

SOLICITUD DE VIDA GRUPO EXPERIENCIA GLOBAL

INSTRUCCIONES

ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL CONTRATANTE Y ASEGURADO TITULAR CON LETRA MOLDE. FAVOR DE NO DEJAR PREGUNTAS NI ESPACIOS SIN CONTESTAR. ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

DATOS DEL CONTRATANTE (PERSONA FÍSICA)

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)	
R.F.C.		C.U.R.P.		CORREO ELECTRÓNICO	
PAÍS DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA)	
OCUPACIÓN		PROFESIÓN		FIRMA ELECTRONICA AVANZADA (FIEL)	

DATOS DEL CONTRATANTE (PERSONA MORAL)

NOMBRE COMERCIAL DEL CLIENTE		NOMBRE DEL ADMINISTRADOR O ADMINISTRADORES		GIRO DE LA EMPRESA		NACIONALIDAD	
R.F.C.		TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO			
RAZÓN SOCIAL		FECHA DE CONSTITUCIÓN		FOLIO MERCANTIL		NO. FIEL	

SI CUENTA CON OTRA PÓLIZA EN SEGUROS VE POR MÁS, S.A., GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS INDICAR SU NÚMERO DE PÓLIZA Y CERTIFICADO.

DOMICILIO DEL CONTRATANTE

CALLE		NÚMERO EXT.		NÚMERO INT.		COLONIA		DELEGACIÓN O MUNICIPIO	
CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO PARTICULAR		TELÉFONO DE OFICINA	

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO ASEGURADO / ASEGURADA (ANEXAR RELACIÓN DE ASEGURADOS)

SE SOLICITA LA EXPEDICIÓN DE UNA PÓLIZA CONFORME A LA INFORMACIÓN EN ESTA SOLICITUD Y LOS CONSENTIMIENTOS, SOBRE LA VIDA DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO INTEGRADO POR:

PERSONAL ACTIVO EN LA NÓMINA	<input type="checkbox"/>	PERSONAL ACTIVO POR HONORARIOS	<input type="checkbox"/>
PERSONAL ACTIVO TEMPORAL	<input type="checkbox"/>	PERSONAL ACTIVO DE CONFIANZA	<input type="checkbox"/>
MIEMBROS ASOCIADOS	<input type="checkbox"/>		
PERSONAL ACTIVO SINDICALIZADO	<input type="checkbox"/>	PERSONAL JUBILADO O EN RETIRO	<input type="checkbox"/>
			OTRO: _____

GRUPO ASEGURADO	TOTAL DE ASEGURADOS	REGLA DE SUMA ASEGURADA	ACTIVIDAD/OCUPACIÓN	CONTRIBUCIÓN
SUBGRUPO 1:				%
SUBGRUPO 2:				%
SUBGRUPO 3:				%

Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más

Paseo de la Reforma 243 piso 16, Col. Cuauhtémoc C.P. 06500 CDMX. En caso de siniestro llama al Tel. 01 800 830 3676 www.vepormas.com Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) 01800-8303-676 o serviciopersonas.df@segurosvepormas.com

SUBGRUPO 4:

PERIODO DE VIGENCIA**INICIO DE VIGENCIA (DD/MM/AAAA)****FIN DE VIGENCIA (DD/MM/AAAA)****BENEFICIOS****ELEGIR LOS SIGUIENTES BENEFICIOS POR CADA SUBGRUPO**

	SUBGRUPO1	SUBGRUPO2	SUBGRUPO3	SUBGRUPO4
FALLECIMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUERTE ACCIDENTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUERTE ACCIDENTAL Y/O PÉRDIDA DE MIEMBROS A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUERTE ACCIDENTAL Y/O PÉRDIDA DE MIEMBROS B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA Y/O PÉRDIDA DE MIEMBROS A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA Y/O PÉRDIDA DE MIEMBROS B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAGO ADICIONAL POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GASTOS FUNERARIOS DEL ASEGURADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COBERTURAS ADICIONALES

