



UNIDAD DE INVESTIGACIONES FINANCIERAS
INFORMACIÓN SOBRE OPERACIONES EN EL MERCADO DE SEGUROS

Formulario PCC-4
 Política Conozca a su Cliente
 ART 26 D.S. 24771

Fecha:

INFORMACIÓN DEL SUJETO OBLIGADO REPORTANTE

Razón Social: _____ NIT: _____
 Dirección donde realiza el PCC: _____ Número PCC: _____
 Ciudad: _____ Zona: _____ Teléfono: _____

DATOS PERSONALES DEL CLIENTE O BENEFICIARIO

Persona Natural

Nombres: _____ Apellido Paterno: _____

Apellido Materno o de Casada: _____
 Tipo de documento de identidad: _____ N° Documento de Identidad: _____ Extensión Doc Nacional: _____
 CI Pasaporte CI de Extranjero Otro
 Nacionalidad: _____
 Profesión: _____ País de Residencia: _____
 Actividad Económica: _____

Institución o Empresa donde trabaja: _____ Cargo: _____
 Dirección del Trabajo: _____

DATOS EMPRESA O INSTITUCIÓN CLIENTE O BENEFICIARIO

Persona Jurídica

NIT: _____

Razón Social: _____

Actividad Económica: _____

DIRECCIÓN PERSONA NATURAL O PERSONA JURÍDICA Ciudad: _____ Zona: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

DATOS DE LA OPERACIÓN QUE GENERA EL PCC

Una Operación

Prima

Seguros: _____ Acumulado de Operaciones Siniestro o Rescate

Seguros de Vida Corto plazo Largo plazo
 Seguro de Desgravamen Seguros de Accidentes Personales
 Seguros de Salud Seguros de Pensiones

Ramos: _____

Automotores Fidelidad Naves y Embarcaciones
 Incendios Misceláneos
 Fianzas y Caucciones Aeronavegación
 Ramos Técnicos Transportes Agrícola
 Responsabilidad Civil

Moneda Marcar: _____ Otro _____
 Bs. USD UFV Monto: _____

Nombre Corredor: _____

Nombre del intermediario: _____

Nombre Titular de la Póliza: _____

N° de la Póliza: _____

Forma de pago de siniestro o Rescate

Transf. A Cuenta N° de cuenta: _____

Banco: _____ N° de cheque: _____

Reposición

Origen de los Recursos (Para el pago de la Prima): _____

Destino de los Recursos (en caso de Siniestros o Rescate): _____

 Firma del Declarante

 Visto Bueno del Supervisor

 Firma del Funcionario Receptor del PCC

 Nombre del Declarante

 Nombre y Apellidos del Supervisor

 Cl. Ext. Cl.

 Nombre y Apellidos del Funcionario

 Cargo del Declarante (Si Corresponde)

Observaciones (Si Corresponde) _____

Detalle de pólizas y primas pagadas _____

(uso exclusivo de la Compañía) _____