

REF.: EJECUTA ACUERDO DEL CONSEJO DE LA COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO QUE APRUEBA PUESTA EN CONSULTA DE PROPUESTA DE NORMA DE CARÁCTER GENERAL QUE IMPARTE INSTRUCCIONES SOBRE CONSTITUCIÓN DE RESERVAS TÉCNICAS. DEROGA LAS NORMAS DE CARACTER GENERAL N°s 243, 306 Y 318 Y LAS CIRCULARES N°s 1512, 1857 Y 2197.

SANTIAGO, 11 de enero de 2021

RESOLUCIÓN EXENTA N° 175

VISTOS:

Lo dispuesto en el artículo 3° de la Ley N° 19.880; en los artículos 5 N° 1, 20 N° 3 y 21 N°1 del Decreto Ley N° 3.538 de 1980; en los artículos 3 y 20 del Decreto con Fuerza de Ley N°251 de 1931; en los artículos 1 y 17 de la Normativa Interna de Funcionamiento del Consejo de la Comisión para el Mercado Financiero, aprobada mediante Resolución Exenta N° 3.100 de 2019; en el Decreto Supremo N° 437 del Ministerio de Hacienda del año 2018; lo acordado por el Consejo de la Comisión para el Mercado Financiero en Sesión Ordinaria N°217 de 07 de enero de 2021; y en la Resolución N° 7 de 2019, de la Contraloría General de la República.

CONSIDERANDO:

1. Que, según lo establecido en el N°1 del artículo 5 del Decreto Ley N°3.538, que crea la Comisión para el Mercado Financiero, dentro de las atribuciones generales de esta Comisión se encuentra dictar las normas para la aplicación y cumplimiento de las leyes y reglamentos y, en general, dictar cualquier otra normativa que, de conformidad con la ley, le corresponda para la regulación del mercado financiero. De igual modo, corresponderá a la Comisión interpretar administrativamente las leyes, reglamentos y demás normas que rigen a las personas, entidades o actividades fiscalizadas, y podrá fijar normas, impartir instrucciones y dictar órdenes para su aplicación y cumplimiento.
2. Que, según lo dispuesto en la letra b) del artículo 3° del Decreto con Fuerza de Ley N°251 de



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

1931 del Ministerio de Hacienda, Ley de Seguros, se señala corresponde a esta Comisión: *“Fiscalizar las operaciones de las compañías de seguros, hacer arqueos, pedir la ejecución y presentación de balances y otros estados financieros e informes en las fechas que estime conveniente, revisar sus libros y sus carteras y, en general, solicitar todos los datos y antecedentes que le permitan imponerse de su estado, desarrollo y solvencia y de la forma en que cumplen las prescripciones de ésta y de las demás leyes vigentes, y dictar normas generales para los efectos de valorizar sus inversiones pudiendo ordenar para estos efectos las demás medidas que fueren menester.”*

3. Que, según lo dispuesto en el artículo 20 del Decreto con Fuerza de Ley N°251 de 1931 del Ministerio de Hacienda, Ley de Seguros: *“Las entidades aseguradoras y reaseguradoras establecidas en el país, para cumplir con las obligaciones provenientes de la contratación de los seguros y reaseguros, deberán constituir reservas técnicas, de acuerdo a los principios actuariales, procedimientos, tablas de mortalidad, tasas de interés y otros parámetros técnicos que, por norma de carácter general, establezca la Superintendencia. Su modificación o reemplazo deberá comunicarse a las compañías con 120 días de anticipación, a lo menos.”*
4. Que, atendidas estas facultades, la Superintendencia de Valores y Seguros, antecesora de la actual Comisión para el Mercado Financiero, emitió: la Norma de Carácter General N°243, que imparte instrucciones relativas a la constitución de reservas técnicas en el seguro de invalidez y sobrevivencia del D.L. N°3.500, de 1980; la Norma de Carácter General N°306, que imparte instrucciones sobre la constitución de reservas técnicas en seguros distintos de los seguros previsionales del D.L. N°3.500, de 1980; la Norma de Carácter General N°318, que imparte instrucciones sobre aplicación de normas IFRS en la constitución de reservas técnicas de los seguros de renta vitalicia y de invalidez y sobrevivencia, del D.L. N°3.500 de 1980; la Circular N°1512, que imparte instrucciones sobre constitución de reservas técnicas y valorización de activos y pasivos en relación al calce de activos y pasivos; la Circular N°1857, que imparte instrucciones sobre aplicación de tablas de mortalidad B-2006 y MI-2006, fijadas por Norma de Carácter General N°207, y la Circular N°2197, que imparte instrucciones sobre aplicación de tablas de mortalidad CB-2014, RV-2014, B-2014, MI-2014, fijadas por Norma de Carácter General N° 398.
5. Que, se ha considerado el objetivo de modernizar la normativa de reservas técnicas, alineándola a las mejores prácticas y principios internacionales en la materia y que se aplican en mercados aseguradores que sirven de referencia para Chile, favoreciendo a su vez una mejor gestión de riesgos y una mayor estabilidad financiera.
6. Que, se ha considerado el objetivo de mejorar la comparabilidad y transparencia de la información que reportan las compañías de seguros en sus estados financieros, considerando, entre otras cosas, que los pasivos técnicos del balance de las compañías estén valorizados a valor económico, asegurando que una compañía proporcione información relevante que represente fidedignamente sus contratos de seguros mediante el establecimiento de principios para el reconocimiento, medición, presentación e información a revelar de dichos contratos, por lo que se propone implementar el estándar contable IFRS 17 al mercado asegurador chileno.
7. Que, en atención a los considerandos anteriores, se ha elaborado una propuesta normativa, cuyo objetivo general es abordar las situaciones ya descritas en los considerandos 5 y 6.
8. Que, de acuerdo al numeral 3 del artículo 20 del Decreto Ley N° 3.538, la normativa que imparta el Consejo de la Comisión deberá contener los fundamentos que hagan necesaria su dictación, incluyendo una definición adecuada del problema que se pretende abordar, la justificación de la intervención regulatoria, la evaluación del impacto de dicha regulación, así como aquellos estudios o informes en que se apoye, en los casos que corresponda o sea posible. Además, el referido numeral establece que dicha normativa deberá ser objeto de una consulta pública.
9. Que, en virtud de lo anterior, el Consejo de la Comisión para el Mercado Financiero, mediante acuerdo adoptado en Sesión Ordinaria N° 217, de 07 de enero de 2021, acordó poner en consulta, durante un período de 4 meses, a contar de la fecha de su publicación, la propuesta normativa, incluyendo su informe normativo, referida en el considerando 6 de esta Resolución.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

10. Que, en lo pertinente, el artículo 17 de la Normativa Interna de Funcionamiento de la Comisión para el Mercado Financiero señala que: *“Dichos acuerdos podrán llevarse a efecto una vez emitido por el Ministro de Fe un certificado del acuerdo, sin esperar la suscripción del Acta por los comisionados presentes en la Sesión. Dicho certificado se citará en el acto o resolución que formalice el acuerdo.”*. En virtud de lo anterior, se emitió el certificado de 07 de enero de 2021 suscrito por el Sr. Secretario, donde consta el referido acuerdo.
11. Que, conforme lo dispuesto en el inciso séptimo del artículo 3° de la Ley N° 19.880 y del N° 1 del artículo 21 del referido Decreto Ley N° 3.538, corresponde al Presidente de la Comisión ejecutar y dar cumplimiento a los acuerdos adoptados por el Consejo de la Comisión para el Mercado Financiero.

RESUELVO:

Ejecútese el acuerdo del Consejo de la Comisión para el Mercado Financiero, adoptado en Sesión Ordinaria N° 217, de 07 de enero de 2021, que aprueba la puesta en consulta durante un período de 4 meses, a contar de la fecha de su publicación, de la propuesta normativa que *“Imparte instrucciones sobre constitución de reservas técnicas y deroga las Normas de Carácter General N°s 243, 306 y 318 y las Circulares N°s 1512, 1857 y 2197”*, cuyo texto completo, incluyendo su informe normativo, se encuentra adjunto a esta Resolución.

Anótese, Comuníquese y Archívese.


JOAQUÍN CORTEZ HUERTA
PRESIDENTE
COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S



COMISIÓN
PARA EL MERCADO
FINANCIERO

INFORME NORMATIVO

Norma de Carácter General sobre la Implementación del estándar contable IFRS 17 en el mercado de seguros chileno

Enero 2021

www.cmfchile.cl



*Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S*



Norma de Carácter General sobre la Implementación del estándar contable IFRS 17 en el mercado de seguros chileno

Enero 2021



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

Contenido

I. INTRODUCCIÓN	4
II. OBJETIVO DE LA PROPUESTA NORMATIVA.....	6
III. DIAGNÓSTICO DE LA PROPUESTA NORMATIVA	8
IV. PRINCIPIOS, RECOMENDACIONES INTERNACIONALES Y JURISDICCIONES EXTRANJERAS	12
V. MARCO JURÍDICO LOCAL	19
VI. ANÁLISIS DE IMPACTO REGULATORIO	21
VII. CONSULTA PÚBLICA	29
VIII. PROPUESTA NORMATIVA.....	31
IX. ANEXO PRINCIPIOS Y RECOMENDACIONES INTERNACIONALES Y JURISDICCIONES EXTRANJERAS	91



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

I. INTRODUCCIÓN

Las normas Internacionales de información Financiera (abreviadas como NIIF o IFRS por sus siglas en inglés) son estándares contables emitidos por la IFRS Foundation y la IASB (International Accounting Standards Board) con el fin de proveer un lenguaje global para los negocios de manera que la contabilidad de las compañías sea entendible y comparable internacionalmente.

Para contratos de seguros, la IASB inició un proyecto de estándar en abril de 1997. La primera etapa (FASE I) del proyecto, lanzada en marzo de 2004, dio como resultado el actual estándar IFRS 4. Dicha norma provisional permitió a las compañías usar una amplia variedad de prácticas contables para los contratos de seguro, que reflejaban los requerimientos de contabilidad de las distintas jurisdicciones, generando dificultades a los inversionistas y analistas para comprender y comparar los resultados financieros de las aseguradoras. Cabe señalar que, en el caso de la normativa chilena sobre reservas técnicas, desde 2011, con la emisión de la NCG N°306 y la NCG N°318, se adaptó IFRS 4 tomando en consideración las particularidades locales

La Fase II del proyecto, llamada IFRS 17, fue diseñada para abordar esas dificultades y reemplazar a IFRS 4. Este nuevo estándar fue emitido en mayo de 2017 y su entrada en vigencia está planeada para el 1 de enero de 2023. IFRS 17 busca mejorar la comparabilidad entre la información de las compañías y, entre otras cosas, que los pasivos técnicos del balance de las compañías de seguro estén valorizados a valor de mercado. De esta forma, se tiene como objetivo asegurar que las compañías proporcionen información relevante, que represente fidedignamente sus contratos de seguros, mediante el establecimiento de principios para el reconocimiento, medición, presentación e información a revelar de dichos contratos.

Adicionalmente, es importante destacar que existen una serie de beneficios complementarios asociados a la implementación de IFRS 17, los que se explican con más detalle en la sección de Impacto Regulatorio, que resumimos a continuación:

- Permite mayor comparabilidad de estados financieros a nivel mundial.
- Permite realizar una mejor gestión de los riesgos asociados a los negocios de las compañías al mejorar la comprensión de las fuentes de ganancia o pérdidas.
- Eleva el nivel de conocimientos actuariales de las compañías de seguros, del personal de la CMF que supervisa reservas, y de los auditores externos que revisan los balances de las mismas.
- Permite una mayor consistencia con el Capital Basado en Riesgos (CBR), que corresponde al nuevo requerimiento de capital para las compañías de seguros que viene desarrollando la CMF desde 2013. Cabe señalar que la aplicación del CBR implica actualmente una serie de transformaciones en el balance contable de las compañías, de tal forma de aplicar los factores y escenarios de estrés bajo una mirada de valor económico.
- Permite conseguir una mayor homologación con Solvencia II, lo que facilitará a las filiales



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

de matrices extranjeras europeas y a las compañías norteamericanas que tienen operaciones en Europa, poder consolidar en la matriz el requerimiento de capital que localmente se les exige.

Considerando lo anterior, y en el contexto del objetivo que ha hecho presente la Comisión para el Mercado Financiero (CMF) en cuanto a aplicar en Chile los estándares internacionales de información financiera (IFRS), se hace necesario instruir a las entidades aseguradoras la aplicación del nuevo estándar para la estimación de las reservas técnicas, adaptando ciertos aspectos en función de la realidad local y el marco legal y normativo.



*Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S*

II. OBJETIVO DE LA PROPUESTA NORMATIVA

La propuesta normativa contempla la aplicación del estándar IFRS 17 con el fin de utilizarlo en el mercado asegurador chileno, reemplazando la actual normativa, que se encuentra inspirada fundamentalmente en IFRS 4. Lo anterior permitirá a la CMF modernizar su normativa de reservas técnicas, alineándolas con las mejores prácticas internacionales en la materia.

Cabe señalar que la aplicación del nuevo estándar de contabilidad de seguros en el mercado local entrará en vigencia en enero de 2023, agregando consideraciones especiales atinentes al mercado nacional. Lo anterior, está dentro del normal proceso de excepciones que se encuentran asociados a la implementación de cualquier estándar contable a un mercado en particular, dadas las características de los productos que en él se comercializan. Esto, sin que con ello se afecten los principios y principales aspectos que se encuentran detrás del estándar contable.

En el caso de los productos de Rentas Vitalicias, el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia y la Reserva Catastrófica de Terremoto, que por su naturaleza e importancia requieren de una mayor regulación prescriptiva respecto de los parámetros aplicados en el cálculo de IFRS 17. En particular, en los dos primeros casos, se aplicarán excepciones al fijarse las tablas de mortalidad y la curva de descuento a utilizar en la constitución de las reservas, considerando que son seguros que, por su carácter previsional, tienen especificados estos aspectos en el DL 3.500.

- **Rentas Vitalicias:** Seguro previsional definido en el D.L. 3500, que es parte fundamental del sistema de pensiones chileno. Este seguro, al estar regido por el decreto ley antes mencionado, tiene parámetros normados, como son las tablas de mortalidad, las cuales se construyen de forma conjunta por esta Comisión y la Superintendencia de Pensiones (SP). Lo anterior limita que las compañías puedan manejar con completa libertad los supuestos utilizados en las estimaciones de sus flujos. Adicionalmente, debido al alto nivel de regulación y estandarización de dicho producto, la nueva normativa también define un vector único para el descuento de los flujos de pasivos.
- **Seguro de invalidez y sobrevivencia:** Seguro que se define en el D.L. 3500 con el fin de asegurar las pensiones de invalidez y sobrevivencia del sistema de pensiones. Dicho seguro es licitado al mercado públicamente y tiene una cobertura de duración variable (puede ser licitado para periodos de un año hasta 4 años), por lo que en condiciones normales podría ser tratado bajo diferentes enfoques. Uno de ellos es el modelo Building Block Approach (BBA), que corresponde a un modelo más completo de largo plazo, donde se debe estimar el valor presente de los flujos futuros. Alternativamente, está el modelo Premium Allocation Approach (PAA), que corresponde a un modelo simplificado donde la reserva técnica se estima en función de la prima recaudada¹. No obstante, dada las características de largo plazo de los flujos de pasivos asociados al contrato, se definió que las compañías deberán utilizar el enfoque BBA. Por otra parte, para efectos de definir la pensión de invalidez y sobrevivencia, se requiere de la determinación del “aporte adicional”, cuya metodología y parámetros de cálculo se encuentran

¹ Para un mayor detalle respecto a los aspectos técnicos asociados a los modelos BBA y PAA, revisar la sección número 4 del Capítulo II de la propuesta normativa.



definidos por ley. Adicionalmente, al igual que en el caso de las rentas vitalicias, las compañías deberán utilizar las tablas de mortalidad definidas de forma conjunta por la SP y la CMF para la proyección de los siniestros no ocurridos, así como un vector único para el descuento de los flujos de pasivos.

- **Reserva Catastrófica de Terremoto:** Esta reserva técnica, que es normada actualmente por la NCG N° 306, es de gran importancia dado que el riesgo sísmico en Chile es comparativamente mayor al que pudieran presentar otros países. Por lo anterior y en base a la historia, se hace necesaria la constitución de esta reserva catastrófica, que considera un modelamiento distinto al establecido como la metodología estándar definida en IFRS 17 de “best estimate”.

Por otra parte, considerando el impacto que tiene la primera aplicación de IFRS 17 en el negocio de rentas vitalicias, producto principalmente del efecto de las tasas de interés, esta Comisión ha decidido otorgar, a las compañías que así lo soliciten y que mantengan reservas de rentas vitalicias al momento de la entrada en vigencia del estándar, un período de diferimiento o gradualidad en la implementación de la primera aplicación de IFRS17 por un período máximo de 10 años, debiéndose realizar un cálculo extracontable de dicho impacto y su reconocimiento por dicho período.

En la primera aplicación, las compañías que mantengan reservas técnicas por rentas vitalicias y que presenten un margen de contribución (CSM por sus siglas en inglés) negativo respecto a dicha línea de negocio, deberán netear el efecto con la revalorización de los activos que respalden dichas reservas (aplicación de IFRS 9 full)². Si la diferencia de valorización entre activos y pasivos sigue siendo negativo, la compañía podrá solicitar la gradualidad para su implementación. En dicho caso, se deberá realizar este cálculo en forma extracontable, por lo que el balance de la aseguradora no debiese crecer reflejando un nuevo activo y pasivo. En este sentido, si la mencionada diferencia de valorización entre activos y reservas técnicas por rentas vitalicias es negativa, la compañía deberá llevar un décimo de dicha diferencia al resultado del período.

Posteriormente, al año siguiente de la primera aplicación, se deberá realizar el mismo procedimiento, es decir, revalorizar los activos y las reservas técnicas de rentas vitalicias según IFRS 9 y IFRS 17, respectivamente, y estimar si el efecto es negativo o no. En caso de que vuelva a ser negativo para el negocio específico de rentas vitalicias, la compañía nuevamente deberá llevar un décimo de dicha diferencia al resultado del período. Dicho procedimiento se deberá aplicar sucesivamente durante 10 años, con la diferencia de que, en el año 10, de mantenerse una diferencia negativa, se deberá llevar el monto total al resultado del período. No obstante, si la compañía, en un período anterior al año 10, estima que el negocio de rentas vitalicias ya no tiene un CSM negativo, no deberá seguir aplicando el mecanismo de gradualidad por el tiempo restante.

² El margen de contribución corresponde al beneficio o utilidad que la compañía espera obtener de la contratación de los seguros.



III. DIAGNÓSTICO DE LA PROPUESTA NORMATIVA

La actual normativa relacionada a la constitución de reservas técnicas, principalmente las NCG N°306 (seguros no previsionales) y NCG N°318 (seguros previsionales), se encuentra inspirada en el estándar contable IFRS 4.

Al respecto, la Norma IFRS 4 anterior era una norma provisoria, que permitía a las entidades usar una amplia variedad de prácticas contables para los contratos de seguro, reflejando los requerimientos de contabilidad de cada jurisdicción.

Las diferencias en el tratamiento contable entre jurisdicciones y productos hacían difícil para los inversores y analistas comprender y comparar los resultados de las aseguradoras. En este contexto, muchos interesados, incluyendo las propias aseguradoras, estaban de acuerdo en la necesidad de contar con una norma de contabilidad de seguros global, que permitiera unificar los criterios y modelos a ser utilizados para la valorización de los contratos de seguros.

Cabe destacar que los riesgos asociados a los contratos de seguros complejos y a largo plazo son difíciles de reflejar en la medición de dichos contratos de seguro. Adicionalmente, los contratos de seguro no se negocian habitualmente en los mercados y pueden incluir un componente de inversión significativo, como es el caso de los seguros con Cuenta Única de Inversión, planteando problemas de medición adicionales. En este contexto, es importante señalar que algunas prácticas de contabilización de seguros permitidas según IFRS 4 no reflejaban adecuadamente las reales situaciones financieras subyacentes o el rendimiento financiero de estos contratos de seguro.

Para abordar estas cuestiones, el IASB llevó a cabo el trabajo de desarrollo el estándar IFRS 17, con el objetivo de hacer que los estados financieros de las aseguradoras resulten más informativos y las prácticas contables de seguros sean congruentes entre jurisdicciones.

En este contexto, la CMF definió como parte de sus objetivos estratégicos, la adopción de los estándares internacionales de contabilización (IFRS por sus siglas en inglés), incluyendo aquellos asociados a la valorización de los contratos de seguros. En este contexto, se hacía necesario actualizar la normativa de reservas técnicas, con el objetivo de hacer compatible dicha normativa con los principios y directrices de IFRS 17. Dicha definición se fundamenta en una serie de beneficios esperados asociados a la implementación de IFRS 17, como son un mayor alineamiento con los principios internacionales de valorización de pasivos, una mayor congruencia con el marco conceptual del CBR y el acceso a mayor información necesaria para una mejor gestión de riesgos, entre otros aspectos.

Uno de los aspectos centrales asociados a IFRS 17 dice relación a la mayor transparencia en la información que entregará el nuevo balance, tanto en seguros de vida como en seguros generales, ya que las compañías deberán reconocer la utilidad o pérdida asociada a la venta de los seguros. En caso de que exista una utilidad, dicha partida deberá devengarse en la medida que el contrato de seguros se vaya realizando. No obstante, en aquellos casos donde la compañía estime que el contrato generará una pérdida, ésta deberá ser reconocida



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

inmediatamente. Lo anterior, permitirá entregar información valiosa tanto para las compañías, las que podrán gestionar mejor sus riesgos; como para el supervisor de seguros, el que podrá identificar eventuales riesgos que puedan afectar la solvencia de la aseguradora.

Cabe señalar además, que la aplicación de IFRS 17 implica que las compañías deberán contabilizar sus contratos de seguros en grupos, considerando tres criterios (gestión de riesgos, año de emisión de la póliza y si el contrato es oneroso o no), lo que favorece también una mayor transparencia en la información. No obstante, lo anterior también implica un mayor costo de aplicación respecto a los estándares anteriores debido a las mayores exigencias de información.

Adicionalmente, tanto para seguros de vida no previsionales como para seguros generales, la adopción de IFRS 17 en el mercado local implica que las compañías de seguros deberán utilizar sus propios criterios actuariales para el cálculo de la mejor estimación del pasivo. Lo anterior, favorece una estimación más adecuada y precisa de los pasivos técnicos, ya que tendrán en consideración las particularidades de cada compañía en aspectos tales como siniestralidad, costos, gastos, etc. No obstante, es importante destacar que lo anterior también implica una serie de desafíos asociados a la generación de capacidades actuariales, tanto por parte de la industria como por parte de la CMF, para poder hacer frente a la supervisión de las nuevas exigencias regulatorias.

Por otra parte, un tema relevante asociado a la definición de la CMF de adoptar IFRS 17 tiene que ver con los seguros previsionales, específicamente los asociados a las rentas vitalicias del DFL 3.500. La actual normativa establece que dichos seguros deben contabilizarse a una tasa de descuento, la menor entre la tasa de ventas de la póliza y la TIR de un vector de tasas de descuento, manteniendo dicha tasa fija por el resto de la vida de la póliza.

Lo anterior, si bien genera una mayor estabilidad en la constitución de reservas técnicas, no está alineado con los principios básicos de seguros de la IAIS, que apuntan a que las reservas técnicas tengan una valorización económica y que, por lo tanto, estén sujetas a cambios en su valor producto de cambios en las tasas de interés. La presente modificación regulatoria, establece que las reservas técnicas de las rentas vitalicias deberán valorizarse a un valor económico, considerando para ello un vector de tasas de descuento, que se irá actualizando período a período.

En este contexto, se espera que, si bien la aplicación de IFRS 17 implique una mayor volatilidad en el balance de las compañías, lo anterior correspondería a un reflejo de la situación económica imperante. Adicionalmente, se fomenta el que las compañías de seguros mitiguen dicha volatilidad a través de la gestión de dichos riesgos mediante mecanismos financieros como, por ejemplo, los hedge de tasas.

Por último, la implementación de un valor económico de las reservas técnicas de rentas vitalicias en el mercado local, permitirá que la regulación de la CMF se aproxime a los criterios de valorización de los principales reguladores de seguros, como es el caso del regulador europeo, EIOPA, que con su marco regulatorio llamado Solvencia II, estableció un esquema de valorización económica de las obligaciones de seguros.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

A continuación, se presentan una serie de cuadros que resumen, por tipo de seguro (generales, vida no previsional, y vida previsional), las principales diferencias entre los actuales requerimientos normativos de la CMF, asociados a una adaptación de IFRS 4, con respecto a las características de la nueva normativa vinculada a IFRS 17:

Seguros Generales	Tasa de Descuento	Margen de Riesgo	Proyección de Siniestralidad	Reconocimiento de la Prima	Rol Actuarial	Granularidad de los reportes
Actual Normativa - IFRS 4	No se utilizan tasas de descuento.	No aplica	Para la reserva de riesgo en curso no aplica, ya que se constituye en base a la prima devengada. Para la reserva de insuficiencia de primas se debe seguir la metodología definida por la CMF	Para el cálculo de la reserva de riesgo en curso, la compañía debe considerar la prima devengada.	Rol centrado fundamentalmente en el cumplimiento normativo	Información de reservas técnicas a nivel de líneas de negocio
Propuesta Normativa - IFRS 17	Para seguros de corto plazo no se utiliza tasa de descuento. Para seguros de largo plazo, se debe descontar mediante vector de tasas propio.	Para seguros que utilizan el modelo simplificado (PAA), no aplica. Para seguros que utilizan el modelo BBA, sí aplica.	Para seguros que utilizan el modelo simplificado (PAA), no aplica. Para seguros que utilizan el modelo BBA, la compañía debe estimar sus propias proyecciones de siniestralidad	Para el cálculo de la reserva, la compañía debe considerar la prima recaudada	Rol centrado en la definición de criterios propios para la estimación de siniestralidad, gastos, costos, etc.	Información a nivel de grupos de pólizas, siguiendo 3 criterios: año de emisión, gestión de riesgos y rentabilidad

Seguros Vida No Previsional	Tasa de Descuento	Margen de Riesgo	Proyección de Siniestralidad	Reconocimiento de la Utilidad	Rol Actuarial	Granularidad de los reportes
Actual Normativa - IFRS 4	Tasa de Descuento de 3% real para seguros con una vigencia superior a 4 años. En caso contrario, no se utiliza tasa de descuento.	No aplica ya que el margen prudencial está considerado en las tablas que publica la CMF.	Utilización de tablas definidas por la CMF.	Las compañías deben reconocer ingresos y egresos devengados en sus estados financieros, sin reconocer inmediatamente la utilidad o pérdida de un negocio a lo largo del tiempo.	Rol centrado fundamentalmente en el cumplimiento normativo	Información de reservas técnicas a nivel de líneas de negocio
Propuesta Normativa - IFRS 17	Para seguros de corto plazo no se utiliza tasa de descuento. Para seguros de largo plazo, se debe descontar mediante vector de tasas propio.	Para seguros que utilizan el modelo simplificado (PAA), no aplica. Para seguros que utilizan el modelo BBA, sí aplica.	Para seguros que utilizan el modelo simplificado (PAA), no aplica. Para seguros que utilizan el modelo BBA, la compañía debe estimar sus propias proyecciones de siniestralidad	Para los seguros que utilicen el modelo BBA, la compañía deberá reconocer un margen de servicio, que corresponde a la utilidad o pérdida esperada por la venta del seguro. En caso de ser una utilidad, deberá devengarse en la medida que el servicio del contrato vaya ocurriendo. En caso de ser una pérdida, la compañía debe reconocer de inmediato dicho efecto en el resultado del ejercicio.	Rol centrado en la definición de criterios propios para la estimación de siniestralidad, gastos, costos, etc.	Información a nivel de grupos de pólizas, siguiendo 3 criterios: año de emisión, gestión de riesgos y rentabilidad



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

Seguros Vida Previsional	Tasa de Descuento	Margen de Riesgo	Proyección de Siniestralidad	Reconocimiento de la Utilidad	Rol Actuarial	Granularidad de los reportes
Actual Normativa - IFRS 4	Para Rentas Vitalicias se utiliza la tasa de bautizo, que es la menor entre la Tasa de Venta y la TIR de un vector definido por la CMF, la cual se mantiene fija en todo momento.	Las compañías tarifican con sus propias tablas y supuestos sobre la mortalidad futura y ahí se encuentra incorporado el margen de riesgo. No obstante, a nivel regulatorio, el margen de riesgo no aplica ya que el margen prudencial está considerado en las tablas que publica la CMF.	Las compañías tarifican con sus propias tablas y supuestos sobre la mortalidad futura. No obstante, para efectos regulatorios, utilizan tablas definidas en conjunto por la Superintendencia de Pensiones y por la CMF.	En el caso de las RRVV, la contabilización generalmente trae asociada una pérdida contable al momento de su venta, debido a que la tasa que se utiliza para la constitución de la reserva es la menor entre la tasa de venta, TV y la resultante del vector de tasas de descuento, VTD. Dicha pérdida contable las compañías la van recuperando en el tiempo, a medida que se devenga con la vigencia de la póliza, hasta la muerte del pensionado.	Desarrollo de tablas de mortalidad propias para la tarificación y de test de mortalidad de los rentistas, para comparar la mortalidad efectiva con la proyectada al momento de la tarificación. A nivel regulatorio, rol centrado fundamentalmente en el cumplimiento normativo.	Información regulatoria de reservas técnicas a nivel de líneas de negocio. Por otra parte, para la gerencia y el directorio, el actuario es responsable de mostrar la evolución efectiva de la mortalidad y compararla con la proyectada al momento de tarificar la renta vitalicia.
Propuesta Normativa - IFRS 17	Para Rentas Vitalicias y para el SIS, se deberá utilizar un vector de descuentos publicado por la CMF. Adicionalmente, las reservas técnicas se deberán actualizar período a período considerando las variaciones en las tasas de interés.	Sí aplica. Se debe calcular en forma explícita y separado dentro de la reserva.	Las compañías tarifican con sus propias tablas y supuestos sobre la mortalidad futura. No obstante, para efectos regulatorios, utilizan tablas definidas en conjunto por la Superintendencia de Pensiones y por la CMF.	La compañía deberá reconocer un margen de servicio, que corresponde a la utilidad o pérdida esperada por la venta del seguro. En caso de ser una utilidad, deberá devengarse en la medida que el servicio del contrato vaya ocurriendo. En caso de ser una pérdida, la compañía debe reconocer de inmediato dicho efecto. De esta forma, se elimina el concepto conservador de contabilizar la reserva a la menor de las dos tasas, por lo que no existirían pérdidas contables iniciales que después se recuperarían con el devengo de la póliza.	Desarrollo de tablas de mortalidad propias para la tarificación y de test de mortalidad de los rentistas, para comparar la mortalidad efectiva con la proyectada al momento de la tarificación. A nivel regulatorio, rol centrado en el cumplimiento normativo y en la definición de criterios propios para la estimación de gastos, costos, etc.	Información a nivel de grupos de pólizas, siguiendo 3 criterios: año de emisión, gestión de riesgos y rentabilidad.

Es importante destacar que la CMF contrató una consultoría con la empresa Price Waterhouse Coopers (PwC) en 2018 para evaluar la implementación de IFRS 17 en el mercado asegurador local. Los principales objetivos de dicha asesoría fueron:

- Evaluar el impacto esperado en los Estados Financieros de las compañías de seguros y en el cumplimiento de las normas de Solvencia aplicables a estas entidades.
- Efectuar recomendaciones para la adaptación del estándar al mercado asegurador local, para llevar a cabo el proceso de su implementación en forma gradual (hoja de ruta).

A partir de los resultados de dicho estudio y la solicitud de un estudio de impacto cuantitativo requerido a las compañías de seguros en febrero 2019, mediante el Oficio Ordinario N°4577, la CMF definió los principales lineamientos respecto a la aplicación de IFRS 17 en el mercado asegurador local.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

IV. PRINCIPIOS, RECOMENDACIONES INTERNACIONALES Y JURISDICCIONES EXTRANJERAS

La presente sección tiene el objetivo de comparar los principales aspectos conceptuales asociados a la implementación de IFRS 17 con respecto a los principios básicos de seguros de la IAIS (ICPs por sus siglas en inglés), así como con la regulación de determinadas jurisdicciones que son utilizadas como referencia por parte de la CMF, como son el caso de EIOPA (Solvencia II) y Australia (regulador APRA). En el Anexo contenido en la Sección IX del presente informe normativo se presenta un detalle mayor de las regulaciones antes indicadas.

Tasas de Interés para el descuento de la Reserva Técnica

IFRS 17 plantea que las reservas técnicas deben descontarse a una tasa de descuento de mercado que tome en cuenta las características del pasivo en términos de plazo, moneda, liquidez, etc. Lo anterior implica una valorización económica de dicho pasivo, la cual estará sujeta a los cambios en las tasas de interés.

Al respecto, dentro de los principios básicos de seguros de la IAIS se encuentra el IPC N°14 sobre valorización, que indica que el supervisor debe establecer los requisitos para la valorización de los activos y pasivos con propósitos de solvencia. En este contexto, el ICP 14.4 señala que la valoración de activos y pasivos debe ser económica, lo que implica que debe ser una valoración tal que la evaluación resultante de la situación financiera de una aseguradora no se ve oscurecida por un conservadurismo u optimismo oculto o inherente en la valoración. Adicionalmente, el ICP 14.10 señala que la valoración de las reservas técnicas debe permitir calcular el valor del dinero en el tiempo. Dado lo anterior, el supervisor debe establecer los criterios para la determinación de las tasas adecuadas que se utilizarán en el descuento de las reservas técnicas.

Por otra parte, al revisar el régimen de Solvencia II, se señala que las compañías de seguros y reaseguros deben descontar los flujos futuros en función de una estructura temporal de tipos de interés sin riesgo. Con respecto a la determinación de la estructura temporal de tipos de interés sin riesgo, el estándar de Solvencia II señala que se debe basar en la información procedente de los instrumentos financieros pertinentes. Dicha determinación debe tener en cuenta que los instrumentos financieros que se consideren deben transarse en mercados financieros que sean profundos, líquidos y transparentes.

Adicionalmente, la regulación de Solvencia II señala que los Estados miembros podrán exigir la aprobación previa de las autoridades de supervisión para la aplicación por parte de las compañías de seguros y de reaseguros de un ajuste por volatilidad a la estructura temporal pertinente de tipos de interés sin riesgo para el cálculo de la mejor estimación de sus obligaciones.



*Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S*

En este contexto, tal como lo señala la EIOPA, el ajuste por volatilidad se basa en el spread entre las tasas de interés que se obtienen de los activos incluidos en una cartera de referencia y las tasas de interés sin riesgo de la estructura temporal. Dado lo anterior, el monto del ajuste por volatilidad es equivalente al 65% del spread antes señalado, corregido previamente por un “spread fundamental” atribuible a una evaluación realista de las pérdidas esperadas por el riesgo de crédito de los activos.

Dicha curva, que considera tanto las tasas libres de riesgo como el ajuste por volatilidad, se debe actualizar período a período en función de la información de mercado spot de las tasas de interés y de los spreads de los activos que componen la cartera de inversiones, permitiendo una valorización económica de las obligaciones de seguros.