	SUBGRUPO1	SUBGRUPO2	SUBGRUPO3	SUBGRUPO4
GASTOS FUNERARIOS DE HIJOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GASTOS FUNERARIOS DEL CÓNYUGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FIEL= FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA*FORMA DE PAGO (****LA FORMA DE PAGO MENSUAL SÓLO PODRÁ HACERSE CON CARGO A TARJETA DE CRÉDITO Y DEBERÁ LLENAR LA SOLICITUD CORRESPONDIENTE)**MENSUAL **** TRIMESTRAL SEMESTRAL ANUAL **Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más**

Paseo de la Reforma 243 piso 16, Col. Cuauhtémoc C.P. 06500 CDMX. En caso de siniestro llama al Tel. 01 800 830 3676 www.vepormas.com Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) 01800-8303-676 o serviciopersonas.df@segurosvepormas.com

DE INTERÉS PARA EL CONTRATANTE (LEER ANTES DE FIRMAR)

CONFORME A LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO, SE DEBEN DECLARAR TODOS LOS DATOS REQUERIDOS EN ESTA SOLICITUD TAL Y COMO LOS CONOZCA O DEBA CONOCERLOS EN FORMA VERÍDICA AL MOMENTO DE FIRMAR, EN LA INTELIGENCIA QUE LA OMISIÓN O INEXACTA O FALSA DECLARACIÓN DE LOS DATOS IMPORTANTES QUE SE PREGUNTEN PARA LA APRECIACIÓN DEL RIESGO, FACULTARÁ A SEGUROS VE POR MÁS, S.A., GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS, PARA RESCINDIR EL CONTRATO CELEBRADO AUNQUE TALES DATOS NO HAYAN INFLUIDO EN LA CAUSA DEL SINIESTRO Y DE ABSTENERSE DE REALIZAR CUALQUIER PAGO AL ASEGURADO (ART. 8 Y 47 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO).

POR LO ANTERIOR, EN MI CARÁCTER DE CONTRATANTE Y EN REPRESENTACIÓN DE LOS SOLICITANTES, BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD DECLARO QUE TODOS LOS HECHOS AQUÍ MENCIONADOS SON VERÍDICOS Y ESTOY DE ACUERDO EN QUE CON BASE EN ELLOS LA ASEGURADORA VALORARÁ EL RIESGO A CONTRATAR.

AUTORIZO A LOS MÉDICOS, HOSPITALES O CLÍNICAS QUE ME HAYAN ASISTIDO O A LOS QUE HAYA ACCEDIDO PARA DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO DE CUALQUIER ENFERMEDAD Y PARA EL EFECTO, RELEVO A LAS PERSONAS ARRIBA MENCIONADAS DEL SECRETO PROFESIONAL, ACEPTANDO QUE SE PROPORCIONE A SEGUROS VE POR MÁS, S.A., GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS, LA INFORMACIÓN REQUERIDA.

ASIMISMO, AUTORIZO A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS A LAS QUE PREVIAMENTE HE SOLICITADO PÓLIZAS, PARA QUE PROPORCIONEN A SEGUROS VE POR MÁS, S.A., GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS, LA INFORMACIÓN DE SU CONOCIMIENTO, PARA LA CORRECTA EVALUACIÓN DE ESTA SOLICITUD Y A SU VEZ A SEGUROS VE POR MÁS, S.A., GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS, PARA QUE PROPORCIONE A CUALQUIER OTRA EMPRESA DEL RAMO, LA INFORMACIÓN QUE SE DERIVE DE ESTA SOLICITUD Y DE OTRAS QUE SEAN DE SU CONOCIMIENTO, A EFECTO QUE PUEDA EVALUAR CUALQUIER OTRA PROPUESTA DE CONTRATACIÓN DE SEGURO DEL SECTOR QUE LE SEA SOLICITADA POR MI PERSONA. ESTA INFORMACIÓN PUEDE SER REQUERIDA AL MOMENTO DE PRESENTAR ESTE DOCUMENTO, EN CASO DE FALLECIMIENTO O EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE SEGUROS VE POR MÁS, S.A., GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS, LO CONSIDERE OPORTUNO.

