

# INSCRIPCIÓN DE CUENTAS PARA TRANSFERENCIAS ELECTRÓNICAS



**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	Número de Identificación	Razón Social y/o Nombres y Apellidos Completos (Primero Nombres, luego Apellidos)
<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		

Dirección de Correspondencia	Tipo de Dirección	Teléfono (sin indicativo)
	<input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otra	

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 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

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: \_\_\_\_\_

Quando 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. CONSULTORÍA EN GESTIÓN 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(s) 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: \_\_\_\_\_