



## Tipo de Persona

☒ Cliente ☐ Proveedor de Servicios  
☐ Proveedor de Suministros ☐ Asesor

Selecciona la vinculación  
que tienes con la compañía.  
\*Para el ejemplo se selecciona cliente.

## Tipo de Inscripción

Nueva ☒ No. cuenta 00412602431 Ahorros ☒ Corriente ☐ Banco Bancolombia

Modificar ☐ No. cuenta

Marca con una X la casilla de cuenta Nueva y el tipo de cuenta e ingresa los datos de No. cuenta y Banco.

Retiro ☐ No. cuenta Corriente ☐ Banco

Diligencia completamente tus datos personales.

## Información Básica

Tipo de Identificación <input checked="" 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 36432140	Razón Social y/o Nombres y Apellidos Completos (Primero Nombres, luego Apellidos) Bruno Díaz	
Dirección de Correspondencia Carrera 66 # 31 - 43			Tipo de Dirección <input checked="" type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otra	Teléfono (sin indicativo) 4228626
Ciudad Correspondencia Medellín	Departamento Correspondencia Antioquia	País Correspondencia Colombia	Celular 3112207088	Fax 2602010
Correo electrónico brunodiaz@hotmail.com				Tipo de Correo <input type="checkbox"/> Laboral <input checked="" 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 atrás 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  
Medellín  
2012 03 10

Firma el formato e ingresa la ciudad y fecha en la que estás diligenciando el formato.

Firma de la Persona Natural o Representante Legal

Ciudad Medellín

Fecha AAAA MM DD 2012 03 10

## PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA

Nombre de quien recibe: \_\_\_\_\_ Sucursal: \_\_\_\_\_

(Nombre Legible) Usuario que ingresa: \_\_\_\_\_

Fecha de recibido: \_\_\_\_\_ (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: \_\_\_\_\_

Marca con una X la compañía EPS MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A. y todos los productos.