

Formularios

Ir a descargas

Solicitud de póliza

Lineamientos generales

A continuación se enlistan los lineamientos para la construcción de los formularios de SURA:

1. El título del formato debe usar FS Joey Medium, la razón social en DIN Light, ambos en mayúsculas.
2. Los títulos de las secciones deben usar DIN Medium en mayúsculas, en puntaje mínimo de 7 pts.
3. Todos los textos, líneas y demás elementos deben estar alineados a la izquierda.
4. Tratar de asignar una misma altura a todos los campos.
5. Para los cuerpos de texto se debe usar DIN Regular en mayúsculas y minúsculas, en puntaje mínimo de 7 pts.
6. La distancia entre las líneas y los textos siempre debe ser la misma.

1. **TÍTULO DEL FORMULARIO**
 RAZÓN SOCIAL S.A.

2. **INFORMACIÓN BÁSICA** Clase de cliente: Tomador Titular Cartera Colectiva Asegurado

3. Tipo de identificación NIT IFE Número de identificación Ra.
 Tipo de identificación C.C. R.C. C.D. T.I. C.E. PA Número de identificación No
 Vínculos existentes entre Tomador, Titular, Asegurado, Afianzado, Afiliado y Beneficiario Com

4. **INFORMACIÓN UBICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL**
 Ciudad Departamento Teléfono (sin indicativo)
 Ciudad oficina principal Departamento oficina principal Teléfono oficina principal
 Ciudad Departamento Teléfono (sin indicativo)
 Dirección

5. Autorizo a la compañía para que la información de TODOS mis Residencia Trabajo Autorizo que por algún m

6. **INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA**
 Sector Comercial Financiero Agrícola Farmacéutico Alimentos De
 Industrial Servicios Informática Salud Textiles M.
 Descripción actividad económica Tipo compañía Pública Privada

7. ¿Maneja recursos públicos? SI NO Si su respuesta es afirmativa, dé detalle
 ¿Posee algún grado de poder público? SI NO Si su respuesta es afirmativa, dé detall
 ¿Es persona reconocida o de influencia pública o política? SI NO Si su respuesta es r
 Operaciones en moneda extranjera
 En su actividad económica realiza Si su respuesta es afirmativa, señale qué tipo de trans
 transacciones moneda extranjera? Exportaciones Préstamos en moneda ext
 SI NO Importaciones Pago de servicios
 Posee cuentas corrientes en moneda extranjera? SI NO

NOTA

Los ejemplos corresponden a ampliaciones de un formulario.

1. Todas las casillas de selección deben tener un mismo tamaño y conservar la misma forma cuadrada.
2. Todas las líneas horizontales y verticales son continuas y van al 50% del PANTONE® 286C en un puntaje de 0,5 a 1 pto.
3. En los extremos de los formatos no deben ir líneas que cierren las filas o las columnas.
4. Cuando el cuerpo de texto sea extenso se debe justificar forzado manejando manualmente el interletrado.
5. Cuando se necesiten firma y huella del solicitante, deben estar siempre al lado izquierdo del formato.