Por otra parte, al analizar la normativa de reservas técnicas de seguros de vida del regulador australiano (APRA), se observa que la tasa de interés a ser utilizada para descontar los flujos de efectivo futuros esperados debe, en la medida en que los beneficios bajo la póliza estén vinculados contractualmente al desempeño de los activos mantenidos, reflejar las ganancias de inversión esperadas aplicables a los activos que respaldan el beneficio que se valora. De lo contrario, se deberá utilizar una tasa (o tasas) de descuento que la compañía de vida considere libre de riesgo, con base en las tasas objetivas observables actuales que se relacionan con la naturaleza, estructura y plazo de los flujos de efectivo futuros del pasivo.

Cabe señalar que, en el caso de las aseguradoras de vida, para propósitos de reporte de ganancias bajo la normativa australiana LPS 340, la tasa de descuento debe ser una tasa de descuento libre de riesgo. Sin embargo, para propósitos de solvencia, la tasa de descuento debe ajustarse para que sea la suma de la tasa libre de riesgo más un ajuste de liquidez (la prima por liquidez se calibra como el 30% del spread de los bonos con calificación “A”, a un vencimiento de tres años, por sobre la curva libre de riesgo a igual plazo, y solo es aplicable a los pasivos no líquidos).

Considerando todo lo señalado anteriormente, se puede concluir que tanto la IAIS, a través de sus principios básicos de seguros, como las prácticas de algunas jurisdicciones que son de referencia para Chile, están a favor de una valorización del pasivo técnico a tasas de interés de mercado, reflejando por lo tanto una valorización económica de dicha obligación.

Mejor Estimación de Flujos para la constitución de las Reservas Técnicas

IFRS 17 establece un sistema de valorización de los contratos de seguros sobre la base de la proyección de los flujos de caja esperados de cumplimiento asociados al contrato, tales como primas, siniestros, gastos y cualquier beneficio, garantías u opciones comprometidas por la compañía de seguros con sus asegurados. En términos resumidos, estos flujos deben ser estimados considerando toda la información razonable y sustentable disponible dentro de los límites de los contratos (“contract boundaries”), bajo criterios actuariales, probabilísticos y supuestos realistas, que deben ser revisados y actualizados en cada estado financiero, (lo que también se conoce como aplicación del concepto de “best estimate”).



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

Al respecto, el ICP 14.5 de la IAIS señala que una valoración económica de los pasivos debe reflejar los valores presentes ajustados al riesgo de sus flujos de pasivo, teniendo en cuenta que puede tener tanto entradas como salidas de efectivo cuyo efecto neto sea un valor positivo o negativo. Adicionalmente, el ICP 14.8 indica que la estimación actual de la reserva técnica debe reflejar el valor presente esperado de todos los flujos de efectivo futuros relevantes que surgen en el cumplimiento de las obligaciones de seguro, utilizando supuestos actuales no sesgados. En este contexto, la estimación actual debe reflejar todos los flujos de efectivo futuros bajo un contrato de seguro existente en la medida en que sean parte integral del cumplimiento de las obligaciones bajo ese contrato, comprendiendo todos los flujos de efectivo, incluidos los flujos de efectivo opcionales o discrecionales no garantizados, cuando se establecen como derivados de la relación contractual entre el asegurador y el tomador del seguro. Esto refleja la esencia comercial del contrato y, por lo tanto, refleja la realidad económica.

Por su parte, la regulación europea de Solvencia II señala que la mejor estimación debe corresponder al promedio ponderado de probabilidad de los flujos de efectivo futuros teniendo en cuenta el valor temporal del dinero. Por lo tanto, el mejor cálculo estimado debe recoger la incertidumbre en los flujos de efectivo futuros. En este contexto, el cálculo debe considerar la variabilidad de los flujos de efectivo para garantizar que la mejor estimación represente la media de la distribución de los valores de flujo de efectivo.

Adicionalmente, la reglamentación europea define que la mejor estimación corresponde al promedio de los resultados de todos los escenarios posibles, ponderados de acuerdo con sus respectivas probabilidades. Aunque, en principio, se deben considerar todos los escenarios posibles, puede no ser necesario, o incluso posible, incorporar explícitamente todos los escenarios posibles en la valoración del pasivo, ni desarrollar distribuciones explícitas de probabilidad en todos los casos, dependiendo del tipo de riesgos involucrados y la materialidad del efecto financiero esperado de los escenarios bajo consideración.

Considerando lo anterior, las aseguradoras deben utilizar técnicas actuariales y estadísticas para el cálculo de la mejor estimación que refleje adecuadamente los riesgos que afectan los flujos de efectivo. Esto puede incluir métodos de simulación, técnicas deterministas y técnicas analíticas.

En lo que respecta a la normativa australiana, cabe señalar que la norma que regula la constitución de reservas técnicas de los seguros de vida señala que el pasivo de la póliza debe prever la mejor estimación del valor del pasivo de la aseguradora con respecto a las obligaciones derivadas de los contratos de seguro de vida.

En este contexto, la mejor estimación del pasivo se debe determinar como el valor de los pagos y cobros futuros previstos en la póliza, brutos de reaseguro, sobre la base de las obligaciones mantenidas por la compañía a la fecha de la presentación de la información. Esta mejor estimación del pasivo es igual a:

- a) el valor de los pagos de las prestaciones futuras esperadas; más
- b) el valor de los gastos futuros esperados; menos
- c) el valor de los ingresos futuros esperados.



Al establecer los supuestos de la mejor estimación, se debe tener en cuenta la importancia relativa de:

- a) los beneficios que se están considerando; y
- b) el efecto de supuestos particulares sobre el resultado determinado.

Los supuestos de mejor estimación con respecto a todos los demás supuestos utilizados en la valoración de los pasivos de la póliza, deben ser supuestos sobre la experiencia futura que:

- a) se hacen teniendo en cuenta el asesoramiento del Actuario Designado;
- b) se realizan teniendo en cuenta las estadísticas y otra información razonablemente disponibles; y
- c) no se exageran ni subestiman deliberadamente.

Considerando todo lo antes señalado, se puede concluir que los principios de IFRS 17 asociados a la mejor estimación del pasivo están, a grandes rasgos, acorde tanto con la IAIS, a través de sus principios básicos de seguros, como con las prácticas de algunas jurisdicciones que son de referencia para Chile, tomando en cuenta un enfoque común de “mejor estimación” en base a técnicas actuariales que consideren los posibles escenarios asociados al pago de siniestros, costos y gastos. En este contexto, cabe destacar también la importancia del rol del actuario en la mejor estimación que las diferentes jurisdicciones le asignan, lo que también está en línea con los mayores requerimientos actuariales asociados a los desafíos de la implementación de IFRS 17.

Margen de Riesgo

IFRS 17 establece, en el contexto de la aplicación de su modelo Building Block Approach (BBA), que los flujos de caja incorporaren un denominado “ajuste por riesgo”, que representa la “compensación” que la compañía de seguros requiere por aceptar la incertidumbre asociada a los flujos proyectados, estableciéndose por lo tanto un margen prudencial adicional en la estimación de reservas técnicas. Este ajuste por riesgo está asociado al riesgo propio del seguro, y no incluye riesgos financieros ni operacionales.

Al respecto, el ICP 14.7 de la IAIS señala que la valoración de las reservas técnicas debe exceder la Estimación Actual (flujos de efectivo descontados) por un margen (Margen sobre la Estimación Actual o MOCE por sus siglas en inglés). En este contexto, la IAIS señala que las reservas técnicas son activos o pasivos que representan el valor económico de que la aseguradora cumpla con sus obligaciones de seguro con los asegurados y otros beneficiarios que surgen durante la vida útil de la cartera de pólizas de seguro del asegurador. Esto incluye un margen para cubrir la incertidumbre inherente de esas obligaciones.

Adicionalmente, el ICP 14.9 de la IAIS señala que el MOCE debe reflejar la incertidumbre inherente relacionada con todos los flujos de efectivo futuros relevantes que surgen en el cumplimiento de las obligaciones de seguro durante el horizonte de tiempo contemplado en el contrato. En este contexto, la IAIS señala que, en la práctica, se pueden utilizar diferentes



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

métodos para medir el riesgo, por lo que, al elegir una metodología, se debe prestar la debida atención a la naturaleza de los riesgos que se miden. En la práctica, los resultados de los diferentes métodos no serán idénticos y se deben aplicar controles de calibración y coherencia para que las diferencias metodológicas se reduzcan a un nivel aceptable para la evaluación de la solvencia. Una vez establecida la metodología, no debe cambiarse de una valoración a la siguiente a menos que exista una justificación razonable para el cambio.

Por su parte, Solvencia II también define un Margen de Riesgo, el cual es parte de las reservas técnicas, que sirve para garantizar que el valor de dichas reservas sea equivalente al monto que se espera que las empresas de seguros y reaseguros requieran para asumir y cumplir con las obligaciones de seguros y reaseguros.

En este contexto, la regulación europea indica que el margen de riesgo debe calcularse determinando el costo de proporcionar una cantidad de fondos propios elegibles igual al requerimiento de capital de solvencia (SCR) necesario para respaldar las obligaciones de seguro y reaseguro a lo largo de la vida del mismo. La tasa utilizada en la determinación del costo de proporcionar esa cantidad de fondos propios elegibles se denomina tasa de costo de capital.

Dado lo anterior, el cálculo del margen de riesgo debe basarse en el supuesto de que la aseguradora de referencia en el momento $t=0$ (cuando se realiza la transferencia) se capitalizará al nivel requerido de fondos propios elegibles. Se asume también que la transferencia de las obligaciones de (re) seguro tiene lugar de inmediato.

La normativa europea indica también que las aseguradoras podrán considerar si sería apropiado aplicar una técnica de valoración simplificada para el margen de riesgo. Como parte integral de esta evaluación, las compañías deben considerar qué tipo de método simplificado sería el más apropiado para el negocio. El método elegido debe ser proporcional a la naturaleza, escala y complejidad de los riesgos del negocio en cuestión.

En lo que respecta al APRA, la regulación australiana también considera un margen de riesgo, que corresponde al componente del valor de los pasivos de seguro que se relaciona con la incertidumbre inherente de que los resultados diferirán de la estimación central.

En este contexto, la normativa del APRA señala que los márgenes de riesgo deben determinarse, para cada clase de negocio y en total, sobre una base que refleje la experiencia de la aseguradora. En todo caso, los márgenes de riesgo deben valorarse de manera tal que los pasivos por seguros de la aseguradora, después de cualquier beneficio de diversificación, no sean menores al mayor valor entre:

- a) las reservas técnicas determinadas sobre una base que esté destinada a valorar las obligaciones de seguro de la aseguradora en un nivel de confianza del 75%; y
- b) la estimación central más la mitad de una desviación estándar por encima de la media de las obligaciones de seguro de la aseguradora.



De la revisión de las distintas experiencias y principios internacionales, se puede concluir que la incorporación del Ajuste por Riesgo por parte de IFRS 17 es coherente con el resto de las regulaciones. El Ajuste por Riesgo es un concepto relevante para la determinación de las reservas técnicas, al otorgar un margen adicional, de carácter prudencial, por sobre la mejor estimación de los flujos de pasivos. Asimismo, promueve una mayor consistencia con una valorización económica, considerando que dicho margen buscaría garantizar que el valor de las reservas técnicas sea equivalente al monto que se espera que las empresas de seguros requieran para asumir y cumplir con las obligaciones de seguros frente a una eventual transacción de pasivos.

Reconocimiento de la Utilidad o Perdida del contrato de seguro

IFRS 17 señala que el resultado de la aplicación del modelo general (BBA) de flujos descontados menos un ajuste por riesgo, a la fecha de emisión de las pólizas de seguros, corresponde al beneficio o utilidad que la compañía obtiene de la contratación de los seguros, el que se le denomina “Margen de Servicio Contractual” (MSC) o “Contractual Service Margin” en inglés.

Dicho margen representa un beneficio que se va reconociendo o “amortizando” en resultados a medida que se va ganando. En otras palabras, el MSC representa la utilidad que se espera ganar, estimada al momento de la contratación del seguro, y que equivale al excedente de los ingresos (primas u otros ingresos) sobre los egresos de los contratos menos el ajuste por riesgo, incluyendo los costos de adquisición, gastos proyectados y cualquier otro gasto o flujo del contrato a la fecha de reconocimiento inicial.

De acuerdo a la normativa de IFRS 17, el margen de servicio se debe determinar por carteras de productos de acuerdo a agrupación definida por la compañía, considerando:

- a) La reestimación de los flujos proyectados en cada estado financiero, de modo que refleje la situación actual de la compañía respecto de los beneficios esperados de sus carteras de productos. En este sentido, los ajustes por efecto de cambios en las hipótesis actuariales, se deben reflejar en un ajuste del MSC, no afectando los resultados del ejercicio, a menos que el MSC se vuelva negativo.
- b) Por otro lado, cambios en las hipótesis económicas, como una variación de las tasas de interés que se utilizan para el descuento de los flujos, no afectarán el MSC y su impacto en la determinación de los flujos proyectados descontados se debe reconocer en resultados del ejercicio, o en Patrimonio (OCI), dependiendo de la política contable que adopte la compañía.
- c) En el caso que, a la fecha de reconocimiento inicial o en forma posterior, el MSC sea negativo, esto es, la cartera respectiva sea considerada como “onerosa”, se debe reconocer dicha pérdida inmediatamente en resultados (no se difiere cuando es negativo), igualando a cero el margen de servicio contractual del grupo.

Al respecto, y luego de la revisión de los antecedentes asociados tanto a la IAIS como a otras jurisdicciones que la CMF utiliza como referencia, se puede concluir que la aplicación del



Margen de Servicio Contractual es una característica única de IFRS 17, sin que exista un concepto similar en otras regulaciones.

No obstante lo anterior, tal como lo ha señalado la EIOPA en un documento del 18 de octubre de 2018, llamado “El análisis de EIOPA sobre IFRS 17”, tanto esta característica como las anteriormente señaladas, permiten concluir que con la implementación de IFRS 17, la información financiera de las aseguradoras va a reflejar de mejor forma la posición financiera de la entidad, incluyendo aspectos como liquidez, rentabilidad y solvencia. Adicionalmente, la aplicación de IFRS 17 implicará un mejor alineamiento entre las reglas contables y adecuadas prácticas de gestión de riesgos, ya que refleja adecuadamente los riesgos que enfrenta la compañía. Por último, es importante indicar, tal como lo señala EIOPA, que se espera que IFRS 17 mejore la transparencia respecto de las actividades de negocio de las aseguradoras y de sus patrones de rentabilidad, presentando de manera neutral los fundamentos económicos detrás de los contratos de seguros. Lo anterior, podría implicar cambios en las prácticas respecto de las primas, características de los contratos y tarificación, pero de una manera tal que se fortalezca la sustentabilidad de los modelos de negocios.

A continuación, se presenta una tabla que resume las principales semejanzas y diferencias entre IFRS 17 y el resto de las experiencias analizadas:

Comparativa Regulación Internacional	Tasa de Descuento	Margen de Riesgo	Cálculo del Best Estimate	Reconocimiento de la Utilidad/Pérdida	Rol Actuarial	Granularidad de los reportes
ICP - IAIS	Reservas Técnicas deben descontarse considerando una tasa de descuento de mercado, siendo consistente con un enfoque de valorización económica.	Si lo considera, asociado a la incertidumbre de los flujos de efectivo.	La estimación actual de la reserva técnica debe reflejar el valor presente esperado de todos los flujos de efectivo futuros relevantes que surgen en el cumplimiento de las obligaciones de seguro, utilizando supuestos actuales no sesgados. Consistente con el concepto de "best estimate" y un rol significativo del actuario.	No Aplica.	Rol centrado en la definición de criterios propios para la estimación de siniestros, ingresos, gastos, costos, etc.	No Aplica.
Solvencia II - Europa	Reservas Técnicas deben descontarse considerando una tasa libre de riesgo, más un ajuste por volatilidad, siendo consistente con un enfoque de valorización económica.	Si lo considera, asociado al costo de capital que surge de la incertidumbre de los flujos de efectivo.	La mejor estimación debe corresponder al promedio ponderado de probabilidad de los flujos de efectivo futuros teniendo en cuenta el valor temporal del dinero. Las aseguradoras deben utilizar técnicas actuariales y estadísticas para el cálculo de la mejor estimación que refleje adecuadamente los riesgos que afectan los flujos de efectivo. Consistente con el concepto de "best estimate" y un rol significativo del actuario.	Las compañías deben reconocer ingresos y egresos devengados en sus estados financieros, sin reconocer inmediatamente la utilidad o pérdida de un negocio a lo largo del tiempo.	Rol centrado en el cumplimiento normativo y en la definición de criterios propios para la estimación de siniestros, ingresos, gastos, costos, etc.	Información de reservas técnicas a nivel de líneas de negocio.
APRA - Australia	Para efectos de Solvencia, las Reservas Técnicas deben descontarse considerando una tasa libre de riesgo, más el 30% del spread de bonos con clasificación A, siendo consistente con un enfoque de valorización económica.	Si lo considera, asociado a la incertidumbre de los flujos de efectivo.	La mejor estimación del pasivo se debe determinar como el valor de los pagos y cobros futuros previstos en la póliza, brutos de reaseguro, sobre la base de las obligaciones mantenidas por la compañía a la fecha de la presentación de la información. Consistente con el concepto de "best estimate" y un rol significativo del actuario.	Las compañías deben reconocer ingresos y egresos devengados en sus estados financieros, sin reconocer inmediatamente la utilidad o pérdida de un negocio a lo largo del tiempo.	Rol centrado en el cumplimiento normativo y en la definición de criterios propios para la estimación de siniestros, ingresos, gastos, costos, etc.	Información de reservas técnicas a nivel de líneas de negocio.
IFRS 17	Reservas Técnicas deben descontarse considerando una tasa de descuento de mercado que esté acorde con las características del pasivo, siendo consistente con un enfoque de valorización económica.	Si lo considera, asociado a la incertidumbre de los flujos de efectivo.	Proyección actuarial de los flujos futuros de efectivo, considerando siniestros, ingresos, gastos y costos. Consistente con el concepto de "best estimate" y un rol significativo del actuario.	La compañía deberá reconocer un margen de servicio, que corresponde a la utilidad o pérdida esperada por la venta del seguro. En caso de ser una utilidad, deberá devengarse en la medida que el servicio del contrato vaya ocurriendo. En caso de ser una pérdida, la compañía debe reconocer de inmediato dicho efecto en el resultado del ejercicio.	Rol centrado en la definición de criterios propios para la estimación de siniestros, ingresos, gastos, costos, etc.	Información a nivel de grupos de pólizas, siguiendo 3 criterios: año de emisión, gestión de riesgos y rentabilidad.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

V. MARCO JURÍDICO LOCAL

El marco jurídico actual, esto es, la Ley de Seguros (D.F.L N° 251 de 1931) y en particular lo dispuesto en sus artículos 3° letra b) y 20, facultan a esta Comisión a dictar normas relativas a la constitución de reservas técnicas.

Artículo 3° letra b):

“Fiscalizar las operaciones de las compañías de seguros, hacer arqueos, pedir la ejecución y presentación de balances y otros estados financieros e informes en las fechas que estime conveniente, revisar sus libros y sus carteras y, en general, solicitar todos los datos y antecedentes que le permitan imponerse de su estado, desarrollo y solvencia y de la forma en que cumplen las prescripciones de ésta y de las demás leyes vigentes, y dictar normas generales para los efectos de valorizar sus inversiones pudiendo ordenar para estos efectos las demás medidas que fueren menester;”

Artículo 20:

“Las entidades aseguradoras y reaseguradoras establecidas en el país, para cumplir con las obligaciones provenientes de la contratación de los seguros y reaseguros, deberán constituir reservas técnicas, de acuerdo a los principios actuariales, procedimientos, tablas de mortalidad, tasas de interés y otros parámetros técnicos que, por norma de carácter general, establezca la Comisión. Su modificación o reemplazo deberá comunicarse a las compañías con 120 días de anticipación, a lo menos. Las reservas técnicas se clasificarán en los siguientes tipos:

- 1. Reserva de riesgo en curso por las obligaciones de una compañía con los asegurados, originadas por primas de contratos de seguros de corto plazo;*
- 2. Reserva matemática por las obligaciones de una compañía de segundo grupo con los asegurados, originadas por primas de contratos de seguros de largo plazo;*
- 3. Reserva de siniestros por las obligaciones por siniestros ocurridos y que estén pendientes de pago, y por los ocurridos y no reportados;*
- 4. Reserva adicional por aquellos riesgos cuya siniestralidad es poco conocida, altamente fluctuante, cíclica o catastrófica y que, a juicio de la Comisión, mediante normas de carácter general, sea necesario constituir para el normal desenvolvimiento de la actividad aseguradora o reaseguradora;*
- 5. Reserva de descalce, por los riesgos originados en el descalce de plazo, tasa de interés, moneda e instrumentos de inversión, entre los activos y pasivos de la compañía, y*
- 6. Reserva de valor del fondo, en la parte que corresponda a las obligaciones generadas por las cuentas de inversión en los seguros del segundo grupo que las contemplen.*

La Superintendencia, sin perjuicio del cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 16, mediante norma de carácter general, establecerá las disposiciones y requisitos mínimos a las cuales deberán sujetarse las cesiones de reaseguro, para efectos de ser deducidas del cálculo de las reservas técnicas. En todo caso, una compañía sólo podrá deducir de las mencionadas reservas, la prima efectivamente pagada a su reasegurador, por las cesiones correspondientes a los riesgos asumidos. No obstante, lo anterior, en el caso de seguros contemplados en el decreto ley N°3.500, de 1980, y tratándose de cesiones de reaseguro a reaseguradores extranjeros, la deducción por reaseguro no podrá exceder del 40% del total de las reservas técnicas



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

correspondientes a los seguros señalados o del porcentaje superior que establezca la Superintendencia. No obstante, tratándose de seguros de rentas vitalicias contemplados en el decreto ley N°3.500, de 1980, las tablas de mortalidad para el cálculo de las reservas técnicas serán fijadas por la Comisión conjuntamente con la Superintendencia de Pensiones.”.

Adicionalmente, el artículo 5 del D.L. N°3538 establece las atribuciones generales con que cuenta la Comisión. En particular, esta modificación normativa se sustenta en las siguientes atribuciones: de los artículos 5.1) 5.4) y 5.6).

Art 5. N° 1:

Establece la atribución de la CMF de dictar las normas para la aplicación y cumplimiento de las leyes y reglamentos y, en general, dictar cualquier otra normativa que de conformidad con la ley corresponde para la regulación del mercado financiero.

Art. 5 N° 4:

Establece que podrá pedir la ejecución y presentación de balances y estados financieros en las fechas que estime convenientes, para comprobar la exactitud e inversión de los capitales y fondos. Agrega que igualmente, podrá solicitar la entrega de cualquier documento, libro o antecedente que sea necesario para fines de fiscalización o estadística, sin alterar el desenvolvimiento normal de las actividades del afectado.

Art. 5 N° 6:

Conforme a esta disposición, dentro de las atribuciones generales de la CMF se encuentra fijar las normas para la confección y presentación de las memorias, balances, estados de situación y demás estados financieros de las entidades fiscalizadas. Además, establece que es su atribución el impartir instrucciones a las entidades fiscalizadas y adoptar las medidas tendientes a corregir las deficiencias que observare y, en general, las que estimare necesarias en resguardo de los accionistas, inversionistas, depositantes y asegurados, así como del interés público.

A nivel normativo, las principales normas que regulan la constitución de reservas técnicas son:

- ✓ La NCG N°306, de 2011, que imparte instrucciones sobre la constitución de reservas técnicas en seguros distintos de los seguros previsionales del DL N° 3.500.
- ✓ La NCG N°318, de 2011 también, que imparte instrucciones sobre la aplicación de la norma IFRS 4 en la constitución de reservas técnicas de los seguros de renta vitalicia y de invalidez y sobrevivencia, del D.L. N°3.500 de 1980.
- ✓ La NCG N°209, de 2007, que establece instrucciones para la constitución de una reserva técnica adicional a la señalada en la NCG N°318, asociada a la eventual insuficiencia que se obtiene al calcular el Test de Suficiencia de Activos.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

VI. ANÁLISIS DE IMPACTO REGULATORIO

VI.1.- Principales Costos de la Aplicación de la Norma

VII.1.1 Principales Costos para las Entidades Aseguradoras

Tal como se señaló en la sección III del presente informe normativo, la implementación de IFRS 17 considera nuevos requerimientos de información necesarios para la constitución de las reservas técnicas. Lo anterior, implica costos significativos de implementación, relacionados principalmente con el desarrollo de sistemas informáticos, generación de información actualmente no disponible, así como en capacitación actuarial, considerando los nuevos desafíos técnicos asociados a la implementación del estándar.

Cabe destacar que la aplicación de IFRS 17 implica una apertura mucho mayor de la información técnica asociada a las pólizas de seguros, además de solicitar a las propias compañías que realicen su mejor estimación del pasivo técnico, lo que involucra mayores recursos para su implementación, tanto a nivel actuarial como a nivel informático. Se espera que, en el proceso de consulta pública, las compañías de seguros entreguen mayor información respecto a este tema.

Por otra parte, considerando que la aplicación de IFRS 17 implica una valorización económica de los activos y pasivos de las compañías, es de esperar que lo anterior repercuta en una mayor volatilidad en el patrimonio de algunas compañías. Lo anterior, producto de que las valorizaciones estarán sujetas a cambios en las tasas de interés y el hecho de que existen descalces estructurales en el plazo de activos y pasivos en el mercado financiero local, tomando en cuenta el horizonte de muy largo plazo de las rentas vitalicias.

Considerando lo antes señalado, es de esperar que una o más compañías aumenten sus niveles de fortaleza patrimonial para soportar de mejor forma la volatilidad antes mencionada, o que, en el caso de las rentas vitalicias, gestionen de mejor manera el descalce estructural que existe entre las duraciones de los pasivos previsionales y de los activos que las respaldan.

Adicionalmente, es importante señalar que el impacto en los indicadores de solvencia y endeudamiento de la primera aplicación de IFRS 17, tomando en cuenta que el estándar debe aplicarse de forma retrospectiva, podría ser considerablemente alto en algunas compañías, especialmente en el caso de las compañías que tienen pasivos de rentas vitalicias contratados hace muchos años a tasas de interés comprometidas con los pensionados muy altas en relación a las observadas en la actualidad. Es por lo anterior que se ha decidido otorgar, a las compañías que así lo soliciten y que mantengan reservas de rentas vitalicias, un período de diferimiento o gradualidad en la implementación de la primera aplicación de IFRS17 por un período máximo de 10 años, debiéndose realizar un cálculo extracontable de dicho impacto y su reconocimiento por dicho período.

Mediante el OFORD N°4577 del 08 de febrero de 2019, se solicitó a las compañías de seguros un análisis preliminar de impacto de la implementación de IFRS 17, considerando los estados



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

financieros al 31 de diciembre de 2018. Para lo anterior, se adjuntó un instructivo junto con el oficio, que consideraba una serie de simplificaciones y decisiones prescriptivas relacionadas a la aplicación del nuevo estándar contable.

Los resultados por industria, de este primer ejercicio de impacto, considerando el tipo de cambio al 30 de junio de 2020, fueron los siguientes:

A) 1era Aplicación IFRS 17 Seguros Generales Dic.18 (MMUS\$ al 30 de junio de 2020)

Compañías	Patrimonio de Riesgo MM US\$			Patrimonio Neto MM US\$			Leverage Financiero		Leverage Total		Fortaleza Patrimonial	
	Antes de IFRS17	Después de IFRS17	Var. %	Antes de IFRS17	Después de IFRS17	Var. %	Antes de IFRS17	Después de IFRS17	Antes de IFRS17	Después de IFRS17	Antes de IFRS17	Después de IFRS17
Total Mercado MM US\$	684	579	-15%	979	1.111	13%	0,56	0,53	2,97	1,57	1,43	1,92

En relación a la industria de seguros generales, se puede indicar que la aplicación de IFRS 17 tendría efectos positivos sobre los indicadores de solvencia de las aseguradoras, ya que, por una parte, disminuye el patrimonio de riesgo y, por otra, la menor constitución de reservas representa un efecto positivo sobre el patrimonio neto de las aseguradoras. Lo anterior, a nivel de mercado, tiene un efecto también positivo sobre los indicadores de endeudamiento y sobre la fortaleza patrimonial.

B) Efecto Patrimonial 1era Aplicación IFRS 17 Seguros de Vida Dic.18 (MMUS\$ al 30 de junio de 2020)

Cifras en Millones de US\$ de junio 2020	Efecto Patrimonial aplicación IFRS 17 - Seguros de Vida Tradicional						
	Rentas Privadas	Vida Largo Plazo	Seguros CUI	SIS	Efecto Total Aplicación IFRS17	Patrimonio Neto	Efecto en Patrimonio
Total Mercado MM US\$	-1	54	98	10	161	3.908	4%

Para los seguros tradicionales de vida, distintos de rentas vitalicias, se observa que, con la excepción de rentas privadas, el efecto de la aplicación de IFRS 17 es positivo a nivel patrimonial, especialmente en el caso de los seguros CUI. A nivel agregado, la implementación de la nueva normativa sobre reservas técnicas implica un efecto patrimonial positivo por MMUS\$ 161, equivalente al 4% del patrimonio mantenido por las compañías a diciembre 2018, debido principalmente a la revalorización de los activos.

Atendido los cambios regulatorios relevantes que se han implementado posterior al estudio de impacto, para el caso de las rentas vitalicias, la CMF estimó internamente el impacto asociado a la implementación de IFRS 17, considerando cifras actualizadas al 30 de junio de 2020, utilizando para ello los flujos reportados por las compañías de acuerdo a la NCG N°209.

Con respecto al ejercicio de impacto realizado por la industria, que tenía cifras al 31 de diciembre de 2018, las principales diferencias son:

- En la estimación actualizada, se asumió una revalorización de los Mutuos Hipotecarios Endosables y de los contratos de Leasing, utilizando como supuesto el que se



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

revalorizan en un 10%, que corresponde a la mitad del porcentaje que se revaloriza el resto de la renta fija local que sí reporta valor razonable a junio 2020.

- En la nueva estimación, se utilizó el VTD según la nueva metodología definida para el TSA, en base a Solvencia II, mientras que, en el cálculo asociado al Oficio N°4577, se utilizó la antigua fórmula del VTD.
- La TIR del nuevo VTD al 30 de junio de 2020 es de 2,08%, mientras que el VTD construido con la fórmula anterior es de 1,11% (97 pbs de diferencia), por lo que la baja de tasas que ha ocurrido en el último tiempo se mitiga de manera importante mediante la nueva metodología del VTD.

Para el cálculo de las reservas técnicas de rentas vitalicias según IFRS 17 se utilizaron los flujos de pasivos reportados para el Test de Suficiencia de Activos (TSA), los cuales se construyen con las tablas de mortalidad full, además de considerar un gasto de 2 UFs anual por póliza asociada a gastos de administración.

Por su parte, el Ajuste por Riesgo se calculó aplicando al valor presente de los flujos a junio 2020, los porcentajes obtenidos en el ejercicio de impacto inicial de IFRS 17, considerando datos al 31 de diciembre de 2018.

Los resultados obtenidos de la segunda estimación de impacto, considerando solo las compañías de vida que mantienen obligaciones por rentas vitalicias, fueron los siguientes:

A. Efecto de la aplicación de IFRS 9 en la revalorización de Activos que respaldan RRTT RRVV

MMUS\$	Total Activos a ser Revalorizados (Val. Final) MMUS\$	Revalorización Renta Fija Nacional - CA/TSA* MMUS\$	Revalorización Renta Fija Internacional - CA/TSA MMUS\$	Revalorización BBRR - TSA MMUS\$	Revalorización CLEAS	Revalorización MHEs	Total Revalorización Activos IFRS 17 MMUS\$	Revalorización/Total Activos
Compañía Tipo	2.196	275	19	59	17	29	400	18,2%
MERCADO	37.330	4.682	319	1.007	295	494	6.798	18,2%

* CA: Costo Amortizado; TSA: Inversión que se incorpora en el test de suficiencia de activos

Como se puede observar, la revalorización de los activos que están respaldando reservas técnicas de rentas vitalicias y que actualmente no se encuentran valorizados a valor razonable, es de MMUS\$ 6.798, lo que se explica principalmente por la revalorización de la renta fija de oferta pública, y en menor medida, por los bienes raíces.

B. Efecto de la aplicación de IFRS 17 en las Reservas Técnicas de Rentas Vitalicias

MMUS\$	RRTT RRVV Jun.20 MMUS\$	VP Flujos TSA Jun.20 MMUS\$	Ajuste por Riesgo (QIS Dic.18) MMUS\$	RRTT RRVV Jun.20 IFRS17 MMUS\$	Var (%)	Diferencia (MMUS\$)	Patrimonio Disponible Jun.20 (MMUS\$)	Dif (M\$) Pat.Dis
Compañía Tipo	2.483	2.839	37	2.876	15,8%	393	246	-159,8%
MERCADO	42.205	48.268	626	48.894	15,8%	6.689	4.185	-159,8%

En relación a las reservas técnicas asociadas a las pólizas de rentas vitalicias, cabe señalar que la aplicación de IFRS 17 implica un aumento de MMUS\$ 6.689 en el pasivo de las compañías, lo que se explica fundamentalmente por el aumento en el valor presente de los flujos esperados de pagos de pensiones debido a las menores tasas de descuento.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

C) Efecto Neto de la aplicación de IFRS 17 e IFRS 9 en los Indicadores de Solvencia

Indicadores de Solvencia Antes de la Aplicación de IFRS 9 y 17

MMUS\$	Efecto Neto IFRS 17 MMUS\$	Pat.Neto Original Jun.20 MMUS\$	Pat de Riesgo Original Jun.20 MMUS\$	Ratio de Solvencia Original Jun.20	Leverage Total Original Jun.20	Leverage Financiero Original Jun.20
Compañía Tipo	6	233	148	1,57	11,78	0,45
MERCADO	109	3.963	2.518	1,57	11,78	0,45

Indicadores de Solvencia Post Aplicación IFRS 9 y 17 y Requerimiento de Capital

MMUS\$	Efecto Neto IFRS 17 MMUS\$	Pat. De Riesgo Jun.20 MMUS\$ Post IFRS 9 y 17	Pat. Neto Jun.20 MMUS\$ Post IFRS 9 y 17	Ratio de Solvencia Jun.20 Post IFRS 9 y 17	Leverage Total Jun.20 Post IFRS 9 y 17	Leverage Financiero Jun.20 Post IFRS 9 y 17	Req de K Cumplimiento Normativo (MMUS\$)	Req de K Cumplimiento Original (MMUS\$)
Compañía Tipo	6	169	240	1,42	13,11	0,44	14	65
MERCADO	109	2.877	4.072	1,42	13,11	0,44	233	1.140

Como se puede observar, la revalorización de activos y pasivos implica un efecto neto positivo para la industria de seguros de vida de MMUS\$ 109.

No obstante, en caso de que se aplicara el estándar IFRS 17 a las reservas técnicas de rentas vitalicias, incluyendo también la revalorización de los activos a valor de mercado, de las 17 compañías que actualmente mantienen obligaciones por rentas vitalicias, se destaca que 4 presentarían indicadores de solvencia por debajo de los mínimos legales requeridos.

