



VISTOS: Lo dispuesto en los artículos 59, 59 bis y 98 bis del D.L. N° 3.500 de 1980 y las facultades que confiere la ley a la Superintendencia de Pensiones y a la Comisión para el Mercado Financiero, se imparten las siguientes instrucciones de cumplimiento obligatorio para todas las Administradoras de Fondos de Pensiones.

REF.: Normas para la contratación del seguro de invalidez y sobrevivencia. Deroga Circular N° 521 y sus modificaciones posteriores, contenidas en las Circulares N°s. 648, 1.014 y 1.082, de la ex Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, hoy Superintendencia de Pensiones. 1

1 Modificada por Circular SP N° 1677, NCG SP 36, 57, 99, 139, 152 y 266, y NCG CMF N° 272, 001, 338, 356, 381, 394, 441 y 444, de 12.1.2010, 13.1.2012, 23.08.2012, 16.12.2013, 17.03.2015, 10.09.2015, 13.05.2020 y 19.06.2020. La modificación de 13.05.2020 entra en vigencia a contar del 13 de mayo de 2020. La modificación de 19.06.2020 entra en vigencia a contar del 19 de junio de 2020.

A. Aspectos Generales de los Contratos de Seguro

1. De acuerdo con lo dispuesto en los artículos 59 y 59 bis, en relación con el artículo 54 del D.L. 3.500, de 1980, las Administradoras de Fondos de Pensiones son responsables del pago de los beneficios que se indican a continuación, y para garantizar su financiamiento, deben contratar en conjunto mediante una licitación pública, un seguro con una o más Compañías de Seguros de Vida que deberá ser suficiente para cubrirlos íntegramente.
2. El seguro contratado deberá cubrir íntegramente el financiamiento de los siguientes beneficios:
 - a. Las pensiones transitorias originadas por los afiliados declarados inválidos parciales mediante el primer dictamen de invalidez.
 - b. Los aportes adicionales que deban enterarse en la cuenta de capitalización individual de los afiliados declarados inválidos totales mediante un único dictamen de invalidez o cuando los afiliados señalados en la letra a. anterior, adquieran el derecho a percibir pensiones de invalidez definitiva conforme a un segundo dictamen.
 - c. Los aportes adicionales que deban enterarse en la cuenta de capitalización individual, cuando los afiliados señalados en la letra a. anterior fallezcan generando pensiones de sobrevivencia.
 - d. Los aportes adicionales que deban enterarse en la cuenta de capitalización individual de afiliados no pensionados, que generan pensiones de sobrevivencia cuando fallezcan.
 - e. La contribución que deba enterarse en la cuenta de capitalización individual de los afiliados declarados inválidos parciales por un primer dictamen de invalidez, señalados en la letra a. anterior, cuando no adquieran el derecho a pensión de invalidez mediante un segundo dictamen.
3. De acuerdo con el artículo 54 del D.L. N° 3.500, de 1980, se encuentran cubiertos por el seguro de invalidez y sobrevivencia, los siguientes afiliados, generando el pago de los beneficios que en cada caso corresponda:
 - a. Afiliado trabajador dependiente que se encuentre cotizando en la Administradora. Se presume de derecho que el afiliado se encontraba cotizando, si su muerte o la declaración de invalidez conforme a un primer o único dictamen, se produce en el tiempo que prestaba servicios, esté o no su empleador al día en el pago de las cotizaciones.
 - b. Afiliados trabajadores dependientes que hubieren dejado de prestar servicios, por término o suspensión de éstos, cuyo fallecimiento o declaración de invalidez conforme al primer o único dictamen, se produce dentro del plazo de doce meses contado desde el último día del mes en que haya dejado de prestar servicios o éstos hayan sido suspendidos, y además, registren como mínimo, seis meses de cotizaciones en el año anterior al último día del mes en que haya dejado de prestar servicios o éstos hayan sido suspendidos.
 - c. Afiliado trabajador independiente a que se refiere el inciso primero del artículo 90 del D.L. N° 3.500, de 1980, que hubiese efectuado sus cotizaciones obligatorias, por una renta imponible anual de un monto igual o superior al equivalente a siete ingresos mínimos mensuales. Se encontrará cubierto si el fallecimiento o declaración de invalidez conforme a un primer o único dictamen, se produce entre el día 1 de mayo del año en que pagó las cotizaciones y el día 30 de abril del año siguiente a dicho pago. En el caso que dicha renta imponible sea de un monto inferior al indicado, el independiente que cotice según esta modalidad, estará cubierto por el mencionado seguro, en el número de meses que resulte de multiplicar 12 por la razón entre el número de cotizaciones equivalentes a ingresos mínimos mensuales y siete, contados desde el 1 de mayo del año en que pagó las cotizaciones. El resultado de dicho cálculo deberá aproximarse al entero más cercano. En todo caso, sea cual fuere el monto de la cotización enterada, el trabajador siempre estará cubierto en el mes de mayo del año en que efectúe el pago.

Asimismo, estarán cubiertos aquellos trabajadores independientes que realicen pagos provisionales de cotizaciones en el mes calendario anterior al siniestro. Aquella parte de los pagos provisionales correspondientes al seguro de invalidez y sobrevivencia se enterarán en las aseguradoras cuyos contratos se encontraban vigentes al momento de efectuarse dichos pagos.

- d. Afiliado voluntario o trabajador independiente a que se refiere el inciso tercero del artículo 90 del D.L. N° 3.500, de 1980 si hubiere cotizado en el mes calendario anterior a su muerte o declaración de invalidez conforme a un primer o único dictamen.
4. La licitación pública para la contratación de este seguro deberá sujetarse a las normas establecidas en la presente Circular.

B. Normas Generales para la Licitación del Seguro

1. El seguro de invalidez y sobrevivencia deberá adjudicarse, mediante una licitación pública, a una o más Compañías de Seguros de Vida autorizadas para operar en Chile.
2. Las Administradoras de Fondos de Pensiones deberán efectuar periódicamente y en forma conjunta, una licitación pública para adjudicar el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia. El proceso de licitación se regirá por lo establecido en el D.L. N° 3.500 y en las respectivas Bases de Licitación, las que se sujetarán a lo dispuesto en la presente norma.
3. El llamado a licitación deberá iniciarse a lo menos 90 días antes de que expiren los contratos celebrados con las Compañías de Seguros adjudicatarias de la anterior licitación, mediante a lo menos, una publicación durante tres días seguidos en uno de los tres diarios de mayor circulación del domicilio social que para estos efectos establezcan las Administradoras. Al menos 15 días antes del llamado a la primera licitación, las Administradoras deberán poner a disposición de las aseguradoras, información sobre la población expuesta y siniestralidad histórica que permita una adecuada tarificación de los contratos, de acuerdo al contenido que se establece en el Anexo II. Para el cumplimiento de la disposición anterior, las Compañías de Seguros de Vida deberán proporcionar a las AFP la información relativa al estado de la etapa de calificación y al monto de la primera reserva transitoria en U.F., correspondiente a la base de datos de Siniestros de Invalidez, así como también, la información de los costos de apelaciones realizadas por las Compañías, correspondiente a la base de datos de Estadísticas.

