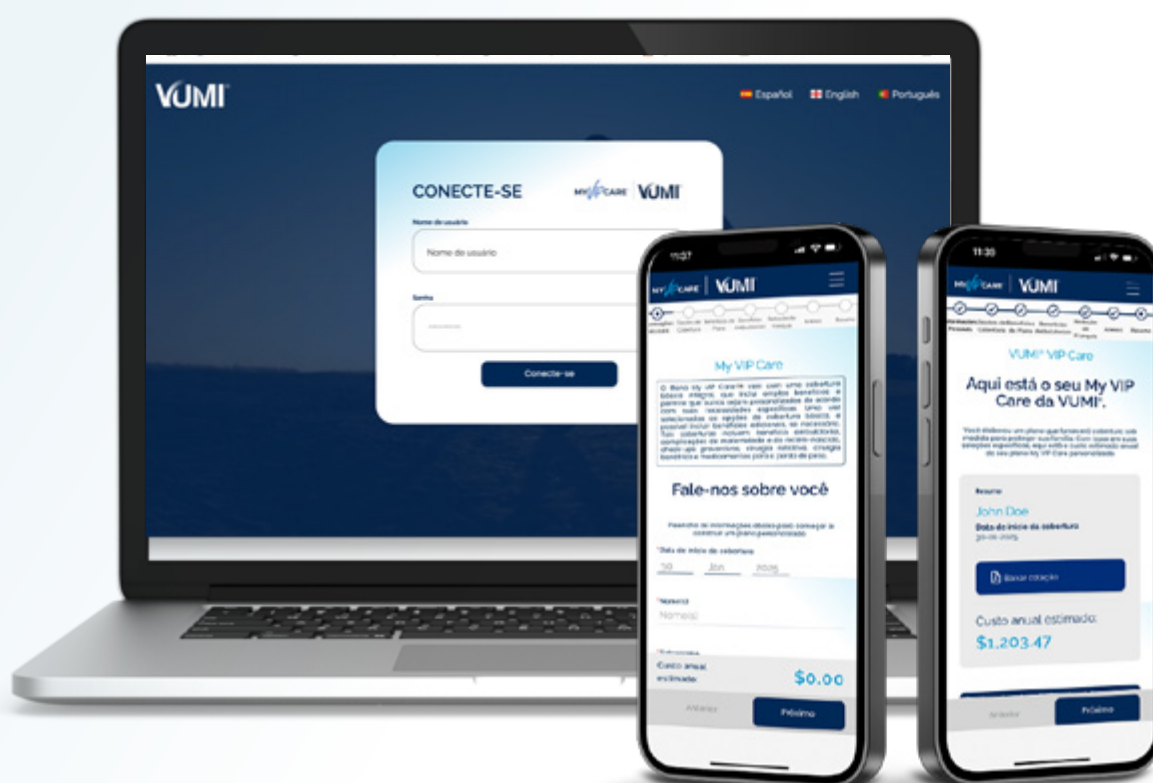
ÍNDICE

• 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	15
• Informações e cobertura do solicitante	
• Perguntas médicas: exames, condições, medicamentos, hábitos e histórico familiar	
• Reconhecimento e Autorizações	
• Passo 3: Pagamento da apólice	18
• Opções de pagamento	
• Método de reembolso	
• Passo 4: Emissão de apólice	20
• Revisão da solicitação	
• Emissão de apólices	



SOBRE O MY VIP CARE™

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



COMO ACESSAR O MY VIP CARE™?

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

Informações pessoais

PASSO 1

COMO INICIAR UMA COTAÇÃO?

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

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

The screenshot displays the 'My VIP Care' web application. On the left is a dark blue sidebar with a 'Bem-vindo!' (Welcome!) section at the bottom, highlighted by a red box. This section shows a smiley icon, the text 'John VIP Care', and a button labeled 'Recomeçar a cotação' (Restart quote) with a plus icon. The main content area is white and titled 'My VIP Care'. It includes a brief description of the plan, a 'Fale-nos sobre você' (Tell us about you) section with fields for 'Data de início da cobertura' (30 Jan 2025), 'Nome' (John), 'Sobrenome' (Doe), 'Endereço de e-mail' (john.doe@mail.com), 'Data de nascimento' (30 Mar 1990), 'Gênero' (Masculino), 'País de residência' (Venezuela), and a checkbox for 'Você precisa adicionar um dependente?'. At the bottom, it shows 'Custo anual estimado: \$0.00' and navigation buttons for 'Anterior' and 'Próximo'.

