

Tipo de Persona Cliente Proveedor de Servicios
 Proveedor de Suministros Asesor

Tipo de Inscripción

Nueva <input type="checkbox"/> No. cuenta	Ahorros <input type="checkbox"/>	Corriente <input type="checkbox"/> Banco
Modificar <input type="checkbox"/> No. cuenta	Ahorros <input type="checkbox"/>	Corriente <input type="checkbox"/> Banco
Retiro <input type="checkbox"/> No. cuenta	Ahorros <input type="checkbox"/>	Corriente <input type="checkbox"/> Banco

Información Básica

Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> IFE		Número de Identificación		Razón Social y/o Nombres y Apellidos Completos (Primero Nombres, luego Apellidos)	
Dirección de Correspondencia			Tipo de Dirección <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otra		Teléfono (sin indicativo)
Ciudad Correspondencia	Departamento Correspondencia	País Correspondencia		Celular	Fax
Correo electrónico					Tipo de Correo <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Personal

* Deseo inscribir mi cuenta bancaria en la(s) compañía(s): TODAS LAS COMPAÑÍAS

Si no requiere inscribir la cuenta bancaria para todas las compañías, especifique en la parte de atras para cual (es) desea matricular.

Entiendo que este es un servicio a través del cual consignarán directamente a mi cuenta bancaria los pagos que debe(n) hacerme la(s) compañía(s) antes seleccionada(s), brindándome más seguridad y ofreciendo mayor comodidad. Para lo cual relaciono mis datos en la parte superior de este formato.

Estoy enterado que para pago de: fondos de ahorros/inversiones, carteras colectivas y cuentas médicas POS, el titular de la cuenta debe ser único para poder estar exento del gravamen a movimientos financieros (cuatro por mil).

NOTA: Si usted es proveedor, este formato sólo aplica para cambios y actualizaciones de la cuenta previamente registrada. Para inscribir por primera vez su cuenta, debe registrarse previamente como proveedor con el Formato Único de Registro de Proveedores (FURP) para hacer efectivo el registro solicitado.

Autorizamos a la(s) Compañía(s) seleccionada(s) para realizar los pagos a través de transferencia(s) electrónica(s). Una vez diligenciado remitirlo a la dirección Cra. 64B No. 49A - 30 Tesorería, Medellín.

Autorizo voluntariamente que información de mis pólizas y/o información general de SURAMERICANA sea enviada por algún medio electrónico (mensaje de texto al celular reportado como de mi uso o propiedad, correo electrónico, entre otros.)

Firma de la Persona Natural o Representante Legal

Ciudad _____

Fecha AAAA MM DD _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA

Nombre de quien recibe: _____ Sucursal: _____
 (Nombre Legible)

Fecha de recibido: _____ Usuario que ingresa: _____
 [Sistema]

NOTA: Esta solicitud comenzará a regir en (5) días hábiles Fecha de ingreso: _____

.....
 Cuando nos referimos a SURAMERICANA hace referencia a: SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. ADMINISTRADORA DE CARTERAS COLECTIVAS SURAMERICANA S.A. SERVICIOS GENERALES SURAMERICANA S.A. SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A. EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A. SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A. CONSULTORIA EN GESTION IPS SURAMERICANA S.A.

.....
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T.I: Tarjeta de Identidad - C.C: Cédula de Ciudadanía - C.D: Carné Diplomático - C.E: Cédula de Extranjería - PA: Pasaporte - IFE: Identificación Fiscal para Extranjeros

.....
Marque con una X la (las) compañía (s) que desea inscribir

* RECUERDE: Si es para todas las compañías, solo debe marcar la casilla en la parte de adelante del formato

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
No. de Póliza: _____
Cuenta No. _____
Tipo: _____
Banco: _____

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
No. de Póliza: _____
Cuenta No. _____
Tipo: _____
Banco: _____

ADMINISTRADORA DE CARTERAS COLECTIVAS SURAMERICANA S.A.

RENTA FIJA
Cuenta No. _____
Tipo: _____
Banco: _____

RENTA VARIABLE
Cuenta No. _____
Tipo: _____
Banco: _____

SERVICIOS GENERALES SURAMERICANA S.A.
Cuenta No. _____
Tipo: _____
Banco: _____

SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A.
Cuenta No. _____
Tipo: _____
Banco: _____

DIAGNÓSTICO Y ASISTENCIA MÉDICA S.A. - DINAMICA
Cuenta No. _____
Tipo: _____
Banco: _____

SURAMERICANA S.A.
Cuenta No. _____
Tipo: _____
Banco: _____

GRUPO DE INVERSIONES SURAMERICANA S.A.
Cuenta No. _____
Tipo: _____
Banco: _____

CONSULTORÍA EN GESTIÓN DE RIESGOS IPS SURAMERICANA S.A.
Cuenta No. _____
Tipo: _____
Banco: _____

SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES - ARP S.A.
 PROVEEDOR
Cuenta No. _____
Tipo: _____
Banco: _____

AFILIADOS
Cuenta No. _____
Tipo: _____
Banco: _____

REEMBOLSOS SALUD
Cuenta No. _____
Tipo: _____
Banco: _____

PRESTACIONES ECONÓMICAS
Cuenta No. _____
Tipo: _____
Banco: _____

COMISIONES
Cuenta No. _____
Tipo: _____
Banco: _____

EPS MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
 PLAN OBLIGATORIO DE POS
Cuenta No. _____
Tipo: _____
Banco: _____

MEDICINA PREPAGADA
Cuenta No. _____
Tipo: _____
Banco: _____

CUENTAS MÉDICAS
Cuenta No. _____
Tipo: _____
Banco: _____

PRESTACIONES ECONÓMICAS
Cuenta No. _____
Tipo: _____
Banco: _____

PROVEEDOR
Cuenta No. _____
Tipo: _____
Banco: _____

COMISIONES
Cuenta No. _____
Tipo: _____
Banco: _____

DEVOLUCIONES
Cuenta No. _____
Tipo: _____
Banco: _____