Con todo, si concluido un proceso de licitación subsisten fracciones sin adjudicar y existe nueva información sobre la población expuesta y siniestralidad histórica, a que se refiere el párrafo anterior, deberá ser puesta a disposición de las Compañías de Seguros con una anticipación mínima de 2 días hábiles antes del nuevo llamado a licitación. Este plazo podrá disminuirse por Oficio conjunto de la Superintendencia de Pensiones y la Comisión para el Mercado Financiero.

4. La licitación deberá considerar un plazo de 30 días corridos para la presentación y apertura de las ofertas, contado desde el llamado a licitación.

Con todo, si concluido un proceso de licitación subsisten fracciones sin adjudicar, el plazo a que se refiere el párrafo anterior, podrá reducirse a un mínimo de 7 días corridos en el nuevo proceso de licitación. Este plazo podrá disminuirse por Oficio conjunto de la Superintendencia de Pensiones y la Comisión para el Mercado Financiero.

5. Podrán participar y adjudicarse la licitación, las Compañías de Seguros de Vida que cumplan con los siguientes requisitos:
 - a. Presenten clasificación de riesgo igual o superior a A- con a lo menos dos clasificadores de riesgo, conforme a lo establecido en el artículo 20 bis del DFL N° 251, de 1931.
 - b. Presenten un nivel de patrimonio neto definido en la letra c) del artículo 1° del DFL N° 251, de 1931, en exceso del patrimonio de riesgo señalado en la letra f) del mismo artículo, superior al monto que resulte mayor entre:
 - i. El 20% del patrimonio de riesgo referido.
 - ii. El monto equivalente a un 0,15% del total de remuneraciones y rentas imponibles devengadas el año calendario anterior a la licitación, con información disponible hasta el último día del mes anteprecedente a aquél en que las Bases de Licitación se pongan a disposición de las Compañías de Seguros de Vida, multiplicado por el porcentaje sobre el total del objeto licitado que represente la suma de las fracciones ofertadas por la Compañía de Seguros en cada grupo. Para estos efectos, el total de remuneraciones y rentas imponibles devengadas el año calendario anterior a la licitación, corresponderá a la suma de las remuneraciones y rentas nominales mensuales.

Lo anterior expresado en fórmula:

$$PE = \text{Máx} \left\{ 20\% \text{ del patrimonio de riesgo}; 0,15\% \times \left[\frac{NFO_h}{NFL_h} \times RI_h + \frac{NFO_m}{NFL_m} \times RI_m \right] \right\}$$

Donde:

PE : Patrimonio en Exceso de la compañía que oferta.

NFO_h: Número de fracciones del grupo de hombres ofertadas por la compañía.

NFL_h: Número de fracciones del grupo de hombre licitadas por las AFP.

NFO_m: Número de fracciones del grupo de mujeres ofertadas por la compañía.

NFL_m: Número de fracciones del grupo de mujeres licitadas por las AFP.

RI_h: Remuneraciones y rentas imponibles totales devengadas el año calendario anterior a la licitación, con información disponible hasta el último día del mes anteprecedente a aquél en que las Bases de Licitación se pongan a disposición de las Compañías de Seguros de Vida, para el grupo de hombres.

RI_m: Remuneraciones y rentas imponibles totales devengadas el año calendario anterior a la licitación, con información disponible hasta el último día del mes anteprecedente a aquél en que las Bases de Licitación se pongan a disposición de las Compañías de Seguros de Vida, para el grupo de mujeres.

En caso de coaseguro, para aplicar el requisito del numeral ii. anterior, se deberá considerar la proporción del coaseguro que corresponda a cada compañía participante en éste.

El total de remuneraciones y rentas imponibles devengadas (*RI_h* y *RI_m*), deberá ser informado por las AFP en las respectivas Bases de Licitación.

6. Las Administradoras deberán poner a disposición de la Superintendencia de Pensiones y la Comisión para el Mercado Financiero, así como de las Compañías de Seguros de Vida que las soliciten, las Bases de Licitación del Seguro de Invalidez y Sobrevivencia en forma gratuita.
7. Las ofertas deberán ser entregadas por los oferentes en sobre sellado de acuerdo a las Bases de Licitación.
8. Las Administradoras deberán tomar todos los resguardos para asegurar la reserva respecto al número de ofertas presentadas y la identidad de los oferentes antes de la fecha de apertura de ofertas.
9. El seguro de invalidez y sobrevivencia se licitará en grupos separados de acuerdo al sexo de los afiliados no pensionados menores de 65 años.
10. El objeto de la licitación es el valor íntegro de los beneficios señalados en el número 2 de la letra A de esta norma, que para efectos de la licitación se podrá dividir como máximo en 25 fracciones y como mínimo en 6 fracciones, según lo establezcan las Bases de Licitación, debiendo definirse fracciones de igual tamaño al interior de cada uno de los grupos. Para cada grupo, las fracciones corresponderán, al porcentaje respectivo del valor de los beneficios por los siniestros ocurridos a los afiliados cubiertos por el seguro.

Las Bases de Licitación deberán permitir que las Compañías participen en la licitación del seguro en coaseguro con otra. Para este efecto, se entenderá por coaseguro al contrato suscrito por a lo más dos Compañías de Seguros de Vida, que asumen con entera independencia una de la otra, la obligación de responder separadamente de la parte del riesgo que les corresponde, conforme a los porcentajes establecidos en la oferta económica.

Ambas Compañías, participando en coaseguro, deberán cumplir con los requisitos establecidos en el número 5 anterior y no podrán postular por un número de fracciones que represente un porcentaje superior al 20% del objeto licitado. El máximo número de fracciones al que se podrá postular en coaseguro, deberá establecerse en las Bases de Licitación.

11. Cada oferta deberá especificar el número máximo de fracciones de hombres y mujeres a las que se postula y el valor de la tasa de prima fija y única, ofertada para cada grupo como un porcentaje de la remuneración o renta imponible de los afiliados. Las Bases de Licitación podrán establecer la posibilidad que las Compañías de Seguros oferten primas menores en caso de adjudicarse fracciones de ambos grupos licitados. En todo caso el mecanismo de adjudicación deberá siempre minimizar el precio promedio en ambos grupos.

12. Las ofertas deberán ajustarse al formato de presentación establecido en las Bases de Licitación. Las tasas de primas ofertadas deberán estar expresadas como porcentaje de la remuneración o renta imponible, con dos decimales.
13. Las Compañías de Seguros podrán ofertar como máximo por fracciones que representen el 50% del objeto licitado de cada grupo, pudiendo no ofertar por alguno de ellos.
14. Ninguna Compañía de Seguros podrá postular a la licitación en más de una oferta, entendiéndose como oferta la postulación individual o en coaseguro para cualquiera de los grupos de afiliados.
15. Todas las ofertas presentadas por las Compañías serán vinculantes para ellas. En particular cada Compañía de Seguros estará obligada a aceptar la adjudicación de un menor número de fracciones que el máximo al que postuló, por la misma tasa de prima ofertada.
16. Las Compañías adjudicatarias no podrán reasegurar el riesgo que se adjudiquen con Compañías de Seguros nacionales.
17. Las Administradoras podrán contemplar en las bases de la licitación:

- a. Una tasa de reserva para las ofertas en cada uno de los grupos. Se entenderá por tasa de reserva un valor de tasa de prima por encima del cual no será aceptable adjudicar ofertas.