Producto de lo anterior, dichas compañías necesitarían un aumento de capital por MMUS\$ 233 (5,9% del patrimonio neto a junio de 2020) para poder retomar el mínimo legal en sus indicadores de solvencia. Por otra parte, la industria necesitaría aproximadamente MMUS\$ 1.140 (28,8% del patrimonio neto a junio de 2020), repartido en 12 compañías, para retomar sus actuales ratios de endeudamiento y solvencia. Lo anterior, está muy influenciado por el efecto de la eliminación de la gradualidad en la implementación de las tablas de mortalidad, que a junio de 2020 representaban aproximadamente 700 millones de dólares que faltaban por reconocer, por un plazo de ocho años, a las cerca de 17 compañías de seguros que a esa fecha mantenían reservas de rentas vitalicias.

VII.1.2 Principales Costos para la CMF

Al igual que en el caso de las compañías de seguros, la aplicación de IFRS 17 en el mercado local implica importantes costos de implementación para la CMF, considerando la necesidad de reformar los sistemas operativos para poder fiscalizar adecuadamente la nueva información entregada por las compañías.

Adicionalmente, considerando los desafíos técnicos asociados a IFRS 17, es de esperar que la CMF también tenga que incurrir en costos para perfeccionar y ampliar sus conocimientos actuariales, de tal forma de poder supervisar adecuadamente los pasivos técnicos de las compañías de seguros.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

VII.2.- Principales Beneficios de la Aplicación de la Norma

VII.2.1 Principales Beneficios para las Entidades Aseguradoras

Se espera que la implementación de IFRS 17 permita reflejar adecuadamente la sustancia económica de los contratos de seguros en los estados financieros, ofreciendo un tratamiento consistente para los diferentes tipos de contratos y riesgos.

En particular, la aplicación de IFRS 17 al mercado local permite que las compañías de seguros constituyan sus reservas técnicas considerando criterios actuariales propios, lo que favorece una estimación más adecuada y precisa de los pasivos técnicos, ya que tendrán en consideración las particularidades de cada compañía en aspectos tales como siniestralidad, costos, gastos, etc. Adicionalmente, cabe señalar que la implementación de IFRS 17 permite realizar ajustes a las hipótesis sobre variables técnicas, de tal forma de actualizar las perspectivas que la compañía mantiene respecto a la evolución del negocio técnico, reflejando mejor los eventuales cambios, y, por lo tanto, dándole un carácter más prospectivo a la constitución de las reservas técnicas.

Todo lo anterior, debiese implicar que la información financiera de las aseguradoras refleje de mejor forma la posición de las entidades en términos de liquidez, rentabilidad y solvencia, tal como lo ha indicado la EIOPA. Al reflejar mejor los aspectos antes señalados, así como los riesgos a los que están expuestas las aseguradoras, la implementación de IFRS 17 permite que exista un mejor alineamiento entre las reglas contables y las adecuadas prácticas de gestión de riesgos, lo que en última instancia permite fortalecer la posición de solvencia de las aseguradoras.

En este contexto, uno de los principales beneficios para las compañías de seguros sería que este mejor alineamiento debiese repercutir en una mejor gestión de riesgos, considerando la mayor y mejor cantidad de información asociada a la toma de decisiones, permitiendo a la vez un mejor desempeño en términos de rentabilidad, liquidez y solvencia.

Por otra parte, es importante mencionar que se espera que IFRS 17 mejore la transparencia respecto de los negocios de las aseguradoras al revelar una mayor cantidad de información útil para efectos del desempeño de las compañías, incluyendo información más desagregada sobre los contratos de seguros, así como información respecto a la utilidad o pérdida en los diferentes negocios en los que están participando las aseguradoras.

Dado lo anterior, se espera que la aplicación de IFRS 17 mejore la transparencia respecto de las actividades de negocio de las aseguradoras y de sus patrones de rentabilidad, presentando de manera neutral los fundamentos económicos detrás de los contratos de seguros. Lo anterior, podría implicar cambios en las prácticas de mercado respecto de las primas, características de los contratos y tarificación, pero de una manera tal que se fortalezca la sustentabilidad de los modelos de negocios de las aseguradoras.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

Adicionalmente, la aplicación de IFRS 17, al favorecer una valorización de activos y pasivos a valor económico, permite conseguir una mayor homologación con el marco regulatorio europeo, Solvencia II, lo que facilitará a las filiales de matrices extranjeras europeas poder consolidar en la matriz el requerimiento de capital que localmente se les exige.

Por último, considerando los desafíos que la implementación de IFRS 17 implica en términos actuariales e informáticos, cabe señalar que el desarrollo de la capacidad actuarial a nivel de todo el mercado, en forma conjunta con el desarrollo de sistemas informáticos que capturen una mayor cantidad de información producto de la implementación de IFRS 17, debiese favorecer la gestión del riesgo técnico en particular, con los consiguientes beneficios para las compañías.

VII.2.2 Principales Beneficios para la CMF

La implementación de IFRS 17 implica que las reservas técnicas de las compañías, así como los activos que las respalden, se contabilicen a valor económico. Dado lo anterior, es de esperar que con el nuevo marco contable se exprese de mejor forma la volatilidad de las tasas de interés en el balance de las compañías, siendo lo anterior un reflejo de la situación económica imperante, tal como lo ha señalado EIOPA.

Lo anterior, es beneficioso para el supervisor de seguros, ya que tendrá una visión más clara sobre los eventuales riesgos, tanto sistémicos como idiosincráticos, que están acumulando las compañías de seguros, así como sus posibles implicancias en la solvencia de las compañías y del sistema asegurador como un todo.

En este contexto, la valorización económica asociada a la aplicación de IFRS 17 debiese alentar a que las compañías de seguros utilicen mitigadores de riesgo para disminuir la volatilidad del patrimonio asociada a los cambios en las tasas de interés, como, por ejemplo, mediante el uso de derivados. La utilización de dichos mitigadores debiese favorecer en última instancia la estabilidad financiera del mercado financiero local, que es uno de los principales objetivos institucionales de esta Comisión.

Por otra parte, cabe destacar que IFRS 17 trae consigo una mayor comparabilidad en los estados financieros entre jurisdicciones, además de permitir prácticas contables que son consistentes, considerando que se basan en principios contenidos en la normativa. Dichas consideraciones son relevantes para esta Comisión, tomando en cuenta la necesidad permanente de la CMF de comparar la situación de solvencia del mercado local con otras jurisdicciones al momento de perfeccionar su marco normativo.

Adicionalmente, es importante destacar que la puesta en marcha de IFRS 17 implica una valorización del balance de las compañías a valor económico, aproximándose a las mejores prácticas internacionales en la materia, lo cual ha sido definido como uno de los objetivos de esta Comisión. En este contexto, la implementación de IFRS 17 también implica un avance en el proceso de equivalencia de la regulación local con el marco regulatorio europeo (Solvencia II), que es uno de los principales referentes de esta Comisión.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

Considerando lo anteriormente señalado, es importante destacar que la puesta en marcha de IFRS 17 también implica, debido a la valorización de activos y pasivos a valor económico, una mayor consistencia con el marco conceptual de Capital Basado en Riesgos (CBR), donde se apunta a tener una valorización económica. Si bien aún no se aprueba el proyecto de ley que regula la aplicación del CBR, el avance en materia de valorización producto de la aplicación de IFRS 17 permite perfeccionar el marco normativo vigente para efectos de la eventual aplicación del nuevo régimen de capital.

Cabe señalar que tener un balance a valor económico es la base para implementar un requerimiento de capital basado en riesgo tipo Solvencia II, ya que los factores y escenarios de estrés se deben aplicar sobre los valores de mercado actuales de las inversiones y pasivos para estimar la máxima pérdida asociada a un período de tiempo y con un nivel de confianza exigido, lo que actualmente no se está cumpliendo al mantener cerca del 80% de los activos y pasivos del balance de las compañías de seguros de vida a un valor a costo amortizado.

Por otra parte, cabe destacar que, al ser en base a principios, se espera que IFRS 17 refleje adecuadamente la sustancia económica de los contratos de seguros, ofreciendo un tratamiento consistente para los diferentes tipos de contratos y riesgos, lo que debiese favorecer las labores de supervisión por parte de la CMF. Relacionado a lo anterior, se encuentra la ventaja para el supervisor de conocer el real valor de liquidación de una compañía de seguros en caso de que esta entre en insolvencia.

Por último, considerando nuevamente los desafíos que la implementación de IFRS 17 implica en términos actuariales e informáticos, cabe destacar que, al igual que la industria, el desarrollo de la capacidad actuarial por parte de la Comisión, en forma conjunta con el desarrollo de sistemas informáticos que capturen una mayor cantidad de información producto de la implementación de IFRS 17, debiesen favorecer la supervisión del riesgo técnico de seguros por parte de esta Comisión.

VII.3.- Principales Riesgos

VII.3.1 Principales Riesgos de No Emitir la Normativa

En caso de que no se aplique el nuevo estándar contable IFRS 17, la contabilización de los contratos de seguros a nivel local mantendría un esquema basado en IFRS 4, además de un mecanismo de valorización a tasa de bautizo para los pasivos de rentas vitalicias.

Lo anterior, implica un alejamiento de la CMF respecto de la aplicación de los estándares internacionales en materia de valorización de contratos de seguros, poniendo en riesgo el objetivo de la Comisión asociado al alineamiento con las mejores prácticas internacionales en la materia, incluyendo los principios de seguros de la IAIS, así como la homologación del marco normativo local con las regulaciones más importantes a nivel mundial, como es el caso de Solvencia II.



*Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S*

Por otra parte, al mantener una valorización a tasa de bautizo o histórica en el caso de los pasivos de rentas vitalicias, el balance de las compañías no reflejaría el valor de realización de los pasivos de las compañías de seguros, especialmente de los pasivos de largo plazo como los asociados a las rentas vitalicias.

Por último, cabe señalar que la no emisión de la normativa que actualiza el marco contable de constitución de reservas técnicas de la CMF, implica no poder acceder a una serie de beneficios asociados a la mayor información y mejor estimación de las reservas técnicas. Lo anterior, repercute en que se mantendrá un esquema contable que no refleja adecuadamente la sustancia económica de los contratos de seguros en los estados financieros, manteniendo un tratamiento menos consistente para los diferentes tipos de contratos y riesgos.

VII.3.2 Principales Riesgos de Emitir la Normativa

El principal riesgo asociado a la puesta en marcha de IFRS 17 tiene que ver con las dificultades operativas asociadas a su implementación, considerando la complejidad del proceso, así como la necesidad de generar nueva y mejor información por parte de las compañías. Tal como se ha indicado anteriormente, la aplicación de IFRS 17 involucra un esfuerzo adicional significativo en relación a la necesidad de recursos por parte de las compañías para poder cumplir con los nuevos requerimientos de granularidad de la información, de conocimientos actuariales y de inversión en nuevos sistemas asociados a la implementación del estándar contable IFRS 17.

Un segundo riesgo asociado a la aplicación de IFRS 17 tiene que ver con la comparabilidad de los estados financiero a nivel local. Si bien los seguros previsionales mantienen un esquema prescriptivo bajo esta adaptación del nuevo estándar contable, para el resto de los seguros se abre la posibilidad de que las compañías de seguros apliquen una mayor cantidad de criterios propios para la estimación de las reservas técnicas asociadas, dificultando la capacidad de supervisión de la CMF al momento de comparar dichos estados financieros y establecer lineamientos a nivel de mercado. Lo anterior, podría dificultar las labores de supervisión de la Comisión, generando costos adicionales asociados a la necesidad de homologar criterios para la evaluación de los estados financieros. No obstante, es importante destacar que las compañías deberán utilizar el marco de principios de IFRS 17, así como lo indicado en la presente normativa, para la definición de los criterios actuariales a ser aplicados, lo que de cierta forma mitiga el riesgo antes indicado.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

VII. CONSULTA PÚBLICA

Esta Comisión, en el uso de sus facultades legales, tomando en cuenta especialmente lo establecido en el número 3 del artículo 20 del Decreto Ley N°3.538, considera necesario realizar una consulta pública respecto del informe normativo asociado a la implementación de IFRS 17 en el mercado asegurador chileno.

Si bien la consulta pública considera, para la revisión de la industria de seguros, y público en general, la totalidad del cuerpo normativo, esta Comisión ha establecido como necesario el destacar en particular los siguientes temas para consideración por el mercado:

- **Valorización de activos sin claro mercado secundario:** Para disminuir la eventual volatilidad en el patrimonio de las compañías de seguros producto de la aplicación de IFRS 17, un tema central a ser definido por la CMF tiene que ver con la metodología de valorización a mercado de aquellos activos que respaldan las reservas técnicas y patrimonio. Considerando lo anterior, se solicita a la industria un pronunciamiento respecto a los posibles criterios a ser utilizados para la valorización a mercado de ciertos activos que, por sus características, pueden ser considerados como ilíquidos y sin un precio de mercado secundario evidente, como son el caso de los mutuos hipotecarios endosables, créditos sindicados leasing inmobiliarios y bienes raíces, entre otros.
- **Gestión de la Cartera de Inversiones:** En el contexto de la implementación de IFRS 17, así como la aplicación de IFRS 9 para efectos de mantener una valorización económica consistente de activos y de pasivos, se solicita a la industria su pronunciamiento respecto a eventuales cambios en la gestión de la cartera de inversiones por parte de las aseguradoras, incluyendo eventuales modificaciones a la composición del portfolio que puedan gatillarse por los esfuerzos de calzar cambios en las valorizaciones de activos y pasivos en este nuevo marco contable.
- **Gestión del Capital:** Considerando que la aplicación de IFRS 17 podría generar una mayor volatilidad en el patrimonio neto de las aseguradoras, producto de un eventual descalce estructural entre activos y pasivos, especialmente asociados a las reservas de largo plazo que mantengan las compañías, se solicita a la industria su opinión respecto al impacto de una (eventual) mayor varianza del capital, sobre el colchón de capital que las compañías van a mantener por sobre el patrimonio mínimo, en el marco de su estrategia de gestión del capital.
- **Ajuste por Riesgo:** Considerando lo señalado en el estándar IFRS 17, y lo indicado en la presente normativa, dado que IFRS 17 es una norma de principios, no se establece una metodología específica para el cálculo del ajuste por riesgo. Al respecto, parece necesario profundizar en este tema con la industria, de tal forma de discutir posibles metodologías que sean consistentes con los principios de IFRS 17, como es el caso, por ejemplo, de la metodología del costo de capital planteada en Solvencia II.
- **Reaseguro:** El reaseguro, especialmente en la industria de seguros generales, es de gran importancia para la adecuada gestión del riesgo técnico, entre otros aspectos. El estándar IFRS 17, así como la norma en consulta, señalan solamente que la cesión de riesgos a través del reaseguro y su participación en las reservas técnicas deberá contabilizarse como un activo de la compañía, debiendo aplicarse para la valoración y



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

reconocimiento contable de dicho activo, los principios generales de IFRS 17. Por lo anterior, resulta recomendable que, respecto a este tema, la industria analice en profundidad las implicancias contable-financieras de la aplicación de IFRS 17 a los contratos de reaseguro, de tal forma que se puedan discutir las principales dudas al respecto, mediante la consulta pública.

- **Costos operativos de la implementación de IFRS 17:** Tal como se señaló anteriormente, la aplicación de IFRS 17 implica nuevos requerimientos de información necesarios para la constitución de las reservas técnicas, el desarrollo de nuevos sistemas, así como la generación de capacidades actuariales. Lo anterior, podría implicar importantes costos de implementación, relacionados principalmente con el desarrollo de sistemas informáticos, generación de información actualmente no disponible, así como en capacitación actuarial, considerando los nuevos desafíos técnicos asociados a la implementación del estándar. Por lo anterior, esta Comisión considera necesario que la industria profundice sobre este tema en la consulta pública, y entregue lo antecedentes necesarios para que poder realizar una adecuada estimación de su impacto.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

VIII. PROPUESTA NORMATIVA

REF.: IMPARTE INSTRUCCIONES SOBRE
CONSTITUCIÓN DE RESERVAS TÉCNICAS. DEROGA
LAS NORMAS DE CARACTER GENERAL N°s 243, 306
Y 318 Y LAS CIRCULARES N°s 1512, 1857 Y 2197.

NORMA DE CARACTER GENERAL N° XXX

A todas las entidades aseguradoras y reaseguradoras

XX de XXXXX de 2020

Esta Comisión, en uso de sus facultades legales, en especial lo dispuesto en los artículos 3º letra b) y 20 del D.F.L. N° 251 de 1931 y el artículo 5 numerales 1, 4 y 6 del Decreto Ley N° 3.538 de 1980, lo acordado por el Consejo de la Comisión en Sesión Ordinaria N° [XX] de [XX] de [XX] de 2020, y en el contexto de la adopción de las normas internacionales de información financiera, conocidas como IFRS o NIIF en español, ha resuelto dictar las siguientes normas relativas a la constitución de reservas técnicas.

I. INTRODUCCION.

De conformidad a la legislación vigente las compañías aseguradoras y reaseguradoras deben constituir reservas técnicas que reconozcan las obligaciones emanadas de la venta o aceptación de riesgos de seguros.

La aplicación de IFRS a reservas técnicas en compañías de seguros está abordada fundamentalmente en el IFRS 17, el cual fue emitido en mayo de 2017 y, conforme lo establecido por el IASB, entra en vigencia en enero de 2023. De acuerdo a lo expresado por dicho organismo, el principal objetivo del estándar IFRS 17, es generar una mayor uniformidad en las prácticas contables y de presentación de la información financiera de las entidades aseguradoras a nivel internacional. La Norma IFRS anterior sobre contratos de seguro (IFRS 4), era una norma provisoria, que permitía a las entidades usar una amplia variedad de prácticas contables para los contratos de seguro, reflejando los requerimientos de contabilidad de cada jurisdicción. Las diferencias en el tratamiento contable entre jurisdicciones y productos han hecho difícil para los inversores y analistas comprender y comparar los resultados de las aseguradoras.

Considerando lo anterior, y en el contexto del objetivo que ha hecho presente la Comisión para el Mercado Financiero (CMF), en cuanto a aplicar en Chile los estándares internacionales de información financiera, IFRS, a las aseguradoras y reaseguradoras (en adelante también “las compañías” o “las aseguradoras”), deberán sujetarse a las instrucciones de esta norma y en lo no explícitamente señalado, a las instrucciones generales de IFRS 17, para la aplicación de dicho estándar a la valorización de los contratos de seguros y su reconocimiento en los estados financieros. En caso de duda, deberá consultarse oportunamente a esta Comisión.

Las compañías deberán mantener en todo momento, a disposición de esta Comisión, los antecedentes técnicos que respaldan la metodologías y modelos actuariales utilizados, tales como aquellos asociados a la construcción de tablas propias y/o los ajustes a las tablas de mercado o a aquellas publicadas por la Comisión, así como las metodologías del ajuste por riesgo, y cualquier otro antecedente que se considere necesario para evaluar el cumplimiento de la normativa.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

II. CONCEPTOS GENERALES.

A continuación, se resumen algunos de los principales conceptos que establece el estándar IFRS 17, y que las compañías deberán considerar en su aplicación.

1. Alcance.

Sin perjuicio de las instrucciones específicas que se establecen para algunas líneas de negocio, IFRS 17 aplica a todos los contratos de seguros vendidos o aceptados por la aseguradora, ya sea individualmente o en coaseguro. Asimismo, el estándar aplica a todos los contratos de reaseguros, tanto reaseguro cedido como aceptado.

De acuerdo a lo establecido en el estándar IFRS 17, un contrato de seguro requiere que una de las partes acepte un riesgo de seguro significativo de otra parte, donde este riesgo aceptado es distinto del riesgo financiero (como por ejemplo: una tasa de interés, el precio de un instrumento financiero, un tipo de cambio, un índice de precios, una calificación o un índice crediticio u otra variable, una variable no financiera que no haya sido especificada para una de las partes del contrato, etc). Así, cuando un contrato exponga a la aseguradora a un riesgo financiero y tenga un componente de riesgo de seguro significativo se considerará como un contrato de seguro, por el contrario, si el componente de riesgo de seguro no es significativo, entonces no corresponderá a un contrato de seguro.

Por lo tanto, tratándose de seguros que incorporen opciones, garantías u otros tipos de componentes de servicios o inversión, que pudieran ser calificados como “distintos” al contrato de seguros de acuerdo a la definición de este concepto que proporciona el estándar IFRS 17, éstos deberán ser separados y contabilizados de acuerdo al estándar IFRS que aplique.

2. Agregación y definición de contrato oneroso.

La valorización de los seguros, a través de los modelos de medición que se señalan más adelante, se debe hacer por portafolios o carteras de productos o líneas de negocio sujetos a riesgos similares y que sean gestionados técnicamente en conjunto por la compañía. Para efectos de la aplicación del estándar IFRS 17, cada cartera debe a su vez segmentarse por cohortes o camadas anuales, esto es, las carteras de productos no deben considerar pólizas de seguros con más de un año de diferencia entre ellos.

La definición del nivel de agregación para los contratos de seguros se realizará a la fecha de reconocimiento inicial, y la composición del grupo no podrá ser evaluada o modificada posteriormente durante su período de cobertura.

Finalmente, estos grupos de contratos de seguros deben, a su vez, ser subdivididos en tres subgrupos de acuerdo a si se estima generarán un margen positivo o negativo para la compañía, esto es:

- Contratos Onerosos o no rentables a la fecha de reconocimiento inicial.
- Contratos no Onerosos a la fecha de reconocimiento inicial, y que no tienen una posibilidad significativa de convertirse en contratos onerosos posteriormente.
- El resto de los contratos de la cartera.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

Para contratos donde se aplica el enfoque de medición simplificado o PAA, (premium allocation approach), que se define más adelante, se asume que dichos contratos de seguros no son onerosos a la fecha de reconocimiento inicial, a menos que existan hechos o circunstancias que indiquen lo contrario.

Un contrato de seguro es oneroso si los flujos de efectivo del contrato representan en total una pérdida. Las compañías agruparán estos contratos por separado de los contratos que no son onerosos y reconocerán dicha pérdida en el resultado del periodo.

3. Límites del contrato.

De acuerdo a lo establecido en IFRS 17, los flujos están dentro de los límites de un contrato de seguro si surgen de derechos y obligaciones sustantivos que existen durante el período sobre el que se informa, en el cual la aseguradora puede obligar al tenedor de la póliza de seguros a pagar las primas o en el cual la aseguradora tiene una obligación sustantiva de prestar servicios al tenedor de la póliza de seguros. Se entiende que esta obligación culmina cuando:

- a) La aseguradora tiene la capacidad práctica de evaluar nuevamente los riesgos del titular de la póliza (retarificar, por ejemplo), pudiendo establecer un precio o nivel de ganancias que refleje completamente esos riesgos; o
- b) Se cumplen los siguientes dos criterios:
 - i. La aseguradora tiene la capacidad práctica de evaluar nuevamente los riesgos de la cartera o portafolio de contratos, pudiendo establecer un precio o nivel de ganancias que refleje completamente la reevaluación de riesgos de ese portafolio; y
 - ii. La prima fijada para la cobertura existente hasta la fecha en que los riesgos se evalúan nuevamente, no tiene en cuenta los riesgos que se relacionan con períodos posteriores a la fecha de nueva evaluación.

4. Modelos de medición y Clasificación de los Contratos de Seguros.

La valorización de los contratos de seguros, y el reconocimiento de sus efectos en los estados financieros de la aseguradora, debe efectuarse a través del modelo general establecido en el estándar IFRS 17, también conocido como modelo de Bloques (“Building Blocks Approach” o BBA). Alternativamente, para seguros de corto plazo, se podrá aplicar el modelo simplificado (“Premium Allocation Approach” o PAA), o en el caso de seguros con características de participación directa se podrá aplicar el modelo de comisión variable (“Variable Fee Approach” o VFA), sujetándose a las instrucciones que se establecen en la presente norma.

Las compañías deberán clasificar sus carteras de seguros, de acuerdo a los modelos de medición que aplicarán en su valorización, y aplicar dichos modelos en forma consistente en el tiempo. Los antecedentes técnicos que respalden la clasificación de las carteras por modelo de medición, se deberán mantener a disposición de esta Comisión.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

A continuación, se presenta un resumen de los principales aspectos de los modelos señalados, e instrucciones específicas que las aseguradoras deberán considerar para la aplicación de dichos modelos. Se reitera que en lo no explícitamente señalado se aplicarán las reglas generales de IFRS 17, y en caso de duda se debe consultar oportunamente a esta Comisión.

4.1 Modelo General o BBA.

IFRS 17 establece un sistema de valorización de los contratos de seguros sobre la base de la proyección de los flujos de caja esperados de cumplimiento asociados al contrato, tales como primas, siniestros, gastos y cualquier beneficio, garantías u opciones comprometidas por la compañía de seguros con sus asegurados.

En términos resumidos, estos flujos deben ser estimados considerando toda la información razonable y sustentable disponible dentro de los límites de los contratos (“contract boundaries”), bajo criterios actuariales, probabilísticos y supuestos realistas, que deben ser revisados y actualizados en cada estado financiero, (lo que también se conoce como aplicación del concepto de “best estimate”). Los flujos de caja deben ser además descontados a una tasa de interés apropiada al perfil de ellos, en términos de plazos, moneda y liquidez e incorporarse un denominado “ajuste por riesgo”, que representa la “compensación” que la compañía de seguros requiere por aceptar la incertidumbre asociada a los flujos proyectados. Este ajuste por riesgo está asociado al riesgo propio del seguro, y no incluye riesgos financieros ni operacionales.

El resultado de la aplicación de este modelo general de flujos descontados menos un ajuste por riesgo, a la fecha de emisión de las pólizas de seguros, corresponde al beneficio o utilidad que la compañía obtiene de la contratación de los seguros, el que se le denomina “Margen de Servicio Contractual” (MSC) o “Contractual Service Margin” en inglés, el que representa un beneficio que se va reconociendo o “amortizando” en resultados a medida que se va ganando. En otras palabras, el MSC representa la utilidad que se espera ganar, estimada al momento de la contratación del seguro, como el excedente de los ingresos (primas u otros ingresos) sobre los egresos de los contratos menos el ajuste por riesgo, incluyendo los costos de adquisición, gastos proyectados y cualquier otro gasto o flujo del contrato a la fecha de reconocimiento inicial.

El margen de servicio se debe determinar por carteras de productos de acuerdo a agrupación definida por la compañía, considerando:

- a) La reestimación de los flujos proyectados en cada estado financiero, de modo que refleje la situación actual de la compañía respecto de los beneficios esperados de sus carteras de productos. En este sentido, los ajustes por efecto de cambios en las hipótesis actuariales, se deben reflejar en un ajuste del MSC no afectando resultados del ejercicio. Por ejemplo, si aumenta la siniestralidad por sobre lo proyectado, esto implica que la ganancia esperada del seguro se reducirá, pero no implica una pérdida para la compañía, que se deba reconocer en resultados, salvo que su aumento implique que el MSC se haga negativo, momento en el cual ese monto negativo si debe reconocerse en resultados.
- b) Por otro lado, cambios en las hipótesis económicas, como una variación de las tasas de interés que se utilizan para el descuento de los flujos, no afectarán el MSC y su impacto en la determinación de los flujos proyectados descontados, se debe reconocer en resultados del ejercicio, o en Patrimonio (OCI), dependiendo de la política contable que adopte la compañía.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

- c) En el caso que, a la fecha de reconocimiento inicial o en forma posterior, el MSC sea negativo, esto es la cartera respectiva sea considerada como “onerosa”, se debe reconocer dicha pérdida inmediatamente en resultados (no se difiere cuando es negativo), igualando a cero el margen de servicio contractual del grupo.

Mayores detalles e instrucciones para la aplicación del modelo general por tipo de producto, se entregan en los Títulos III y IV.

4.2 Modelo Simplificado o PAA.

Dada la complejidad del modelo general, el estándar da la opción a las compañías de utilizar un enfoque simplificado en reemplazo del modelo general, denominado enfoque de asignación de la prima o “Premium Allocation Approach” en inglés (PAA).

Este enfoque simplificado, puede entonces ser utilizado para la valoración de los contratos de seguros, cuando se cumpla alguna de las siguientes dos condiciones:

- a) La aseguradora espera razonablemente que esta simplificación produzca una medición del pasivo por la cobertura restante para el grupo, que no difiera significativamente de la que se produciría aplicando el modelo general.
- b) El período de cobertura de cada contrato en el grupo es de un año o menos.

En general, la práctica indica que mientras mayor es el plazo de cobertura del seguro, mayor volatilidad van a tener los flujos proyectados de éste, y menos probable es que el modelo simplificado, arroje resultados similares al modelo general. En este contexto, esta Comisión considera que el modelo simplificado no deberá utilizarse para seguros de más de 4 años de periodo de cobertura, y por lo tanto, seguros con cobertura superior a 4 años deben utilizar el modelo general de IFRS 17.

Para seguros con cobertura mayor a un año, las compañías que deseen utilizar el método simplificado, deberán demostrar que los resultados de dicho modelo son similares a los que se obtendrían con el modelo general. Este test implica realizar una proyección futura del método general, y a través de análisis de simulaciones y escenarios, demostrar que ambos modelos arrojarían resultados aproximados. Como ya se indicó, en seguros que presenten una alta volatilidad en sus resultados posibles, en principio no se debería usar el modelo simplificado, y por lo tanto un aspecto clave del test de aplicación del método simplificado debe considerar dicha volatilidad en los contratos de seguros.

En aquellos grupos de contratos de seguros donde sea posible aplicar el modelo simplificado, de acuerdo a lo señalado previamente, las aseguradoras podrán aplicar dicho modelo sujetándose a lo establecido en el estándar IFRS 17.

Si en cualquier momento durante el período de cobertura, los hechos y circunstancias indican que un grupo de contratos de seguros es oneroso, las compañías deberán reconocer la pérdida en el resultado del ejercicio y estimar una reserva adicional equivalente a la diferencia entre:

- i. El monto de la reserva determinado mediante el método simplificado; y
- ii. Los flujos de efectivo que se relacionan con la cobertura restante del grupo aplicando el modelo general.

Elegido el modelo PAA, la compañía asume que el contrato no es oneroso (se asume que tendría un MSC



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

positivo). En todo caso, cabe hacer presente que una situación donde el contrato se torne oneroso, no implica dejar de aplicar el modelo simplificado, sino que, como ya se señaló, dotar una reserva adicional, con efecto en resultados.

Enfoque de Comisión Variable.

El enfoque de comisión variable o “Variable Fee Approach” (VFA, siglas en inglés) es una adaptación del modelo general (BBA), diseñado para los contratos con características de participación directa.

Los contratos con características de participación directa son sustancialmente contratos de servicios relacionados con inversiones según los cuales una entidad compromete una rentabilidad de inversión basada en los activos. Un contrato tiene características de participación directa si cumple todos los requerimientos siguientes:

- a) Los términos contractuales especifican que el contratante participa en una parte de un conjunto claramente identificado de elementos subyacentes;
- b) La entidad espera pagar al contratante un importe igual a una participación sustancial de las rentabilidades a valor razonable sobre los elementos subyacentes, y
- c) La entidad espera que una parte sustancial de cualquier cambio en los importes a pagar al contratante, varíe con el cambio en el valor razonable de los elementos subyacentes.

Las compañías deberán evaluar si un contrato cumple con los criterios antes señalados al inicio del contrato para ser considerado de “participación directa” lo que posteriormente no podrá ser modificado, a menos que se modifique el contrato.

Se deberá aplicar el modelo de comisión variable, siempre y cuando se cumpla lo establecido en el estándar IFRS 17. Considerando lo anterior, esta Comisión considera que el modelo VFA, es susceptible de ser aplicado en seguros de vida con cuenta única de inversión (CUI), cuya rentabilidad ofrecida esté indexada a un activo o índice de mercado, sin que existan garantías de rentabilidad por parte de la aseguradora, u otras condiciones que hagan que no se cumplan los requisitos señalados en las letras b) y c) precedentes.

Al contrario del método general, en el modelo VFA los efectos de los cambios en las hipótesis económicas, básicamente se pueden incorporar al MSC, considerando los efectos de la participación de la aseguradora en el cambio en el valor razonable de los elementos subyacentes, ya que se consideran como un componente relevante de los flujos del contrato, y por lo tanto el MSC se puede utilizar para atenuar los cambios tanto en hipótesis actuariales como en hipótesis económicas.



*Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S*

III. INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN PARA SEGUROS DEL PRIMER GRUPO.

1. RESERVAS POR SINIESTROS NO INCURRIDOS.

1.1. Seguros de Largo Plazo.

En el caso de seguros de largo plazo, las compañías deberán aplicar el método general (BBA), de acuerdo a los principios establecidos en el estándar IFRS 17, y considerando las instrucciones generales que se indican en número 1 del Título IV, para seguros de largo plazo para compañías del segundo grupo.

1.2. Seguros de Corto Plazo.

Podrán aplicar el modelo simplificado (PAA), aquellas compañías que comercialicen seguros que cumplan con las condiciones establecidas en el estándar IFRS 17 para su aplicación, y las que se resumen en el número N°4.2 del Título II de la presente norma.

Para efectos de la estimación de la reserva asociada a los contratos de seguros con coberturas de terremoto y tsunami, ya sea por la aplicación del modelo general o el modelo simplificado, se deberá asumir que la ocurrencia del siniestro se producirá al final del período de vigencia de cada contrato de seguro asociado a dicha cobertura.

2. RESERVA DE SINIESTROS INCURRIDOS.

El estándar IFRS 17 considera que la estimación de la reserva de siniestros ya ocurridos, incluyendo reserva de siniestros ocurridos y no reportados o "OYNR", debe reflejar el criterio de la mejor estimación del costo del siniestro. Dicha estimación debe incorporar los gastos asociados a la liquidación de éstos, a fin de reflejar efectivamente el gasto total en que incurrirá la compañía por las obligaciones derivadas del contrato de seguro.

Las compañías deberán mantener a disposición de esta Comisión todos los antecedentes de respaldo para la constitución de la reserva de siniestros.

De acuerdo con lo anterior, la reserva de siniestros se determinará para los siniestros reportados y siniestros ocurridos y no reportados (OYNR), con algunas consideraciones especiales, que se resumen a continuación:

2.1. Siniestros reportados.

Como se señaló precedentemente, las reservas deberán determinarse considerando el criterio de la mejor estimación del costo del siniestro y deberán incluirse todos los costos asociados al proceso de liquidación del mismo.

Los siniestros reportados se clasificarán de la siguiente forma:

- i. Siniestros liquidados y no pagados: Comprende todos los siniestros cuya liquidación ha sido aceptada por las partes en cuanto al monto y forma de pago y que, a la fecha de cierre de los estados financieros, aún no han sido pagados al asegurado. Se considerarán también en esta clasificación aquellos siniestros cuyo cheque aún no se encuentre cobrado o se encuentre caduco a la fecha de cierre de los estados financieros.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

- ii. Siniestros liquidados y controvertidos por el asegurado: Comprende los siniestros que estando liquidados han sido cuestionados por el asegurado. En este caso la mejor estimación, deberá considerar los eventuales costos adicionales del proceso de solución de la controversia, tales como honorarios de abogados y peritos, costas judiciales, etc.
- iii. Siniestros en proceso de liquidación: Comprende todos los siniestros en proceso de liquidación, incluidos aquellos cuyo informe de liquidación ha sido impugnado por la compañía. Asimismo, en el caso de siniestros de contratos de seguros con cobertura de fallecimiento accidental, donde la compañía tome conocimiento de la ocurrencia del deceso de un asegurado por cualquier medio y no haya recibido una denuncia formal, se deberá constituir reserva de siniestros siguiendo los criterios generales para seguros de segundo grupo, de acuerdo a lo dispuesto en el número 2.3.1 del Título IV siguiente.

