



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 Apellido Paterno: _____

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

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

Seguros: _____ Una Operación Prima
Acumulado de Operaciones Siniestro o Rescate
 Seguros de Vida Corto plazo Largo plazo
Moneda Marcar: _____ Otro _____ Monto: _____
 Bs. USD UFV

Seguro de Desgravamen
 Seguros de Accidentes Personales
 Seguros de Salud
 Seguros de Pensiones
Ramos:
 Automotores Fidelidad
 Incendios Naves y Embarcaciones
 Fianzas y Caucciones Misceláneos
 Ramos Técnicos Aeronavegación
 Transportes Agrícola
 Responsabilidad Civil

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

Nombre del Declarante

Ci. Ext. Ci.
Cargo del Declarante (Si Corresponde)

Visto Bueno del Supervisor

Nombre y Apellidos del Supervisor

Firma del Funcionario Receptor del PCC

Nombre y Apellidos del Funcionario

Observaciones (Si Corresponde) _____
Detalle de pólizas y primas pagadas _____
(uso exclusivo de la Compañía) _____