En caso que las bases de licitación contemplen esta tasa de reserva, a lo menos 15 días hábiles antes del llamado a licitación, las Administradoras deberán enviar en carácter reservado a la Superintendencia de Pensiones y a la Comisión para el Mercado Financiero, la justificación del valor de dicha tasa.

Con todo, si concluido un proceso de licitación subsisten fracciones sin adjudicar, el envío de la información a que se refiere el párrafo anterior, deberá efectuarse a más tardar el tercer día hábil anterior a la fecha contemplada para la publicación de las bases del nuevo llamado a licitación. Este plazo podrá disminuirse por Oficio conjunto de la Superintendencia de Pensiones y la Comisión para el Mercado Financiero.

- b. Un mecanismo de reajuste de la tasa de prima establecida en los contratos, siempre que su vigencia sea superior a 12 meses. Dicho reajuste podrá realizarse con una periodicidad no inferior a semestral, cuando el costo acumulado del seguro de una compañía varíe de forma significativa con respecto a la prima cobrada por ella, calculado a la fecha del reajuste para cada grupo según sexo, en la forma que determinen las Bases de Licitación. La variación de la tasa de prima no se aplicará en forma retroactiva. La metodología de cálculo y el ajuste a la tasa de prima resultante deberán ser aprobados por la Superintendencia de Pensiones y la Comisión para el Mercado Financiero antes de su aplicación.

En caso que la vigencia de los contratos sea de 12 meses, el reajuste a que se refiere el párrafo anterior podrá realizarse transcurridos a lo menos tres meses, contados desde la fecha de inicio de vigencia. Con todo, se podrá efectuar un máximo de 3 reajustes durante la vigencia del contrato.”.

C. Normas para la Adjudicación del Seguro

1. El seguro será adjudicado a las Compañías de Seguros que presenten la mejor oferta económica.
2. La adjudicación de los grupos se realizará escogiendo el conjunto de ofertas que permita cubrir al 100% de los afiliados de cada grupo y que implique la menor prima promedio para cada uno de ellos.
3. Las Compañías que se adjudiquen el seguro recibirán como retribución o pago la prima estipulada en su oferta según el número de fracciones de cada grupo que le fueron adjudicadas. Asimismo, deberán pagar el porcentaje del costo de los siniestros correspondiente a las fracciones de cada grupo que le fueron adjudicadas mediante el proceso de licitación.
4. De no poder adjudicarse en la licitación fracciones que en conjunto representen hasta un 50% del objeto licitado en cada grupo, las Bases de Licitación podrán contemplar un mecanismo mediante el cual las Administradoras ofrezcan dichas fracciones a las compañías que participaron en la licitación. Se ofrecerá

en primer lugar a la Compañía adjudicataria que ofertó la menor prima para ese grupo y sucesivamente, en orden ascendente, hasta la Compañía que ofertó la mayor prima. Las fracciones no adjudicadas se ofrecerán a una tasa de prima que no podrá exceder a la mayor tasa de prima adjudicada en la licitación. En todo caso, ninguna Compañía adjudicataria podrá superar el porcentaje máximo de adjudicación establecido en esta norma, producto de la aceptación de la o las fracciones no adjudicadas. Si aplicado el mecanismo de oferta antes señalado, subsisten fracciones sin adjudicar, se deberá llamar a una nueva licitación, sólo para esas fracciones, pudiendo las Administradoras disponer una nueva composición de fracciones, según se establezca en las Bases de Licitación, y debiendo adjudicarla en un plazo máximo de 30 días.

Cuando las fracciones que no han podido adjudicarse representen más de un 50% del objeto licitado se deberá realizar una nueva licitación, sólo para las fracciones no adjudicadas, pudiendo las Administradoras disponer una nueva composición de fracciones, según se establezca en las Bases de Licitación, y debiendo adjudicarla en un plazo máximo de 30 días.

5. En caso de producirse un empate entre dos o más ofertas que formen parte de la combinación óptima de algún grupo y no sea posible adjudicar todas las ofertas, se deberá privilegiar la mejor clasificación de riesgo de las Compañías empatadas y en caso de ser iguales, la segunda clasificación. En caso de persistir el empate, se adjudicará de forma tal de maximizar el número de Compañías adjudicatarias. Si no fuese posible adjudicar aplicando el criterio anterior, se deberá recurrir a un mecanismo de asignación que garantice que las distintas Compañías de Seguros empatadas tengan la misma probabilidad de ser adjudicadas.
6. Se podrá asignar a una Compañía o a dos Compañías actuando en coaseguro un número menor de fracciones a los que postuló; de esta forma, se entenderá que el número de fracciones por grupo que indica la oferta de la Compañía, es el máximo número al que postula.
7. La apertura de las ofertas se realizará en presencia de los oferentes y público en general que desee asistir, ante un Notario Público de Santiago designado en las Bases de Licitación, quien actuará como Ministro de Fe y levantará acta de todo lo obrado.
8. Las Administradoras se pronunciarán sobre el resultado de la licitación a más tardar a los diez días contados desde la apertura de las ofertas, informando su decisión a los oferentes mediante carta certificada.
9. El resultado de la licitación deberá ser publicado durante tres días seguidos, en los tres diarios de mayor circulación del domicilio que para los efectos de la licitación establezcan las Administradoras, dentro del plazo de quince días contado desde la apertura de las ofertas. Dicha publicación deberá, al menos, contener el nombre o razón social de los oferentes y el monto de la prima cobrada según sexo por cada uno de ellos, debiéndose indicar cuál o cuales aseguradoras fueron seleccionadas.
10. En forma simultánea a la comunicación a que se refiere el número 9 anterior, las Administradoras deberán remitir a la Superintendencia de Pensiones y a la Comisión para el Mercado Financiero toda la documentación generada durante el proceso de licitación, considerando a lo menos lo siguiente:
 - i. Fotocopia de las publicaciones del llamado a licitación, indicando la fecha y los diarios en que fueron realizados.
 - ii. Ofertas recibidas para cada grupo.
 - iii. Elementos considerados para decidir la adjudicación de los contratos, que demuestren que el conjunto de ofertas adjudicadas minimiza la prima promedio para cada grupo.
 - iv. Fotocopia de las publicaciones del resultado de la licitación, indicando la fecha y los diarios en que fueron realizados.

D. Normas para la Contratación del Seguro

1. Los Contratos de Seguro deberán convenirse sobre la base de una tasa de prima fija única calculada como un porcentaje de la remuneración y/o renta imponible de los afiliados. En ningún caso dicho contrato podrá contener disposiciones referidas a ajustes por siniestralidad, participación por ingresos financieros y cualquier otra estipulación que modifique la tasa de prima fija y única, sin perjuicio de lo señalado en el numeral 17.b de la sección B de esta norma.