Para la determinación de dichas reservas, se deberán tener las siguientes consideraciones:

a) Proyección de los flujos de caja.

Para la estimación de los flujos de caja asociados a los siniestros ya incurridos, las aseguradoras deberán utilizar sus propios criterios técnicos, bajo el concepto de “best estimate”.

Deberán incluirse en la estimación, los costos directos asociados al proceso de liquidación del siniestro, considerando como tales, aquellos gastos o costos que la aseguradora incurrirá en procesar, evaluar y resolver los reclamos en relación a los contratos de seguro existentes, incluyendo tanto costos de liquidación externos a la compañía (por ejemplo, con liquidadores independientes) como costos asociados a la liquidación interna o directa llevada a cabo por la aseguradora.

Se deberá incluir en la proyección de flujos, los recuperos, salvatajes o subrogaciones a las que tenga derecho la compañía de acuerdo con el contrato de seguro, sólo en la medida que se cuenten con antecedentes del siniestro que respalden una estimación confiable de la existencia y valorización de mercado de estas partidas.

b) Tasa de Descuento.

Para la aplicación del descuento, deberán aplicarse los criterios generales del estándar y las consideraciones señaladas en la letra b) del numeral 1.1 del Título IV, para el uso de curvas de tasas de interés.

Conforme a lo establecido en IFRS 17, las compañías deberán actualizar la proyección de los flujos de pagos de siniestros, en cada estado financiero y descontarlos considerando la curva de tasas actualizada a esa fecha, llevando a resultados o Patrimonio (OCI), de acuerdo a la política contable definida, el efecto de la fluctuación de la tasa de interés. Sin embargo, no se requerirá el descuento de flujos y reconocimiento de fluctuaciones de las tasas de interés, cuando los flujos de pagos de siniestros se proyectan para un periodo igual o inferior a un año, desde la fecha del siniestro.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

c) Ajuste por Riesgo.

Las compañías deberán determinar un ajuste por riesgo, de acuerdo a los criterios establecidos por el estándar IFRS 17, y que refleje adecuadamente el riesgo técnico asociado a la incertidumbre sobre los flujos proyectados.

2.2. Siniestros ocurridos y no reportados.

Los siniestros ocurridos y no reportados corresponden a eventos que ocurren durante la vigencia de la póliza, pero cuyo reporte se efectúa con retraso, por lo que la compañía puede recibir la denuncia en forma posterior al cierre de los estados financieros.

El propósito de la reserva de siniestros ocurridos y no reportados es la constitución de una provisión para hacer frente a los siniestros que se reportarán con posterioridad al cierre de los estados financieros. La falta de esta reserva puede ser una de las causas importantes de la inexactitud de los resultados técnicos de las compañías, ya que el no considerar este tipo de siniestros se subestima la siniestralidad, lo que puede conducir a primas insuficientes o en última instancia a problemas de solvencia.

Para la determinación de esta reserva, se deberán tener las siguientes consideraciones:

a) Proyección de los flujos de caja.

La estimación de los flujos asociados a los siniestros ocurridos y no reportados, se deberá realizar bajo el concepto de best estimate en función de la historia siniestral disponible de la aseguradora, debiendo utilizarse métodos estadísticos reconocidos en la práctica actuarial, tales como “Chain Ladder”, “Bornhuetter-Ferguson” o “Método de la Razón”, entre otros.

b) Tasa de Descuento.

Para la aplicación del descuento, deberán aplicarse los criterios generales del estándar y las consideraciones señaladas en la letra b) del número 1.1 del Título IV, para el uso de curvas de tasas de interés.

Conforme a lo establecido en IFRS 17, las compañías deberán actualizar la proyección de los flujos de pagos de siniestros, en cada estado financiero y descontarlos considerando la curva de tasas actualizada a esa fecha, llevando a resultados o Patrimonio (OCI), de acuerdo a la política contable definida, el efecto de la fluctuación de la tasa de interés. Sin embargo, no se requerirá el descuento de flujos y reconocimiento de fluctuaciones de las tasas de interés, cuando los flujos de pagos de siniestros se proyectan para un periodo igual o inferior a un año, desde la fecha del siniestro.

c) Ajuste por Riesgo.

Las compañías deberán determinar un ajuste por riesgo, de acuerdo a los criterios establecidos por el estándar IFRS 17, y que refleje adecuadamente el riesgo técnico asociado a la incertidumbre sobre los flujos proyectados.

No obstante, en aquellos ramos en los que las aseguradoras no cuenten con información estadística suficiente para aplicar métodos estadísticos, por corresponder por ejemplo a productos nuevos, las compañías deberán considerar un monto equivalente al 20% de la prima anual consumida (ganada), como reserva técnica por siniestros ocurridos y no reportados.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

3. RESERVA CATASTRÓFICA DE TERREMOTO.

Las compañías que contraten coberturas de terremoto (incluyendo tsunami), deberán adicionalmente a la reserva determinada de acuerdo al marco de IFRS 17 comentado previamente, constituir una reserva técnica por riesgo catastrófico de terremoto, que se determinará sobre la base de los montos asegurados retenidos en los seguros que se encuentren vigentes, al cierre de los Estados Financieros. Dicha reserva técnica se constituirá de acuerdo a las instrucciones que se establecen a continuación:

Definiciones:

Monto Total Expuesto (M.T.E.): Corresponde a los cúmulos de la zona geográfica de mayor exposición.

Pérdida Máxima Probable (P.M.L.): Es el evento de más elevado importe que podría producirse, ponderando tanto las características propias del riesgo como todos los factores que de uno u otro modo podrían influir en el mismo. Para efecto de aplicación de la fórmula que se presenta a continuación, la P.M.L. corresponderá al 10% del Monto Total Expuesto para los riesgos de edificio y contenido, y al 15% del Monto Total expuesto para los riesgos de perjuicios por paralización y ramos de ingeniería, a excepción de las coberturas de equipo móvil de contratistas que no sea utilizado en trabajos subterráneos. En aquellos casos que la compañía ofrezca la cobertura bajo la modalidad de seguro de Primera Pérdida, se deberá incluir como monto total expuesto, el riesgo total del asegurado y no sólo el monto de la primera pérdida.

Cúmulo: Es la suma de valores asegurados retenidos de distintos riesgos, en zonas geográficas determinadas, según Anexo N°1 adjunto, que podrían ser afectados al mismo tiempo por un evento siniestral.

Prioridad: Corresponde al importe que, en los contratos de exceso de pérdida catastrófica, ante un solo evento, asume el asegurador.

Costo de Reinstalación: Corresponde al importe del costo de reinstalación de la cobertura del reaseguro de exceso de pérdida catastrófica consumida por el evento siniestral, si el mismo fuera estipulado en el contrato de exceso de pérdida catastrófica.

3.1. Consideraciones Generales.

En la determinación de esta reserva se deberán tener presente los parámetros señalados a continuación, los cuales deberán ser estimados como mínimos, siendo, por lo tanto, responsabilidad de cada entidad aseguradora y reaseguradora mantener un nivel de reservas consecuente con las responsabilidades contraídas.

- a) Los montos asegurados retenidos deben ser los vigentes a la fecha de cálculo de la reserva, es decir, deben ser considerados en la determinación de los cúmulos, los montos asegurados en vigencia a esa fecha y no los montos suscritos durante el período.
- b) Los montos asegurados retenidos a considerar, corresponderán a las clases de riesgos que contemplen la cobertura de terremoto, relacionados con el ramo de incendio (edificio, contenido y perjuicios por paralización) y los ramos de ingeniería, a excepción de las coberturas de equipo móvil de contratista



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

que no sea utilizado en trabajos subterráneos.

- c) Los cúmulos correspondientes a la zona VI (flotante), deberán prorratearse proporcionalmente entre las 5 primeras zonas definidas para el territorio nacional (ver Anexo N°1).

3.2. Cálculo de la Reserva Catastrófica de Terremoto (R.C.T.).

La Reserva catastrófica de riesgo de terremoto se define como:

$$R.C.T. = \text{MAX} (P.M.L.R. - R.R.N.I.; 0)$$

Donde,

R.R.N.I = Reserva por riesgos no incurridos neta de reaseguro por la cobertura de terremoto y tsunami.

$$P.M.L.R. = CR + \{P + \text{MAX} ((PML * MTE - CXL) - P; 0)\} * 1,10$$

con,

P = Prioridad

$$PML = \begin{cases} 0,10 & \text{para edificios y contenido} \\ 0,15 & \text{para los demás riesgos afectos} \end{cases}$$

MTE = Monto total expuesto

CXL = Capacidad del contrato de exceso de pérdida catastrófico.

CR = Costo de una reinstalación de la cobertura del contrato de exceso de pérdida catastrófico.

Esta estimación deberá corresponder, en todo momento, a la suma de la prioridad, más aquellos montos descubiertos a cargo de la cedente que excedan el límite superior de los contratos de exceso de pérdida catastrófico y que no superen las PML establecidas, ponderada por un coeficiente de seguridad igual a 1,1, y sumado el costo de reinstalación de la cobertura, cuando este costo no haya sido previamente pagado por la compañía (como parte de la prima del reaseguro).

La reserva catastrófica de terremoto deberá ser mantenida en todo momento, mientras exista cobertura vigente por riesgo de terremoto, aun cuando haya ocurrido el evento catastrófico. Las compañías deberán mantener un registro actualizado de cúmulos de terremoto expuestos.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

IV. INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN PARA SEGUROS DEL SEGUNDO GRUPO.

1. Reserva de Sinistros no Incurridos Seguros No Previsionales del D.L. N°3.500.

1.1 Seguros de Largo Plazo.

Tratándose de seguros de largo plazo, las compañías deberán aplicar el método general (BBA), de acuerdo a los principios establecidos en el estándar IFRS 17.

En el caso de los seguros de largo plazo con características de participación directa, de acuerdo a lo establecido en el estándar IFRS 17, las compañías podrán aplicar el modelo de comisión variable (VFA), en la medida que cumplan las condiciones que establece el estándar y que se resumen en el numeral 4.3 del Título II de la presente norma. Las compañías deberán evaluar las distintas carteras de productos, y evaluar si cumplen con las condiciones para usar el modelo de medición VFA, en caso contrario, deberán aplicar el modelo general BBA.

Para la aplicación de lo señalado, las compañías deben considerar las siguientes instrucciones:

a) Proyección de los flujos de caja.

Para la proyección de los flujos de caja asociados a los contratos, las aseguradoras deberán aplicar los conceptos generales establecidos en el estándar, y utilizar sus propias metodologías y modelos actuariales. Tratándose de seguros que aplican tablas de mortalidad o morbilidad en el cálculo de los flujos proyectados, las aseguradoras deberán desarrollar sus tablas basadas en experiencia propia. En el caso de no tener información suficiente para la construcción de tablas propias, se deberán utilizar tablas de mortalidad y morbilidad desarrolladas a partir de experiencia de mercado en riesgos similares o tablas estándar establecidas por la Comisión, ajustadas a la experiencia real observada en la compañía.

La Comisión podrá instruir una revisión a dichas tablas y/o ajustes si considera que en su construcción existen aspectos técnicos que no están acorde con lo señalado en el estándar IFRS 17. Adicionalmente, este Servicio podrá instruir la aplicación obligatoria de las tablas de mortalidad fijadas por ésta, cuando a su juicio, las tablas propias aplicadas por las compañías, carezcan de suficiente información de respaldo o las metodologías aplicadas no sean lo suficientemente robustas. Asimismo, en casos en que la compañía presente una evaluación deficiente en materia de gobierno corporativo, en particular respecto del funcionamiento de la función actuarial al interior de la aseguradora, como por ejemplo la falta de una segregación clara de funciones, problemas de independencia o de recursos y empoderamiento para llevar a cabo adecuadamente esta función, la Comisión podrá instruir la aplicación de la tabla de mortalidad estándar de mercado establecida por ésta.

Tratándose de seguros CUI, los flujos de caja proyectados deben incluir tanto aquellos relacionados con la cobertura de riesgo otorgada, como aquellos relacionados al componente de ahorro-inversión del seguro. En otras palabras, los flujos de entrada y salida de los fondos de ahorro aportados por el contratante (aportes y retiros de fondos), deben ser considerados como parte de los flujos de caja proyectados, y por lo tanto también debe considerarse la rentabilidad que se aplicará a dichos fondos



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

de acuerdo a lo ofrecido en los seguros. Proyecciones que, como ya se ha señalado, deben hacerse bajo el concepto de “best estimate” considerado en el estándar IFRS 17. En caso de la aplicación del modelo VFA, se deberá considerar además los ingresos y egresos asociados a la participación de la compañía (comisión variable) sobre los elementos subyacentes.

La proyección de flujos asociados al contrato, deberá considerar los gastos de adquisición, mantención y administración de los contratos de seguros, además de considerar el efecto de la caducidad o caídas de los seguros en el tiempo, y cualquier otra condición de la cobertura de los seguros que pudiera hacer variar la proyección de los flujos, tales como el ejercicio de opciones o beneficios a los cuales el asegurado puede acceder como parte del contrato de seguros.

b) Tasa de Descuento.

Los flujos de caja deberán ser descontados utilizando tasas de interés apropiadas al perfil de los flujos de pasivos. Dado lo anterior, y consistente con los principios de IFRS 17, esta Comisión publicará mensualmente un vector de tasas de interés, el cual deberá ser utilizado por las compañías para el descuento de los flujos o bien presentar a esta Comisión una metodología propia de construcción de una curva de tasas que cumpla los principios de IFRS 17, la cual sólo se podrá utilizar, una vez aprobada por esta Comisión.

Conforme lo establecido en IFRS 17, las compañías deberán actualizar el cálculo de los flujos de caja descontados, en cada estado financiero, considerando la curva de tasas actualizada a esa fecha. Como ya se señaló, el efecto de fluctuación de la tasa de interés, no afectará el margen (MSC) de la compañía, el cual se determina con la tasa de interés del momento de la contratación del seguro, pero el cambio de las tasas respecto de la tasa original, debe reconocerse en resultados del periodo o en Patrimonio (OCI), de acuerdo a la política contable que establezca la compañía, la cual en todo caso una vez establecida debe ser consistente en el tiempo y debería asimismo guardar consistencia con la valorización de la cartera de inversiones financieras que respaldan estos seguros, conforme la aplicación del estándar IFRS 9. Lo anterior, a excepción de la aplicación del modelo VFA, donde los cambios en las hipótesis económicas, esto es, los efectos de la participación de la aseguradora en el cambio en el valor razonable de los elementos subyacentes se podrán incorporar al MSC, ya que se consideran como un componente relevante de los flujos del contrato, y por lo tanto el MSC se puede utilizar para mitigar los cambios tanto en hipótesis actuariales como en hipótesis económicas.

c) Ajuste por Riesgo.

Las compañías deberán determinar un ajuste por riesgo, de acuerdo a los criterios generales establecidos por el estándar IFRS 17, y que refleje adecuadamente el riesgo técnico del seguro presente en la estimación de flujos.

d) Margen de Servicio Contractual.

El margen de servicio contractual (MSC) representa la utilidad que la compañía espera obtener del seguro, estimada al momento de su contratación.

Corresponderá a los ingresos esperados, flujo de primas fundamentalmente, menos flujos esperados de pagos de siniestros, gastos, y cualquier otro beneficios o desembolso asociados al contrato, descontados a la curva de tasas considerada, y menos el ajuste por riesgo.



Este excedente deberá reconocerse durante la vigencia de la cobertura, esto es, no generará un impacto en resultados al momento del reconocimiento inicial, salvo que fuera negativo, y, en caso que durante la vigencia se produzcan cambios en las hipótesis actuariales, por ejemplo un aumento de los flujos proyectados de siniestros o de gastos, deberá ajustarse sin que este ajuste genere tampoco un efecto inmediato en resultados, si no que una disminución del MSC que representa menores beneficios esperados a futuro para la compañía, salvo que se tornara negativo, en cuyo caso si afectaría resultados. Como ya se señaló anteriormente, en el caso de los contratos de seguro a los que aplique el modelo VFA, el margen también podrá ser ajustado en el caso de cambios en las hipótesis financieras.

1.2 Seguros de Corto Plazo.

Podrán aplicar el modelo simplificado (PAA), aquellas compañías que comercialicen seguros que cumplan con alguna de las condiciones establecidas en el estándar IFRS 17 para su aplicación, y que se resumen en el N°4.2 del Título II de la presente norma.

2.Reserva de Siniestros Incurridos en Seguros No Previsionales del D.L. N°3.500.

La reserva de siniestros incurridos se constituirá siguiendo los criterios generales establecidos para seguros del primer grupo de acuerdo a lo dispuesto en el Título III anterior (reserva de siniestros reportados y reserva de siniestros ocurridos y no reportados), considerando la mejor estimación del costo del siniestro y la incorporación de los gastos de la liquidación de los mismos.

2.1 Siniestros Detectados y No Reportados.

Tratándose de coberturas de fallecimiento, deberá constituirse reserva de siniestros en proceso de liquidación por todas aquellas pólizas en que la compañía haya tomado conocimiento por cualquier medio del deceso del asegurado sin haber recibido una denuncia formal. La mencionada reserva deberá constituirse de acuerdo a los principios generales de IFRS 17 ya mencionados para la estimación de la reserva de siniestros. Mientras no exista una denuncia formal, o no se cumplan las condiciones establecidas en el Código de Comercio para que prescriban las obligaciones de la compañía, esta reserva deberá mantenerse, debiendo informarse en revelación a los estados financieros bajo la denominación de siniestros detectados y no reportados.

Se hace presente que el plazo de prescripción de 4 años se inicia desde la fecha en que tomen conocimiento el(los) beneficiario(s). En caso que esto no pueda ser acreditado, el plazo de prescripción corresponderá a 10 años contados desde la fecha de ocurrencia del siniestro. No obstante lo anterior, tratándose de seguros que cubran muerte accidental, la compañía podrá eximirse de constituir la reserva señalada, cuando tenga antecedentes que acrediten que el fallecimiento se debe a causas no cubiertas o excluidas de la cobertura del seguro.

Los siniestros detectados y no reportados señalados precedentemente, no deberán ser considerados para el cálculo de la reserva de siniestros ocurridos y no reportados hasta su denuncia, momento en que deberán registrarse en la estadística, pero considerando como fecha de denuncia aquella en que la compañía tomó conocimiento del fallecimiento del asegurado.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

La compañía deberá realizar las gestiones necesarias y razonables que estén a su alcance para detectar siniestros no reportados y para notificar a los beneficiarios de estos seguros, de modo que puedan ejercer oportunamente los derechos que les asisten. Los mecanismos que las compañías deberán, como mínimo, considerar para estos efectos se indican en Anexo N° 2.

3. SEGUROS DE LARGO PLAZO PREVISIONALES DEL D.L. N° 3.500.

3.1 Seguros de Rentas Vitalicias.

Bajo IFRS 17, la reserva técnica de rentas vitalicias se debe estimar por el Modelo General (BBA), por ser seguros de largo plazo, sujetándose a las reglas generales del estándar y considerando las siguientes instrucciones específicas.

a) Flujos de Caja Futuros.

Como ya se señaló, la aplicación del modelo general BBA, supone la proyección de los flujos de caja asociados al contrato, bajo hipótesis actuariales que deben ser actualizadas periódicamente. En este caso, dado que estas rentas vitalicias son a prima única, los flujos de caja estarán asociados fundamentalmente al pago de las pensiones pactadas y cualquier otro beneficio contemplado en la póliza (cuota mortuoria, por ejemplo) y a los gastos que incurrirá la compañía por la operación o mantención de la cartera de rentas.

Por otro lado, para el caso específico de los seguros de renta vitalicia del DL N°3.500, existe hoy una disposición legal que establece que las tablas de mortalidad que se utilicen para el cálculo de las reservas técnicas, serán fijadas por la CMF conjuntamente con la Superintendencia de Pensiones (artículo 20 del DFL N° 251). En este contexto, las compañías deberán utilizar para efectos de la proyección de los flujos de caja, las tablas de mortalidad, establecidas conjuntamente por esta Comisión y la Superintendencia de Pensiones, y que se encuentren vigentes a la fecha de cálculo de la reserva. Los demás flujos de caja asociados a la cartera de pólizas, deberán ser estimados por la compañía bajo los criterios de IFRS 17.

Sin perjuicio de lo anterior, las compañías deberán efectuar, al 31 de diciembre de cada año, un estudio de mortalidad de su cartera de pensionados por rentas vitalicias, y comparar su propia experiencia con la considerada en las tablas de mortalidad establecidas en forma conjunta por esta Comisión y la Superintendencia de Pensiones, debiendo comunicar los resultados de dicho estudio a esta Comisión, a más tardar el 31 de enero del año siguiente. En los casos en que las aseguradoras presenten en su cartera una experiencia de mortalidad significativamente menor respecto de la contemplada en las tablas de mortalidad establecidas en la normativa, las compañías deberán constituir una reserva adicional, la cual deberá informarse en la cuenta "Otros Pasivos de Seguros". Sin perjuicio de lo anterior, y conforme la evaluación periódica de las hipótesis de mortalidad, se podrá reversar esta reserva adicional, afectando la cuenta de Resultados de la compañía.

b) Tasa de Descuento.

Como ya se ha indicado los flujos de caja deberán ser descontados, utilizando tasas de interés apropiadas al perfil de flujos de los pasivos. Esto implica que, para el caso de las rentas vitalicias, debe utilizarse una curva de tasas en UF, de largo plazo, la cual no debe incorporar spread asociados a riesgo de crédito que pudiera estar presente en los activos de la compañía que respaldan las obligaciones por



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

renta vitalicia. Dado lo anterior, y consistente con los principios de IFRS 17, esta Comisión publicará mensualmente un vector de tasas de interés que se construirá sobre la base de una curva de tasas libres de riesgo, más una prima por iliquidez, apropiada para el perfil de las rentas vitalicias.

Las compañías deberán utilizar dicho vector para efectos del descuento de los flujos de caja proyectados, en el modelo general.

Conforme a lo establecido en IFRS 17, las compañías deberán actualizar el cálculo de flujos de caja descontados, en cada estado financiero, considerando la curva de tasas actualizada a esa fecha, no afectando el margen (MSC) de la compañía.

Como ya se señaló, el efecto de fluctuación de la tasa de interés, no afectará el margen o CSM de la compañía, el cual se determina con la tasa de interés del momento de la contratación del seguro, pero el cambio de las tasas respecto de la tasa original, debe reconocerse en resultados del periodo o en Patrimonio (OCI), de acuerdo a la política contable que establezca la compañía, la cual en todo caso una vez establecida debe ser consistente en el tiempo y debería asimismo guardar consistencia con la valorización de la cartera de inversiones financieras que respaldan estos seguros, conforme a la aplicación del estándar IFRS 9.

c) Ajuste por Riesgo.

Las compañías deberán determinar un ajuste por riesgo, de acuerdo a los criterios establecidos por el estándar IFRS 17, y que refleje adecuadamente el riesgo técnico del seguro presente en la estimación de flujos. Dicho riesgo en el caso de la renta vitalicia está asociado fundamentalmente a la incertidumbre respecto a la longevidad de los pensionados y sus beneficiarios.

La metodología respectiva deberá ser informada a la CMF

El ajuste por riesgo debe actualizarse en cada estado financiero, de acuerdo a la información disponible en esa fecha.

d) Margen de Servicio Contractual.

Como se señaló previamente, el margen de servicio contractual (MSC) representa la utilidad que la compañía espera obtener del seguro, estimada al momento de su contratación.

Para el caso de la renta vitalicia, corresponderá a la prima única del seguro, menos los flujos de caja descontados a la curva de tasas considerada y menos el ajuste por riesgo.

Este excedente deberá reconocerse durante la vigencia de la cobertura, esto es, no generará un impacto en resultados al momento del reconocimiento inicial, salvo que fuera negativo, y, en caso que durante la vigencia se produzcan cambios en las hipótesis actuariales, deberá ajustarse sin que dicho ajuste genere tampoco un efecto inmediato en resultados, si no que una disminución del MSC que representa menores beneficios esperados a futuro para la compañía (salvo que se tornara negativo).



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

3.2 Seguro de Invalidez y Supervivencia.

3.2.1 Reserva de siniestros no incurridos.

Considerando que en el caso del seguro de invalidez y supervivencia (SIS) los flujos proyectados de siniestros pueden alcanzar varios años al momento de la contratación, y la alta volatilidad observada en el pasado respecto de sus resultados, las compañías deben aplicar para la valoración de los contratos SIS que suscriban, el modelo general (BBA), sujetándose a las siguientes instrucciones:

a) Flujos de Caja Futuros.

Las compañías que se adjudiquen un contrato del SIS, deberán aplicar el modelo general, proyectando los flujos de ingresos y egresos asociados al contrato, aplicando los principios de “best estimate” del estándar IFRS 17, considerando tanto la proyección esperada de ingresos por primas como de pagos de siniestros y cualquier otro beneficio asociado a la cobertura del seguro y los gastos asociados a éste, incluyendo tanto gastos de liquidación de los siniestros como de operación o mantención de los contratos.

Las compañías deberán utilizar para efectos del cálculo del costo de siniestros las tablas de mortalidad establecidas conjuntamente por esta Comisión y la Superintendencia de Pensiones, que se encuentren vigentes a la fecha de la estimación.

b) Tasa de Descuento.

Las compañías deberán utilizar el vector de tasas que esta Comisión publicará mensualmente, señalado en la letra b) del N°2.1 anterior, para efecto de descontar los flujos de caja asociados al contrato.

Conforme a lo establecido en IFRS 17, las compañías deberán actualizar el cálculo de los flujos de caja descontados, en cada estado financiero, considerando la curva de tasas actualizada a esa fecha, y reconocer el efecto de fluctuación de esta tasa de interés, en resultados del periodo o en Patrimonio (OCI), de acuerdo a la política contable que establezca la compañía.

c) Ajuste por Riesgo.

Las compañías deberán determinar un ajuste por riesgo, de acuerdo a los criterios establecidos por el estándar IFRS 17, y que refleje adecuadamente el riesgo técnico del seguro presente en la estimación de flujos. Dicho riesgo en el caso del SIS está asociado fundamentalmente a la incertidumbre respecto a los aportes adicionales por siniestros del SIS que deberán pagar las compañías, a los ingresos por primas asociados a las remuneraciones imponibles de los afiliados al sistema de AFPs y a los gastos que se generen en la administración del seguro.

Cabe hacer presente que, si bien el estándar establece que el ajuste por riesgo no considera “riesgos económicos”, como serían los cambios en las tasas de interés de mercado, en el caso del SIS, se da la situación que la siniestralidad se ve afectada en forma importante por las fluctuaciones de la tasa del aporte adicional (TAA), ya que, por ejemplo, una disminución de la TAA genera un aumento del monto de aporte adicional pagado por las aseguradoras. Por lo tanto, la fluctuación de la TAA, se deberá considerar como parte del riesgo de seguro para efectos de la determinación del ajuste por riesgo y asimismo como parte de las hipótesis actuariales para la determinación del MSC.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

El ajuste por riesgo debe actualizarse en cada estado financiero, de acuerdo a la información disponible en esa fecha.

d) Margen de Servicio Contractual.

Para el caso del SIS, corresponderá a ingresos esperados menos flujos esperados de pagos de aportes adicionales y otros beneficios asociados al SIS, descontados a la curva de tasas considerada, y menos el ajuste por riesgo.

Como ya se señaló, este excedente deberá reconocerse durante la vigencia de la cobertura, esto es, no generará un impacto en resultados al momento del reconocimiento inicial, salvo que fuera negativo, y, en caso que durante la vigencia se produzcan cambios en las hipótesis actuariales (incluidas las fluctuaciones en la tasa de aporte adicional (TAA)), por ejemplo un aumento de los flujos proyectados de pago de siniestros o de gastos, deberá ajustarse sin que este ajuste genere tampoco un efecto inmediato en resultados, si no que una disminución del MSC que representa menores beneficios esperados a futuro para la compañía, salvo que se tornara negativo, en cuyo caso sí afectaría resultados.

3.2.2 Reserva de siniestros incurridos.

Considerando que, dadas las características del SIS, bajo un mismo contrato las compañías participantes comparten el mismo flujo de pago de siniestros, esta Comisión considera consistente con los principios de IFRS 17, que las aseguradoras apliquen una metodología común de proyección de los flujos de caja asociados al pago de los siniestros ocurridos, tanto reportados como no reportados (OYNR). En este contexto, las compañías deberán utilizar como base para la estimación de la reserva de siniestros incurridos la metodología establecida en Anexo N°3 de esta norma. No obstante lo anterior, las compañías podrán proponer a esta Comisión, de manera conjunta, una metodología para la estimación de los siniestros incurridos, en reemplazo de la contenida en el Anexo N°3. Dicha metodología deberá ser aprobada por este Servicio.

De esta forma, la aplicación del estándar a la reserva de siniestros incurridos del SIS, incluyendo OYNR, se deberá efectuar de conformidad a las instrucciones que se establecen a continuación.

3.2.2.1 Reserva de siniestros reportados.

Los siniestros reportados se clasificarán de la siguiente forma:

- i. Siniestros liquidados: La reserva se constituirá sobre aquellos siniestros cuyo monto de aporte adicional o de contribución, según corresponda haya sido comunicado a la A.F.P. por la compañía de seguros, pero que aún no hayan sido pagados.
Esta reserva será equivalente al monto del aporte adicional o a la contribución que deba pagar la compañía aseguradora. En el caso de las compañías que apliquen deducciones por reaseguro, cuando el monto de dicha participación no haya sido pagado a la entidad aseguradora, dentro del plazo de 30 días siguientes a la fecha de pago establecida en el contrato de reaseguro, la entidad



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

aseguradora deberá constituir la reserva por el 100% del monto a pagar, con el correspondiente cargo a resultado.

- ii. Siniestros en proceso de liquidación: Esta reserva comprende los siniestros que hayan sido reportados a la compañía y por los cuales aún no se ha comunicado a la A.F.P. el monto del aporte adicional o contribución, según corresponda, que se deba pagar. Para la determinación de dicha reserva, se deberá considerar las siguientes instrucciones:

a) Flujos de Caja Futuros.

Las compañías, sobre la base de la metodología establecida en el Anexo N°3, o aquella que la reemplace, deberán proyectar los flujos asociados a los siniestros ya incurridos. Para estos efectos, se debe estimar el tiempo que demora la liquidación de un siniestro (pago del aporte), para proyectar los flujos de pago en el tiempo, diferenciando entre:

- i. Invalidez parcial
- ii. Invalidez total
- iii. Sobrevivencia
- iv. Inválidos Fallecidos

Para ello se requiere que las compañías determinen el comportamiento de los flujos de pago para los distintos tipos de siniestros considerando la fecha de solicitud y la fecha de pago de manera de llegar a un perfil de pago, y el perfil de demora en el proceso de calificación de dictámenes de invalidez considerando la fecha de solicitud y las fechas de dictamen definitivo. Adicionalmente, deberán incluirse en la estimación, los costos asociados al proceso de liquidación de los siniestros.

Las compañías deberán utilizar para efectos del cálculo del costo de siniestros las tablas de mortalidad establecidas conjuntamente por esta Comisión y la Superintendencia de Pensiones, que se encuentren vigentes a la fecha de la estimación.

Cabe señalar que, para la estimación de los aportes adicionales asociados a los siniestros, se deberá mantener la aplicación de la tasa de aporte adicional (TAA), bajo las siguientes consideraciones:

- En el caso de los siniestros de invalidez en proceso de liquidación, se deberá considerar la tasa vigente a la fecha de cálculo,
- En el caso de que el dictamen quede ejecutoriado respecto de los siniestros de invalidez definitiva (por el primer dictamen para el caso de invalidez total y por el segundo dictamen para invalidez parcial), se deberá considerar la tasa vigente a la fecha en que el dictamen quede ejecutoriado, y
- En el caso de los siniestros de sobrevivencia, se deberá considerar la tasa vigente a la fecha de fallecimiento.

b) Tasa de Descuento.

Considerando que una parte importante de los flujos de pago de siniestro en el SIS se pagan en plazos superiores a un año de la fecha del siniestro, las compañías deberán descontar los flujos utilizando el vector de tasas que esta Comisión publicará mensualmente, señalado en la letra b) del N°2.1 anterior.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

De acuerdo a lo establecido en IFRS 17, las compañías deberán actualizar el cálculo de los flujos de caja descontados, en cada estado financiero, y descontarlos considerando la curva de tasas actualizada a esa fecha, llevando a Resultados o Patrimonio (OCI), de acuerdo a la política contable definida, el efecto de la fluctuación de la tasa de interés.

c) Ajuste por Riesgo.

Las compañías deberán determinar un ajuste por riesgo, de acuerdo a los criterios establecidos por el estándar IFRS 17, y que refleje adecuadamente el riesgo técnico del seguro presente en la estimación de flujos.

El ajuste por riesgo debe actualizarse en cada estado financiero, de acuerdo a la información disponible en esa fecha.

Cabe hacer presente que, si bien el estándar establece que el ajuste por riesgo no considera “riesgos económicos”, como serían los cambios en las tasas de interés de mercado, en el caso del SIS, se da la situación que la siniestralidad se ve afectada en forma importante por las fluctuaciones de la tasa del aporte adicional (TAA), ya que, por ejemplo, una disminución de la TAA genera un aumento del monto de aporte adicional pagado por las aseguradoras. Por lo tanto, la fluctuación de la TAA, se deberá considerar como parte del riesgo de seguro para efectos de la determinación del ajuste por riesgo.

3.2.2.2 Reserva de siniestros ocurridos y no reportados.

En el caso de los siniestros ocurridos y no reportados, las compañías deberán sujetarse a las siguientes instrucciones:

a) Flujos de Caja Futuros.

Las compañías deberán proyectar los flujos asociados a los siniestros ocurridos y no reportados, tomando como base la metodología establecida en el Anexo N°3 o bien presentar a esta Comisión una metodología que cumpla los principios de IFRS 17, la cual sólo se podrá utilizar una vez aprobada por esta Comisión. En este último caso, se deberá considerar la historia siniestral disponible, pudiendo utilizar métodos estadísticos tales como “ChainLadder”, “Bornhuetter-Ferguson” o “Método de la Razon”, entre otros, que permitan obtener el número de siniestros y los costos promedios mensuales diferenciado entre Invalidez y Supervivencia por grupo y contrato.

b) Tasa de Descuento.

Considerando que una parte importante de los flujos de pago de siniestro en el SIS se pagan en plazos superiores a un año de la fecha del siniestro, las compañías deberán descontar los flujos utilizando el vector de tasas que esta Comisión publicará mensualmente, señalado en la letra b) del N°2.1 anterior.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

Conforme a lo establecido en IFRS 17, las compañías deberán actualizar el cálculo de los flujos de caja descontados, en cada estado financiero, y descontarlos considerando la curva de tasas actualizada a esa fecha, llevando a Resultados o Patrimonio (OCI), de acuerdo a la política contable definida, el efecto de la fluctuación de la tasa de interés.

c) Ajuste por Riesgo.

Las compañías deberán determinar un ajuste por riesgo, de acuerdo a los criterios establecidos por el estándar IFRS 17, y que refleje adecuadamente el riesgo técnico del seguro presente en la estimación de flujos que afecta el monto de los pagos de siniestros proyectados.