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.

My VIP Care

MYVIPCARE™ YUMI™

Conte-nos sobre seus dependentes

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

Adicionar dependente

Custo anual estimado: \$0.00

Anterior Próximo

My VIP Care

MYVIPCARE™ YUMI™

Conte-nos sobre seus dependentes

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

Nome(a) Jane Sobrenome(a) Doe Relacionamento com o solicitante principal Cônjuge/Companheiro(a)

Gênero Masculino Feminino Data de nascimento 25 - Jul - 2004 País de residência Venezuela

Custo anual estimado: \$0.00

Cancelar Adicionar

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; franquias dentro e fora dos EUA; Cosseguro e máximo de desembolso.

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

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



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

COMBINAÇÃO 1

Cobertura Geográfica

Rede de Provedores

Mensagem importante e aceite das condições.

Live escolha de hospitais e médicos em todo o mundo

COMBINAÇÃO 2

Cobertura Geográfica ▾

Selecione

América Latina

Limitada mundialmente

✓ Em todo o mundo

Rede de Provedores ▾

Selecione

Global Aberta

✓ Global Limitada

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

- Instituto Oncológico Dana Farber
- Memorial Sloan Kettering Cancer Center
- MD Anderson Cancer Center
- Hospital Presbiteriano de Nova York
- Hospital Johns Hopkins
- Baptist Health Systems
- Centro Médico Cedars-Sinai
- Clínica Mayo (FL, MN, AZ)
- HCA Healthcare
- Memorial Health Systems (S. FL)
- Aspen Valley Hospital
- Mount Sinai Medical Center
- Naples Comprehensive Health
- Orlando Health
- Hospital for Special Surgery

Mensagem importante e aceite das condições.

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

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

COMBINAÇÃO 3

Cobertura Geográfica ▾

Selecione

América Latina

✓ Limitada mundialmente

Em todo o mundo

Exclui cobertura nos países a seguir:

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

Mensagem importante e aceite das condições.

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

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

COMBINAÇÃO 4

Cobertura Geográfica ▾

Selecione

✓ América Latina

Limitada mundialmente

Em todo o mundo

Rede de Provedores ▾

Selecione

✓ América Latina Aberta

América Latina Limitada

Livre escolha de médicos e hospitais na América Latina

Mensagem importante e aceite das condições.

Livre escolha de médicos e hospitais na América Latina.

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

COMBINAÇÃO 5

Cobertura Geográfica ▾

Selecione

✓ América Latina

Limitada mundialmente

Em todo o mundo

Rede de Provedores ▾

Selecione

América Latina Aberta

✓ América Latina Limitada

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

- Hospital Sirio-Libanês, São Paulo
- Hospital Vila Nova Star, São Paulo
- Hospital Copa Star, Rio de Janeiro
- Hospital DF Star, Brasília
- Centro Médico ABC, México
- Hospital Ángeles, México
- CMH-Hospital Galenia, Cancún, México
- Saint Luke's Hospitals, Cabo San Lucas, México
- Hospital Joya, Puerto Vallarta, México
- Hospital CIMA, Costa Rica
- Hospital La Católica, Guadalupe, Costa Rica
- Clínica Las Condes, Estoril, Chile
- Clínica Alemana, Vitacura, Chile
- Hospital del Diagnóstico Colonia Escalón, San Salvador, El Salvador
- Hospital El Pilar, Guatemala

Mensagem importante e aceite das condições.

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

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

Benefícios do plano

MAIS BENEFÍCIOS PERSONALIZADOS

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

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

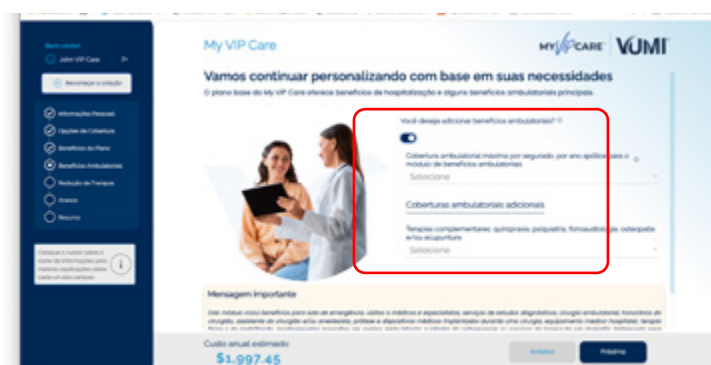


Benefícios Ambulatoriais

PERSONALIZAÇÃO DE ACORDO COM AS NECESSIDADES ESPECÍFICAS DO CLIENTE

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

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



Redução de Franquia

BENEFÍCIO PARA REDUZIR A FRANQUIA DO PLANO

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



Anexos

BENEFÍCIOS DE COMPLICAÇÕES DO RECÉM-NASCIDO E DE MATERNIDADE

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

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





Riders

COBERTURAS PREVENTIVAS PARA COMPLEMENTAR

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

My VIP Care

Vamos continuar personalizando com base em suas necessidades (Anexos)