2. Los contratos del seguro, entre las Administradoras en conjunto y cada una de las Compañías adjudicatarias del seguro, deberán constar por escritura pública. Dicha escritura deberá otorgarse dentro de los 30 días siguientes a la fecha de apertura de las ofertas. En los casos establecidos en el número 4. de la letra C. de esta norma, la escritura pública deberá otorgarse dentro de los 10 días siguientes a la fecha de apertura de las ofertas.
3. Serán parte integrante de los contratos de seguro las Condiciones Generales aprobadas por la Comisión para el Mercado Financiero para esta clase de contratos, las Condiciones Particulares que acuerden las partes, las Bases de Licitación y las normas establecidas en la presente Circular.
4. Dentro del plazo de cinco días hábiles, contado desde la fecha de celebración de los contratos de seguro de invalidez y sobrevivencia, las Administradoras deberán remitir a la Superintendencia de Pensiones y la Comisión para el Mercado Financiero, copia autorizada de la escritura pública en que consten los contratos de seguro de invalidez y sobrevivencia suscritos. Dentro del mismo plazo, las Compañías adjudicatarias que se hayan presentado en coaseguro deberán remitir a la Superintendencia de Pensiones y a la Comisión para el Mercado Financiero copia autorizada de los respectivos contratos.
5. Los contratos de seguro deberán tener una duración de entre uno y cuatro años, de acuerdo a lo que establezcan las Bases de Licitación.
6. En caso de constitución de una nueva Administradora, ésta deberá adherir a los contratos de seguro vigentes, adquiriendo todos los derechos y obligaciones establecidos en aquéllos.
7. La tasa de prima no podrá ser modificada durante el período licitado, sin perjuicio de lo señalado en el numeral 17.b. de la sección B de esta norma.
8. En caso de disolución o que se dicte la resolución de liquidación en los términos de la Ley de Reorganización y Liquidación de Activos de Empresas y Personas de alguna de las Compañías de Seguros adjudicatarias de la licitación, las restantes Compañías adjudicatarias dentro de un mismo grupo, asumirán en forma proporcional a la participación de cada una en el riesgo total del grupo los siniestros por invalidez y muerte de los afiliados al sistema, que ocurran desde la dictación de la resolución de liquidación de la Compañía y hasta que expire el período de vigencia del respectivo contrato. Asimismo, tendrán derecho a percibir las primas correspondientes a los nuevos riesgos que estén asumiendo, calculadas con base en la tasa de prima mayor entre la ofrecida en la licitación por la aseguradora que permanece y la percibida por la aseguradora que tenga la calidad de deudora en un procedimiento concursal de liquidación. En este caso se deberá recalcular la cotización destinada al financiamiento del seguro y la devolución de prima, de acuerdo a las fórmulas establecidas en las secciones G y H de esta norma, considerando las nuevas proporciones para las Compañías adjudicatarias.

Cuando dos Compañías se presenten en coaseguro y se produzca la disolución o se dicte una resolución de liquidación, respecto de una de ellas, la otra Compañía asumirá el riesgo por el porcentaje de participación adjudicado a la Compañía de Seguros disuelta o que tenga la calidad de deudora en un procedimiento concursal de liquidación, según corresponda, y recibirá la prima correspondiente a los nuevos riesgos que está asumiendo. Esta disposición deberá establecerse en el contrato de coaseguro.

No obstante lo anterior, en caso de disolución o que se dicte la resolución de liquidación de una Compañía, la Superintendencia de Pensiones y la Comisión para el Mercado Financiero podrán, por resolución conjunta fundada instruir la realización de un nuevo proceso de licitación del seguro, considerando aspectos tales como: plazo restante del período licitado, efectos negativos en la solvencia de las Compañías que deben asumir el riesgo originalmente cubierto por la Compañía de Seguros disuelta o que tenga la calidad de deudora en un procedimiento concursal de liquidación, y el tamaño de la o las fracciones que se hubiere adjudicado esta última compañía.

9. En caso de disolución o dictación de la resolución de liquidación de alguna de las Compañías de Seguros adjudicatarias de la licitación, las Administradoras de Fondos de Pensiones podrán retener las primas correspondientes a dicha Compañía adjudicataria, las que serán traspasadas a las Compañías que deberán asumir los siniestros por invalidez o muerte, de acuerdo a lo señalado en el número 8 precedente.
10. Para efectos de lo dispuesto en el último inciso del artículo 62 del D.L. N° 3.500, el afiliado o sus beneficiarios podrán optar por contratar una renta vitalicia con cualquiera de las Compañías de Seguros de Vida obligadas al pago del aporte adicional en el grupo respectivo. Al respecto, las Compañías involucradas podrán establecer, de común acuerdo, en los respectivos contratos de seguros, un mecanismo de

distribución de costos. Será de cargo de la Compañía elegida por el afiliado o sus beneficiarios, pagar al Asesor Previsional la comisión establecida en el inciso decimocuarto del artículo 61 bis del D.L. N° 3.500, de 1980, si corresponde.

Cuando dos compañías actúen en coaseguro, cualquiera de ellas podrá asumir la obligación señalada en el inciso anterior de acuerdo a lo que establezcan en el respectivo contrato de coaseguro.

11. Cuando se presente una solicitud de pensión de sobrevivencia o una solicitud de calificación de invalidez, la Administradora correspondiente deberá informar a las Compañías con las que se celebren los contratos del seguro en el grupo respectivo, para que concurran al financiamiento de los beneficios a que se refiere el número 2. de la letra A. de esta norma, en las proporciones pactadas.
12. Los contratos deberán contener cláusulas que permitan ponerles término en caso de modificaciones a la legislación o normativa vigente, en términos que alteren significativamente la cobertura de invalidez y sobrevivencia, sea en cuanto al riesgo que asumen las Compañías de Seguros o a los beneficios que debe otorgar el asegurador, en relación a las condiciones consideradas al momento de la celebración del respectivo contrato. Dichas cláusulas deberán ser iguales para todos los contratos. Las Administradoras deberán velar porque la aplicación de estas cláusulas no afecten la cobertura del seguro para los afiliados. En todo caso, cuando una de las partes invoque esta cláusula para poner término al contrato, deberá fundamentarlo y avisar a la otra parte con una anticipación mínima de 90 días.
13. De acuerdo a lo establecido en el punto A.3 de esta norma, las Compañías deberán cubrir al afiliado cuando el siniestro ocurra en el tiempo en que aquél se encuentre prestando servicios como trabajador dependiente, esté o no al día el empleador en el pago de sus cotizaciones.
14. Los contratos que se suscriban en virtud de cada licitación, deberán encontrarse vigentes a contar de las cero horas del día siguiente al vencimiento de los contratos anteriores.

E. Bases de Licitación

Las Bases de Licitación deberán contener al menos lo siguiente:

1. Objeto de la licitación, de acuerdo a lo definido en el número 10 de la letra B de esta Circular;
2. Definición de los participantes, señalando la clasificación de riesgo exigida a las Compañías que podrán participar en la licitación, de acuerdo a lo establecido en el número 5 de la letra B., de esta norma general;
3. Procedimiento y fecha para que los interesados puedan efectuar consultas sobre las Bases de Licitación;
4. Forma y plazo de presentación de las ofertas;
5. Plazo de apertura de las ofertas;
6. Información sobre la población expuesta y siniestralidad histórica que permita una adecuada tarificación de los contratos, conforme lo establecido en Anexo II;
7. Duración del período licitado, debiendo ser el mismo para todos los contratos suscritos en un mismo proceso;
8. Criterio de adjudicación de los contratos;
9. Recálculo de la cotización adicional o de la devolución de prima en caso de disolución o dictación de la resolución de liquidación de una Compañía de Seguros, según lo dispuesto en el número 8 de la letra D. anterior;
10. Forma de efectuar ofertas;
11. Forma de pago de las primas y los siniestros;
12. Mecanismos de desempate;
13. Situaciones en que se declara desierta la licitación en su totalidad o en una fracción de algún grupo;

14. Mecanismos para asegurar la seriedad de las ofertas que presenten las Compañías de Seguros, y
15. Otras disposiciones e informaciones que resulten necesarias para que el proceso de licitación se realice en forma competitiva y eficiente.