ASÍ MISMO, RECONOZCO QUE LOS PADECIMIENTOS PREEXISTENTES NO QUEDARÁN CUBIERTOS EN LA PÓLIZA, AUNQUE SEAN DECLARADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD, CONSIDERANDO ESTE DOCUMENTO COMO PARTE INTEGRANTE DE MI CONTRATO PARA TODOS LOS EFECTOS A QUE HAYA LUGAR.

ESTOY DE ACUERDO QUE, EN CASO DE SER ACEPTADA ESTA SOLICITUD FORMARÁ PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO CELEBRADO ENTRE EL CONTRATANTE Y SEGUROS VE POR MÁS, S.A., GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS.

HAGO CONSTAR QUE ME HE ENTERADO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE EN SU CASO EXTENDERÁ SEGUROS VE POR MÁS, S.A., GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS Y EXPRESAMENTE DECLARO MI CONFORMIDAD CON ELLAS, ASÍ MISMO DECLARO QUE EL AGENTE DE SEGUROS, ME HA INFORMADO DE MANERA AMPLIA Y DETALLADA SOBRE EL ALCANCE REAL DE LA COBERTURA Y LA FORMA DE CONSERVARLA O DARLA POR TERMINADA.

PREVIA LECTURA Y DEBIDAMENTE ENTERADOS DE LAS CONDICIONES Y OBLIGACIONES QUE ESTABLECE LA SOLICITUD DE GASTOS MÉDICOS MAYORES, CONFIRMO HABER DECLARADO LOS DATOS EXACTOS PARA LA CORRECTA EVALUACIÓN DE LA MISMA.

FIRMA DEL CONTRATANTE

AVISO DE PRIVACIDAD

SEGUROS VE POR MÁS, S.A., GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS, CON DOMICILIO EN PASEO DE LA REFORMA 243 PISO 16, COL CUAUHTÉMOC, C.P. 06500, CIUDAD DE MÉXICO, LE INFORMA QUE LOS DATOS PERSONALES Y/O DATOS PERSONALES SENSIBLES QUE SE RECABAN DE USTED, SERÁN UTILIZADOS PARA LAS SIGUIENTES FINALIDADES QUE SON NECESARIAS PARA EL SERVICIO Y/O PRODUCTO QUE SOLICITA:

Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más

Paseo de la Reforma 243 piso 16, Col. Cuauhtémoc C.P. 06500 CDMX. En caso de siniestro llama al Tel. 01 800 830 3676 www.vepormas.com Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) 01800-8303-676 o serviciopersonas.df@segurosvepormas.com

LA REALIZACIÓN DE TODAS Y CADA UNA DE LAS OPERACIONES Y LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, ASÍ COMO LA CELEBRACIÓN DE LOS DEMÁS ACTOS QUE SEGUROS VE POR MÁS PUEDE REALIZAR CONFORME A LA LEGISLACIÓN QUE LES SEA APLICABLE Y A SUS ESTATUTOS SOCIALES; LA IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DEL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES; PARA LA EVALUACIÓN DE SU SOLICITUD DE SEGURO Y SELECCIÓN DE RIESGOS, Y EN SU CASO, LA EMISIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, LA APLICACIÓN DE EXÁMENES DE ESTADO GENERAL DE SALUD, PREVIO A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO; PARA REALIZAR LAS GESTIONES DE COBRO QUE SON INHERENTES A LA CONTRATACIÓN O RENOVACIÓN DEL SEGURO; PARA EL TRÁMITE Y SEGUIMIENTO DE SUS SOLICITUDES DE PAGO DE SINIESTROS, ADMINISTRACIÓN, MANTENIMIENTO Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO; LAS REVISIONES Y CORRECCIONES REQUERIDAS POR ACTUALIZACIÓN DE DATOS O PARA MAYOR CONOCIMIENTO DE LOS TITULARES Y SUS OPERACIONES, TANTO PARA EFECTOS LEGALES COMO DE PREVENCIÓN O SEGURIDAD; LA COMUNICACIÓN CON LOS CLIENTES, PROVEEDORES, CONSEJEROS Y AUDITORES EXTERNOS, ACTUALES O ANTERIORES, PARA TRATAR CUALQUIER TEMA RELACIONADO CON ASUNTOS CONTRACTUALES, COMERCIALES, LABORALES, DE NEGOCIOS O CON SUS DATOS PERSONALES O EL PRESENTE AVISO DE PRIVACIDAD; LAS CONSULTAS, INVESTIGACIONES Y REVISIONES EN RELACIÓN A CUALQUIER QUEJA, RECLAMACIÓN O ACLARACIÓN; LA ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS DE CUALQUIER AUTORIDAD COMPETENTE CONFORME A LA LEGISLACIÓN APLICABLE A LA ENTIDAD FINANCIERA; CUALQUIER ACTIVIDAD COMPLEMENTARIA O AUXILIAR NECESARIA PARA LA REALIZACIÓN DE LOS FINES ANTERIORES.