Quer adicionar check-ups médicos preventivos ao seu plano?

☒

Check-up médico preventivo (período de carência de 3 meses, sem franquia, sem cosseguro, caso aplicável)

\$1.000,00

Custo anual estimado: **\$3.534,13**

Anterior Próximo

My VIP Care

Vamos continuar personalizando com base em suas necessidades (Anexos)

Cirurgia refrativa ocular (período de carência de 24 meses)

\$2.500,00

Cirurgia bariátrica e/ou medicamentos para a perda de peso (período de carência de 24 meses, com franquia e cosseguro correspondente, caso aplicável)

\$10.000,00

O benefício de cirurgia bariátrica com cobertura de US\$ 12 mil está incluído no plano base.

Custo anual estimado: **\$4.134,13**

Anterior Próximo

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

MYVIP CARE VUMI

Care personalizado.

Desseja realizar alterações? Você pode fazer as alterações nas setas suspensas e ajustar seu plano às suas necessidades.

Opções de Cobertura

Cobertura máxima por segurado, por ano apólice: \$3.000.000,00

Cobertura geográfica: América Latina

Idade máxima para solicitar cobertura: 75

Período de carência: 30 dias

Rede de provedores: América Latina Limitada

Benefícios do Plano

Benefícios Ambulatoriais

Redução de Franquia

Anexos

Resumo
John Doe
Data de início da cobertura
30-09-2025
Renovar cotação
Custo anual estimado:
\$4.134,13

Anterior Próximo

DOWNLOAD DA COTAÇÃO

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

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



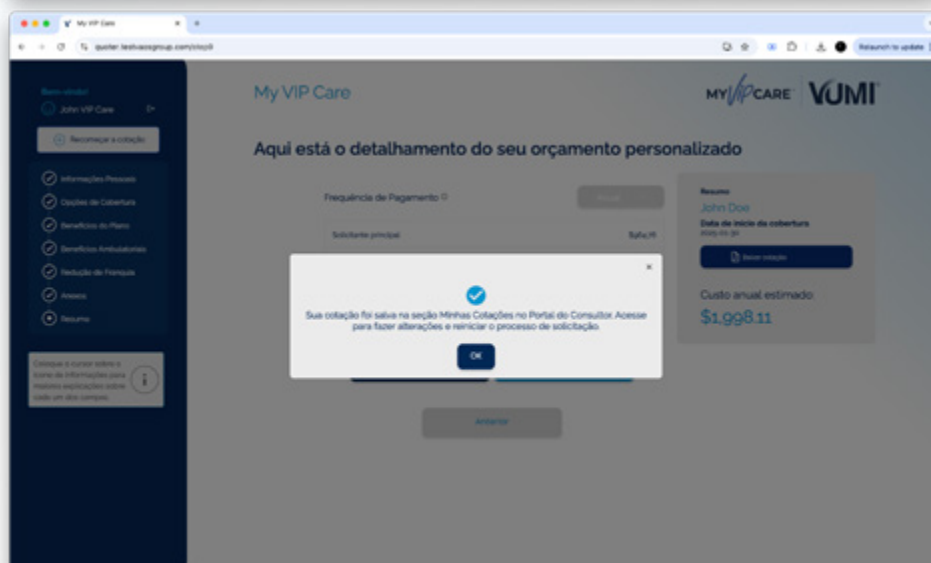
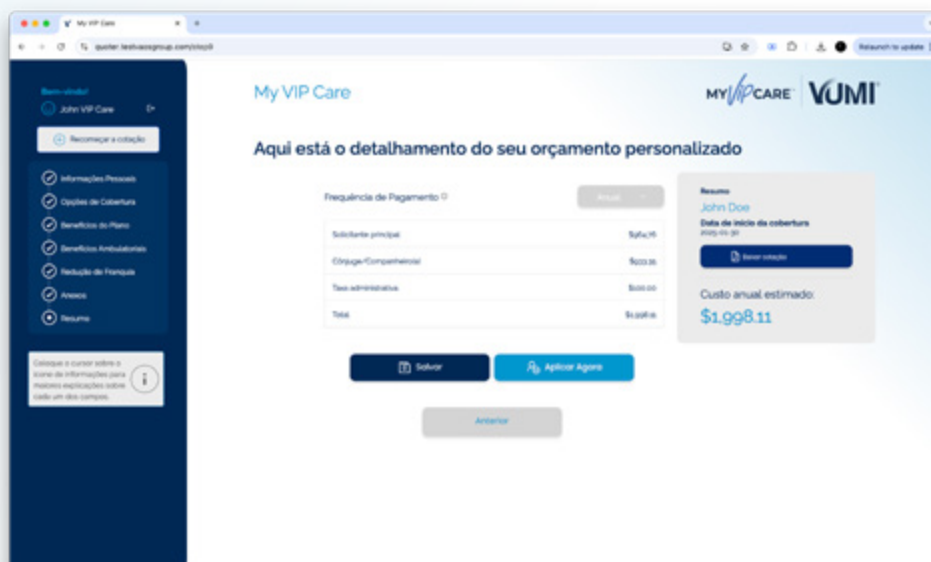