El ajuste por riesgo debe actualizarse en cada estado financiero, de acuerdo a la información disponible en esa fecha.



V. REASEGURO

La valoración de los contratos de seguros, ya sea asociada a siniestros no incurridos, como incurridos o reserva de siniestros, incluyendo los siniestros OYNR y los siniestros detectados y no reportados, se deberá calcular siempre y presentar en los estados financieros, sin considerar descuento alguno por responsabilidad de los reaseguradores, esto es, en forma “bruta” de reaseguro. La cesión de riesgos a través del reaseguro y su participación en las reservas técnicas deberá contabilizarse como un activo de la compañía, debiendo aplicarse para la valoración y reconocimiento contable de dicho activo, los principios generales de IFRS 17.

El activo por reaseguro, se sujetará asimismo a la aplicación del concepto de deterioro, conforme a las normas generales de IFRS y a las normas específicas que al efecto imparta esta Comisión.

Se exceptuará de la anterior, la reserva catastrófica de terremoto señalada en el numeral 3 del Título III, la cual, de acuerdo a lo allí definido, debe calcularse y presentarse en los estados financieros, neta de reaseguro.

La aceptación de riesgos (reaseguro aceptado) se deberá valorizar y contabilizar de acuerdo a lo establecido en el estándar, considerando en general, las mismas reglas aplicables a la aceptación directa de riesgos.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

VI. PRESENTACIÓN EN LOS ESTADOS FINANCIEROS.

La presentación en los estados financieros de las reservas técnicas y el activo por reaseguro, se efectuará conforme a las instrucciones contenidas en la Circular N°2022 o la que la reemplace, y en lo no explícitamente indicado, las normas del estándar IFRS 17.

Los auditores externos de la compañía deberán efectuar una revisión y validación anual, respecto de los estados financieros al 31 de diciembre, de las metodologías, criterios técnicos y modelos actuariales que la compañía ha aplicado en el cálculo de sus reservas técnicas, de acuerdo a los principios contenidos en el estándar IFRS 17 y las instrucciones de la presente norma, incluyendo la validación de la data utilizada para el desarrollo de estos modelos y la razonabilidad de los resultados obtenidos, de acuerdo a la experiencia observada en la compañía.

Los resultados de esta revisión deberán constar en un informe actuarial firmado por el actuario o profesional responsable de la revisión actuarial en la empresa de auditoría, y ser puesto en conocimiento del directorio de la compañía y de esta Comisión, antes del 31 de enero del año siguiente al informado.



*Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S*

VII. PRIMERA APLICACIÓN Y DISPOSICIONES TRANSITORIAS

El principio general en IFRS 17, es que la entidad aplica la norma retrospectivamente a los grupos de contratos de seguros que haya identificado en toda su cartera, salvo que esto resulte impracticable para la compañía, por ejemplo, por la inexistencia de datos suficientes, en el caso de seguros de varios años de antigüedad. En todo caso, existe la presunción de que la data debería estar disponible, al menos desde la fecha de publicación de esta norma.

Lo anterior implica que el stock de seguros a esa fecha debe ser reformulado, debiendo la compañía:

- Clasificar, reconocer y medir el stock total de negocios, como si IFRS 17 se hubiera aplicado siempre, de acuerdo a las políticas contables definidas por la compañía para IFRS 17.
- Dar de baja cualquier partida que no existiría si IFRS 17 se hubiera aplicado desde siempre, sin perjuicio de las excepciones establecidas en esta norma.
- Reconocer cualquier diferencia neta resultante directamente en Patrimonio.

La aplicación retroactiva pretende determinar el MSC a fecha de transición, el cual solo podrá ser calculado en referencia al MSC original que surge en al inicio del contrato y teniendo en cuenta el MSC ya devengado a la fecha de aplicación. Esto implica que se debe “reconstruir” el MSC desde la fecha de emisión hasta la fecha de aplicación. Como ya se señaló, en caso que esta aplicación resultara impracticable, IFRS 17 establece la posibilidad de aplicar un enfoque retroactivo modificado, cuyo objetivo es lograr el resultado más cercano posible a la aplicación retroactiva completa, usando la información razonable y sustentable disponible sin costo o esfuerzo desproporcionado. Por consiguiente, al aplicar este enfoque, se permite a la entidad aplicar una serie de simplificaciones en la reconstrucción del MSC original.

Si este enfoque simplificado resultara igualmente impracticable para la compañía, IFRS 17 establece un tercer enfoque, denominado “de valor razonable”, donde la entidad determinará el MSC como la diferencia entre el valor razonable de un grupo de contratos de seguro a la fecha de transición, y los flujos de caja más el ajuste por riesgo a esa fecha. El concepto de valor razonable se puede asociar al valor de salida o transferencia a otra entidad de la cartera de seguros (“exit value”).

Las compañías deberán presentar a esta Comisión, en conjunto con los estados financieros al 31 de diciembre de 2021, un informe detallado con los criterios y metodologías aplicadas al cálculo de los diferentes tipos de reservas técnicas y carteras de productos, en conformidad a lo establecido en la presente norma y a los principios y normas generales de IFRS 17. Este informe deberá contener además un resumen del impacto de la aplicación de las nuevas normas en términos de su efecto en las cuentas de activos, pasivos, patrimonio y resultados del ejercicio y de la evaluación de los enfoques de primera aplicación señalados precedentemente, especificando la justificación técnica de utilizar uno u otro enfoque, respecto de cada cartera de negocios.

El informe de aplicación señalado, junto con la estimación del efecto en los estados financieros de la primera aplicación al 31 de diciembre de 2021, deberá informarse a esta Comisión, a más tardar el 30 de marzo de 2022.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

Por otra parte, considerando el impacto que tiene la primera aplicación de IFRS 17 en el negocio de rentas vitalicias, producto principalmente del efecto de las tasas de interés, esta Comisión ha decidido otorgar, a las compañías que así lo soliciten y que mantengan reservas de rentas vitalicias al momento de la entrada en vigencia del estándar, un período de diferimiento o gradualidad en la implementación de la primera aplicación de IFRS17 por un período de hasta 10 años, reconociendo su impacto en los estados financieros, en forma proporcional al plazo de gradualidad autorizado. En el caso de autorizarse un periodo de gradualidad de 10 años, la compañía podrá reconocer el primer año, un décimo de la diferencia de la reserva técnica por aplicación de IFRS 17, descontado el efecto de revalorización de los activos a mercado que se indica en el párrafo siguiente. El segundo año se deberá reconocer dos décimos de esta diferencia, y así sucesivamente hasta completar el reconocimiento total en el año 10.

El impacto de la aplicación de IFRS 17 en el caso de compañías que mantengan reservas técnicas por rentas vitalicias, corresponderá a la diferencia entre el CSM negativo que se genere respecto del stock de pólizas vigentes a la fecha de implementación del estándar, menos el incremento de valor de las inversiones de renta fija y bienes raíces que se generen en la compañía como consecuencia de la aplicación del concepto de “fair value” o valor justo en su cartera de activos, dada la implementación de IFRS 17. Esta diferencia deberá actualizarse anualmente, para efectos de la aplicación proporcional de la gradualidad señalada en el párrafo precedente.

No obstante, si la compañía, durante un período anterior al año 10, estima que en el negocio de rentas vitalicias no obtiene un CSM negativo, no deberá seguir aplicando el mecanismo de gradualidad por el tiempo restante.



VIII. DEROGACION

Derógase las Normas de Carácter General N°s 243, de 03 de febrero de 2009, 306, de 14 de abril de 2011, y 318, de 01 de septiembre de 2011, y las Circulares N°s 1512, de 02 de enero de 2001, 1857, de 24 de diciembre de 2007, y 2197, de 26 de enero de 2016.

IX. VIGENCIA

La presente norma rige a contar del 1° de enero de 2023. Dado lo anterior, su aplicación se debe reflejar en los estados financieros al 31 de marzo de 2023.

COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO



*Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S*

ANEXO 1: ZONAS DE CONTROL DE CÚMULOS DE TERREMOTO

ZONA	REGION
I	I. TARAPACA II. ANTOFAGASTA III. ATACAMA IV. COQUIMBO XV. ARICA Y PARINACOTA
II	V. VALPARAISO
III	REGION METROPOLITANA
IV	VI. LIBERTADOR GENERAL BERNARDO O'HIGGINS VII. MAULE VIII. BIO-BIO XVI. ÑUBLE
V	IX. ARAUCANIA X. LOS LAGOS XI. AISEN DEL GENERAL CARLOS IBAÑEZ DEL CAMPO XII. MAGALLANES Y ANTARTICA CHILENA XIV. LOS RIOS



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

ANEXO 2: SINIESTROS DETECTADOS Y NO REPORTADOS

Las compañías de seguros que cubran el riesgo de fallecimiento, en cualquier tipo de póliza de seguro o cláusula, deberán realizar una consulta al Servicio de Registro Civil e Identificación con el fin de detectar a aquellos asegurados fallecidos cuyo siniestro no haya sido denunciado. La mencionada consulta deberá realizarse al menos una vez al año e incluirá a los asegurados de todas las pólizas vigentes y no vigentes al 31 de diciembre del año anterior, por las que no se haya presentado una denuncia de siniestro de fallecimiento a esa fecha y sobre las cuales no se hayan cumplido las condiciones establecidas en el Código de Comercio para que prescriban las obligaciones emanadas de ellas. Esta consulta deberá efectuarse a más tardar el 31 de enero del año siguiente al período consultado.

Podrá excluirse de la consulta señalada, a los asegurados de pólizas no vigentes que hayan permanecido en ese estado durante todo el año y que fueron incluidos en la consulta del período anterior. Se exceptuarán de la consulta, los seguros asociados a créditos o préstamos donde el beneficiario sea el acreedor del asegurado, entendiéndose que, en estos casos, el propio acreedor efectuará las gestiones pertinentes ante la aseguradora.

Para las pólizas de aquellos asegurados que sean detectados como fallecidos, ya sea producto de la señalada consulta al Servicio de Registro Civil e Identificación o por cualquier otro medio que difiera de un denuncia formal, y que hayan tenido la cobertura de muerte a la fecha de fallecimiento (póliza vigente, donde se incluye aquellas que se encuentren en el periodo de gracia considerado en las condiciones generales o particulares de la póliza), se deberá registrar la fecha de ocurrencia del siniestro y su fecha de detección procediéndose a la constitución de la reserva técnica indicada en el N° 1.4 del Título IV.

Una vez ingresada la denuncia formal por algún beneficiario declarado, se deberá registrar la fecha de denuncia respectiva. La reserva técnica de los casos que se detecten producto del proceso de consulta al Servicio de Registro Civil e Identificación, deberá ser reconocida en los estados financieros al 31 de marzo del año en cuestión. En el caso de los siniestros cuya toma de conocimiento sea por otro medio, la reserva deberá ser contabilizada el mismo mes de la toma de conocimiento. Se entiende que la compañía toma conocimiento por otro medio del fallecimiento del asegurado, entre otras fuentes, cuando recibe una consulta del Sistema de Información de Consultas de Seguros (SICS) efectuada por un familiar o beneficiario de un asegurado fallecido, cuando le son reclamados otros seguros que tienen por origen el fallecimiento del asegurado (cobro cuota mortuoria o solicitud de pensión de sobrevivencia, por ejemplo) o cuando una AFP consulta por los depósitos convenidos de un afiliado fallecido.

La compañía deberá realizar las gestiones necesarias y razonables que estén a su alcance para notificar a los beneficiarios, de modo que éstos tomen conocimiento de la existencia de seguros comprometidos y puedan ejercer oportunamente los derechos que les asisten. Sin perjuicio de la realización de otras gestiones, la compañía deberá efectuar una



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

publicación anual en un diario de circulación nacional, el que podrá ser electrónico siempre y cuando esté habilitado para efectuar publicaciones legales de las contempladas en la ley 18.046. La publicación deberá contener una lista con los casos detectados, detallando el nombre y RUT de los beneficiarios designados por el asegurado fallecido, señalando los seguros con cobertura de fallecimiento en que han sido designados.

En el caso de seguros sin beneficiarios designados se deberá publicar el nombre y RUT del asegurado indicando los seguros con cobertura de fallecimiento contratados. En esta publicación, para facilitar la búsqueda, se deberá ordenar la lista de asegurados o beneficiarios por RUT o nombre y, además, se deberá informar el procedimiento para que las personas puedan realizar las averiguaciones respectivas en la compañía. Para facilitar lo anterior, la compañía deberá registrar los datos de contacto de los beneficiarios, tales como domicilio, teléfono y correo electrónico al momento de suscribir una póliza o cuando se realice un cambio de un beneficiario. Del mismo modo, al momento de la declaración de beneficiarios, se deberán informar al asegurado, los mecanismos que la compañía ha establecido para realizar actualizaciones de estos antecedentes. Asimismo, la aseguradora también deberá publicar la lista antes señalada en un lugar destacado de su página WEB y en un formato que permita su obtención gratuita, siguiendo las mismas consideraciones señaladas para la publicación en un diario de circulación nacional de manera de facilitar la búsqueda de un caso en particular. Esta publicación deberá ir acompañada del procedimiento para que las personas puedan realizar las averiguaciones respectivas en la compañía y cada caso deberá mantenerse mientras no sea denunciado formalmente el siniestro o en su defecto mientras corresponda mantener la reserva técnica.

La aseguradora deberá realizar las publicaciones antes señaladas, a más tardar, el 31 de marzo de cada año, debiendo además informar a esta Comisión, a más tardar el día hábil siguiente a la fecha en que estas publicaciones se realicen, la fecha y el medio en que efectuó dicha publicación, incluyendo el hipervínculo a su sitio de Internet, especificando el URL (Uniform Resource Locator) donde se ubiquen la publicación de los casos de siniestros detectados asociado al anuncio en su página WEB y la fecha a partir de la cual está disponible el sitio WEB. Esta Información deberá ser remitida a este Servicio de acuerdo a las especificaciones establecidas en la "Ficha Técnica" disponible en el Módulo SEIL (Sistema de Envío de Información en Línea), del sitio Web de esta Institución.



*Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S*

ANEXO 3: METODOLOGÍA ESTÁNDAR BASE PARA LA DETERMINACIÓN DE RESERVA DE SINIESTROS INCURRIDOS EN EL SEGURO DE INVALIDEZ Y SOBREVIVENCIA DEL D.L. N°3.500, DE 1980.

A continuación, se presenta una metodología estándar base para efectos de la estimación de la reserva de siniestros ocurridos reportados y no reportados asociados al seguro de invalidez y sobrevivencia.

1. Reserva de siniestros en proceso de liquidación.

Como ya se ha señalado anteriormente, esta reserva comprende los siniestros que hayan sido reportados a la compañía y por los cuales aún no se ha comunicado a la A.F.P. el monto del aporte adicional o contribución, según corresponda, que se deba pagar.

1.1. Determinación de categorías de solicitudes de invalidez

Todas las solicitudes de pensión de invalidez recibidas en las compañías, se reclasifican mensualmente en las categorías que más adelante se indican, de acuerdo con la información comunicada por las Comisiones Médicas Regionales y Central en su caso, recibidas por la compañía hasta la fecha a la cual se calcula la reserva.

1.1.1. Solicitudes de pensión de invalidez por el primer dictamen

Las solicitudes de calificación de invalidez por el primer dictamen, se clasifican en las siguientes categorías y son mantenidas en un registro histórico por grupos (sexo), donde se resume el proceso de cambios de categorías que experimenten dichas solicitudes.

Los siniestros que se encuentran en trámite en las comisiones médicas y que la compañía sepa en base a antecedentes objetivos que no serán de su cargo, se mantienen en el registro de probabilidades, en la categoría que corresponda, sin embargo, no son considerados en la estimación de las reservas de siniestros en proceso de liquidación.

Cuando un dictamen llegue a una compañía de seguros antes que la solicitud de pensión de invalidez correspondiente sea informada por la administradora, éste se incorpora en la categoría que corresponda según lo señalado en el dictamen.

Las categorías de solicitudes serán las siguientes:

- I₁ (Sin primer dictamen):** Corresponde a aquellas solicitudes que fueron informadas por la A.F.P. y se encuentran en proceso de tramitación ante las Comisiones Médicas Regionales.
- I_{2t} (Invalidez total aprobada, en análisis por la compañía):** Son las solicitudes de pensión de invalidez con dictamen de invalidez total positivo, que encontrándose dentro del plazo de reclamación, la compañía aún no toma la decisión de aceptar la invalidez o reclamarla.
- I_{2p} (Invalidez parcial aprobada, en análisis por la compañía y por el afiliado):** Son las solicitudes de pensión de invalidez con dictamen de invalidez parcial positivo, que encontrándose dentro



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

del plazo de reclamación, la compañía o el afiliado no toma aún la decisión de aceptar la invalidez o reclamarla.

I_{3t} (**Invalidez total aprobada, reclamada por la compañía**): Solicitudes de pensión de invalidez con dictamen de invalidez total positivo, que fueron apeladas por la compañía de seguros y se encuentran en proceso de reclamación ante la Comisión Médica Central.

I_{3pc} (**Invalidez parcial aprobada, reclamada por la compañía**): Solicitudes de pensión de invalidez con dictamen de invalidez parcial positivo, que fueron apeladas por la compañía de seguros y se encuentran en proceso de reclamación ante la Comisión Médica Central.

Aquellas solicitudes, que fueran reclamadas tanto por la compañía como por el afiliado, se deberán presentar solamente bajo esta categoría.

I_{3pa} (**Invalidez parcial aprobada; reclamada por el afiliado, la A.F.P. o el IPS**): Solicitudes de pensión de invalidez con dictamen de invalidez parcial positivo, que fueron apeladas sólo por el afiliado, la A.F.P. o el IPS y se encuentran en proceso de reclamación ante la Comisión Médica Central. No se incluirán en esta categoría aquellas solicitudes que fueron reclamadas por el afiliado, la A.F.P. o el IPS y además por la compañía de seguros.

I₄ (**Rechazadas dentro del plazo de reclamación**): Solicitudes en que la invalidez fue rechazada por las Comisiones Médicas Regionales, que se encuentran dentro del plazo de reclamación y que no han sido apeladas por los afiliados, las A.F.P. o el IPS.

Por solicitudes rechazadas, dentro del plazo de reclamación, se entenderá todas aquellas para las cuales, se ha emitido un dictamen en que se señala que la causa de rechazo de la solicitud de invalidez es alguna de las siguientes:

a) El afiliado no presenta el requisito de pérdida de a lo menos el 50% de su capacidad de trabajo.

b) Invalidez de naturaleza laboral.

c) Pérdida de capacidad de trabajo mayor al 50%, ocurrida con anterioridad a la afiliación.

d) Otras causas de rechazo señaladas en la circular N°1535 u otra que la reemplace de la SP.

I₅ (**Rechazadas, reclamadas**): Corresponde a las solicitudes de pensión de invalidez con dictamen negativo, que fueron reclamadas por los afiliados, las A.F.P. o el IPS, y que aún no han sido resueltas por la Comisión Médica Central.

I_{6t} (**Invalidez total aprobada definitivamente**): Son aquellas solicitudes de pensión cuya invalidez total se encuentra definitivamente aprobada, vale decir, con dictamen ejecutoriado ya sea porque no fueron reclamadas en el plazo de apelación o porque la Comisión Médica Central resolvió la procedencia de la invalidez total.

I_{6p} (**Invalidez parcial aprobada definitivamente**): Son aquellas solicitudes de pensión cuya



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

invalidez parcial se encuentra definitivamente aprobada, vale decir, con dictamen ejecutoriado, ya sea porque no fueron reclamadas en el plazo de apelación o porque la Comisión Médica Central resolvió la procedencia de la invalidez parcial.

I_{6r} (Invalidez rechazada definitivamente): Son aquellas solicitudes de pensión cuya invalidez se encuentra rechazada definitivamente en el primer dictamen.

Para el caso de un Recurso de Reposición, se volverá a uno de los estados I₃ o I₅, según corresponda.

1.1.2. Solicitudes de pensión de invalidez por un segundo dictamen

Las solicitudes de calificación de invalidez por el segundo dictamen, dado que en el primer dictamen fueron calificadas como invalidez parcial, se clasifican en las siguientes categorías, y se mantiene un registro histórico por grupo (sexo), donde se resume el proceso de cambio de categorías que experimenten dichas solicitudes.

Cuando un dictamen llegue a una compañía de seguros antes que la solicitud de calificación de invalidez por el segundo dictamen sea informada por la administradora, éste se incorpora en la categoría que corresponda según lo señalado en el dictamen.

Las categorías de solicitudes del segundo dictamen serán las siguientes:

K₁ (Sin segundo dictamen): Corresponde a aquellas solicitudes que fueron informadas por las A.F.P. y se encuentran en proceso de tramitación ante las Comisiones Médicas Regionales.

K_{2t} (Invalidez total aprobada, en análisis por la compañía): Son las solicitudes de pensión de invalidez total con segundo dictamen de invalidez total positivo, que encontrándose dentro del plazo de reclamación, la compañía aún no toma la decisión de aceptar la invalidez o reclamarla.

K_{2p} (Invalidez parcial aprobada, en análisis por la compañía y por el afiliado): Son las solicitudes de pensión de invalidez con segundo dictamen de invalidez parcial positivo, que encontrándose dentro del plazo de reclamación, la compañía o el afiliado aún no toma la decisión de aceptar la invalidez o reclamarla.

K_{3t} (Invalidez total aprobada; reclamada por la compañía): Solicitudes de pensión de invalidez con segundo dictamen de invalidez total positivo, que fueron apeladas por la compañía de seguros y se encuentran en proceso de reclamación ante la Comisión Médica Central.

K_{3pc} (Invalidez parcial aprobada; reclamada por la compañía): Solicitudes de pensión de invalidez con segundo dictamen de invalidez parcial positivo, que fueron apeladas por la compañía de seguros y se encuentran en proceso de reclamación ante la Comisión Médica Central.

Aquellas solicitudes que fueron reclamadas tanto por la compañía como por el afiliado, se deberán presentar bajo esta categoría.

K_{3pa} (Invalidez parcial aprobada; reclamada por el afiliado, la A.F.P. o el IPS): Solicitudes de



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

pensión de invalidez con dictamen de invalidez parcial positivo, que fueron apeladas sólo por el afiliado, la A.F.P. o el IPS y se encuentran en proceso de reclamación ante la Comisión Médica Central. No se incluirán en esta categoría aquellas solicitudes que fueron reclamadas por el afiliado, la A.F.P. o el IPS y además por la compañía de seguros.

K₄ (Rechazadas dentro del plazo de reclamación): Solicitudes en que la invalidez fue rechazada por las Comisiones Médicas Regionales, que se encuentran dentro del plazo de reclamación y que no han sido apeladas por los afiliados, las A.F.P. o el IPS.

Por solicitudes rechazadas, dentro del plazo de reclamación, se entenderá todas aquellas para las cuales, se ha emitido un dictamen en que se señala que la causa de rechazo de la solicitud de invalidez es alguna de los siguientes:

- a) El afiliado no presenta el requisito de pérdida de a lo menos el 50% de su capacidad de trabajo.
- b) Invalidez de naturaleza laboral.
- c) Pérdida de capacidad de trabajo mayor al 50%, ocurrida con anterioridad a la afiliación.
- d) Otras causas de rechazo señaladas en la circular N°1535 u otra que la reemplace de la SP...

K₅ (Rechazadas, reclamadas): Corresponde a las solicitudes de pensión de invalidez con dictamen negativo, que fueron reclamadas por los afiliados, las A.F.P. o el IPS, y que aún no han sido resueltas por la Comisión Médica Central.

K_{6t} (Invalidez total aprobada definitivamente): Son aquellas solicitudes de pensión cuya invalidez total por el segundo dictamen se encuentra definitivamente aprobada, vale decir, con dictamen ejecutoriado ya sea porque no fueron reclamadas en el plazo de apelación o porque la Comisión Médica Central resolvió la procedencia de la invalidez total.

K_{6p} (Invalidez parcial aprobada definitivamente): Son aquellas solicitudes de pensión cuya invalidez parcial por el segundo dictamen se encuentra definitivamente aprobada, vale decir, con dictamen ejecutoriado ya sea porque no fueron reclamadas en el plazo de apelación o porque la Comisión Médica Central resolvió la procedencia de la invalidez parcial.

K_{6n} (No inválidos): Son aquellas solicitudes de pensión cuya invalidez se encuentra rechazada definitivamente, vale decir, con dictamen ejecutoriado y por los cuales procede, por lo tanto, el pago de la contribución.

Para el caso de un Recurso de Reposición, se volverá a uno de los estados K₃ o K₅, según corresponda.

1.2. Determinación de categorías de solicitudes de sobrevivencia

En el caso de las solicitudes de pensión de sobrevivencia correspondientes a afiliados activos éstas



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

se clasifican por grupo (hombres y mujeres) en la siguiente categoría:

S₁ (Sin comunicación aprobatoria): Son solicitudes de pensión de sobrevivencia correspondiente a afiliados activos informadas por la A.F.P. a la compañía, por las cuales ésta no ha comunicado el monto del aporte adicional correspondiente.

Se llevará un registro para cada grupo que considere las solicitudes de sobrevivencia que no están cubiertas por el seguro, esto es, que en forma definitiva no son de cargo de la compañía de seguros, ya sea porque la A.F.P. dio su conformidad por escrito a la decisión negativa de la compañía, o sin mediar intervención de esta última, la A.F.P. ha aceptado formalmente que no son de cargo de aquélla.

1.3. Cálculo de la reserva de siniestros en proceso de liquidación.

1.3.1. Solicitudes de pensión de invalidez que no tienen un primer dictamen ejecutoriado.

Las reservas para las solicitudes que no tengan un primer dictamen ejecutoriado (I_1 a I_6), se estiman de acuerdo a la expresión que se señala a continuación, salvo la categoría I_{6p} , cuya reserva se estima en base al número 1.3.2.

$$R_k = \sum_{i=1}^{10} \sum_{j=1}^{n_{ik}} [PPIT_{ik} \times CIT_{kj} + PPIP_{ik} \times CIP_{kj}] + G$$

Donde:

i: Categorías en que se encuentran las solicitudes que no tienen un primer dictamen ejecutoriado

k: Corresponde a la identificación de los grupos asegurados, esto es un grupo de mujeres y otro de hombres

j: Corresponde a la solicitud de invalidez

n_{ik} : Número de solicitudes de pensión de invalidez en la categoría i, en el grupo k

Probabilidad de pago de inválidos totales ($PPIT_{ik}$): Corresponde a la probabilidad que los siniestros en la categoría i y grupo k, lleguen a ser calificados como de invalidez total y se encuentren cubiertos por el seguro. Esta probabilidad será estimada por la compañía en base a sus propios antecedentes y a la metodología de cálculo de probabilidades propuesta en el Apéndice N° 1.

Costo de inválidos totales (CIT_{kj}): Corresponde al costo individual del siniestro j, del grupo k.

La fórmula a aplicar para la obtención de este valor es:



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

$$CIT_{kj} = CN_{kj}(TAA) - CI_{kj}$$

Donde:

$CN_{kj}(TAA)$ = Corresponde al capital necesario del siniestro liquidado j del grupo k calculado utilizando la tasa TAA, y tablas de mortalidad fijada por la Comisión para el Mercado Financiero conjuntamente con la Superintendencia de Pensiones.

TAA = Tasa del aporte adicional, de acuerdo a lo definido en el Título IV, numeral 3.2.2.1, letra a) de la presente norma.

CI_{kj} = Saldo de la cuenta individual siniestro j del grupo k

Probabilidad de pago de inválidos transitorios parciales ($PPIP_{ik}$): Corresponde a la probabilidad que los siniestros en la categoría i y del grupo k, lleguen a ser calificados como invalidez parcial por el primer dictamen y se encuentren cubiertos por el seguro. Esta probabilidad será estimada por la compañía en base a sus propios antecedentes y a la metodología de cálculo de probabilidades propuesta en el Apéndice N° 1.

Costo de inválidos parciales transitorios (CIP_{jk}): Corresponde al costo individual del siniestro j, del grupo k.

La fórmula a aplicar para la obtención de este valor es:

$$CIP_{kj} = OPT(i)_{kj} + OPD(i)_{kj} - [(CI_{kj} - SR_{kj}) \times Pp + CI_{kj} \times Pt] \times {}_3P_x$$

Donde:

x: edad (actuarial) en años a la fecha de balance

${}_3P_x$: Probabilidad de llegar vivo a la edad x + 3 años, dado que estaba vivo a los x años, usando las tablas de mortalidad para inválidos que para estos efectos fije la Comisión para el Mercado Financiero conjuntamente con la Superintendencia de Pensiones.

k: Corresponde a la identificación de los grupos asegurados, esto es distingue entre el grupo de mujeres y el de hombres

i: Tasa de interés vigente a la fecha de cálculo de la reserva, de acuerdo a lo definido en el Título IV, numeral 3.2.2.1, letra b) de la presente norma.

CI_{jk} : Saldo de la cuenta individual siniestro j del grupo k

SR_{jk} : Se entenderá por saldo retenido el 30% del saldo de la cuenta de capitalización individual por concepto de cotizaciones obligatorias (considerando bono de reconocimiento si lo hubiera), valorizado al mes anterior al del cálculo de la reserva.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

OPT(i)_{jk}: Corresponde al valor actual de las obligaciones del periodo temporal, del siniestro j del grupo k, calculado utilizando la tasa de interés i vigente a la fecha del cálculo de la reserva, y tablas de mortalidad fijada por la Comisión para el Mercado Financiero conjuntamente con la Superintendencia de Pensiones.

$$OPT(i)_{jk} = PT \times \ddot{a}_{x:\overline{3}|}^{(12)} + \sum_{z=1}^3 \left[\left(CNS(TAA)_{x+z-1} \times \frac{1}{(1+i)^{z-1}} - CI_{jk} \right) \times ({}_{z-1}P_x - {}_zP_x) \right]$$

Donde,

CNS(TAA)_{x+z-1} : Capital necesario para financiar sobrevivencia generada a la edad x+z-1 años del asegurado (incluye cuota mortuoria).

TAA : Tasa del aporte adicional, de acuerdo a lo definido en el Título IV, numeral 3.2.2.1, letra a) de la presente norma.

i : Tasa de interés vigente a la fecha de cálculo de la reserva, de acuerdo a lo definido en el Título IV, numeral 3.2.2.1, letra b) de la presente norma.

$\ddot{a}_{x:\overline{3}|}^{(12)}$: Renta actuarial unitaria desde la edad x hasta el final del período transitorio.

$$\ddot{a}_{x:\overline{3}|}^{(12)} = \left(\frac{N_x - N_{x+3}}{D_x} - \frac{11}{24} \times \frac{D_x - D_{x+3}}{D_x} \right)$$

PT : Pensión período transitorio

${}_zP_x$: Probabilidad de sobrevivir a la edad x+z dado que estaba vivo a la edad x años, usando las tablas de mortalidad para inválidos que para estos efectos fije la Comisión para el Mercado Financiero conjuntamente con la Superintendencia de Pensiones.

${}_{z-1}P_x$: Probabilidad de sobrevivir a la edad x+z-1 dado que estaba vivo a la edad x años, usando las tablas de mortalidad para inválidos que para estos efectos fije la Comisión para el Mercado Financiero conjuntamente con la Superintendencia de Pensiones.

OPD(i)_{jk}: Corresponde valor actual de las obligaciones del período diferido, incluyendo cuota mortuoria, del siniestro liquidado j del grupo k calculado utilizando la tasa de interés vigente a la fecha del cálculo de la reserva, y tablas de mortalidad fijada por la Comisión para el Mercado Financiero conjuntamente con la Superintendencia de Pensiones.

$$OPD(i)_{jk} = \left[CNI(TAA)_{x+3} \times \frac{1}{(1+i)^{x+3}} \right] \times {}_3P_x$$

Donde,



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

$CNI(TAA)_{x+3}$: Capital necesario para financiar una invalidez parcial o total generada a la edad $x+3$ del asegurado.

$$CNI(TAA)_{x+3} = CNIp(TAA)_{x+3} \times Pp + CNI t(TAA)_{x+3} \times Pt + C \times Pni$$

$CNIp(TAA)_{x+3}$: Capital necesario para financiar una invalidez parcial generada a la edad $x+3$ años del asegurado.

$CNI t(TAA)_{x+3}$: Capital necesario para financiar una invalidez total generada a la edad $x+3$ años del asegurado.

TAA : Tasa del aporte adicional, de acuerdo a lo definido en el Título IV, numeral 3.2.2.1, letra a) de la presente norma.

C : Contribuciones, correspondiente al monto representativo de las cotizaciones que el afiliado habría acumulado en su cuenta de capitalización individual, si hubiera cotizado en dicha cuenta el 10% de las pensiones de invalidez pagadas conforme al primer dictamen

Pp : Probabilidad de que un inválido parcial en el primer dictamen, sea inválido parcial en el segundo dictamen

Pt : Probabilidad de que un inválido parcial en el primer dictamen, sea inválido total en el segundo dictamen

Pni : Probabilidad de que un inválido parcial en el primer dictamen, sea declarado no inválido en el segundo dictamen

$$Pp + Pt + Pni = 1.$$

Donde,

$$Pp = \frac{NPp^{(2)}}{NPp^{(t)}}, Pt = \frac{NPt^{(2)}}{NPp^{(t)}}, Pni = \frac{NPni^{(2)}}{NPp^{(t)}}$$

$NPp^{(2)}$: número de inválidos parciales calificados como inválidos parciales en el segundo dictamen (casos en categoría K_{6p}).

$NPt^{(2)}$: número de inválidos parciales calificados como inválidos totales en el segundo dictamen (casos en categoría K_{6t}).

$NPni^{(2)}$: número de inválidos parciales declarado como no inválidos en el segundo dictamen (casos en categoría K_{6n}).

$NPp^{(t)}$: número de inválidos parciales reciben una calificación de segundo dictamen (casos en categoría $K_{6p} + K_{6t} + K_{6n}$).



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

G: Costos estimados asociados a la liquidación y pago de los siniestros

1.3.2. Inválidos parciales transitorios sin solicitud de calificación por el segundo dictamen:

Para el cálculo de la reserva se consideran las probabilidades de cambio de estado, desde el estado inicial en el primer dictamen y el estado del segundo dictamen.

Es decir:

$$\text{Reserva IP}_{jk} = \text{OPT}(i)_{jk}^2 + \text{OPD}(i)_{jk}^2 - [(CI_{jk} - SR_{jk}) \times Pp + CI_{jk} \times Pt] * [(1 - h) * {}_tP_x + h \times {}_{t+1}P_x]$$

Donde,

x: edad (actuarial) en años a la fecha de balance.

t: Años enteros que restan para terminar período transitorio desde la edad x, es decir, si quedan 2 años y cinco meses, t es igual a 2.

h: Fracción de año que se debe sumar a t para completar el período transitorio, dado el período transitorio transcurrido. En el ejemplo anterior, h = 5/12.

k: Corresponde a la identificación de los grupos asegurados, esto es distingue entre el grupo de mujeres y el de hombres.

i: Tasa de interés vigente a la fecha de cálculo de la reserva, de acuerdo a lo definido en el Título IV, numeral 3.2.2.1, letra b) de la presente norma.

${}_tP_x$: Probabilidad de sobrevivir a la edad x+t dado que estaba vivo a la edad x años, usando las tablas de mortalidad para inválidos que para estos efectos fije la Comisión para el Mercado Financiero conjuntamente con la Superintendencia de Pensiones.

