INSCRIPCIÓN DE CUENTAS PARA TRANSFERENCIAS ELECTRÓNICAS

suramericana

Tipo de Persona ☐ Cliente ☐ Proveedor de Servicios ☐ Proveedor de Suministros ☐ Asesor

Tipo de Inscripción

Nueva ☐	No. cuenta	Ahorros ☐ Corriente ☐	Banco
Modificar ☐	No. cuenta	Ahorros ☐ Corriente ☐	Banco
Retiro ☐	No. cuenta	Ahorros ☐ Corriente ☐	Banco

Información Básica

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

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

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: _____ (Nombre Legible)
Fecha de recibido: _____

NOTA: Esta solicitud comenzará a regir en (5) días hábiles

Sucursal: _____

Usuario que ingresa: _____ (Sistema)
Fecha de ingreso: _____

VIGILADO Supersalud SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO

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