Resultado da Cotação

SALVAR COTAÇÃO OU APLICAR AGORA

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

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





Formulário de Solicitação

PASSO 2

PREENCHA O FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

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



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



Formulário de Solicitação

PERGUNTAS MÉDICAS E HISTÓRICO FAMILIAR

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

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

Vamos começar
John VIP Care
Solicitação:
21604

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

Exames Médicos

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

☒ Não ☐ Sim

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

☒ Não ☐ Sim

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
John VIP Care
Solicitação:
21604

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

Exames Médicos

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

☐ Não ☒ Sim

Solicitante	Tipo de exame	Motivo do exame
John Doe		

Resultado

☒ Normal ☐ Anormal

Algum dos solicitantes está atualmente realizando outros exames para confirmar o diagnóstico?

☒ Não ☐ Sim



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.

The image displays two screenshots of the MYVIPCARE application interface, specifically the 'Reconhecimento e Autorizações' (Recognition and Authorizations) section of the request form.

Top Screenshot:

- Header:** 'Vamos começar' (Let's start), 'John VIP Care', 'Solicitação: 21592'.
- Left Sidebar:** A list of navigation items: 'Informação do Solicitante Principal', 'Cobertura do Solicitante', 'Informação dos Dependentes', 'Informação de Outros Seguros', 'Exames Médicos', 'Condições Médicas', 'Medicação', 'Hábitos', 'Histórico Familiar', and 'Reconhecimento e Autorizações' (highlighted).
- Main Content Area:**
 - Reconhecimento e Autorizações:** A section with detailed text explaining the purpose of the form, the user's responsibilities, and the consequences of providing false information.
 - Authorization for release and review of information about the user's health:** A section where the user must agree to the release and review of their health information.
 - Authorization to share information with third parties:** A section where the user must agree to share their health information with third parties.

Bottom Screenshot:

- Header:** 'Vamos começar', 'John VIP Care', 'Solicitação: 21592'.
- Left Sidebar:** Same as the top screenshot, with 'Reconhecimento e Autorizações' highlighted.
- Main Content Area:**
 - Atualização de sua informação de contato:** A section where the user must update their contact information.
 - Reconhecimento de Consultor:** A section where the user must agree to the release and review of their health information.
 - Se necessário, use este espaço para incluir documentos adicionais:** A section where the user can upload additional documents.
 - Lista de Arquivos:** A section where the user can upload files. It shows a button 'Selecionar Arquivo' and a message 'Nenhum arquivo selecionado'.
 - Footer:** 'Anterior' and 'Seguinte' buttons.