8.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			<input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Importaciones	<input type="checkbox"/> Préstamos en moneda extranjera <input type="checkbox"/> Pago de servicios	
	Posee cuentas corrientes en moneda extranjera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
9.	Número de cuenta		Banco		Ciudad	
	INFORMACIÓN FINANCIERA • Ingresos mensuales actividad principal <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 1. Menos • Otros ingresos no operacionales u originados en actividades diferentes a la principal <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 2. 100 a + • Ingresos mensuales actividad principal <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 3. 500 a +					
10.	Identificación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente disponible el 5% o más					Número de identificación
	Tipo de identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> IFE					Número de identificación
	Tipo de identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> IFE					Número de identificación
11.	Sólo para contratos de seguros: Relacione las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas y relacionar adicionales. Especifique si fue reclamación sin indemnización (IRE) o con indemnización adicional.					
	Fecha AAA MM DD	Rama o producto			Compañía	
Autorizo a Suramericana para que con fines estadísticos, comerciales, publicitarios, consultivos o en el exterior. Igualmente, autorizo a Suramericana para que consulte, todas las operaciones que llevemos a cabo que declaro a Suramericana conocer y aceptar en todas sus partes.						
Adicionalmente la autorizo para solicitar toda la información verbal o escrita que requiera de mí y cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, tome las medidas correctivas de toda responsabilidad que se derive de ello, y para que comparta y reciba información referente a actividades y/o que pertenezcan a su mismo grupo económico. Además me comprometo a actualizar esta información de forma anual.						
Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento.						
INFORME CONFIDENCIAL DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE (Formulario para ser respaldado)						
Lugar de la visita o entrevista		Fecha AAAA MM DD	Hora HH : MM	Tipo de visita <input type="checkbox"/> F		
Concepto general sobre el cliente						
Código Asesor		Nombre del Asesor / Gerente / Director				
www.suramericana.com						

Ejemplo

El gráfico muestra las medidas que se deben considerar para los márgenes y el logotipo dentro de un formulario.

Por lo general estas aplicaciones se imprimen a una tinta, PANTONE® 286C.

4% de X

15% de X

4% de X

4% de X



TÍTULO DEL FORMULARIO
RAZÓN SOCIAL S.A.

INFORMACIÓN BÁSICA
Clase de cliente
Tipo de identificación
Número de identificación
Razón Social
Fecha de nacimiento

INFORMACIÓN UBICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL
Ciudad
Departamento
Teléfono sin indicativo
Dirección
Ciudad o zona principal
Departamento o zona principal
Dirección principal
Fax
Ciudad
Departamento
Teléfono sin indicativo
Calles
Dirección
Carrera o alameda

Antes de la compilación de la información de TCBSH...
Residencia
Trabajo
Admito que la información general de Sumariato...
Residencia
Trabajo

INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA
Sector
Tipo de actividad
Descripción actividad económica
Tipo compañía

¿Menciona recursos públicos?
¿Posee algún grado de poder público?
¿Posee alguna reconocida o de efianza pública o país?
Operaciones en moneda extranjera

¿Posee cuentas corrientes en moneda extranjera?
Moneda de cuenta
Banco
Ciudad
País
Monto
Moneda

INFORMACIÓN FINANCIERA
Ingresos mensuales en actividad principal
Otros ingresos operacionales o comerciales en actividades diferentes a la principal
Ingresos mensuales actividad principal

Identificación de actividades o servicios que tengan directa o indirectamente exposición al DS o riesgo del capital social
Tipo de identificación
Número de identificación
Razón social (p/s Nombre y Apellidos (primero Nombre, Luego Apellido)

Sólo por contratos de seguros
Relaciones de crédito o acciones por pagar o indemnizaciones recibidas sobre seguros con respecto a otro asegurado en los dos últimos años (año de inicio hasta el presente para el asegurado actualizado)
Ratificación / Indemnización

Afirmación de Sumariato para que con fines estadísticos, comerciales, publicitarios, consultivos o transferidos con cualquier otra entidad que me encuentre al día, que le represente Colombia con el nombre actualizado. Deje un espacio para que escriba el nombre de la entidad que me represente en Colombia.

Declaración de veracidad de la información suministrada en este formulario, así como de la veracidad de la información suministrada en este formulario, así como de la veracidad de la información suministrada en este formulario.

INFORME CONFIDENCIAL DE CONCIENCIA DEL CLIENTE
Lugar de la visita y entrevista
Fecha AAA MM DD
Hora HH MM
Tipo de relación con el asegurado
De detalle del tipo de relación

Concepto general sobre el cliente
Código Asesor
Nombre del Asesor / Gerente / Director
Firma del Asesor / Gerente / Director
Ciudad