${}_{t+1}P_x$: Probabilidad de sobrevivir a la edad x+t+1 dado que estaba vivo a la edad x años, usando las tablas de mortalidad para inválidos que para estos efectos fije la Comisión para el Mercado Financiero conjuntamente con la Superintendencia de Pensiones.

CI_{jk} : Saldo de la cuenta individual siniestro j del grupo k

SR_{jk} : Se entenderá por saldo retenido el 30% del saldo de la cuenta de capitalización individual por concepto de cotizaciones obligatorias (considerando bono de reconocimiento si lo hubiera), valorizado a la fecha en que quedó ejecutoriado el primer dictamen.

$\text{OPT}(i)_{jk}^2$: Corresponde al valor actual de las obligaciones del periodo temporal, del



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

siniestro j del grupo k, calculado utilizando la tasa de interés vigente a la fecha del cálculo de la reserva, y tablas de mortalidad fijada por la Comisión para el Mercado Financiero conjuntamente con la Superintendencia de Pensiones.

Para $t > 0$

$$OPT(i)_{jk}^2 = PT \times \ddot{a}_{x:t+h|}^{(12)} + (1-h) \times \sum_{z=1}^t \left[\left(CNS(TAA)_{x+z-1} \times \frac{1}{(1+i)^{z-1}} - CI_{jk} \right) \times ({}_{z-1}P_x - {}_zP_x) \right] + h \times \sum_{z=1}^{t+1} \left[\left(CNS(TAA)_{x+z-1} \times \frac{1}{(1+i)^{z-1}} - CI_{jk} \right) \times ({}_{z-1}P_x - {}_zP_x) \right]$$

Para $t = 0$

$$OPT(i)_{jk}^2 = PT \times \ddot{a}_{x:t+h|}^{(12)} + h \times [(CNS(TAA)_x - CI_{jk}) \times (1 - P_x)]$$

Donde,

$$\ddot{a}_{x:t+h|}^{(12)} = (1-h) \times \left(\frac{N_x - N_{x+t}}{D_x} - \frac{11}{24} \times \frac{D_x - D_{x+t}}{D_x} \right) + h \times \left(\frac{N_x - N_{x+t+1}}{D_x} - \frac{11}{24} \times \frac{D_x - D_{x+t+1}}{D_x} \right)$$

$CNS(TAA)_{x+z-1}$: Capital necesario para financiar sobrevivencia generada a la edad $x+z-1$ del asegurado (incluye cuota mortuoria).

TAA : Tasa del aporte adicional, de acuerdo a lo definido en el Título IV, numeral 3.2.2.1, letra a) de la presente norma.

$OPD(i)_{jk}^2$: Corresponde valor actual de las obligaciones del periodo diferido, incluyendo cuota mortuoria, del siniestro liquidado j del grupo k calculado utilizando la tasa de interés vigente a la fecha del cálculo de la reserva, y tablas de mortalidad fijada por la Comisión para el Mercado Financiero conjuntamente con la Superintendencia de Pensiones.

$$OPD(i)_{jk}^2 = (1-h) \times \left(CNI(TAA)_{x+t} \times \frac{1}{(1+i)^{x+t}} \right) \times {}_tP_x + h \times \left(CNI(TAA)_{x+t+1} \times \frac{1}{(1+i)^{x+t+1}} \right) \times {}_{t+1}P_x$$

Donde,

$CNI(TAA)_{x+t}$: Capital necesario para financiar una invalidez parcial o total generada a la edad $x+t$ años del asegurado.

$$CNI(TAA)_{x+t} = CNIp(TAA)_{x+t} \times Pp + CNI t(TAA)_{x+t} \times Pt + C \times Pni$$

Donde,

Pp: Probabilidad de que un inválido parcial en el primer dictamen, sea calificado como inválido parcial en el segundo dictamen.

Pt: Probabilidad de que un inválido parcial en el primer dictamen, sea calificado como inválido total en el segundo dictamen.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

Pni: Probabilidad de que un inválido parcial en el primer dictamen, sea declarado no inválido en el segundo dictamen.

$CNIp(TAA)_{x+t}$: Capital necesario para financiar una invalidez parcial generada a la edad $x+t$ años del asegurado.

$CNI t(TAA)_{x+t}$: Capital necesario para financiar una invalidez total generada a la edad $x+t$ años del asegurado.

TAA: Tasa del aporte adicional, de acuerdo a lo definido en el Título IV, numeral 3.2.2.1, letra a) de la presente norma.

C : Contribuciones. , correspondiente al monto representativo de las cotizaciones que el afiliado habría acumulado en su cuenta de capitalización individual, si hubiera cotizado en dicha cuenta el 10% de las pensiones de invalidez pagadas conforme al primer dictamen.

$$Pp + Pt + Pni = 1.$$

Donde,

$$Pp = \frac{NPp^{(2)}}{NPp^{(t)}}; Pt = \frac{NPt^{(2)}}{NPp^{(t)}}; Pni = \frac{NPni^{(2)}}{NPp^{(t)}}$$

$NPp^{(2)}$: número de inválidos parciales calificados como inválidos parciales en el segundo dictamen (casos en categoría K_{6p}).

$NPt^{(2)}$: número de inválidos parciales calificados como inválidos totales en el segundo dictamen (casos en categoría K_{6t}).

$NPni^{(2)}$: número de inválidos parciales declarado como no inválidos en el segundo dictamen (casos en categoría K_{6n}).

$NPp^{(t)}$: número de inválidos parciales reciben una calificación de segundo dictamen (casos en categoría $K_{6p} + K_{6t} + K_{6n}$).

La tasa de interés utilizada en la determinación de los valores actuales, corresponde a la señalada en el Título IV, numeral 3.2.2.1, letra b) de la presente norma, y el número de beneficiarios corresponderá a los declarados cuando el inválido adquiere la calidad de inválido parcial transitorio.

1.3.3. Inválidos parciales transitorios con solicitud de calificación por el segundo dictamen

Los costos asociados a las calificaciones de segundo dictamen, se calculan como el valor actual



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

de las obligaciones de la compañía en el período temporal remanente y diferido, menos el saldo de la cuenta individual actualizada a la fecha de cálculo de la reserva que corresponda a la situación de invalidez final. En el caso de calificaciones de no inválido se consideran sólo las contribuciones.

La tasa de interés utilizada en la determinación de los valores actuales, corresponde a la señalada en el Título IV, numeral 3.2.2.1, letra b) de la presente norma, y el número de beneficiarios corresponderá a los declarados cuando el inválido adquiere la calidad de inválido parcial transitorio.

Para el cálculo de la reserva se utilizan las probabilidades de llegar a estar en alguno de los estados finales posibles, determinadas del registro de probabilidades de la compañía, considerando la etapa en que se encuentre dentro del proceso de calificación de segundo dictamen.

1.3.4. Inválidos parciales transitorios fallecidos

La reserva se calcula de acuerdo a las fórmulas para sobrevivencia, menos la cuenta individual. La tasa de interés utilizada en la determinación de los valores actuales, corresponde a la señalada en el Título IV, numeral 3.2.2.1, letra a) de la presente norma y el número de beneficiarios corresponderá a los existentes a la fecha de fallecimiento.

1.3.5. Siniestros de sobrevivencia

La fórmula a aplicar en este caso, es la siguiente:

$$R_k = \sum_{j=1}^{n_k} \text{Probabilidad de pago}_k \times \text{Aporte Adicional Individual}_j + G$$

Donde,

n_k : corresponde al número de solicitudes de pensión de sobrevivencia del grupo k informadas a la compañía, a la fecha de cálculo de la reserva.

Probabilidad de pago $_k$: corresponde a la probabilidad que los siniestros del grupo k en proceso de liquidación lleguen a ser pagados por la compañía. Esta probabilidad será calculada por la compañía en base a los antecedentes históricos de cada grupo y a las instrucciones señaladas al respecto en el Apéndice N° 1.

Aporte Adicional Individual $_k$ (AAI $_k$): Corresponde a la diferencia entre el capital necesario "CN" del individuo j y el saldo de la cuenta individual "CI" del mismo individuo j. Calculado a la tasa del aporte adicional a la fecha de fallecimiento.

G: Costos estimados asociados a la liquidación y pago de los siniestros



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

2. Reserva de siniestros ocurridos y no reportados.

La reserva por siniestros ocurridos y no reportados (OYNR) corresponde a aquella que constituye la aseguradora por aquellos siniestros que han ocurrido pero que aún no han sido denunciados a la compañía.

La reserva de siniestros OYNR se realiza por grupo asegurado y considera la aplicación del método descrito en el Apéndice N° 2, para calcular la estimación de número de siniestros que han ocurrido y que aún no han sido reportados. Se define como el número mínimo de datos históricos necesarios para el desarrollo de esta metodología, a los siniestros ocurridos equivalentes a 36 meses contados desde el mes de balance hacia atrás, con un tope de 60 meses los que se deberán completar con anteriores contratos, si el contrato actual está partiendo y no existe historia suficiente.

Sin perjuicio de lo anterior, y en consideración a la naturaleza de los diferentes tipos de siniestros, invalidez y sobrevivencia, para la determinación del número de siniestros ocurridos y no reportados, así como el monto de la reserva, se tendrán en cuenta las siguientes consideraciones.

2.1. Reserva de siniestros ocurridos y no reportados de Invalidez

Para el cálculo de la reserva de siniestros OYNR, se utiliza la información de casos reales denunciados a esa fecha, considerando las solicitudes de invalidez enviadas desde las AFPs a las aseguradoras durante los 10 primeros días del mes siguiente al cierre de los estados financieros. En otras palabras, a la fecha de los estados financieros, la reserva de siniestros OYNR corresponderá a la real observada de acuerdo a lo informado por las AFPs.

En el evento que las AFPs no proporcionasen la información en la fecha señalada precedentemente, la reserva de siniestros OYNR se estima, aplicando el promedio de los siniestros liquidados y reserva de siniestros en proceso, denunciados en los doce últimos meses anteriores a la fecha de cálculo de la reserva, de acuerdo a la siguiente forma:

$$ROYNRI_k = CPMI_k$$

Donde,

$CPMI_k$: Costo promedio mensual de inválidos del grupo k (hombres y mujeres), siniestros con fecha de denuncia en los doce meses anteriores al mes del cálculo de reserva, el cual se determina de acuerdo a la siguiente expresión:

$$CPMI_k = \frac{\sum_{r=1}^{n_k} SPI_{rk}}{12} + \frac{\sum_{r=1}^{n_r} RESI_{rk}}{12}$$

Donde,



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

n_k : Corresponde al número de siniestros denunciados por invalidez del grupo k en el período de los doce meses anteriores al mes de cálculo de reserva.

SPI_{rk} : Corresponde al costo pagado del siniestro r perteneciente al grupo k, denunciado en los últimos doce meses al mes del cálculo de reserva.

$RESI_{rk}$: Corresponde a la reserva a la fecha del cálculo, del siniestro r perteneciente al grupo k, denunciado en los últimos doce meses al mes del cálculo de reserva.

2.2 Reserva de siniestros ocurridos y no reportados de sobrevivencia:

La reserva de siniestros OYNR, se estima de acuerdo a la siguiente forma:

$$RS_k = OYNRS_k * CPIS_k + CPMS_k$$

Donde,

$OYNRS_k$: Corresponde a la estimación del número de siniestros de sobrevivencia del grupo k que han ocurrido pero no han sido reportados a la compañía, calculada de acuerdo a la metodología establecida en el Apéndice N° 2.

$CPMS_k$: Costo promedio mensual de siniestros de sobrevivencia del grupo k (hombres y mujeres), siniestros con fecha de denuncia en los doce meses anteriores al mes del cálculo de reserva, el cual se determina de acuerdo a la siguiente expresión:

$$CPMS_k = \frac{\sum_{r=1}^{n_k} SPS_{rk}}{12} + \frac{\sum_{r=1}^{n_r} RESS_{rk}}{12}$$

$CPIS_k$: Costo promedio individual de siniestros de sobrevivencia del grupo k (hombres y mujeres), siniestros con fecha de denuncia en los doce meses anteriores al mes del cálculo de reserva, el cual se determina de acuerdo a la siguiente expresión:

$$CPIS_k = \frac{\sum_{r=1}^{n_k} SPS_{rk}}{n_k} + \frac{\sum_{r=1}^{n_r} RESS_{rk}}{n_k}$$

Donde,

n_k : Corresponde al número de siniestros denunciados por sobrevivencia del grupo k en el período de los doce meses anteriores al mes del cálculo de reserva .

SPS_{rk} : Corresponde al costo pagado del siniestro liquidado r perteneciente al grupo k,



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

denunciado en los últimos doce meses al mes del cálculo de reserva.

RESS_{rk}: Corresponde a la reserva a la fecha del cálculo, del siniestro r perteneciente al grupo k, denunciado en los últimos doce meses al mes del cálculo de reserva.

3. Requerimiento de Información.

Para efectos de contar con información actualizada y en un formato estándar, se recomienda a las compañías solicitar a las administradoras que tengan aseguradas el envío de la información que se señala a continuación:

- a) Dentro de los diez primeros días de cada mes, la nómina de solicitudes de pensión de invalidez ingresadas a éstas durante el mes anterior, señalando:
- Fecha de solicitud
 - Fecha de fallecimiento (si corresponde)
 - Nombre afiliado (Apellido paterno, Apellido materno y Nombres)
 - RUT afiliado
 - Fecha de nacimiento afiliado
 - Sexo afiliado (F: Femenino; M: Masculino)
 - Saldo de la cuenta individual en cuotas a la fecha de solicitud de pensión (UF)
 - Bono de Reconocimiento nominal en pesos.
 - Ingreso Base o si no se dispone del mismo la última remuneración por la cual hubiera cotizado. (UF)
 - RUT beneficiarios
 - Nombre de beneficiarios
 - Fecha de nacimiento de cada uno de los beneficiarios
 - Sexo Beneficiario (F: Femenino; M: Masculino)
 - Código de relación de parentesco con el causante (1: Cónyuge; 2: Hijos; 3: Madre o padre de hijos de filiación no matrimonial; 4: Padres; 5: Hermanos; 6: Otros; 7: Conviviente Civil)
 - Estado invalidez del beneficiario (N: no invalido; T: invalido total; P: Invalido parcial)

Se recomienda utilizar la estructura de datos establecida en el Apéndice N° 3.

Además, la nómina de solicitudes de calificación de invalidez por un primer dictamen que habiendo sido rechazadas por las comisiones médicas por corresponder a casos extrasjurisdiccionales deban volver a iniciar el trámite de calificación de invalidez en la comisión médica que le corresponda.

- b) Dentro de los diez primeros días de cada mes, la nómina de afiliados pensionados por el primer dictamen que hubieren solicitado su calificación de invalidez definitiva.

Señalando, cuando corresponda, si en meses anteriores se había informado sobre la no presentación de algún afiliado dentro de los tres meses siguientes a la fecha en que se cumplió los tres años desde la emisión del primer dictamen de invalidez parcial.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

También se informará respecto a aquellos afiliados para los cuales han transcurrido tres meses desde la fecha a partir de la cual se cumplen los tres años desde que fue emitido el primer dictamen de invalidez parcial y no se han presentado a su segunda calificación de invalidez y respecto de aquellos, en que han transcurrido seis meses, contados desde la fecha a partir de la cual se cumplen los tres años desde la emisión del primer dictamen de calificación como inválido parcial.

- c) Dentro de los 10 primeros días de cada mes, el envío de las solicitudes de pensión de sobrevivencia ingresadas en la A.F.P. durante el mes anterior, correspondiente a afiliados pensionados por invalidez parcial de acuerdo al primer dictamen que hubieren fallecido.
- d) Dentro del plazo de los 10 primeros días de cada mes, el envío de las solicitudes de pensión de sobrevivencia efectuados por beneficiarios de afiliados activos fallecidos durante el mes anterior.

Se incluirá también y dentro del mismo plazo, el envío de información sobre afiliados que se encuentren calificando su invalidez por el primer dictamen, pero que fallezcan antes que éste se encuentre ejecutoriado.

La recepción de las solicitudes antes señaladas determinará la obligación de constituir la reserva de siniestros en proceso de liquidación.

Así, la reserva de siniestros en proceso de liquidación a un mes determinado, incluirá aquellas solicitudes de pensión de invalidez y de sobrevivencia ingresadas a las administradoras hasta el último día del mes anterior al del cálculo de la reserva.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

Apéndice N° 1: Probabilidades

Los cálculos de las probabilidades de los siniestros de invalidez y sobrevivencia cubiertos por este seguro, serán desarrollados de acuerdo a lo que se señala a continuación y con un historial de información comprendido entre 3 y 5 años:

1. Solicitudes de Pensión de Invalidez

1.1. Cálculo de probabilidades de pago de invalidez de acuerdo al primer dictamen:

A las diez categorías definidas en el Anexo N° 3, numeral 1.1.1, aplicarán la probabilidad de pago que les corresponda, la que se calculará multiplicando la probabilidad de invalidez de cada categoría por la probabilidad de cobertura de invalidez de la compañía, de modo que a la categoría I_n le corresponde la probabilidad:

$$P(PI_n) = P(I_n) \times P(SI)$$

Donde,

- n = número de categoría
- I_n = categoría de invalidez n
- $P(PI_n)$ = probabilidad de pago de invalidez de los siniestros en categoría n
- $P(I_n)$ = probabilidad de invalidez de los siniestros en categoría n
- $P(SI)$ = probabilidad de cobertura de invalidez de la compañía

Para el cálculo de las probabilidades se ocupará el registro de probabilidades con una historia de 5 años contados desde la fecha del cálculo de la reserva hacia atrás.

1.1.1. Probabilidades de invalidez

- a) Por el primer dictamen: Son las probabilidades que las solicitudes de pensión de invalidez de cada categoría, sean aprobadas por las Comisiones Médicas.

Se calcularán de la siguiente forma:

I_1 Sin dictamen:

a) Invalidez total

$PT(I_1)$ = Probabilidad de declararse invalido total, estando en la I_1

$$\left[\frac{Col\ 2}{Col\ 1} \times \frac{Col\ 6}{Col\ 5} \times \frac{Col\ 16}{Col\ 15} \right] + \left[\frac{Col\ 2}{Col\ 1} \times \frac{Col\ 7}{Col\ 5} \right] + \left[\frac{Col\ 4}{Col\ 1} \times \frac{Col\ 13}{Col\ 12} \times \frac{Col\ 29}{Col\ 27} \right] + \left[\frac{Col\ 3}{Col\ 1} \times \frac{Col\ 9}{Col\ 8} \times \frac{Col\ 21}{Col\ 19} \right] + \left[\frac{Col\ 3}{Col\ 1} \times \frac{Col\ 10}{Col\ 8} \times \frac{Col\ 25}{Col\ 23} \right]$$

b) Invalidez parcial



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

$PP(I_1)$ = Probabilidad de declararse invalido parcial, estando en la I_1

$$\left[\frac{Col 3}{Col 1} \times \frac{Col 9}{Col 8} \times \frac{Col 20}{Col 19} \right] + \left[\frac{Col 3}{Col 1} \times \frac{Col 11}{Col 8} \right] + \left[\frac{Col 3}{Col 1} \times \frac{Col 10}{Col 8} \times \frac{Col 24}{Col 23} \right] + \left[\frac{Col 4}{Col 1} \times \frac{Col 13}{Col 12} \times \frac{Col 30}{Col 27} \right] + \left[\frac{Col 2}{Col 1} \times \frac{Col 6}{Col 5} \times \frac{Col 17}{Col 15} \right]$$

I_{2t} Invalidez total aprobada en análisis compañía

a) Invalidez total

$PT(I_{2t})$ = Probabilidad de declararse invalido total, estando en la I_{2t}

$$\left[\frac{Col 7}{Col 5} \right] + \left[\frac{Col 6}{Col 5} \times \frac{Col 16}{Col 15} \right]$$

b) Invalidez parcial

$PP(I_{2t})$ = Probabilidad de declararse invalido parcial, estando en la I_{2t}

$$\left[\frac{Col 6}{Col 5} \times \frac{Col 17}{Col 15} \right]$$

I_{2p} Invalidez parcial aprobada, en análisis por la compañía

a) Invalidez total

$PT(I_{2p})$ = Probabilidad de declararse invalido total, estando en la I_{2p}

$$\left[\frac{Col 9}{Col 8} \times \frac{Col 21}{Col 19} \right] + \left[\frac{Col 10}{Col 8} \times \frac{Col 25}{Col 23} \right]$$

b) Invalidez parcial

$PP(I_{2p})$ = Probabilidad de declararse invalido parcial, estando en la I_{2p}

$$\left[\frac{Col 9}{Col 8} \times \frac{Col 20}{Col 19} \right] + \left[\frac{Col 10}{Col 8} \times \frac{Col 24}{Col 23} \right] + \left[\frac{Col 11}{Col 8} \right]$$

I_{3t} Invalidez total, aprobada, reclamada por la compañía

a) Invalidez total



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

$PT(I_{3t})$ = Probabilidad de declararse invalido total, estando en la I_{3t}

$$\left[\frac{Col\ 16}{Col\ 15} \right]$$

b) Invalidez parcial

$PP(I_{3t})$ = Probabilidad de declararse invalido parcial, estando en la I_{3t}

$$\left[\frac{Col\ 17}{Col\ 15} \right]$$

I_{3Pc} Invalidez parcial aprobada, reclamada por la compañía

a) Invalidez total

$PT(I_{3pc})$ = Probabilidad de declararse invalido total, estando en la I_{3pc}

$$\left[\frac{Col\ 21}{Col\ 19} \right]$$

b) Invalidez parcial

$PP(I_{3pc})$ = Probabilidad de declararse invalido parcial, estando en la I_{3pc}

$$\left[\frac{Col\ 20}{Col\ 19} \right]$$

I_{3Pa} Invalidez parcial aprobada, reclamada por el afiliado

a) Invalidez total

$PT(I_{3pa})$ = Probabilidad de declararse invalido total, estando en la I_{3pa}

$$\left[\frac{Col\ 25}{Col\ 23} \right]$$

b) Invalidez parcial

$PP(I_{3pa})$ = Probabilidad de declararse invalido parcial, estando en la I_{3pa}



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

$$\left[\frac{\text{Col 24}}{\text{Col 23}} \right]$$

I₄ Rechazadas, dentro del plazo de reclamación

a) Invalidez total

PT(I₄) = Probabilidad de declararse invalido total, estando en la I₄

$$\left[\frac{\text{Col 13}}{\text{Col 12}} \times \frac{\text{Col 29}}{\text{Col 27}} \right]$$

b) Invalidez parcial

PP(I₄) = Probabilidad de declararse invalido parcial, estando en la I₄

$$\left[\frac{\text{Col 13}}{\text{Col 12}} \times \frac{\text{Col 30}}{\text{Col 27}} \right]$$

I₅ Rechazadas en proceso de reclamación

a) Invalidez total

PT(I₅) = Probabilidad de declararse invalido total, estando en la I₅

$$\left[\frac{\text{Col 29}}{\text{Col 27}} \right]$$

b) Invalidez parcial

PP(I₅) = Probabilidad de declararse invalido parcial, estando en la I₅

$$\left[\frac{\text{Col 30}}{\text{Col 27}} \right]$$

I_{6t} Invalidez total definitiva

a) Invalidez total

PT(I_{6t}) =1, Probabilidad de declararse invalido total, estando en la I_{6t}

b) Invalidez parcial

PP(I_{6t}) =0, Probabilidad de declararse invalido parcial, estando en la I_{6t}



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

I_{6p} Invalidez parcial definitiva

a) Invalidez total

$PT(I_{6p}) = 0$, Probabilidad de declararse invalido total, estando en la I_{6p}

b) Invalidez parcial

$PP(I_{6p}) = 1$, Probabilidad de declararse invalido parcial, estando en la I_{6p}

b) Por el segundo dictamen (para invalidez parcial): Estas probabilidades se determinan en forma análoga a lo señalado en la letra a) anterior, pero considerando la información del registro de probabilidades del segundo dictamen.

1.1.2. Probabilidad de cobertura de invalidez

Es la probabilidad que las solicitudes de invalidez aprobadas por las Comisiones Médicas sean de cargo de la compañía de seguros.

a) Para las solicitudes que se encuentren en proceso de calificación de invalidez por el primer dictamen, esta se calcula de la siguiente forma:

P(SI)	Probabilidad de cobertura de invalidez	
	Total	Parcial
	<i>Col 32</i>	<i>Col 35</i>
	<i>Col 31</i>	<i>Col 34</i>

En aquellos casos en que exista la certeza de cobertura, esta probabilidad deberá ser igual a uno (1).

b) Para las solicitudes que se encuentran en proceso de calificación de invalidez por el segundo dictamen, la probabilidad de cobertura es igual a 1.

1.2. Registros de probabilidades de invalidez:

En el caso de invalidez parcial, las compañías llevarán dos registros de probabilidades por grupo, el primero corresponde a las solicitudes que se encuentran en proceso de calificación de invalidez por el primer dictamen y el segundo corresponde a las solicitudes que se encuentran en proceso de calificación de invalidez por el segundo dictamen. En el caso de invalidez total, las compañías aseguradoras llevarán un registro de probabilidad, que corresponde a las solicitudes que se encuentran en proceso de calificación de invalidez por el primer y único dictamen.

Los mencionados registros, cuyo formato se incluye en este apéndice, serán elaborados de



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
 FOLIO: RES-175-21-86455-S

acuerdo a las siguientes indicaciones y estarán disponible ante cualquier solicitud de la Comisión para el Mercado Financiero:

Instrucciones comunes a ambos registros

- Grupo** : Identificar el grupo al que pertenece (Hombres y Mujeres)
- Mes_i** : En esta columna se indica el mes y el año al que se refiere la información que se informa en la línea respectiva.
- Columna 1** : Corresponde informar el total de solicitudes de pensión de invalidez, resueltas por las Comisiones Médicas Regionales, cuyo dictamen fue notificado a la compañía en el mes i. La cifra que aquí se señale debe ser igual a la suma de las cifras que se muestran en las columnas 2, 3 y 4.
- Columna 2** : Corresponde al número de solicitudes de invalidez aprobadas como invalidez total por las Comisiones Médicas Regionales, cuyo dictamen positivo fue notificado a la compañía en el mes i.
- Columna 3** : Corresponde al número de solicitudes de invalidez, aprobadas como invalidez parcial por las Comisiones Médicas Regionales, cuyo dictamen positivo fue notificado a la compañía en el mes i.
- Columna 4** : Corresponde señalar las solicitudes de pensión de invalidez rechazadas por las Comisiones Médicas Regionales, cuyo dictamen fue notificado a la compañía en el mes i.
- Columna 5** : Corresponde mostrar el número de solicitudes de invalidez aprobadas por las Comisiones Médicas Regionales, como invalidez total, que han sido reclamadas por la compañía, más aquellas cuya invalidez total fue aceptada definitivamente por ésta en el mes i. La cifra que se indique debe ser igual a la suma de las cifras que se señalen en las columnas 6 y 7. Este número, no tiene necesariamente que coincidir con el dato que se señala en la columna 2.
- Columna 6** : Corresponde señalar el número de solicitudes de invalidez aprobadas como invalidez total por las Comisiones Médicas Regionales, que han sido apeladas por la compañía en el mes i.
- Columna 7** : Corresponde al número de solicitudes de invalidez, que habiendo sido aprobadas como invalidez total, la compañía ha aceptado definitivamente el dictamen en el mes i, ya sea por haber vencido el plazo de reclamación sin que ésta hubiera apelado o por haber decidido la compañía dentro del plazo de reclamación, que no procede la apelación del dictamen.
- Columna 8** : Corresponde mostrar el número de solicitudes de invalidez aprobadas como



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

invalidez parcial por las Comisiones Médicas Regionales, que han sido reclamadas por la compañía, el afiliado, la AFP o el IPS, en el mes *i* más aquellas aceptadas definitivamente en dicho mes. El dato que aquí se indique debe ser igual a la suma de los números que se señalen en las columnas 9, 10 y 11. Esta cifra no tiene necesariamente que coincidir con la que se señala en la columna 3.

Columna 9 : Corresponde indicar el número de solicitudes de invalidez aprobadas como invalidez parcial por las Comisiones Médicas Regionales, que fueron apeladas por la compañía en el mes *i*.

Incluye además las solicitudes que fueron apeladas por la compañía y el afiliado en el mes *i*.

Columna 10 : Corresponde al número de solicitudes de invalidez aprobadas como invalidez parcial por las Comisiones Médicas Regionales, que han sido reclamadas sólo por el afiliado, la AFP o el IPS, en el mes *i*.

Columna 11 : Son aquellos casos aprobados como invalidez parcial, que en el mes *i* han sido aceptados por haber vencido el plazo de apelación.

Columna 12 : Corresponde mostrar el número de solicitudes de invalidez, que habiendo sido rechazadas por las Comisiones Médicas Regionales, han sido reclamadas por los afiliados, la AFP o el IPS, o en el mes *i* se encuentran fuera del plazo legal, establecido para presentar la reclamación correspondiente. La cifra que aquí se indica debe ser igual a la suma de las cifras que se señalen en las columnas 13 y 14.

Columna 13 : Número de solicitudes de pensión de invalidez rechazadas por las Comisiones Médicas Regionales, que fueron reclamadas por el afiliado, la AFP o el IPS, situación notificada a la compañía en el mes *i*.

Columna 14 : Son aquellas solicitudes de pensión de invalidez rechazadas, que enteraron dentro del mes *i*, 15 días hábiles corridos desde la fecha de notificación del dictamen, sin que se haya comunicado a la compañía una apelación del afiliado, de la AFP o del IPS

Columna 15 : Corresponde al número de casos resueltos por la Comisión Médica Central, y notificadas a la compañía en el mes *i*, provenientes de reclamaciones efectuadas por ésta con respecto a dictámenes de invalidez total. La cifra debe corresponder a la suma de las cifras que se muestren en las columnas 16, 17, 18.

Columna 16 : Corresponde mostrar el número de dictámenes de invalidez total apelados por la compañía y ratificados por la Comisión Médica Central, situación conocida por la compañía en el mes *i*.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

- Columna 17** : Corresponde al número de dictámenes de invalidez total, apelados por la compañía, que fueron calificados, como casos de invalidez parcial, situación conocida por la compañía en el mes i.
- Columna 18** : Corresponde indicar el número de dictámenes de invalidez total, apelados por la compañía, que fueron calificados en definitiva como no inválidos, situación conocida por la compañía en el mes i.
- Columna 19** : Corresponde mostrar el número de casos resueltos por la Comisión Médica Central, y notificados a la compañía en el mes i, provenientes de reclamaciones efectuadas por ésta con respecto a dictámenes de invalidez parcial. La cifra debe corresponder a la suma de las cifras que se muestren en las columnas 20, 21 y 22.
- Columna 20** : Corresponde al número de dictámenes de invalidez parcial, apelados por la compañía, que fueron calificados en definitiva como invalidez parcial, situación conocida por la compañía en el mes i.
- Columna 21** : Corresponde señalar el número de dictámenes de invalidez parcial, apelados por la compañía, que fueron calificados, como casos de invalidez total, situación conocida por la compañía en el mes i.
- Columna 22** : Corresponde al número de dictámenes de invalidez parcial, apelados por la compañía, que fueron calificados en definitiva como no inválidos, situación conocida por la compañía en el mes i.
- Columna 23** : Corresponde indicar el total de resoluciones de la Comisión Médica Central, notificados a la compañía en el mes i proveniente de apelaciones de los afiliados, la AFP o el IPS, con respecto a dictámenes de invalidez parcial. La cifra que se indique debe corresponder a la suma de los datos que se muestren en las columnas 24, 25 y 26.
- Columna 24** : Corresponde mostrar los dictámenes de invalidez parcial, reclamados por el afiliado, la AFP o el IPS, ratificados por la Comisión Médica Central, situación conocida por la compañía en el mes i.
- Columna 25** : Son aquellos dictámenes de invalidez parcial apelados por el afiliado, la AFP o el IPS, modificados por la Comisión Médica Central, siendo calificados en definitiva como invalidez total, situación conocida por la compañía en el mes i.
- Columna 26** : Corresponde señalar los dictámenes de invalidez parcial, apelados por los afiliados, la AFP o el IPS, notificados por la Comisión Médica Central, siendo calificados en definitiva como no inválidos, situación conocida por la compañía en el mes i.
- Columna 27** : Corresponde al número de casos resueltos por la Comisión Médica Central y



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

notificados a la compañía en el mes i, provenientes de reclamaciones efectuadas por los afiliados, la AFP o el IPS a dictámenes de rechazo. Esta cifra debe ser igual a la suma de las cifras que se muestren en las columnas 28, 29 y 30.

Columna 28 : Corresponde indicar los dictámenes de rechazo a solicitudes de invalidez emitidos por las Comisiones Médicas Regionales, reclamados por los afiliados, la AFP o el IPS, que son ratificados por la Comisión Médica Central, resoluciones conocidas por la compañía en el mes i.

Columna 29 : Corresponde al número de dictámenes de rechazo a solicitudes de pensión de invalidez, apelados por los afiliados, la AFP o el IPS ante la Comisión Médica Central, que fueron modificados, y dictaminados como invalidez total, situación conocida por la compañía en el mes i.

Columna 30 : Corresponde indicar el número de dictámenes de rechazo a las solicitudes de pensión de invalidez emitidos por las Comisiones Médicas Regionales apelados por los afiliados, la AFP o IPS y que fueron modificados por la Comisión Médica Central, estableciéndose su derecho a percibir una pensión de invalidez parcial, situación notificada a la compañía en el mes i.

Columna 31 : Son aquellas solicitudes de pensión cuya invalidez total por el primer y único dictamen fue definitivamente establecida y que se encuentran en alguno de los siguientes casos:

(1) La compañía determina que está cubierto por el seguro, por lo tanto procede el pago de las prestaciones señaladas en la póliza.

(2) La AFP aceptó formalmente en el mes en cuestión que no tenía cobertura de seguro. En caso de conflicto entre las partes, sólo deben incluirse aquellos casos que han sido ejecutoriados durante el mes en cuestión ya sea en contra o a favor de la compañía, incluyéndose en las columnas 32, o 33, según corresponda.

Columna 32 : Corresponde indicar el número de solicitudes con dictámenes de invalidez total cubiertos por el seguro, y a los cuales, en el mes i se clasificaron como inválidos totales, vale decir, inválidos para los cuales en el mes i se cuenta con los antecedentes necesarios para la determinación de su costo.

Columna 33 : Corresponde al número de solicitudes aprobadas por las Comisiones Médicas que no son de cargo de la compañía por estar fuera de la cobertura del seguro, y por las cuales la AFP dió formalmente su conformidad por escrito, en el mes i, al pronunciamiento de la entidad aseguradora o sin mediar intervención de ésta última, la AFP ha aceptado en el mes i, que no es de cargo de aquella.

Columna 34 : Son aquellas solicitudes de pensión cuya invalidez parcial por el primer dictamen



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

fue definitivamente establecida y que se encuentran en alguno de los siguientes casos:

- (1) La compañía determina que está cubierto por el seguro, por lo tanto procede el pago de las prestaciones señaladas en la póliza.
- (2) La AFP aceptó formalmente en el mes en cuestión, que no tenía cobertura de seguros.