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

John VIP Care

Solicitação: 21592

Informação do Solicitante Principal

Cobertura do Solicitante

Informação dos Dependentes

Informação de Outro Seguro

Exames Médicos

Condições Médicas

Medicação

Hábitos

Histórico Familiar

Reconhecimento e Autorizações

Informação de Pagamento

Quantidade total: \$ 4,134.13

Método de pagamento

Primeiro pagamento: \$ 4,134.13

Método de pagamento

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

Beneficiário:	VUMI® GROUP, L.L.C.	Número de conta:	101025379
	2350 Lakeside Blvd #105, Richardson, Texas 75082	ABA:	111017979
Banco:	Texas Capital Bank N.A.	Código SWIFT:	TXCBUS44
Endereço:	Richardson, Texas 75082		

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

Anterior Seguinte

Vamos começar

John VIP Care

Solicitação: 21592

Informação do Solicitante Principal

Cobertura do Solicitante

Informação dos Dependentes

Informação de Outro Seguro

Exames Médicos

Condições Médicas

Medicação

Hábitos

Histórico Familiar

Reconhecimento e Autorizações

Informação de Pagamento

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

Dados do cartão

Número do cartão**

1234 5678 9123 4567

Data de expiração

MM / YY

CVC

Dados do dono do cartão

Nome

Sobrenome

Código Postal

Endereço

Telefone

E-mail

Cancelar Salvar



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.

The first screenshot shows the 'Método de Pagamento para reembolsos futuros' (Future Reimbursement Method) form. The user has selected 'Conta corrente' (Current account) as the payment method. The form includes fields for 'Nome do beneficiário' (Beneficiary name), 'Número de telefone' (Phone number), 'País' (Country), 'Cidade' (City), 'Endereço' (Address), and 'Referência' (Reference). The 'Enviar solicitação' (Send request) button is highlighted in green.

The second screenshot shows the same form after the request has been submitted. A modal dialog box appears with the message 'Sua solicitação foi enviada para análise.' (Your request has been sent for analysis.) and an 'OK' button. The 'Enviar solicitação' button is now disabled.