DE MANERA ADICIONAL, SE UTILIZARÁ SU INFORMACIÓN PERSONAL PARA LAS SIGUIENTES FINALIDADES QUE NO SON NECESARIAS PARA EL SERVICIO O PRODUCTO SOLICITADO, PERO QUE PERMITEN Y FACILITAN BRINDARLE UN MEJOR SERVICIO:

LA PROMOCIÓN DE PRODUCTOS, SERVICIOS, BENEFICIOS ADICIONALES, DESCUENTOS, PROMOCIONES, BONIFICACIONES, CONCURSOS, ESTUDIOS DE MERCADO, SORTEOS Y PUBLICIDAD EN GENERAL, OFRECIDOS POR LAS EMPRESAS INTEGRANTES DEL GRUPO FINANCIERO O RELACIONADO CON LAS MISMAS O TERCEROS NACIONALES O EXTRANJEROS CON QUIENES CUALQUIERA DE DICHAS EMPRESAS MANTENGAN ALIANZAS COMERCIALES, LA REALIZACIÓN DE ENCUESTAS DE CALIDAD, SERVICIO O DE CUALQUIER OTRO TIPO RELACIONADO CON LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS QUE SE OFRECEN Y/O PRESTAN, ASÍ COMO EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE PROCESOS DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICOS QUE SE DERIVEN DE DICHAS ENCUESTAS. EN CASO DE QUE USTED NO DESEE QUE SUS DATOS PERSONALES SEAN TRATADOS NI TRANSFERIDOS PARA ESTOS FINES ADICIONALES, USTED CONTARÁ CON 5 DÍAS HÁBILES A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DE ESTE AVISO, PARA MANIFESTAR SU NEGATIVA AL SIGUIENTE CORREO: atención.clientes@vepormas.com Y ADICIONALMENTE DEBE DE MARCARSE COPIA A mcalderon@vepormas.com, DE LO CONTRARIO SE ENTENDERÁ QUE USTED ACEPTA EL USO DE SUS DATOS PARA ESTOS FINES.

PARA CONOCER MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES EN QUE SERÁN TRATADOS SUS DATOS PERSONALES Y LA FORMA EN QUE PODRÁ EJERCER SUS DERECHOS ARCO, PUEDE CONSULTAR NUESTRO AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL EN <http://www.vepormas.com>, DENTRO DE LA PÁGINA DE SEGUROS VE POR MÁS, SELECCIONANDO EL APARTADO "SU INFORMACIÓN PERSONAL ESTÁ SEGURA CON VE POR MÁS".