En caso de conflictos entre las partes, sólo deben incluirse aquellos casos que han sido ejecutoriados durante el mes en cuestión, ya sea en contra o a favor de la compañía, incluyéndose en las columnas 35 o 36, según corresponda.

Columna 35 : Corresponde indicar el número de solicitudes con dictámenes de invalidez parcial cubierto por el seguro, y a los cuales, en el mes *i*, se clasificaron como inválidos parciales transitorios, vale decir, inválidos para los cuales en el mes *i*, se cuenta con los antecedentes necesarios para la determinación de su costo.

Columna 36 : Corresponde al número de solicitudes aprobadas por las Comisiones Médicas que no son de cargo de la compañía por estar fuera de la cobertura del seguro, y por las cuales la AFP dio formalmente su conformidad por escrito, en el mes *i*, al pronunciamiento de la entidad aseguradora o sin mediar intervención de esta última, la AFP ha aceptado en el mes *i*, que no es de cargo de aquélla.

2. SOLICITUDES DE PENSIÓN DE SOBREVIVENCIA

2.1. Cálculo de probabilidades de pago de sobrevivencia:

A la categoría definida el Anexo N° 3, numeral 1.2, se le aplica la probabilidad de pago que a continuación se señala, la que se calcula en la forma que se indica:

$$P(PS) = P(SS)$$

Donde,

P(PS) = probabilidad de pago de sobrevivencia

P(SS) = probabilidad de cobertura de sobrevivencia

Para el cálculo de las probabilidades se ocupará el registro de probabilidades con una historia de 5 años contados desde la fecha del cálculo de la reserva hacia atrás

Probabilidad de cobertura de sobrevivencia: Es la proporción de las solicitudes de pensión de sobrevivencia del total de fallecidos, que son de cargo de la compañía de seguros.

Categoría

Probabilidad de cobertura de sobrevivencia



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

S.1 Sin comunicación aprobatoria

$\frac{Col\ 2}{Col\ 1}$

En aquellos casos en que exista certeza de cobertura, esta probabilidad deberá ser igual a uno (1).

2.2. Registro de probabilidades de sobrevivencia:

Para el cálculo de estas probabilidades, la compañía mantendrá un registro, el cual será elaborado en forma separada para cada grupo.

El mencionado registro, cuyo formato se incluye en el presente apéndice, será confeccionado de acuerdo a las siguientes indicaciones:

Grupo : Mujeres o Hombres
Mes_i : En esta columna se indica el mes y el año al que se refiere la información que se informa en la línea respectiva.

Columna 1 : Es la suma de las columnas 2 y 3. Corresponde al número de solicitudes de pensión de sobrevivencia que la compañía liquidó en el mes_i, más aquellas por las que la AFP aceptó formalmente en dicho mes que no estaban cubiertas por el seguro.

En caso de conflictos que se ventilen ante un tribunal ordinario o arbitral, los fallos ejecutoriados en contra o a favor de la compañía, que se conozcan en el mes_i, se incluirán en las columnas 2 o 3, según corresponda. En tanto no haya fallo ejecutoriado, estas solicitudes no se incluirán en el cómputo de probabilidades.

Columna 2 : Corresponde al número de solicitudes que la compañía liquidó en el mes_j, es decir, aquellas por las cuales emitió una resolución en que comunicó el monto del aporte adicional. También deben incluirse en esta columna los casos en que el monto del aporte adicional es cero, por no existir beneficiarios.

Columna 3 : Número de solicitudes rechazadas por la compañía por estar fuera de la cobertura del seguro, y por las cuales la AFP comunicó formalmente a la compañía en el mes_i, su conformidad a dicha decisión, o sin mediar intervención de esta última, la AFP aceptó formalmente en el mes_i, que no es de cargo de aquélla.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
 FOLIO: RES-175-21-86455-S

Apéndice N° 2: Método de Cálculo para la Reserva de Siniestros ONYR

1. Desarrollo del Método de Cálculo para la Reserva ONYR

Se construirá una matriz para el número de siniestros, según el año y el mes de ocurrencia del siniestro y año y mes de notificación a la compañía, tal como se presenta en la siguiente figura:

Mes de Ocurrencia del Siniestro	Desfase de Notificación					
	1	2	.	j	.	N
Mes 1	C ₁₁	C ₁₂	....	C _{1j}	...	C _{1N}
Mes 2	C ₂₁	C ₂₂	....	C _{2j}	....	C _{2N}
Mes 3	C ₃₁	C ₃₂	....	C _{3j}	....	C _{3N}
Mes 4	C ₄₁	C ₄₂	....	C _{4j}		C _{4N}
.
.
.
Mes i	C _{i1}	C _{i2}	....	C _{ij}		C _{iN}
.
.
.
Mes (K-1)	C _{(K-1)1}	C _{(K-1)2}	....	C _{(K-1)j}		C _{(K-1)N}

Donde,

C_{ij} = corresponde a la cantidad de siniestros notificados a la compañía, de los siniestros ocurridos en el mes i y notificados j meses después de ocurridos.

Nota: La matriz de número de siniestros, empieza con un mes de desfase por los plazos de notificación a las compañías que es con un atraso de 1 mes. A su vez la matriz termina en el mes K-1, por el mismo motivo.

A partir de los C_{ij} se debe construir la matriz de siniestros acumulados S_{ij}, donde S_{ij} corresponde al número acumulado de siniestros de todos los siniestros ocurridos en el mes i, esto es:

$$S_{ij} = \sum_{h=1}^j C_{ih} \quad \text{donde } i+j \leq N+1$$



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

La matriz de los S_{ij} estaría dada por:

Mes de Ocurrencia del Siniestro	Desfase de Notificación					
	1	2	.	j	.	N
Mes 1	S_{11}	S_{12}	....	S_{1j}	...	S_{1N}
Mes 2	S_{21}	S_{22}	....	S_{2j}	....	S_{2N}
Mes 3	S_{31}	S_{32}	....	S_{3j}	....	S_{3N}
Mes 4	S_{41}	S_{42}	....	S_{4j}		S_{4N}
.
.
.
Mes i	S_{i1}	S_{i2}	....	S_{ij}		S_{iN}
.
.
.
Mes (K-1)	$S_{(K-1)1}$	$S_{(K-1)2}$	....	$S_{(K-1)j}$		$S_{(K-1)N}$

Donde,

N: Diferencia de meses entre el mes K y el mes 1.

Cada diagonal de la matriz de número de siniestros. S_{1N} , $S_{2(N-1)}$, ..., $S_{(k-2)2}$ y $S_{(k-1)1}$ son los números acumulados de siniestros al mes K. La información correspondiente a los elementos del triángulo situados a la derecha de la diagonal principal (mes K) son, en estos momentos desconocidos (Siniestros ocurridos pero no reportados). (K es el mes de la fecha de balance)

Lo que se debe estimar es la porción derecha de la matriz (triángulo derecho) que se puede denotar de la siguiente forma:

$$OYNRS = \sum_{i=1}^{K-1} OYNRS_i = \sum_{i=1}^{K-1} S_{i\infty} - S_{i(k-i)}$$

Esto es, se trata de estimar ($S_{i\infty}$) para $i = 1, 2, \dots, K$, a fin de determinar la provisión total.

Entonces para cada mes de notificación se tendrán que calcular los siguientes factores:



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

$$qS_j = \frac{\sum_{i=1}^{K-j-1} S_{i(j+1)}}{\sum_{i=1}^{K-j-1} S_{ij}} \quad j=\{1,2,\dots,N-1\}$$

Donde $qS_N=1$,

$$QS_j = \prod_{h=j}^N q_h \quad j=\{1,2,\dots,N\}$$

Finalmente para obtener el factor de reserva de OYNR se deben sumar los $OYNR_i$ para todos los años de observación, esto es:

$$OYNRS = \sum_{i=1}^{K-1} OYNRS_i = \sum_{i=1}^{K-1} S_{(K-i)i} (QS_{K-i} - 1)$$

En el caso de concluir la vigencia del contrato de invalidez y sobrevivencia suscrito por las AFPs, y de no ser posible determinar la reserva de ocurridos y no reportados, entonces dicha reserva se constituirá de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{RESERVA} = OYNRS_K * WS$$

Donde

K: Ultimo mes de vigencia del contrato

$$WS = \frac{\sum_{i=1}^{K-g} OYNRS_i}{OYNRS}$$

g: diferencia de meses entre el último mes de contrato(K) y el mes de cálculo de esta reserva.

La matriz se calcula hasta un mes después de terminado el contrato, y el WI, dos meses después de terminado el contrato.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

Apéndice N° 3: Archivo Electrónico

Para el envío de información desde las AFPs a las compañías de seguros, se recomienda la siguiente estructura de datos:

Archivos: invalidosaaaamm.txt/sobrevivenciaaaaamm.txt			
Información del Campo	Tamaño	Formato o Contenido	Posición
Fecha de solicitud	9(08)	aaaammdd	1
Fecha de fallecimiento	9(08)	aaaammdd	2
Nombre afiliado	X(50)	Apellido paterno, Apellido materno y Nombres	3
RUT afiliado	X(09)		4
Fecha de nacimiento afiliado	9(08)	aaaammdd	5
Sexo afiliado	X(01)	F: Femenino M: Masculino	6
Saldo de la cuenta individual en cuotas a la fecha de la solicitud de pensión (UF)	9(05)V9(02)		7
Bono de reconocimiento nominal en pesos	9(05)V9(02)		8
Ingreso Base o si no se dispone del mismo la última remuneración por la cual hubiera cotizado .(UF)	9(05)V9(02)		9
RUT beneficiarios	X(09)		10
Nombre de los beneficiarios	X(50)		11
Fecha de nacimiento de cada uno de los beneficiarios	9(08)	aaaammdd	12
Sexo beneficiario	X(01)	F: Femenino M: Masculino	13
Código de relación de parentesco con el causante	9(01)	1: Cónyuge 2: Hijos 3: Madre o padre de hijos de filiación no matrimonial 4: Padres 5: Hermanos 6: Otros 7: Conviviente Civil	14
		N: no invalido T: invalido total	



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

Estado invalidez del beneficiario	X(01)	P: invalido parcial	15
-----------------------------------	-------	---------------------	----

IX. ANEXO PRINCIPIOS Y RECOMENDACIONES INTERNACIONALES Y JURISDICCIONES EXTRANJERAS

IX.1 IFRS 17 y IASB

La IFRS Foundation es una organización internacional sin fines de lucro, responsable de desarrollar un cuerpo único de estándares globales de alta calidad, conocidos como estándares IFRS (NIIF en español).

Su misión es desarrollar estándares que brinden transparencia, responsabilidad y eficiencia a los mercados financieros alrededor del mundo. Su trabajo sirve al interés público fomentando la confianza, crecimiento y la estabilidad financiera a largo plazo en la economía global.

En la actualidad los estándares IFRS son requeridos en más de 140 jurisdicciones, y muchas otras permiten su uso.

Por otro lado, el IASB es el organismo independiente de establecimiento de normas contables de la IFRS Foundation. Este fue fundado el 1 de abril de 2001, como sucesor de la IASC (International Accounting Standards Committee).

A continuación, se resumen los principales hitos del proyecto, el estado actual y las etapas hasta su adopción internacional:

- 1997-2016: Discusión del proyecto: desde identificación de necesidades de definir reglas para el mercado asegurador, pasando por IFRS4, hasta la publicación de los primeros borradores en junio 2013.
- Mayo 2017: se publica el estándar definitivo (IFRS 17), contemplándose su aplicación preliminarmente para el 1 de Enero de 2021.
- 2017-2019: Discusión de metodologías, análisis de impactos y diseño de procesos y sistemas necesarios para la implementación
- Finales de 2018: se aplaza la implementación del estándar al 01 de enero de 2022
- 2022: Inicio del periodo Comparativo
- 2023: Aplicación Efectiva del estándar desde el 01 de Enero.

Actualmente la contabilidad de los contratos de seguros se lleva a cabo a través de IFRS u otras normas contables representativas de la realidad de cada país, como USGAAP en Estados Unidos.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
 FOLIO: RES-175-21-86455-S

Se resumen a continuación las razones por las cuales surge la necesidad de una nueva IFRS, que aparecen en el texto “Fundamentos de las conclusiones de la NIIF 17 Contratos de Seguros”:

La IFRS 4 permitía a las compañías usar una amplia variedad de prácticas contables para los contratos de seguro, reflejando por lo tanto los requerimientos de contabilidad nacionales. Las diferencias en el tratamiento contable entre jurisdicciones y productos hicieron difícil, para los inversores y analistas, comprender y comparar los resultados de las aseguradoras. Los riesgos de seguros complejos y a largo plazo son difíciles de reflejar en la medición de los contratos de seguro. Además, los contratos de seguro no se negocian habitualmente en los mercados y pueden incluir un componente de inversión significativo, planteando problemas de medición adicionales. Algunas prácticas anteriores de contabilización de seguros, permitidas según la IFRS 4, no reflejaban adecuadamente las verdaderas situaciones financieras subyacentes ni el rendimiento procedente de estos contratos de seguro

Los contratos de seguro se excluyen del alcance de muchas Normas IFRS existentes que, en otro caso, podrían aplicarse a estos contratos, incluyendo Normas sobre: ingresos de actividades ordinarias (IFRS 15); pasivos (véase la NIC 37); e instrumentos financieros (IFRS 9 y IAS 32).

El modelo requerido por IFRS 17 puede aplicarse a todos los tipos de contratos de seguro. Adicionalmente, IFRS 17 requiere que algunos componentes de un contrato de seguro se separen si los flujos de efectivo atribuibles a los componentes individuales son distintos. En esos casos, los problemas creados por las interdependencias son menos significativos.

Considerando las definiciones de IFRS 17, algunos de los motivos por los que sería inapropiado contabilizar los contratos de seguro usando otros modelos de contabilización de seguros nacionales, es porque muchos de estos modelos:

- No usan estimaciones de todos los flujos de efectivo;
- No requieren la medición del riesgo de forma explícita, aun cuando el riesgo es la esencia del seguro;
- No reflejan el valor temporal del dinero ni el valor intrínseco de algunas o todas las opciones y garantías implícitas, y además miden el valor temporal del dinero y el valor intrínseco de forma que es incongruente con los precios de mercado corrientes;
- Carecen de aceptación global; y
- Presentan el rendimiento financiero de una entidad, concretamente por seguros de vida, de forma difícil de comprender para los usuarios de los estados financieros.

Se consideró si los requerimientos de regulación que ya se usan por las aseguradoras podría formar la base de los requerimientos de la IFRS 17 a efectos de la información financiera. Sin embargo, se destaca que:



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
 FOLIO: RES-175-21-86455-S

- Aunque algunos requerimientos de regulación exigen la medición de mercado corriente congruente de los flujos de efectivo futuros, se centran en la solvencia, y no consideran información del rendimiento financiero. Por ello, por ejemplo, la medición requerida por Solvencia II, una regulación adoptada por la Unión Europea, es ampliamente congruente con la medición de los flujos de efectivo procedentes del cumplimiento requerida por la IFRS 17. Sin embargo, Solvencia II no considera la determinación o información del rendimiento financiero de una entidad a lo largo del tiempo, que según la IFRS 17 se logra a través del margen de servicio contractual.
- Los requerimientos de regulación pueden incluir simplificaciones y soluciones prácticas que son apropiadas en el contexto del régimen de regulación en el que se desarrollaron, pero que pueden no serlo en un entorno de información financiera internacional.
- La información de regulación con frecuencia incluye requerimientos de jurisdicción específicos, que contienen cuestiones específicas de esa jurisdicción, incluyendo objetivos de política.

Considerando la necesidad de proporcionar información útil sobre los distintos componentes que conforman un contrato de seguros, se desarrolló el enfoque de IFRS 17 que:

- i. Combina la medición actual de los flujos de efectivo futuros con el reconocimiento de la ganancia a lo largo del periodo en que se proporcionan los servicios bajo el contrato;
- ii. Presenta los resultados del servicio de seguro (incluyendo la presentación de los ingresos de actividades ordinarias del seguro) por separado de los gastos o ingresos financieros por seguros; y

A continuación, se resumen algunos de los principales conceptos que establece el estándar IFRS 17:

IFRS 17 aplica a todos los seguros emitidos por la aseguradora, ya sea individualmente como en coaseguro. Asimismo, el estándar aplica a todos los contratos de reaseguros, tanto reaseguro cedido como aceptado. Por otro lado, tratándose de seguros que incorporen opciones, garantías u otros tipos de componentes de servicios o inversión, que pudieran ser calificados como “distintos” al contrato de seguros de acuerdo a la definición de este concepto que proporciona el estándar, éstos deberán ser separados y contabilizados de acuerdo al estándar IFRS que corresponda.

A grandes rasgos, IFRS 17 cambia la forma en que se constituyen, contabilizan y revelan las obligaciones de un contrato de seguro, las cuales deben ser valoradas y medidas bajo el denominado “modelo de medición general” o también llamado BBA (Building-Block Approach). Como su nombre lo indica, se basa en 4 componentes o bloques principales:

- Bloque 1: La proyección de los flujos de caja futuro que se desprenden directamente del cumplimiento de las obligaciones del contrato de seguros. Dichas proyecciones deben estar



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
 FOLIO: RES-175-21-86455-S

basadas en hipótesis de siniestralidad, gastos y costos. En este contexto, IFRS 17 permite la variación de dichas hipótesis en la medida que se vaya actualizando el cálculo de la reserva técnica.

- Bloque 2: El valor temporal (o time-value en inglés) de los flujos de caja futuro. Para lo cual se usan tasas de descuento que reflejen adecuadamente las características del contrato de seguros.
- Bloque 3: Un ajuste por riesgo (RA o Risk Adjustment) para riesgos no financieros, que representa la compensación que el asegurador requiere por asumir la incerteza en el monto y momento de los flujos de caja.
- Bloque 4: El margen de servicio contractual (MSC o CSM por sus siglas en inglés), que representa el monto disponible por ganancias futuras no devengadas por el grupo de contratos de seguros, al momento del reconocimiento inicial, el cual será amortizado o reconocido a lo largo de la vida útil del contrato de seguro. Las variaciones en las hipótesis técnicas que impliquen, por ejemplo, el reconocimiento de un mayor flujo futuro de egresos, podrán ser amortizadas con respecto al CSM, disminuyendo por lo tanto la ganancia futura esperada por la aseguradora.

El modelo general tiene una variante (o enfoque) especial para contratos de seguros que tengan componentes de participación directa (esto es, que los tomadores de pólizas participen directamente de una parte sustancial de los beneficios/pérdidas del contrato, como por ejemplo a través de rentabilidades), el cual permite que los efectos de la participación de la aseguradora en el cambio del valor razonable de los elementos subyacentes puedan ser reflejados en MSC para las mediciones posteriores de éste. A esta variante se le denomina VFA (Variable Fee Approach o Enfoque de Comisión Variable).

Adicional al BBA y VFA, existe un tercer enfoque, el cual es una simplificación del enfoque general, llamado PAA (Premium Allocation Approach o Enfoque de Asignación de Prima), que solo puede ser usada en los siguientes casos:

1. Contratos de seguros con duración igual o inferior a un año.
2. Contratos de seguros mayores un año, donde la compañía pueda demostrar que los resultados del PAA son una “aproximación razonable” a los que el modelo general produciría.

El PAA, como una simplificación del modelo general, es un modelo operacionalmente más sencillo, con la ventaja de no requerir los “bloques” mencionados con anterioridad, y que en esencia propone que la prima no ganada de un grupo de contratos de seguros es representativa de las obligaciones de periodo remanente de cobertura de las mismas más la componente de las obligaciones de las reclamaciones ya incurridas. Sin embargo, como se mencionó con anterioridad, la elegibilidad de este enfoque debe poder ser demostrada por la compañía.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

Por otro lado, IFRS 17 requiere de niveles de agregación de los contratos de seguros para simplificar la presentación de la información, los cuales determinan la unidad de contabilidad que será usada al aplicar los enfoques del estándar. Dichos niveles de agregación dependerán de tres elementos a ser considerados por las compañías: año de emisión de la póliza, gestión de riesgo de las pólizas (en qué medida una o más pólizas son gestionadas de igual forma por la aseguradora al momento de evaluar su riesgo técnico) y si la póliza es onerosa o no.

Estos niveles de agregación incidirán directamente en el cálculo del MSC, y el nivel en que los contratos onerosos sean identificados. Un contrato de seguro es oneroso, en la fecha del reconocimiento inicial, si los flujos de efectivo del contrato, representan en total una pérdida.

Los requerimientos de agrupación de IFRS 17 se clasifican en tres niveles:

- Nivel 1 – Portafolios: Agrupación basada en contratos de seguros que comparten características similares de riesgo, cobertura, etc.
- Nivel 2 – Cohortes: Los portafolios, deben a su vez ser agrupados en cohortes temporales, respecto a su fecha de emisión, donde éstas sólo pueden ser conformadas por contratos donde la diferencia entre fechas de emisión de sus elementos no sea superior a un año. Lo anterior no impide que las cohortes sean inferiores a un año.
- Nivel 3 – Grupos: La agrupación mínima exigida, consistente en:
 - i. Un grupo de contratos onerosos al reconocimiento inicial, de existir;
 - ii. Un grupo de contratos que al reconocimiento inicial no tengan probabilidad significativa de volverse onerosos, de existir, y;
 - iii. Un grupo con los contratos restantes.

. Las compañías deberán agrupar los contratos onerosos por separado de los contratos que no son onerosos y reconocerán dicha pérdida en el resultado del periodo, igualando a cero el MSC del grupo. En las mediciones posteriores, un grupo de contratos de seguro se convierte en oneroso si el margen de servicio contractual se vuelve negativo, dicho monto deberá ser reconocido inmediatamente en el resultado del ejercicio, igualando a cero el margen de servicio contractual del grupo. La definición del nivel de agregación para los contratos de seguros se realizará a la fecha de reconocimiento inicial, y la composición del grupo no podrá ser evaluada o modificada posteriormente durante su período de cobertura.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

IX.2 Documento de Trabajo del Fondo Monetario Internacional (FMI) sobre la implementación de IFRS 17

El FMI publicó en Julio de 2020 los resultados y análisis de una encuesta que realizó a supervisores de seguros sobre el proceso de implementación de IFRS 17, y en el que participaron 20 jurisdicciones, incluyendo Chile.

Los principales resultados y conclusiones se enumeran a continuación:

- La mayoría de las jurisdicciones encuestadas esperan que IFRS 17 contribuya positivamente a la estabilidad financiera. Esto se debe a que se espera que IFRS 17 permita a los inversionistas juzgar mejor el desempeño de una aseguradora con mayor facilidad. La norma también proporcionará mejor información sobre las tendencias de rentabilidad y el reconocimiento inmediato de las pérdidas de una aseguradora.
- Dicho esto, IFRS 17 se percibe como un estándar complejo que requiere un juicio profesional y presenta importantes desafíos de implementación. El estándar está basado en principios y requiere cambios significativos en la forma en que las aseguradoras capturan información sobre las pólizas de seguro y, en consecuencia, los altos costos asociados. Aunque el enfoque basado en principios de IFRS 17 es necesario, dada la diversidad de productos de seguros en las diferentes jurisdicciones, puede ser un desafío lograr su objetivo de producir resultados financieros comparables entre las aseguradoras.
- Entre las jurisdicciones encuestadas, los supervisores consideraron que los aspectos más desafiantes para las aseguradoras para poder implementar IFRS 17 son: cambio de TI, seguidos por el costo y la falta de experiencia actuarial y contable.
- Un desafío de implementación importante es la gran dependencia en organismos profesionales necesarios para implementar el estándar. El apoyo de las asociaciones contables, de auditoría y actuariales es necesario para fomentar prácticas consistentes. Sin embargo, existe una gran escasez de tales conocimientos técnicos en muchas jurisdicciones que serán una barrera para la implementación efectiva de la norma.
- Los supervisores pueden desempeñar un papel para ayudar a abordar los desafíos de implementación, lo que incluye alentar a las aseguradoras a comenzar a prepararse temprano, colaborando estrechamente con la industria para comprender mejor los problemas y potencialmente guiar las elecciones realizadas dentro del marco basado en principios para lograr una mayor coherencia. Sin embargo, se requiere cuidado al hacerlo para evitar versiones jurisdiccionales de la implementación de IFRS 17, lo que podría frustrar el objetivo de la coherencia global.
- Actualmente, no muchas de las jurisdicciones encuestadas planean usar IFRS 17 para propósitos de solvencia regulatoria, principalmente porque no se percibe que el estándar proporcione resultados financieros suficientemente comparables requeridos por los regímenes de solvencia regulatorios. Esto se debe a la naturaleza basada en principios de IFRS 17. Esto



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

puede ser abordado por los supervisores mediante la especificación de algunos aspectos de la implementación para propósitos de informes regulatorios, como, por ejemplo, metodología para las tasas de descuento. Al respecto, cabe señalar que la mayoría de estos países presentan dos sistemas de información contables distintos, uno para el requerimiento de solvencia y el otro para entregar información al inversionista en acciones de las compañías de seguros que se transan en bolsa. En nuestro país sólo existe un estado financiero para compañías de seguros, debido fundamentalmente a que las compañías de seguros en Chile no se transan en Bolsa, debido a lo concentrado de su propiedad y no son emisores de valores de oferta pública, debido a que no existe un beneficio para la deuda emitida por las compañías de ser considerada algún tipo de capital para fines regulatorios y de solvencia, como sí es el caso de los bancos.

- Jurisdicciones que han anunciado planes para adoptar la norma con fines prudenciales principalmente buscan beneficiarse de los controles de auditoría de las normas contables, evitar señales financieras potencialmente conflictivas de múltiples conjuntos de estados financieros y minimizar el costo para las aseguradoras.
- Varias jurisdicciones planean revisar sus regímenes de capital en respuesta a IFRS 17. Al hacerlo, los principios rectores que utilizan la mayoría de los supervisores son proporcionar los incentivos correctos para que las aseguradoras administren los riesgos adecuadamente y lograr resultados prudenciales apropiados en términos de protección del asegurado.
- IFRS 17 también afectará los recursos de capital (determinación del patrimonio) a través de las utilidades retenidas informadas, lo que puede requerir una revisión de los requisitos de recursos de capital para garantizar que permanezcan alineados con los objetivos prudenciales.
- Los supervisores también pueden necesitar revisar sus requisitos de informes de supervisión debido a IFRS 17 y los indicadores o índices financieros derivados de esos informes. Esto se debe a las nuevas medidas de desempeño y rentabilidad introducidas a través de IFRS 17, que ya no proporcionará información explícita sobre el ingreso de primas que prevalece en los indicadores financieros existentes utilizados por los supervisores.
- El documento sugiere a los supervisores realizar evaluaciones de impacto de la introducción de IFRS 17 y IFRS 9 en sus jurisdicciones, incluso si no tienen planes inmediatos para usar IFRS con fines prudenciales. Estas nuevas normativas contables determinarán la forma en que la alta gerencia impulsa estratégicamente el negocio futuro de las aseguradoras y configurará las prácticas de gestión de riesgos de las aseguradoras.
- La mayoría de las jurisdicciones y aseguradoras encuestadas aún no han podido evaluar el impacto financiero potencial de IFRS 17 en sus aseguradoras, por lo que se desconoce el verdadero impacto del estándar. Varios supervisores encuestados estiman que el impacto de la implementación de IFRS 17 será menor en los contratos de corto plazo, por lo que el impacto en Seguros Generales también debiese ser más bajo, en comparación con Vida.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

IX.3 Insurance Core Principle (ICP) N°14 – Asociación Internacional de Supervisores de Seguros (IAIS por sus siglas en inglés)

La Asociación Internacional de Supervisores de Seguros (IAIS, por sus siglas en inglés) es una organización voluntaria de supervisores de seguros y los reguladores de más de 200 jurisdicciones en casi 140 países. La misión de la IAIS es promover una supervisión eficaz y coherente a nivel mundial de la industria de seguros con el fin de desarrollar y mantener mercados de seguros justos, seguros y estables para el beneficio y protección de los asegurados y contribuir a la estabilidad financiera global.

Establecida en 1994, la IAIS es el órgano de establecimiento de normas internacionales responsables del desarrollo de principios, normas y otros materiales de apoyo para la supervisión del sector de los seguros y la asistencia en su aplicación. La IAIS también proporciona un foro para que los miembros compartan sus experiencias y conocimiento de los mercados de supervisión de seguros.

La IAIS coordina su trabajo con otros responsables de políticas financieras internacionales y asociaciones de supervisores o reguladores, y ayuda en la organización de los sistemas financieros a nivel mundial. En particular, la IAIS es un miembro del Consejo de Estabilidad Financiera (FSB), miembro del Consejo Asesor de la Junta de Normas de las Normas Internacionales de Contabilidad (IASB) y socio de la Iniciativa de Acceso a Seguros (A2ii). En reconocimiento a su experiencia colectiva, la IAIS también es invocada por los líderes del G-20 y otros organismos que establecen estándares internacionales para asesorar en temas de seguros, así como en temas relacionados con la regulación y supervisión del sector financiero mundial.

En noviembre de 2019 la IAIS publicó un documento actualizado de sus Principios Básicos de Seguros (PBS o ICP por sus siglas en inglés), que establece un conjunto de 25 principios que buscan proporcionar un marco globalmente aceptado para la regulación y supervisión del sector asegurador.

Dentro de estos principios, se encuentra el IPC N°14 sobre valorización, que indica que el supervisor establece los requisitos para la valuación de los activos y pasivos con propósitos de valuación de solvencia.

Respecto a la valorización de las reservas técnicas, algunos de los aspectos más relevantes indicados en el ICP N°14 son:

- **ICP 14.4 La valorización de activos y pasivos es una valoración económica:** Una valoración económica es una valoración tal que la evaluación resultante de la situación financiera de una aseguradora no se ve oscurecida por un conservadurismo u optimismo oculto o inherente en la valoración. Este enfoque es apropiado en el contexto de los requisitos de solvencia basados en el riesgo que satisfacen estos ICP y estándares y comparten sus objetivos de transparencia y comparabilidad.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

- IPC 14.5 Una valoración económica de pasivos refleja los valores presentes ajustados al riesgo de sus flujos de efectivo: Un valor económico debe reflejar la valoración prospectiva de los flujos de efectivo futuros del pasivo, teniendo en cuenta el riesgo de esos flujos de efectivo y el valor temporal del dinero. Un pasivo puede tener tanto entradas como salidas de efectivo cuyo efecto neto sea un valor positivo o negativo. Esta valoración no se determina necesariamente mediante un cálculo de flujo de efectivo descontado. Un valor de mercado cotizado actual o un valor de compra o venta actual también pueden reflejar la valoración prospectiva de los flujos de efectivo.
- ICP 14.6 El valor de las reservas técnicas y otros pasivos no refleja la propia solvencia del asegurador: Para lograr valores económicos consistentes y confiables de las carteras de seguros para efectos de solvencia, el valor de las reservas técnicas no debe reflejar la propia solvencia crediticia de una aseguradora. Todas las aseguradoras de una jurisdicción deben cumplir con las obligaciones de seguros con el mismo nivel de confianza y el valor de una cartera idéntica en manos de diferentes aseguradoras no debe depender de la solvencia crediticia de la aseguradora. Esto también se aplica a las provisiones técnicas de un reasegurador.
- ICP 14.7 La valoración de las reservas técnicas excede la Estimación Actual (flujos de efectivo descontados) por un margen (Margen sobre la Estimación Actual o MOCE por sus siglas en inglés): Las reservas técnicas son activos o pasivos que representan el valor económico de que el asegurador cumpla con sus obligaciones de seguro con los asegurados y otros beneficiarios que surgen durante la vida útil de la cartera de pólizas de seguro del asegurador. Esto incluye un margen (Margen sobre la estimación actual o MOCE) para cubrir la incertidumbre inherente de esas obligaciones.
- ICP 14.8 La Estimación Actual refleja el valor presente esperado de todos los flujos de efectivo futuros relevantes que surgen en el cumplimiento de las obligaciones de seguro, utilizando supuestos actuales no sesgados: La estimación actual debe reflejar todos los flujos de efectivo futuros bajo un contrato de seguro existente en la medida en que sean parte integral del cumplimiento de las obligaciones bajo ese contrato. Comprende todos los flujos de efectivo, incluidos los flujos de efectivo opcionales o discrecionales no garantizados, cuando se establecen como derivados de la relación contractual entre el asegurador y el tomador del seguro. Esto refleja la esencia comercial del contrato y, por lo tanto, refleja la realidad económica.
- ICP 14.9 El MOCE refleja la incertidumbre inherente relacionada con todos los flujos de efectivo futuros relevantes que surgen en el cumplimiento de las obligaciones de seguro durante el horizonte de tiempo contemplado en el contrato: En la práctica, se pueden utilizar diferentes métodos para medir el riesgo. Para algunos riesgos, pueden estar disponibles precios de mercado observables. Al elegir una metodología, se debe prestar la debida atención a la naturaleza de los riesgos que se miden. Otros enfoques que se están considerando en todo el mundo incluyen cuantiles, expectativa de cola condicional, costo de capital y métodos de suposición explícita. Cuando se utiliza una combinación de métodos apropiados, se debe considerar una verificación de consistencia. La calibración de los métodos utilizados debería reducir el efecto de las diferencias metodológicas a un nivel suficiente para permitir una evaluación fiable de la



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
 FOLIO: RES-175-21-86455-S

solvencia. En la actualidad, no existe una metodología común. En la práctica, los resultados de los diferentes métodos no serán idénticos y se deben aplicar controles de calibración y coherencia para que las diferencias metodológicas se reduzcan a un nivel aceptable para la evaluación de la solvencia. Una vez establecida, la metodología no debe cambiarse de una valoración a la siguiente a menos que exista una justificación razonable para el cambio.

- ICP 14.10 La valoración de las reservas técnicas permite calcular el valor del dinero en el tiempo. El supervisor establece los criterios para la determinación de las tasas adecuadas que se utilizarán en el descuento de las reservas técnicas: El régimen de solvencia permite reconocer el valor temporal del dinero en la determinación de las reservas técnicas y debe establecer criterios para la determinación de los tipos de interés adecuados a utilizar en el descuento de las reservas técnicas (tipos de descuento). Al desarrollar estos criterios, el supervisor debe considerar lo siguiente:
 - la economía de las obligaciones de seguros en su jurisdicción, incluida su naturaleza, estructura y plazo; y
 - la medida (si existe) en la que los beneficios dependen de los activos subyacentes.
- ICP 14.11 El supervisor requiere que la valoración de las reservas técnicas tenga en cuenta apropiadamente las opciones y garantías implícitas: La determinación de la estimación actual y el MOCE deben tener en cuenta explícitamente cualquier opción del tomador de la póliza o asegurador y las garantías incluidas en el contrato de seguro, como los beneficios mínimos garantizados y las garantías de tasa de interés. El método utilizado para valorar las opciones implícitas y las garantías debe ser apropiado a la naturaleza, escala y complejidad del riesgo y puede incluir simulación estocástica o métodos simplificados, según corresponda.

IX.4 EIOPA y Solvencia II

IX.4.1 Introducción EIOPA y Solvencia II

La *European Insurance and Occupational Pensions Authority* (EIOPA, por sus siglas en inglés) es un órgano consultivo independiente de la Comisión Europea, del Parlamento Europeo y del Consejo de la Unión Europea (UE). Es una de las agencias de la UE que llevan a cabo tareas jurídicas, técnicas o científicas específicas y proporcionan asesoramiento basado en pruebas para ayudar a formular políticas y leyes informadas tanto a nivel de la UE y como a nivel nacional.