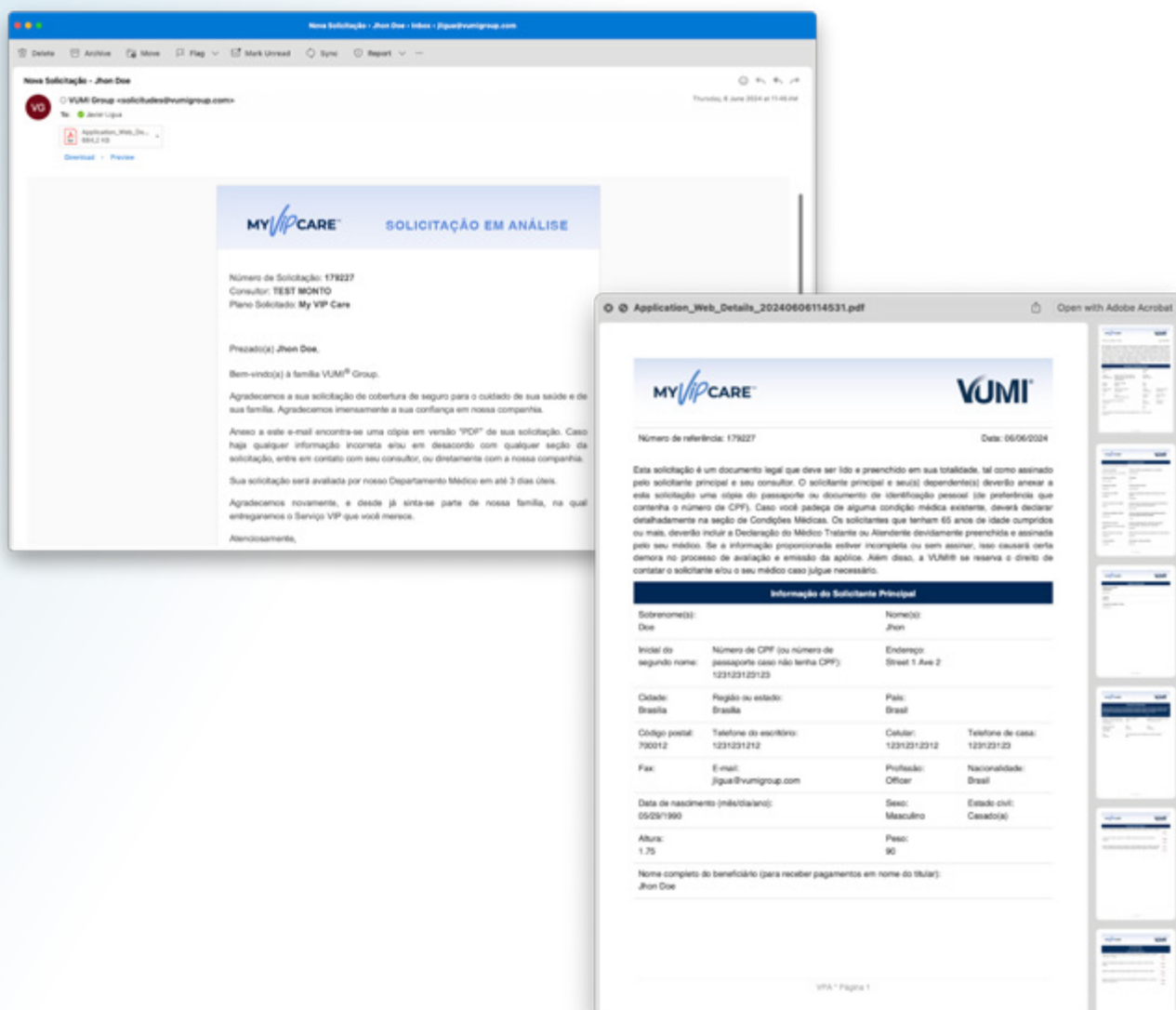
Emissão da apólice

PASSO 4

REVISÃO DA SOLICITAÇÃO

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

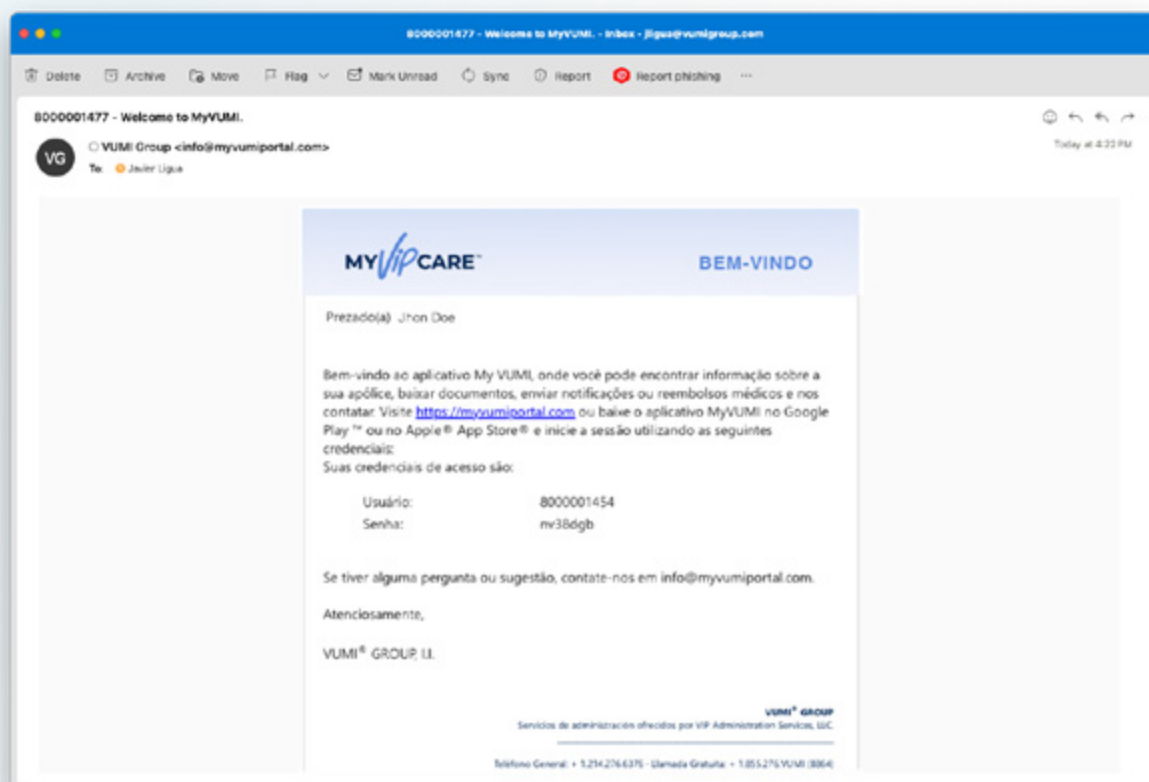
Se houver alguma inconsistência nas informações da solicitação, entre em contato com a equipe VUMI® pelo e-mail applications@vumigroup.com ou siga as instruções fornecidas na mensagem recebida.





Emissão da apólice

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





VUMI® GROUP

Serviços de administração oferecidos pela VIP Administration Services, LLC.

Número de Telefone Geral: +1.214.276.6376 • Ligação Gratuita: +1.855.276.VUMI (8864)
info@vumigroup.com • www.vumigroup.com