Las Bases de Licitación deberán ser enviadas a la Superintendencia de Pensiones y a la Comisión para el Mercado Financiero, a lo menos 15 días hábiles antes del llamado a licitación.

Con todo, si concluido un proceso de licitación subsisten fracciones sin adjudicar, el plazo a que se refiere el párrafo anterior, podrá reducirse a 3 días corridos en el nuevo proceso de licitación. Este plazo podrá disminuirse por Oficio conjunto de la Superintendencia de Pensiones y la Comisión para el Mercado Financiero.

F. Pago de Prima por las Administradoras a las Compañías de Seguros

1. Cada Administradora será responsable de recaudar la prima correspondiente a sus cotizantes y distribuirla entre las Compañías adjudicatarias según la tasa de prima cobrada por cada Compañía y estipulada en el respectivo contrato y el número de fracciones de cada grupo que ésta se haya adjudicado.
2. La prima convenida deberá ser pagada por la Administradora a la respectiva Compañía de Seguros, a más tardar el día 20 del mes siguiente al de la respectiva recaudación.
3. Será responsabilidad de cada Administradora exigir a cada Compañía de Seguros un recibo de pago de las primas pagadas, de acuerdo a lo establecido en el Anexo I.
4. Las Administradoras de Fondos de Pensiones deberán enviar a la Superintendencia de Pensiones, a más tardar el último día hábil de cada mes, un informe del pago de prima a cada Compañía de Seguros.
5. Será responsabilidad de cada Administradora proporcionar a las Compañías de Seguros un informe con el desglose mensual del pago de las primas, el cual debe permitir identificar con exactitud el contrato al que están referidas, período al cual corresponden, tipo de recaudación (normal, rezagada, anticipada, rezagos, rebajas de primas u otro concepto) separadas adicionalmente por sexo.
6. Finalizado cada año de vigencia del contrato licitado o fracción de año, según corresponda, las Administradoras deberán realizar un informe que contenga una conciliación anual por grupo asegurado (hombres y mujeres) que identifique el contrato y especifique con exactitud el tipo de recaudación (normal, rezagada, anticipada, rebaja de prima u otro concepto), indicando claramente los montos recaudados por cada mes del año considerado. En caso de existir ajustes posteriores respecto de los informes mensuales referidos en el número 4. anterior, el informe deberá contener el detalle de los ajustes, el período modificado, el monto del ajuste y las causas que dieron origen a ello, adjuntando los antecedentes que evidencien o demuestren la situación. De igual manera, en caso que el período licitado concluya antes de cumplirse un año contado desde el último día del período del último informe con la conciliación antes referida, las Administradoras deberán realizar el informe considerando en este caso, sólo la fracción anual correspondiente.

Este informe deberá ser certificado por una empresa de auditoría externa regida por el Título XXVIII de la Ley N° 18.045 y deberá ser enviado a las Compañías de Seguros de Vida, dentro de los 30 días hábiles siguientes de efectuado el pago de la prima correspondiente al último mes de cada año o fracción de año de vigencia del contrato, según corresponda. Copia del referido informe certificado deberá enviarse a la Superintendencia de Pensiones.

Si en una fecha posterior a la del informe de conciliación anual, fuere necesario realizar un ajuste adicional a los informados en el cierre anual, corresponderá elaborar un informe complementario que haga referencia al año, grupo y contrato afectado, con especificación del o los meses ajustados y el tipo de recaudación y los montos del ajuste. Al igual que en el caso anterior, corresponderá certificar por una empresa de auditoría externa estos informes complementarios y remitir copias en la forma antedicha.

G. Cálculo de la Cotización Adicional Destinada al Financiamiento del Seguro

La cotización destinada al financiamiento del seguro a que se refiere el artículo 17, del D.L. N° 3.500, expresada como un porcentaje de las remuneraciones y rentas imponibles, tendrá el carácter de uniforme para todos los

afiliados al sistema sujetos a dicha cotización, independientemente de la prima establecida en los contratos que las Administradoras celebren con cada Compañía de Seguros, en el respectivo proceso de licitación. Esta cotización será determinada por las Administradoras de Fondos de Pensiones y corresponderá al máximo entre las tasas de prima promedio ponderado de ambos grupos.

Cotización Adicional = $\text{Max}(Tasa de prima^X, Tasa de prima^Y)$ donde

$$Tasa de prima^X = \frac{\sum_{i=1}^C X_i \times P_i^X}{\sum_{i=1}^C P_i^X}$$

$$Tasa de prima^Y = \frac{\sum_{i=1}^C Y_i \times P_i^Y}{\sum_{i=1}^C P_i^Y}$$

Donde:

Cotización Adicional: Corresponde a la tasa de prima máxima entre la tasa de prima promedio que se cobraría al grupo de hombres y la que se cobraría al grupo de mujeres.

Tasa de prima^X: Corresponde al promedio de las tasas de primas ofertadas por las Compañías adjudicatarias para el grupo de sexo X.

X_i: tasa de prima cobrada por la Compañía i al grupo de sexo X.

P^X_i: Participación de la Compañía de seguros i, en el grupo de afiliados de sexo X. Donde la participación se determina como el número de fracciones adjudicadas en el proceso de licitación.

Tasa de prima^Y: Corresponde al promedio de las primas ofertadas por las Compañías adjudicatarias para el grupo de sexo Y.

Y_i: tasa de prima cobrada por la Compañía i al grupo de sexo Y.

P^Y_i: Participación de la Compañía de Seguros i, en el grupo de afiliados de sexo Y.

H. Diferencia de Prima

En caso de existir una diferencia, en razón del sexo de los afiliados, entre la cotización destinada al financiamiento del seguro y la prima necesaria para financiarlo, cada Administradora deberá calcular y enterar dicha diferencia en la Cuenta de Capitalización Individual de aquellos afiliados respecto de los cuales se pagó una cotización superior a dicha prima, de acuerdo a lo siguiente:

Tasa de Devolución_x = Tasa de Cotización SIS – Tasa de Prima Media_x

Tasa de Devolución_x: Corresponde a la diferencia porcentual entre la tasa de cotización SIS cobrada a todos los cotizantes cubiertos y la tasa de prima media que se calculó para el grupo de sexo X, que corresponde al grupo de afiliados cuyo costo del seguro es menor.

Tasa de Cotización SIS: Corresponde a la parte de la cotización adicional destinada al financiamiento del Seguro de Invalidez y Sobrevivencia que se cobrará a todos los cotizantes cubiertos.

Tasa de Prima Media_x: Corresponde a la tasa porcentual promedio ponderado de las primas ofertadas por las Compañías adjudicatarias del seguro, para el grupo de sexo X, que corresponde al grupo de afiliados cuyo costo del seguro es menor.