EL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES MANIFIESTA HABER LEÍDO Y ESTAR DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS DEL AVISO DE PRIVACIDAD, CONOCIENDO Y ACEPTANDO LA FINALIDAD DE LA RECOLECCIÓN, EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES Y PERSONALES SENSIBLES Y TRANSFERENCIA DE LOS MISMOS A TRAVÉS DE SU FIRMA AUTÓGRAFA O ELECTRÓNICA

SE ENTENDERÁ QUE EL SOLICITANTE CONTRATANTE CONSIENTE TÁCITAMENTE EL TRATAMIENTO DE SU INFORMACIÓN PERSONAL EN LOS TÉRMINOS INDICADOS EN EL PRESENTE AVISO DE PRIVACIDAD SI NO MANIFIESTA SU OPOSICIÓN AL MISMO.

HE LEÍDO Y ME DOY POR ENTERADO DEL AVISO DE PRIVACIDAD QUE ANTECEDE EN RELACIÓN CON LA PÓLIZA DE SEGURO.

FIRMA DEL CONTRATANTE

Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más

Paseo de la Reforma 243 piso 16, Col. Cuauhtémoc C.P. 06500 CDMX. En caso de siniestro llama al Tel. 01 800 830 3676 www.vepormas.com Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) 01800-8303-676 o serviciopersonas.df@segurosvepormas.com

DECLARO QUE LOS RECURSOS POR VIRTUD DE LOS CUALES SE REALIZARÁ EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA, SON LÍCITOS.

Apreciable Asegurado y/o Contratante, Seguros Ve por Más está inmersa en el cuidado del ambiente y en la reducción del uso de papel, Le invitamos a sumarse a esta campaña aceptando las Condiciones Generales de tu producto por cualquiera de los siguientes medios.

En Papel CD Descarga en página web: www.vepormas.com Vía correo electrónico

LUGAR Y FECHA (DD/MM/AA)

FIRMA DEL CONTRATANTE

DATOS DEL AGENTE

NO. AGENTE	NOMBRE	DISTRIBUCIÓN
1. ¿RECOMIENDA USTED A SU CLIENTE, TANTO POR ASPECTO SALUDABLE COMO POR SU MORALIDAD, HÁBITOS Y REPUTACIÓN?		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. ¿TIENE ALGÚN PARENTESCO CON EL SOLICITANTE? INDIQUE CUÁL:		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

LUGAR Y FECHA (DD/MM/AA)

FIRMA DEL AGENTE

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud. Esta solicitud es nula si carece de la firma del solicitante y/o contratante.

Se informa que el producto ligado a esta solicitud cuenta con exclusiones y limitantes, mismas que puede consultar dentro de las Condiciones Generales del mismo producto, que se encuentran en nuestra página de internet <http://www.vepormas.com> Se hace del conocimiento de nuestros clientes que podrán consultar todos los preceptos y referencias legales mencionadas en el contrato, en nuestra página de internet “<http://www.vepormas.com>”, Condiciones Generales, sección, Anexo denominado Preceptos Legales.

Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más

Paseo de la Reforma 243 piso 16, Col. Cuauhtémoc C.P. 06500 CDMX. En caso de siniestro llama al Tel. 01 800 830 3676 www.vepormas.com Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) 01800-8303-676 o serviciopersonas.df@segurosvepormas.com

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación a su de seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía en el domicilio Paseo de la Reforma 243, Piso 16, Col. Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06500 o al teléfono 01-800-830-3676, en horarios de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas; al correo electrónico aclaraciones.une@segurosvepormas.com o visite www.vepormas.com; o bien contactar a CONDUSEF en Avenida Insurgentes Sur, número 762, Colonia Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, al teléfono (55)5340 0999 en la CDMX y el interior de la República al 01 800 999 80 80; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página www.condusef.gob.mx.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la ley de instituciones de seguros y de fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 15 de Junio de 2017 con el número CNSF-S0016-0310-2017”.

“Producto registrado ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS), bajo el número de registro CONDUSEF-001855-02”.

Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más

Paseo de la Reforma 243 piso 16, Col. Cuauhtémoc C.P. 06500 CDMX. En caso de siniestro llama al Tel. 01 800 830 3676 www.vepormas.com Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) 01800-8303-676 o serviciopersonas.df@segurosvepormas.com