



APPLICATION FOR **SECOND MEDICAL OPINION VIP®** SOLICITUD DE **SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA VIP®**

Second Medical Opinion VIP® gives you access to the opinion of world class medical experts from the comfort of your own home. The doctors most suited to your medical condition will evaluate your case based on your medical history and first diagnosis. Please complete all fields and submit this signed application, along with your medical history, diagnosis, passport or ID, and any other documentation relevant to your case to: contact-europe@vumigroup.com.

La Segunda Opinión Médica VIP® le brinda acceso a la opinión de expertos médicos de primera clase desde la comodidad de su casa. Los médicos más adecuados a su condición médica evaluarán su caso basados en su historial médico y primer diagnóstico. Por favor complete todos los campos y envíe esta solicitud firmada junto con su historial médico, diagnóstico, pasaporte o cédula de identidad y cualquier otra documentación relevante a su caso a: contact-europe@vumigroup.com.

Section / Sección I. Applicant Information / Información del Solicitante

1. Last name(s) / Apellido(s):	2. First name / Nombre(s):		
3. Date of birth / Fecha de nacimiento:	4. Occupation / Ocupación:	5. Address / Dirección:	
6. City / Ciudad:	7. State / Provincia o estado:	8. Postal code / Código postal:	9. Country / País:
10. Phone number (office or cell) / Teléfono (oficina o móvil):	11. Email address / Correo electrónico:		
+ -			
12. Marital status / Estado civil:			
☐ Single / Soltero(a) ☐ Married / Casado ☐ Domestic partner / Compañero(a) doméstico(a)			
☐ Divorced / Divorciado(a) ☐ Widowed / Viudo(a)			
13. Gender / Sexo:	14. Height / Estatura:	15. Weight / Peso:	
☐ Male / Masculino ☐ Female / Femenino	☐ Meters / Metros ☐ Feet / Pies	☐ Kilos / Kilos ☐ Pounds / Libras	

Section / Sección II. Treating Physician Information / Información del médico tratante

1. Last name(s) / Apellido(s):	2. First name / Nombre(s):
3. Specialty / Especialidad:	4. Hospital:
5. Phone number (office or cell) / Teléfono (oficina o móvil):	6. Email address / Correo electrónico:
+ -	

Section / Sección III. Reason for Requesting a Second Medical Opinion VIP® and Questions for the Experts / Motivo por el cual Solicita la Segunda Opinión Médica VIP® y Preguntas a los Expertos

Explain the main reason(s) you are requesting a Second Medical Opinion VIP® and list all the questions you would like the experts to answer:
Explique el principal motivo por el cual está solicitando la Segunda Opinión Médica VIP® y detalle las preguntas que quisiera que los expertos le respondan:

Section / Sección IV. Acknowledgement and authorisations / Reconocimiento y autorizaciones

IMPORTANT: READ AND SIGN BEFORE SUBMITTING

To obtain a Second Medical Opinion VIP®, you must accept the following terms and conditions:

1. VUMI's Second Medical Opinion VIP® is a service provided in association with MediGuide International, LLC (MediGuide).
2. I, _____, authorise VUMI® Insurance Europe Limited and MediGuide International, LLC (MediGuide), and any other hospital, doctor or healthcare provider to disclose, in a private and secure format, my medical records to the hospitals in MediGuide's network, without any geographical restrictions.
3. Regarding the second opinion, I authorise MediGuide and VUMI® to request my medical history and relevant information related to my health, as well as the specific condition that caused me to request a second opinion.
4. I agree that MediGuide, VUMI® and the Center of Excellence that will perform the second medical opinion will rely solely on the medical records received, and that MediGuide and VUMI® have no obligation or liability for the accuracy or completeness of the medical records provided by my treating physicians.
5. Furthermore, I agree that, in the absence of a physical examination by the consulting physician, I cannot benefit from the observations and perceptions which can only be obtained through such physical examination.
6. I understand and agree that phone conversations with me or my representative may be recorded in order to improve the quality of VUMI's services. All recordings are to be kept confidential.
7. In order to fulfill my specific request to obtain one of MediGuide's additional services regarding the Navigator program, MySpecialistMD or LifeLink Insurance product, MediGuide must share parts of the information provided above in a private and safe format. MediGuide will only share this information with the necessary parties in order to comply with the additional services I requested. I hereby authorise such transmission. (IMPORTANT: not all MediGuide memberships offer access to Navigator, MySpecialistMD or LifeLink services.)
8. Translations are offered for the convenience of the insured. The English version of this application and authorisation shall prevail and will be the controlling contract in case of any doubt or dispute in relation to the Second Medical Opinion VIP® and/or to this application.

1. Patient's full name:

2. Patient's signature:

3. Date:

IMPORTANTE: LEER Y FIRMAR ANTES DE ENVIAR

Para obtener una Segunda Opinión Médica VIP®, usted deberá aceptar los siguientes términos y condiciones:

1. La Segunda Opinión Médica VIP® de VUMI® es un servicio que se presta en conjunto con MediGuide International, LLC (MediGuide).
2. Yo, _____, autorizo a VUMI® Insurance Europe Limited y MediGuide International, LLC (MediGuide) y a cualquier otro hospital, médico o proveedor de atención médica a transmitir, en un formato privado y seguro, mi historia clínica a los hospitales de la red de MediGuide, sin restricciones geográficas.
3. En relación con la segunda opinión, autorizo a MediGuide y a VUMI® a recopilar mi historial clínico y la información pertinente relacionada a mi salud, así como la afección específica que me hizo solicitar una segunda opinión.
4. Acepto que MediGuide, VUMI® y el Centro de Excelencia que realizará la segunda opinión médica dependerán exclusivamente del historial clínico recibido y que MediGuide y VUMI® no tienen obligación ni responsabilidad alguna por la exactitud o totalidad del historial clínico provisto por mis médicos tratantes.
5. Además, acepto que, al no haber un examen físico directo por parte del médico de consulta, no obtendré el beneficio de las observaciones y percepciones que solo pueden obtenerse mediante dicho examen.
6. Entiendo y apruebo que se pueden grabar conversaciones telefónicas conmigo o con mi representante a fin de mejorar la calidad de los servicios de VUMI®. Se mantendrá la confidencialidad absoluta de tales grabaciones.
7. Con el objetivo de cumplir mi solicitud específica de obtener uno de los servicios adicionales de MediGuide respecto del programa Navigator, MySpecialistMD (Mi Médico Especialista) o al producto de LifeLink Insurance, MediGuide deberá transmitir partes de la información descrita anteriormente en un formato privado y seguro. MediGuide transmitirá esta información solamente a las partes necesarias para cumplir con los servicios adicionales que yo solicité, y por el presente autorizo tal transmisión (IMPORTANTE: no todas las membresías de MediGuide ofrecen acceso a Navigator, MySpecialistMD o los servicios LifeLink).
8. Las traducciones se ofrecen para conveniencia del asegurado. La versión en inglés de esta solicitud y autorización prevalecerá y será el contrato controlador en caso de cualquier duda o disputa en relación a la Segunda Opinión Médica VIP® y/o a esta solicitud.

1. Nombre completo del paciente :

2. Firma del paciente:

3. Fecha:

VUMI® INSURANCE EUROPE LIMITED

COMPANY NUMBER: C 112852

AUTHORISED AND REGULATED BY THE MALTA FINANCIAL SERVICES AUTHORITY
TO CARRY ON GENERAL BUSINESS OF INSURANCE UNDER THE INSURANCE BUSINESS ACT 1998