Derogación

Mediante la presente Circular se deroga la Circular No 521 de 20 de mayo de 1988 y sus modificaciones posteriores contenidas en las Circulares No 648 de 27 de julio de 1990, No 1.014 de 26 de marzo de 1998 y No 1.082 de 18 de junio de 1999, y todos los Oficios de la ex Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, hoy Superintendencia de Pensiones, por los cuales se hayan impartido instrucciones a las Administradoras sobre materias relativas a la Circular No 521 y sus modificaciones.

Vigencia

Esta norma entrará en vigencia a contar de esta fecha.

Normas Transitorias

La primera licitación del seguro de invalidez y sobrevivencia deberá realizarse de acuerdo al siguiente calendario:

- a) Con anterioridad al 31 de diciembre de 2008, las Administradoras deberán poner a disposición de las aseguradoras, información sobre la población expuesta y siniestralidad histórica que permita una adecuada tarificación de los contratos, de acuerdo a lo que se establece en el Anexo II.
- b) La duración propuesta para los contratos a suscribir en la primera licitación y la metodología de cálculo para el reajuste de la tasa de prima a que se refiere el numeral B.17 de esta norma en el caso que la duración contemplada supere los doce meses, deberán ser presentados para aprobación de la Superintendencia de Pensiones y la Comisión para el Mercado Financiero, a más tardar el 31 de diciembre de 2008, junto con un informe técnico que los sustente.
- c) A más tardar el día 20 de enero de 2009, las Administradoras de Fondos de Pensiones deberán hacer público el resultado de dos estudios de estimación del costo del Seguro de Invalidez y Sobrevivencia, realizados por entidades independientes de las Administradoras y las Compañías de Seguros.
- d) El llamado a la primera licitación deberá efectuarse a más tardar dentro de los siete primeros días corridos del mes de abril de 2009.
- e) La apertura de las ofertas deberá realizarse dentro del plazo de 30 días corridos, contado desde la fecha del llamado a licitación.
- f) Las Administradoras deberán resolver sobre el resultado de la licitación, dentro del plazo de 10 días corridos, contado desde la fecha de apertura de las ofertas.
- g) De no poder adjudicarse alguna fracción o fracciones se aplicará lo establecido en el numeral C.4 de esta norma a excepción de los plazos señalados en dicho numeral, los que vencerán el 19 de junio de 2009.

Los contratos que se suscriban en virtud de la primera licitación deberán encontrarse vigentes a contar de las cero horas del 1° de julio de 2009.

PRESIDENTE
COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO

SUPERINTENDENTE DE PENSIONES

ANEXON° I

RECIBO DE PAGO Y CANCELACION
(LIQUIDACION)

La Compañía de Seguros de Vida ha recibido con esta fecha y a su entera satisfacción, de la Administradora de Fondos de Pensiones la suma de \$ (.....).

	N°	Nombre del Banco	Fecha	Monto
- Transferencia bancaria	_____	_____	_____	_____
- Vale Vista	_____	_____	_____	_____
- Cheque	_____	_____	_____	_____

Dicha suma corresponde al pago de la prima del seguro de invalidez y sobrevivencia de acuerdo al siguiente detalle: (indicar desglose de acuerdo a lo indicado en el número 5 de la letra F. de la presente Circular).

Con los pagos señalados se ha extinguido la obligación de la mencionada Administradora de pagar las primas referidas, quedando pendientes las primas correspondientes a afiliados morosos y rezagados, las que se pagarán en la medida que se recauden las respectivas cotizaciones adicionales. (Este párrafo podrá ser opcionalmente eliminado, si no correspondiere).

TIMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE
LEGAL DE LA COMPAÑIA ASEGURADORA

SANTIAGO,

A N E X O N° II

BASE DE DATOS PARA LICITACIÓN DEL SIS

Las Administradoras de Fondos de Pensiones deberán proporcionar la siguiente información consolidada para todo el Sistema de Pensiones:

Período de la Información:

La información será mensual para un período de 6 años de historia. Se consideran tres tipos de antecedentes: datos agregados de afiliados cotizantes, datos individuales de siniestros y estadísticas.

1. Datos de afiliados cotizantes² :

Tiempo de exposición: 6 años de historia, con información de cotizantes por remuneraciones devengadas hasta a los menos tres meses antes del llamado a licitación.

Base de datos de cotizantes que contenga la siguiente información:

- Número de cotizantes

Para cada una de las siguientes variables:

- Año
- Mes
- Tipo de afiliado (dependiente – independiente - voluntario)³
- Sexo
- Región⁴
- Edad
- Ingreso Imponible
- Saldo Cuenta de Capitalización Individual de Cotizaciones Obligatorias⁵

Según la siguiente descripción de archivo:

2 Según se define en la sección 2.2.4 de la Circular N°1536 de la Superintendencia de Pensiones.

3 Según se define en la sección 2.2.2 de la Circular N°1536 de la Superintendencia de Pensiones.

4 Según se define en la sección 2.3.1 de la Circular N°1536 de la Superintendencia de Pensiones.

5 Corresponde al saldo en la cuenta individual incluido el bono de reconocimiento actualizado, acumulado al último día del mes informado.

Archivo:cotaaaamm.ext			
Información del campo	Tamaño	Formato o contenido	Posición
Año	9(04)		1
Mes	9(02)		2
Tipo de afiliado	9(01)	1: Dependiente 2: Independiente 3: Voluntario	3
Sexo	X(01)	M: Masculino F: Femenino	4
Región	9(02)	00 al 15	5
Edad	9(02)	Ver Nota (1)	6
Ingreso Imponible	9(02)	Ver Nota (2)	7
Saldo CCICO	9(02)	Ver Nota (3)	8
Número de Cotizantes	9(07)		9
Total	X(23)		

Notas:

(1) Corresponde a los siguientes tramos de edad:

- 1 = + Hasta 20
- 2 = + 20 – 25
- 3 = + 25 – 30
- 4 = + 30 – 35
- 5 = + 35 – 40
- 6 = + 40 – 45
- 7 = + 45 – 50
- 8 = + 50 – 55
- 9 = + 55 – 60
- 10 = + 60 – 65
- 11 = mas de 65

(2) Corresponde a los siguientes tramos de remuneración o renta imponible (en UF):

- 1 = + 0 – 5
- 2 = + 5 – 7
- 3 = + 7 – 10
- 4 = + 10 – 12
- 5 = + 12 – 14
- 6 = + 14 – 17
- 7 = + 17 – 19
- 8 = + 19 – 24
- 9 = + 24 – 29
- 10 = + 29 – 33
- 11 = + 33 – 43
- 12 = + 43 – 52
- 13 = + 52 – 60

(3) Corresponde a los siguientes tramos de saldo Cuenta de Capitalización Individual de Cotizaciones Obligatorias (en UF):

- 1 = + 0 – 5
- 2 = + 5 – 25
- 3 = + 25 – 50
- 4 = + 50 – 95
- 5 = + 95 – 140
- 6 = + 140 – 190
- 7 = + 190 – 240
- 8 = + 240 – 350
- 9 = + 350 – 480
- 10 = + 480 – 950
- 11 = + 950 – 2.400
- 12 = + 2.400 – 4.800
- 13 = mas de 4.800

2. Datos de afiliados cubiertos⁶:

Tiempo de exposición: Sólo en este caso se considerarán 3 años de historia con fecha de corte de la información a lo menos tres meses antes del llamado a licitación.

Base de datos de afiliados cubiertos que contenga la siguiente información:

- Número de afiliados cubiertos

Para cada una de las siguientes variables:

- Año
- Mes

Según la siguiente descripción de archivo:

Archivo:cubaaaamm.ext			
Información del campo	Tamaño	Formato o contenido	Posición
Año	9(04)		1
Mes	9(02)		2
Número de afiliados cubiertos	9(07)		3
Total	X(13)		

3. Datos de Siniestros⁷:

Período: Fecha de solicitud de pensión últimos 6 años hasta a lo menos tres meses antes del llamado a licitación..

a) Siniestros de Supervivencia⁸

- Identificador del afiliado⁹
- Tipo de afiliado (dependiente - independiente - voluntario)¹⁰

6 Según se define en el artículo 54 del decreto ley N° 3.500, de 1980.

7 Incluye todos los siniestros informados a las AFP.

8 Afiliados cubiertos por el SIS y activos.

9 Debe incluir código AFP y correlativo.

10 Según se define en la sección 2.2.2 de la Circular N°1536 de la Superintendencia de Pensiones.

- Región
- Pensión de referencia del causante (en UF)
- Fecha de nacimiento causante
- Sexo causante
- Fecha de ocurrencia
- Fecha de solicitud de pensión
- Ingreso base (en UF)
- Capital Necesario (en UF)¹¹
- Saldo Cuenta de Capitalización Individual de Cotizaciones Obligatorias (en UF)¹²
- Bono de reconocimiento liquidado (en UF)
- Aporte (en UF)
- Tasa de interés aporte (cálculo cnu)
- Fecha de abono aporte
- Estado trámite

Según la siguiente descripción de archivo:

Archivo:sisoaaaamm.ext			
Información del campo	Tamaño	Formato o contenido	Posición
Identificador del afiliado	X(13)		1
Tipo de afiliado	9(01)	1: Dependiente 2: Independiente 3: Voluntario	2
Región	9(02)	00 al 15	3
Pensión de referencia causante (en UF)	9(05)V9(02)		4
Fecha de nacimiento causante	9(08)	aaaammdd	5
Sexo causante	X(01)	M: Masculino F: Femenino	6
Fecha de ocurrencia	9(08)	aaaammdd	7
Fecha de solicitud de pensión	9(08)	aaaammdd	8
Ingreso base (en UF)	9(02)V9(02)		9
Capital Necesario (en UF)	9(05)V9(02)		10
Saldo CCICO (en UF)	9(05)V9(02)		11
Bono de reconocimiento liquidado (en UF)	9(05)V9(02)		12
Aporte (en UF)	9(05)V9(02)		13
Tasa de interés aporte (cálculo cnu)	9(03)V9(02)		14
Fecha de abono aporte	9(08)	aaaammdd	15
Estado trámite	9(01)	1: Pagado 2: En trámite	16
Total	X(89)		

b) Siniestros de Invalidez¹³

¹¹ Incluye Cuota Mortuoria.

¹² No incluye bono de reconocimiento.

¹³ Afiliados cubiertos por el SIS.

- Identificador del afiliado¹⁴
- Tipo de afiliado (dependiente - independiente - voluntario) ¹⁵
- Región¹⁶
- Fecha de nacimiento causante
- Sexo causante
- Fecha de solicitud de pensión
- Tipo de invalidez 1° dictamen (total, parcial, rechazado, sin dictamen)
- Fecha 1° dictamen¹⁷
- Ingreso base (en UF)¹⁸
- Saldo Cuenta de Capitalización Individual de Cotizaciones Obligatorias 1° dictamen (en UF)¹⁹
- Bono de reconocimiento actualizado al 1° dictamen (en UF)
- Pensión mensual transitoria (en UF)
- Tipo de siniestro final (Calificación del único o 2° dictamen -Total, Parcial, Rechazado-, o Supervivencia de invalidez)
- Fecha final siniestro (fecha del único o 2° dictamen o fecha de fallecimiento)
- Capital Necesario (capital necesario del único o 2° dictamen o capital necesario de supervivencia) (en UF)²⁰
- Saldo Cuenta de capitalización Individual de Cotizaciones Obligatorias final (cuenta individual fecha aporte o cuenta individual de supervivencia) (en UF)
- Bono de reconocimiento liquidado al único ó 2° dictamen (en UF)
- Aporte (en UF)
- Tasa aporte
- Fecha de abono del aporte
- Contribuciones (en UF)
- Estado etapa de calificación²¹
- Monto primera reserva transitoria (en UF) ²²

Según la siguiente descripción de archivo:

Archivo:siinaaaamm.ext			
Información del campo	Tamaño	Formato o contenido	Posición
Identificador del afiliado	X(13)		1

14 Debe incluir código AFP y correlativo.

15 Según se define en la sección 2.2.2 de la Circular N°1536 de la Superintendencia de Pensiones.

16 Según se define en la sección 2.3.1 de la Circular N°1536 de la Superintendencia de Pensiones.

17 Dictamen ejecutoriado.

18 Correspondiente al último dictamen ejecutoriado.

19 No incluye bono de reconocimiento..

20 Incluye Cuota Mortuoria.

21 Según instrucciones de Norma de Carácter General N° 243 de la CMF. Corresponderá a las Compañías de Seguros de Vida actualizar esta información de siniestros hasta a lo menos dos meses antes del llamado a licitación.

22 Según instrucciones de Norma de Carácter General N° 243 de la CMF. Corresponderá a las Compañías de Seguros de Vida actualizar esta información de siniestros hasta a lo menos dos meses antes del llamado a licitación.

NORMA DE CARÁCTER GENERAL CMF N° 234
CIRCULAR SP N° 1570
FECHA : 25.11.2008

Tipo de afiliado	X(01)	1: Dependiente 2: Independiente 3: Voluntario	2
Región	9(02)	00 al 15	3
Fecha de nacimiento causante	9(08)	aaaammdd	4
Sexo causante	X(01)	M: Masculino F: Femenino	5
Fecha de solicitud	9(08)	aaaammdd	6
Tipo de invalidez 1° dictamen	9(01)	1: Total 2: Parcial 3 Rechazado 4: Sin dictamen	7
Fecha 1° dictamen	9(08)	aaaammdd	8
Ingreso base (en UF)	9(02)V9(02)		9
Saldo CCICO 1° dictamen (U.F.)	9(05)V9(02)		10
Bono de reconocimiento actualizado al 1° dictamen (U.F.)	9(05)V9(02)		11
Pensión mensual transitoria (en UF)	9(03)V9(02)		12
Tipo de siniestro final	9(01)	1: Calificación del único o 2° dictamen Total, 2: Calificación del 2° dictamen Parcial, 3: Calificación del 2° dictamen Rechazado, 4: Supervivencia de invalidez	13
Fecha final siniestro (fecha del único o 2° dictamen o fecha de fallecimiento)	9(08)	aaaammdd	14
Capital Necesario (capital necesario del único o 2° dictamen o capital necesario de supervivencia) (en UF)	9(05)V9(02)		15
Saldo CCICO final (cuenta individual fecha aporte o cuenta individual de supervivencia) (en UF)	9(05)V9(02)		16
Bono de reconocimiento liquidado al único o 2° dictamen (U.F.)	9(05)V9(02)		17
Aporte (en UF)	9(05)V9(02)		18
Tasa aporte	9(03)V9(02)		19
Fecha de abono aporte	9(08)	aaaammdd	20
Contribuciones (en UF)	9(03)V9(02)		21
Estado etapa de calificación	X(02)		22
Monto primera reserva transitoria (en UF)	9(05)V9(02)		23
Total	X(129)		

c) Datos de Beneficiarios

- Identificador del afiliado²³
- Grupo familiar del beneficiario (número que identifica al grupo familiar)
- Relación parentesco
- Fecha de nacimiento del beneficiario
- Sexo del beneficiario

²³ Corresponde al mismo identificador de los datos de siniestros.

- Situación de invalidez del beneficiario

Según la siguiente descripción de archivo:

Archivo:babeaaaamm.ext			
Información del campo	Tamaño	Formato o contenido	Posición
Identificador del afiliado	X(13)		1
Grupo familiar del beneficiario (número)	9(02)		2
Relación de parentesco	9(02)	Ver Nota (1)	3
Fecha de nacimiento del beneficiario	9(08)	aaaammdd	4
Sexo del beneficiario	X(01)	M: Masculino F: Femenino	5
Situación de invalidez del beneficiario	9(02)	Ver Nota (2)	6
Total	X(28)		

Notas:

(1) Relación de parentesco:

- | | |
|----|--|
| 01 | Cónyuge con hijos con derecho a pensión |
| 02 | Cónyuge sin hijos con derecho a pensión |
| 03 | Hijo con madre o padre con derecho a pensión |
| 04 | Hijo sin madre con derecho a pensión, cuya madre o padre tenía calidad de cónyuge |
| 05 | Hijo sin madre o padre con derecho a pensión, cuya madre tenía calidad de madre de hijo de filiación no matrimonial |
| 06 | Madre o padre de hijo de filiación no matrimonial con hijos con derecho a pensión |
| 07 | Madre o padre de hijo de filiación no matrimonial sin hijos con derecho a pensión |
| 08 | Padre del causante |
| 09 | Madre del causante |
| 10 | Hijo sin madre o padre con derecho a pensión, cuya madre o padre no tenía calidad de cónyuge, ni de conviviente civil, ni de madre de hijo de filiación no matrimonial |
| 11 | Conviviente civil, sin hijos comunes ni hijos del causante con derecho a pensión |
| 12 | Conviviente civil, con hijos comunes con derecho a pensión y sin hijos de causante con derecho a pensión |
| 13 | Conviviente civil, con hijos comunes e hijos del causante con derecho a pensión |
| 14 | Conviviente civil cuando sólo existen hijos del causante con derecho a pensión y no hay hijos comunes |
| 15 | Hijo sin madre o sin padre con derecho a pensión, cuya madre o padre tenía calidad de conviviente civil. |

(2) Situación de invalidez del beneficiario:

- | | |
|----|--|
| 00 | No corresponde informar (para no inválido) |
| 01 | Inválido parcial |
| 02 | Inválido total |

4. Estadísticas

Período: 6 años de historia con información de hasta a lo menos tres meses antes del llamado a licitación.

a) Costos anuales asociados a la evaluación de la invalidez

- Costos de calificación, deben incluir costos de traslados y prestaciones médicas (en UF)
- Costos de apelación realizada por los afiliados, deben incluir costos de traslados y prestaciones médicas (en UF)
- Costos de apelación realizada por las Compañías, deben incluir costos de traslados y prestaciones médicas (en UF)
- Costo sistema médico observador (en UF)
- Corresponderá las Compañías de Seguros proporcionar la información de los costos de apelación en que hayan incurrido desde el mes de julio de 2009.

Según la siguiente descripción de archivo:

Archivo:costaaaamm.ext			
Información del campo	Tamaño	Formato o contenido	Posición
Año	X(04)		1
Costos de calificación (en UF)	9(05)V9(02)		2
Costos de apelación afiliados (en UF)	9(05)V9(02)		3
Costos de apelación compañías (en UF)	9(05)V9(02)		4
Costo sistema médico observador (en UF)	9(05)V9(02)		5
Total	X(32)		

b) Solicitudes mensuales de pensión de invalidez

Por tipo de invalidez y condición de cobertura:

- Número de solicitudes presentadas
- Número de solicitudes en proceso
- Número de solicitudes aprobadas
- Tiempo promedio en dictaminar aprobaciones (días)
- Número de solicitudes rechazadas
- Tiempo promedio en dictaminar rechazos (días)
- Número de solicitudes reclamadas
 - Por la compañía de seguros
 - Por el afiliado
 - Por Compañía y afiliado
- Número de recursos de reposición

Según la siguiente descripción de archivo:

Archivo:soliaaaaamm.ext			
Información del campo	Tamaño	Formato o contenido	Posición
Año	X(04)		1
Mes	X(02)		2
Tipo de invalidez	X(01)	1: Invalidez Total; 2: Invalidez Parcial;	3

Comisión Médica	X(04)	Ver Nota (1)	4
Condición de Cobertura	X(01)	1: Cubierto; 2 : No Cubierto	5
Número de solicitudes presentadas	9(05)		6
Número de solicitudes en proceso	9(05)		7
Número de solicitudes aprobadas	9(05)		8
Tiempo promedio en dictaminar aprobaciones (días)	9(03)		9
Número de solicitudes rechazadas	9(05)		10
Tiempo promedio en dictaminar rechazos (días)	9(03)		11
Número de solicitudes reclamadas por compañía de seguros	9(05)		12
Número de solicitudes reclamadas por el afiliado	9(05)		13
Número de solicitudes reclamadas por compañía y afiliado	9(05)		14
Número de recursos de reposición	9(05)		15
Total	X(58)		

(1) Los primeros dos dígitos indican la región y los siguientes dos dígitos indican la Comisión de la región. En los casos en que exista sólo una Comisión por región se deberá indicar con 01. Ejemplo 1302 corresponde a la Comisión N° 2 de la Región Metropolitana.

ESPECIFICACIÓN REGISTROS

La información de debe proporcionarse en archivos planos con las siguientes características:

- a) Los datos numéricos deben estar alineados a la derecha y completados con 0 a la izquierda.
- b) Los datos alfanuméricos deben estar alineados a la izquierda y completados con blancos.
- c) Los datos que no corresponda informar deben registrarse en cero o en blanco, según corresponda.
- d) Las fechas que no corresponda informar deben registrarse en cero.
- e) El número que aparece para cada dato en la descripción de los registros, bajo el título **Posición**, corresponde a la posición que ocupa el dato en el registro.
- f) Los nombres de los archivos a informar estarán compuestos por un prefijo de cuatro letras y el período informado en formato año y mes.
- g) El identificador del afiliado deberá ser el mismo en todos los archivos solicitados.
- h) Para distribuir la información en tramos de edad, se deberá considerar la edad que el afiliado tenga al último día del mes informado. Para distribuir dentro de los rangos de edad debe considerarse lo siguiente:
 “ Hasta 20” Incluye a afiliados cuya edad es menor o igual que 20 años;
 “+20 - 25” Incluye a afiliados cuya edad está comprendida entre 21 y 25 años;
 “+25 - 30” Incluye a afiliados cuya edad está comprendida entre 26 y 30 años; etc.