Solvencia II (SII) es el régimen de solvencia que se aplica a las aseguradoras y reaseguradoras de la UE, con un foco especial en el capital regulatorio que deben mantener dichas instituciones para no caer en insolvencia. La Directiva de Solvencia II, emitida en 2009, permitió codificar y armonizar el paisaje regulatorio de la industria de seguros en la UE.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
 FOLIO: RES-175-21-86455-S

Solvencia II (SII) establece un esquema de tres pilares para la regulación y supervisión que debe llevar a cabo EIOPA, organismo público a cargo de la industria de seguros:

- Requerimientos cuantitativos (Pilar I), relacionados principalmente con el capital requerido y el patrimonio disponible para respaldar dicho requerimiento.
- Requerimientos cualitativos (Pilar II), relacionados fundamentalmente con la gestión de riesgos de las compañías y su gobierno corporativo.
- Requerimientos de reporte y transparencia de mercado (Pilar III).

En Solvencia II todos los factores de aplicados a las exposiciones de las aseguradoras para determinar el requerimiento de capital, están calibrados de tal forma que el nivel de confianza del requerimiento corresponde a un VaR al 99,5% (1 vez cada 200 años). Además, considera los beneficios por diversificación, a través de matrices de correlación. permitieron codificar y armonizar el paisaje regulatorio de la industria de seguros en la UE.

IX.4.2 Regulación de Solvencia II sobre Reservas Técnicas

Solvencia II requiere que las aseguradoras establezcan reservas técnicas que correspondan al monto actual que dichas empresas tendrían que pagar si transfirieran sus obligaciones de (re) seguro inmediatamente a otra empresa, donde el valor de las reservas técnicas debe ser igual a la suma de una mejor estimación y un margen de riesgo.

En este contexto, el estándar señala que las aseguradoras deben segmentar sus obligaciones de (re) seguro en grupos de riesgo homogéneos y, como mínimo, por línea de negocio, al calcular las reservas técnicas.

Asimismo, el reglamento europeo indica que la mejor estimación debe calcularse en bruto, sin deducir los montos recuperables de los contratos de reaseguro y los vehículos de propósito especial (SPV). Esas cantidades deben calcularse por separado.

Adicionalmente, la regulación señala que el cálculo de las reservas técnicas debe tener en cuenta el valor temporal del dinero, utilizando para ello la estructura de plazos de tasa de interés libre de riesgo relevante.

Por otra parte, el estándar indica que los métodos actuariales y estadísticos para calcular las reservas técnicas deben ser proporcionales a la naturaleza, escala y complejidad de los riesgos respaldados por la empresa.

Segmentación

Las especificaciones técnicas de Solvencia II señalan lo siguiente:

- Las obligaciones de seguro y reaseguro deben segmentarse como mínimo por línea de negocio (LoB) para calcular las reservas técnicas. El objetivo de la segmentación de las obligaciones de (re) seguro es lograr una valoración precisa de las provisiones técnicas. Por ejemplo, para garantizar que se usen los supuestos apropiados, es importante que los supuestos se deriven a nivel de grupos de riesgo homogéneos para evitar la



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

introducción de distorsiones que podrían surgir de la combinación de negocios diferentes.

- Las obligaciones de (re) seguro deben asignarse a la línea de negocios que mejor refleje la naturaleza de los riesgos relacionados con la obligación. En particular, el principio de sustancia sobre forma debe seguirse para la asignación. En otras palabras, la segmentación debe reflejar la naturaleza de los riesgos subyacentes al contrato (sustancia), en lugar de la forma legal del contrato (formulario).
- La segmentación debe aplicarse a ambos componentes de las provisiones técnicas (mejor estimación y margen de riesgo). También debe aplicarse cuando las provisiones técnicas se calculan en su conjunto.

Mejor Estimación

De acuerdo al estándar europeo, la mejor estimación debe corresponder al promedio ponderado de probabilidad de los flujos de efectivo futuros teniendo en cuenta el valor temporal del dinero.

Por lo tanto, el mejor cálculo estimado debe recoger la incertidumbre en los flujos de efectivo futuros. En este contexto, el cálculo debe considerar la variabilidad de los flujos de efectivo para garantizar que la mejor estimación represente la media de la distribución de los valores de flujo de efectivo.

La reglamentación define que la mejor estimación corresponde al promedio de los resultados de todos los escenarios posibles, ponderados de acuerdo con sus respectivas probabilidades. Aunque, en principio, se deben considerar todos los escenarios posibles, puede no ser necesario, o incluso posible, incorporar explícitamente todos los escenarios posibles en la valoración del pasivo, ni desarrollar distribuciones explícitas de probabilidad en todos los casos, dependiendo del tipo de riesgos involucrados y la materialidad del efecto financiero esperado de los escenarios bajo consideración.

Considerando lo anterior, las aseguradoras deben utilizar técnicas actuariales y estadísticas para el cálculo de la mejor estimación que refleje adecuadamente los riesgos que afectan los flujos de efectivo. Esto puede incluir métodos de simulación, técnicas deterministas y técnicas analíticas.

De acuerdo a la regulación vigente, las características de los flujos de caja que, en principio y, cuando sea relevante, deben tenerse en cuenta en la aplicación de la técnica de valoración incluyen las siguientes:

- a) Incertidumbre en el momento, la frecuencia y la gravedad de los eventos de siniestros.
- b) Incertidumbre en los montos de los siniestros, incluida la incertidumbre en la inflación de los siniestros, y en el período necesario para liquidar y pagar los siniestros.
- c) Incertidumbre en la cantidad de gastos.
- d) Incertidumbre en el comportamiento del asegurado.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

- e) Dependencia, donde los flujos de efectivo dependen no solo de circunstancias tales como las condiciones económicas en la fecha de flujo de efectivo, sino también de esas circunstancias en fechas anteriores.
- f) Interdependencia entre dos o más causas de incertidumbre.

Por otra parte, el reglamento señala que la mejor estimación debe calcularse en bruto, sin deducir los montos recuperables de los contratos de reaseguro y los vehículos para fines especiales. Los recuperables de reaseguros y vehículos para fines especiales deben calcularse por separado. En el caso del coaseguro, los flujos de efectivo de cada coasegurador deben calcularse como su proporción de los flujos de efectivo esperados sin deducir los montos recuperables de los vehículos de reaseguro y para fines especiales.

En relación a las proyecciones de flujo de efectivo, el estándar señala que deben reflejar los futuros desarrollos demográficos, legales, médicos, tecnológicos, sociales o económicos, en forma realista, esperados durante la vigencia de las obligaciones de seguro y reaseguro.

Por otra parte, la regulación indica que el cálculo de la mejor estimación solo debe incluir flujos de efectivo futuros asociados con obligaciones reconocidas dentro de los límites del contrato. No debe tenerse en cuenta ningún negocio futuro para el cálculo de las reservas técnicas.

Asimismo, la normativa europea señala que un contrato debe darse de baja como un contrato existente solo cuando la obligación especificada en el contrato se extingue, cancela o expira.

Adicionalmente, el estándar indica que el horizonte de proyección utilizado en el cálculo de la mejor estimación debe cubrir la vida útil completa de todos los flujos de entrada y salida de efectivo necesarios para liquidar las obligaciones relacionadas con los contratos de seguro y reaseguro reconocidos en la fecha de la valoración. La determinación de la vida útil de las obligaciones de seguro y reaseguro debe basarse en información actualizada y creíble y suposiciones realistas sobre cuándo las obligaciones reconocidas de seguro y reaseguro serán canceladas o vencidas.

En relación a las obligaciones de seguros de vida y seguros distintos a vida, la normativa europea establece los siguientes lineamientos:

Obligaciones de seguro de vida:

- Las proyecciones de flujo de efectivo utilizadas en el cálculo de las mejores estimaciones para las obligaciones de seguro de vida se realizarán por separado para cada póliza. Cuando el cálculo por separado para cada póliza sea una carga indebida para la empresa de seguros o reaseguros, puede llevar a cabo la proyección agrupando pólizas, siempre que la agrupación cumpla con los siguientes requisitos:
 - (1) No existen diferencias significativas en la naturaleza y complejidad de los riesgos subyacentes a las pólizas que pertenecen al mismo grupo;
 - (2) La agrupación de pólizas no tergiversa el riesgo subyacente y no expresa incorrectamente sus gastos;



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

(3) Es probable que la agrupación de pólizas dé aproximadamente los mismos resultados para el mejor cálculo estimado que un cálculo póliza a póliza, en particular en relación con las garantías financieras y las opciones contractuales incluidas en las pólizas.

- En ciertas circunstancias específicas, la mejor estimación de las reservas técnicas puede ser negativo (por ejemplo, para algunos contratos individuales). Esto es aceptable y las aseguradoras no deberían valorar en cero el valor de la mejor estimación con respecto a esos contratos individuales.

Obligaciones de seguros distintos del seguro de vida:

- La valoración de la mejor estimación de provisiones para siniestros pendientes y para provisiones de primas debe realizarse por separado.
- Con respecto a la mejor estimación para las provisiones de primas, las proyecciones de flujo de efectivo se relacionan con los eventos de siniestros que ocurren después de la fecha de valoración y durante el período de vigencia restante (período de cobertura) de las pólizas mantenidas por la empresa (pólizas reconocidas). Las proyecciones de flujo de efectivo deben comprender todos los pagos de siniestros futuros y los gastos de administración de siniestros que surjan de estos eventos, los flujos de efectivo que surjan de la administración en curso de las pólizas vigentes y las primas futuras esperadas derivadas de pólizas reconocidas que caen dentro de los límites del contrato.
- La mejor estimación de las provisiones de primas de los contratos de seguro y reaseguro reconocidos debe calcularse como el valor presente esperado de los flujos de efectivo futuros entrantes y salientes.
- Con respecto a las provisiones de primas, los flujos de entrada de efectivo podrían exceder los flujos de salida de efectivo y conducir a una mejor estimación negativa. Esto es aceptable y no se requiere que las aseguradoras establezcan un valor igual a cero para la mejor estimación.
- La valoración debe tener en cuenta el valor temporal del dinero donde los riesgos en el período restante darían lugar a liquidaciones de siniestros en el futuro. Además, la valoración de las provisiones de primas debe tener en cuenta el comportamiento futuro de los asegurados, como la probabilidad de caducidad de la póliza durante el período restante.

De acuerdo a la regulación europea, las empresas de seguros y reaseguros deberán elegir supuestos basados en la experiencia de personas con conocimiento relevante, experiencia y comprensión de los riesgos inherentes al negocio de seguros o reaseguros de los mismos (juicio experto). En ciertas circunstancias, puede ser necesario el juicio de expertos al calcular la mejor estimación.

Adicionalmente, la regulación señala que las compañías de seguros deben considerar el comportamiento de los asegurados para el cálculo de la mejor estimación. Cualquier suposición hecha por las empresas de seguros y reaseguros con respecto a la probabilidad de que los asegurados ejerzan las opciones contractuales, debe ser realista y estar basada en información actual y creíble. Los supuestos deben tener en cuenta, explícita o implícitamente, el impacto que



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

los cambios futuros en las condiciones financieras y no financieras pueden tener en el ejercicio de esas opciones. Las suposiciones sobre la probabilidad de que los asegurados ejerzan opciones contractuales deben basarse en el análisis del comportamiento anterior del asegurado y una evaluación prospectiva del comportamiento esperado del asegurado.

Margen de Riesgo

De acuerdo a la normativa europea, por lo general, las reservas técnicas consisten en la mejor estimación y el margen de riesgo. El margen de riesgo es parte de las reservas técnicas para garantizar que el valor sea equivalente al monto que se espera que las empresas de seguros y reaseguros requieran para asumir y cumplir con las obligaciones de seguros y reaseguros.

En este contexto, la regulación indica que el margen de riesgo debe calcularse determinando el costo de proporcionar una cantidad de fondos propios elegibles igual al requerimiento de capital de solvencia (SCR) necesario para respaldar las obligaciones de seguro y reaseguro a lo largo de la vida del mismo. La tasa utilizada en la determinación del costo de proporcionar esa cantidad de fondos propios elegibles se denomina tasa de costo de capital.

Dado lo anterior, el cálculo del margen de riesgo debe basarse en el supuesto de que la aseguradora de referencia en el momento $t=0$ (cuando se realiza la transferencia) se capitalizará al nivel requerido de fondos propios elegibles. Se supone que la transferencia de las obligaciones de (re) seguro tiene lugar de inmediato. Por lo tanto, el método para calcular el margen de riesgo (CoCM) puede expresarse en términos generales de la siguiente manera:

$$CoCM = CoC \cdot \sum_{t \geq 0} EOF_{RU}(t) / (1+r_{t+1})^{t+1} = CoC \cdot \sum_{t \geq 0} SCR_{RU}(t) / (1+r_{t+1})^{t+1},$$

donde

CoCM = Margen de Riesgo

SCR RU(t) = Es el requerimiento de capital de Solvencia en el momento "t"

r_t = es la tasa de interés libre de riesgo en el momento "t"

CoC = Es la tasa de costo de capital

La tasa de costo de capital es la tasa anual que se aplicará al requerimiento de capital en cada período. Debido a que se asume que los activos que cubren el requerimiento de capital se mantienen en valores negociables, esta tasa no tiene en cuenta el rendimiento total, sino simplemente el spread por sobre la tasa libre de riesgo. La tasa de costo de capital que debe usarse es del 6%.

Cabe señalar que la regulación europea señala que el margen de riesgo debe calcularse por línea de negocio.

La normativa indica que las aseguradoras podrán considerar si sería apropiado aplicar una técnica de valoración simplificada para el margen de riesgo. Como parte integral de esta evaluación, las compañías deben considerar qué tipo de método simplificado sería el más apropiado para el negocio. El método elegido debe ser proporcional a la naturaleza, escala y



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

complejidad de los riesgos del negocio en cuestión.

Proporcionalidad

El estándar de Solvencia II indica que las empresas de seguros y reaseguros utilizarán métodos para calcular las reservas técnicas que sean proporcionales a la naturaleza, escala y complejidad de los riesgos subyacentes a sus obligaciones de seguros y reaseguros.

Al determinar si un método para calcular las reservas técnicas es proporcionado, las empresas de seguros y reaseguros deberán llevar a cabo una evaluación que incluya:

- a) una evaluación de la naturaleza, escala y complejidad de los riesgos subyacentes a sus obligaciones de seguro y reaseguro;
- b) una evaluación en términos cualitativos o cuantitativos del error introducido en los resultados del método debido a cualquier desviación entre los siguientes:
 - i) los supuestos subyacentes al método en relación con los riesgos;
 - ii) Los resultados de la evaluación a que se refiere la letra a).

La normativa sugiere que dicha evaluación incluya los siguientes tres pasos:

- Paso 1: Evaluar la naturaleza, escala y complejidad de los riesgos subyacentes;
- Paso 2: Verificar si la metodología de valoración es proporcional a los riesgos evaluados en el paso 1, teniendo en cuenta el grado de error del modelo resultante de su aplicación;
- Paso 3: Realizar un back test y validar las evaluaciones realizadas en los pasos 1 y 2.

Tasas de Descuento

De acuerdo a regulación de Solvencia II, las compañías de seguros y reaseguros deben descontar los flujos futuros en función de una estructura temporal de tipos de interés sin riesgo. Con respecto a la determinación de la estructura temporal de tipos de interés sin riesgo, el estándar de Solvencia II señala que se debe basar en la información procedente de los instrumentos financieros pertinentes y será coherente con la misma. Dicha determinación debe tener en cuenta los instrumentos financieros correspondientes a vencimientos para los que los mercados de dichos instrumentos financieros, así como los de bonos y obligaciones, sean profundos, líquidos y transparentes.

La mencionada regulación señala que, en el caso de que los mercados de los instrumentos financieros no cumplan con la condición de ser mercados profundos, líquidos y transparentes, la estructura temporal de tipos de interés sin riesgo deberá ser extrapolada en base a los tipos de interés futuros que converjan progresivamente desde uno o una serie de tipos de interés futuros relativos a los vencimientos más largos para los cuales los instrumentos financieros puedan observarse en un mercado profundo, líquido y transparente hasta un último tipo de interés futuro de largo plazo.

Por otra parte, la regulación de Solvencia II señala que los Estados miembros podrán exigir la aprobación previa de las autoridades de supervisión para la aplicación por parte de las empresas de seguros y de reaseguros de un ajuste por volatilidad a la estructura temporal pertinente de



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

tipos de interés sin riesgo para el cálculo de la mejor estimación sus obligaciones.

De acuerdo al estándar europeo, la forma de cálculo del ajuste por volatilidad es el siguiente:

- Para cada moneda relevante, el ajuste por volatilidad de la estructura temporal pertinente de tipos de interés sin riesgo se basará en el diferencial entre los tipos de interés que pudieran obtenerse de los activos incluidos en una cartera de referencia para dicha moneda y los tipos de la estructura temporal pertinente de tipos de interés básicos sin riesgo para dicha moneda.
- La cartera de referencia para una moneda será representativa de los activos denominados en dicha moneda y en los que inviertan las empresas de seguros y de reaseguros para cubrir la mejor estimación de las obligaciones de seguro y de reaseguro denominadas en dicha moneda.
- Entonces, el importe del ajuste por volatilidad será igual al 65% del diferencial para la moneda corregido por un diferencial fundamental atribuible a una evaluación realista de las pérdidas esperadas por el riesgo de crédito de los activos.
- Respecto al cálculo del diferencial fundamental, éste corresponderá a la suma de:
 - i. el diferencial de crédito correspondiente a la probabilidad de impago de los activos,
 - ii. el diferencial de crédito correspondiente a la pérdida esperada resultante de la rebaja de calificación de los activos;
- Adicionalmente, respecto al cálculo del diferencial fundamental, el estándar señala que para las exposiciones frente a las administraciones y los bancos centrales de los Estados miembros, no será inferior al 30 % de la media a largo plazo del diferencial con respecto al tipo de interés sin riesgo correspondiente a activos de la misma duración, calidad crediticia y clase, conforme a lo observado en los mercados financieros. Por otra parte, para activos distintos de las exposiciones de las administraciones y los bancos centrales de los Estados miembros, no será inferior al 35 % de la media a largo plazo del diferencial con respecto al tipo de interés sin riesgo correspondiente a activos de la misma duración, calidad crediticia y clase, conforme a lo observado en los mercados financieros.

IX.4.3 Opinión de EIOPA en relación a la implementación de IFRS 17

Con fecha 18 de octubre de 2018, la EIOPA emitió el documento “El análisis de EIOPA sobre IFRS 17”. En términos generales, la EIOPA considera que la mayor transparencia, comparabilidad y conocimiento de los modelos de negocio de las aseguradoras que conlleva IFRS 17 tiene el potencial de fortalecer la estabilidad financiera de la Unión Europea, por lo que IFRS 17 es beneficioso para el bien público de Europa.

De acuerdo al documento, IFRS 4 permitía políticas de contabilidad inconsistentes y una gran cantidad de concesiones, lo que se solucionaría con la implementación de IFRS 17, entregando un nivel mucho mayor de consistencia, tanto a nivel de mercado asegurador como respecto de



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

otras industrias financieras. Los principios de IFRS 17 (datos actualizados, consistencia con el mercado y sensibilidad a los riesgos, entre otros) para la medición de las obligaciones de seguros reflejan la realidad económica de las compañías. Lo anterior, apoya una gestión eficiente de los riesgos y permite a los interesados obtener un mejor conocimiento y entendimiento del modelo de negocio de las aseguradoras, así como sus exposiciones y desempeño.

No obstante lo anterior, EIOPA aún tiene algunos reparos a ciertos aspectos técnicos de IFRS 17 que podrían afectar la comparabilidad y relevancia de los EEFF bajo dicho estándar, como el que las compañías utilicen sus propias metodologías para el ajuste por riesgo, y que las tasas de descuento también las definan ellas.

En base a un análisis que tomó en consideración criterios definidos por EIOPA, se destacaron los siguientes aspectos de IFRS 17:

- Al ser en base a principios, IFRS 17 es más resiliente a cambios en el ambiente económico. Además, dado sus principios, se espera que refleje adecuadamente la sustancia económica de los contratos de seguros, ofreciendo un tratamiento consistente para los diferentes tipos de contratos y riesgos.
- IFRS 17 ofrece una medición explícita de los riesgos técnicos inherentes en los contratos de seguros.
- IFRS 17 trae consigo comparabilidad en los estados financieros y permite prácticas contables que son consistentes entre jurisdicciones, respecto de IFRS 4.
- Dadas las características de IFRS 17, se espera que la información financiera de las aseguradoras refleje de mejor forma la posición financiera de la entidad, incluyendo liquidez, rentabilidad y solvencia.
- En IFRS 17 existe un alineamiento entre las reglas contables y adecuadas prácticas de gestión de riesgos, ya que refleja adecuadamente los riesgos que enfrenta la compañía.
- Los ajustes que se le pueden hacer a las hipótesis de valorización en IFRS 17, permiten reflejar mejor los cambios, dándole un carácter más prospectivo.
- Se espera que IFRS 17 mejore la transparencia respecto de las actividades de negocio de las aseguradoras y de sus patrones de rentabilidad, presentando de manera neutral los fundamentos económicos detrás de los contratos de seguros. Lo anterior, podría implicar cambios en las prácticas respecto de las primas, características de los contratos y tarificación, pero de una manera tal que se fortalezca la sustentabilidad de los modelos de negocios y protección a los consumidores, además de contribuir a una mayor eficiencia en la asignación de capital en los mercados de capital europeos.
- Dados los principios y cambios que propone IFRS 17, es de esperar que los participantes del mercado se sientan más confiados en la información financiera presentada, y que puedan tomar decisiones económicas basadas en datos consistentes y comparables.
- Se espera que IFRS 17 refleje volatilidad en el balance de las compañías, siendo lo anterior un reflejo de la situación económica. En la medida que se refleje la realidad económica, el impacto en la estabilidad financiera será positivo, ya que los inversionistas esperan que las valorizaciones y patrimonio cambien cuando cambia la realidad



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

económica. Lo anterior, fomenta el que las compañías mitiguen dicha volatilidad a través del hedge de tasas, por ejemplo.

Al analizar los posibles efectos que IFRS 17 podría tener sobre la competitividad, "atractividad" y disponibilidad de productos de seguros en Europa, el documento concluyó que, a priori, basándose en la experiencia asociada a la implementación de Solvencia II (que contiene varias características en común con IFRS 17), los cambios regulatorios no han tenido un impacto significativo en las estrategias de negocios, oferta de contratos y prácticas de tarificación de las aseguradoras europeas, así como en las estrategias de inversión de ellas.

IX.5 AUSTRALIAN PRUDENTIAL REGULATION AUTHORITY (APRA); Australia

El APRA es una autoridad estatutaria independiente que supervisa las instituciones de banca, seguros y pensiones, promoviendo la estabilidad del sistema financiero en Australia.

IX.5.1 Regulación de Reservas Técnicas APRA

APRA ha implementado una regulación y supervisión de grupos y conglomerados, aunque no requisitos de capital a nivel de grupo de seguros de vida (llamado "nivel 2").

Las aseguradoras deben adoptar un criterio de valor razonable para la valoración de sus activos y pasivos de acuerdo a las Normas Contables de Australia³.

Requerimientos de Solvencia

Los pasivos generalmente se valorizan utilizando un cálculo de flujo de efectivo descontado con una tasa de descuento libre de riesgo y otros supuestos.

- Normativa GPS 340 (valoración de pasivos de seguros generales)

El **GPS 340** señala que las aseguradoras generales deben utilizar una tasa de descuento libre de riesgo que se base en tasas objetivas observables actuales para los bonos del gobierno.

Un asegurador debe determinar un valor tanto para sus pasivos por siniestros pendientes como para sus pasivos por primas para cada clase de negocio suscrito por el asegurador.

- i. La aseguradora debe determinar los pasivos por siniestros pendientes sobre una base prospectiva, tanto netos como brutos de:
 - a) importes recuperables de reaseguro; y
 - b) recuperaciones distintas del reaseguro.
- ii. Los pasivos por primas se determinarán sobre una base prospectiva, tanto netos como brutos de:

³ Para la valoración de otros activos, que representen una proporción muy pequeña del total de activos, las normas contables no prohíben el uso de costo amortizado.



- a) recuperaciones de reaseguro esperadas; y
- b) recuperaciones distintas del reaseguro.

La estimación central

La estimación central pretende reflejar el valor medio en el rango de valores posibles para el resultado (es decir, la media de la distribución de resultados probabilísticos). La determinación de la estimación central debe basarse en supuestos en cuanto a la experiencia futura que reflejen la experiencia y circunstancias del asegurador y que son:

- a) hecho con criterio y experiencia;
- b) hecho teniendo en cuenta las estadísticas disponibles y otra información; y
- c) ni subestimado ni exagerado deliberadamente

La estimación central se medirá como el valor presente de los pagos futuros esperados. Este proceso de medición implicará cálculos prospectivos y técnicas de modelamiento, y requerirá supuestos con respecto a la experiencia futura esperada, teniendo en cuenta todos los factores que se consideran materiales para el cálculo, incluidos:

- a) tasas de descuento;
- b) escalada de reclamaciones
- c) gastos de gestión de reclamaciones y pólizas; y
- d) siniestralidad.

Al establecer los supuestos de la estimación central, se debe tener en cuenta la materialidad de:

- a) la clase de negocio que se está considerando; y
- b) el efecto de supuestos particulares sobre el resultado determinado.

Margen de riesgo

El margen de riesgo es el componente del valor de los pasivos de seguro que se relaciona con la incertidumbre inherente de que los resultados diferirán de la estimación central.

Los márgenes de riesgo deben determinarse, para cada clase de negocio y en total, sobre una base que refleje la experiencia de la aseguradora. En todo caso, los márgenes de riesgo deben valorarse de manera que los pasivos por seguros del asegurador, después de cualquier beneficio de diversificación, no sean menores al mayor valor de:

- a) determinada sobre una base que esté destinada a valorar las obligaciones de seguro del asegurador en un nivel de suficiencia del 75%; y
- b) la estimación central más la mitad de una desviación estándar por encima de la media de las obligaciones de seguro del asegurador.

El margen de riesgo puede incluir una reserva por diversificación. Los estándares de información elaborados bajo la FSCODA requieren que la aseguradora informe un margen de riesgo independiente y un margen de riesgo diversificado para cada una de las clases de negocios.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

- El margen de riesgo independiente se refiere al margen de riesgo que se aplicaría a una clase de negocio en la que no se ha permitido la diversificación con otras clases de negocio.
- El margen de riesgo diversificado se refiere al margen de riesgo que se ha aplicado a la clase de negocio después de la estimación para la diversificación en toda la cartera de seguros.

Tasa de Descuento

Las tasas que se utilizarán para descontar los pagos de reclamos futuros esperados de los pasivos de seguros denominados en moneda australiana para una clase de negocio se derivan de los rendimientos de los valores del gobierno del Commonwealth (CGS), a la fecha de cálculo, que se refieran a la duración de los flujos de efectivo del pasivo del seguro futuro para esa categoría.

Para los pasivos de seguros extranjeros no denominados en moneda australiana, la tasa de descuento libre de riesgo debe basarse en los rendimientos de valores de riesgo soberano altamente líquidos con tasas objetivas observables actuales, en la moneda de los pasivos de seguros y con grado de contraparte 1.

La idoneidad de cualquier método o métodos para valorar los pasivos dependerá de:

- a) la clase de negocio que se está considerando;
- b) la naturaleza, volumen y calidad de los datos disponibles en relación con la experiencia del asegurador y la industria;
- c) las circunstancias del asegurador; y
- d) consideraciones de importancia relativa.

Al determinar las estimaciones centrales tanto de las obligaciones por siniestros pendientes como de las primas, debe tenerse debidamente en cuenta el aumento de las futuras reclamaciones.

- Normativa LPS 340 (valoración de pasivos de seguros de vida)

Las pólizas emitidas por una compañía de vida deben clasificarse como contratos de inversión de vida o contratos de seguro de vida.

LA norma prudencial no prescribe una metodología única para la valoración de los pasivos de las pólizas con respecto a los contratos de seguro de vida. Los principios del estándar prudencial se lograrán normalmente mediante la adopción de una metodología de proyección. Sin embargo, se reconoce que enfoques alternativos, como una metodología de acumulación, pueden ser apropiados en algunos casos para lograr los principios.

El pasivo de la póliza debe prever:



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
 FOLIO: RES-175-21-86455-S

- a) la mejor estimación del valor del pasivo de la empresa con respecto a las obligaciones derivadas de los contratos de seguro de vida; y
- b) una aparición uniforme de beneficios para los contratos de seguro de vida en relación con uno o más portadores de beneficios apropiados.

La ganancia que surja en el período sobre el que se informa debe reconocer tanto:

- a) las ganancias esperadas para el ejercicio y,
- b) las ganancias experimentadas en el ejercicio.

El método de valoración debe prever la aparición de beneficios cuando se obtienen. No se debe aplazar la aparición de beneficios obtenidos; tampoco se deben reconocer prematuramente las ganancias no devengadas

El pasivo de la póliza será igual a la suma de:

- a) la mejor estimación del pasivo;
- b) el valor de las ganancias futuras de mejor estimación; y
- c) el valor de la mejor estimación futura de las ganancias de los accionistas.

Mejor estimación del pasivo

La mejor estimación del pasivo se determina como el valor de los pagos y cobros futuros previstos en la póliza, brutos de reaseguro, sobre la base de las obligaciones en la fecha de presentación. Esta mejor estimación del pasivo es igual a

- a) el valor de los pagos de las prestaciones futuras esperadas; más
- b) el valor de los gastos futuros esperados; menos
- c) el valor de los ingresos futuros esperados.

Al establecer los supuestos de la mejor estimación, se debe tener en cuenta la importancia relativa de:

- a) los beneficios que se están considerando; y
- b) el efecto de supuestos particulares sobre el resultado determinado.

Los supuestos de mejor estimación con respecto a todos los demás supuestos utilizados en la valoración de los pasivos de la póliza, deben ser supuestos sobre la experiencia futura que:

- a) se hacen teniendo en cuenta el asesoramiento del Actuario Designado;
- b) se realizan teniendo en cuenta las estadísticas y otra información razonablemente disponibles; y
- c) no se exageran ni subestiman deliberadamente.

Opciones de valoración de los pasivos

La mejor estimación del pasivo y los supuestos de mejor estimación deben tener en cuenta cualquier opción o distribución asimétrica de los resultados del pasivo. Cuando la distribución de los posibles resultados del pasivo sea igualmente probable (ganancia o pérdida),



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

normalmente bastará con adoptar la media de las distribuciones evaluadas de la experiencia futura para los supuestos de mejor estimación y calcular en consecuencia el pasivo de mejor estimación. Sin embargo, la compañía de vida necesita considerar y evaluar el grado en que las variaciones en los supuestos pueden estar correlacionadas y / o que pudieran agravarse entre sí en circunstancias adversas. En tales casos, las hipótesis de la mejor estimación deben ajustarse de modo que la mejor estimación del pasivo sea representativa de la media de la distribución de los posibles resultados del pasivo.

Tasa de descuento

La tasa bruta utilizada para descontar los flujos de efectivo futuros esperados debe, en la medida en que los beneficios bajo la póliza estén vinculados contractualmente al desempeño de los activos mantenidos, reflejar las ganancias de inversión esperadas aplicables a los activos que respaldan el beneficio que se valora. De lo contrario, se utilizará una tasa (o tasas) de descuento que la compañía de vida considere libre de riesgo, con base en las tasas objetivas observables actuales que se relacionan con la naturaleza, estructura y plazo de los flujos de efectivo futuros del pasivo.

Esto no excluye el uso de tasas de descuento que tienen en cuenta supuestos que se expresan como un porcentaje del valor de los activos, en lugar de permitir esos supuestos explícitamente en la proyección. Esta práctica puede aplicarse con respecto a ciertos gastos, impuestos o márgenes de beneficio.

Finalmente, cabe señalar que, en el caso de las aseguradoras de vida, para propósitos de reporte de ganancias bajo la **LPS 340**, la tasa de descuento debe ser una tasa de descuento libre de riesgo (salvo cuando los beneficios de la póliza estén vinculados contractualmente a los activos que respaldan el beneficio, en cuyo caso se utilizará un tipo de descuento que refleje los beneficios esperados de las inversiones en los activos que respaldan el beneficio). Sin embargo, para propósitos de solvencia, la tasa de descuento debe ajustarse para que sea la suma de la tasa libre de riesgo más un ajuste de liquidez, incluso para tales pólizas (*la prima por liquidez se calibra como el 30 % del diferencial de los bonos con calificación A a un vencimiento de tres años publicado por el RBA y solo es aplicable a los pasivos no líquidos*). Además, si el valor total de terminación excede el valor derivado de la aplicación de la tasa de descuento libre de riesgo con, cuando proceda, ajuste de liquidez, el exceso se deduciría de los recursos de capital. Como resultado, las ganancias futuras y la recuperación del costo de adquisición diferido (DAC) quedarían excluidos de los recursos de capital.

Comentarios Adicionales

La mejor estimación del momento se realiza principalmente de acuerdo con la propia experiencia de las aseguradoras, incorporando una revisión actuarial.

- Para las aseguradoras generales, se requiere que el Actuario Designado revise los supuestos utilizados para determinar la mejor estimación de los pasivos de seguros al menos una vez al año y que revele cualquier información relacionada con los cambios



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

realizados en estos supuestos con respecto a los del período anterior. Se requiere que los métodos y supuestos de valoración de pasivos sean apropiados a la experiencia de la aseguradora y la clase de negocio que se valora.

- En el caso de las aseguradoras de vida, se requiere que el actuario designado haga suposiciones de mejor estimación utilizando el juicio profesional, teniendo en cuenta las estadísticas disponibles. Los supuestos de mortalidad se basan en la propia experiencia del asegurador, pero también deben basarse en estudios amplios de la industria. Las aseguradoras de vida deben, como mínimo, separar los gastos de adquisición de los gastos que no son de adquisición, ya que las normas permiten que los gastos de adquisición se difieran y regulen durante la vida de la póliza.

La valoración de las provisiones técnicas debe tener debidamente en cuenta las opciones y garantías implícitas. Estas características generalmente no se encuentran en los contratos de seguros generales. En el caso de los seguros de vida, las opciones implícitas pueden valorarse de acuerdo a un método adecuado de fijación de precios de las opciones, o bien, las hipótesis de mejor estimación pueden ajustarse adecuadamente para reflejar el valor de las opciones.

Las provisiones técnicas incluyen el margen sobre la estimación actual (MOCE –margin over the current estimate-) explícitamente en los seguros generales y solo implícitamente en los seguros de vida.

- Para las aseguradoras generales, la **GPS 320** requiere el MOCE en un nivel mínimo del 75 por ciento de suficiencia. Aunque no hay una metodología especificada por la APRA, el Instituto de Actuarios de Australia (IAAust) ha publicado una guía de mejor práctica en la calibración.
- El MOCE se aplica principalmente a los pasivos netos por seguros y debe determinarse en función de la incertidumbre en cada uno de los pasivos brutos por seguros, las recuperaciones por reaseguro y las recuperaciones por no reaseguro.
- El MOCE debe determinarse para cada clase de negocio con un ajuste adecuado de los beneficios de diversificación.
- Para las aseguradoras de vida, los pasivos de póliza incluyen márgenes compuestos, que eliminan efectivamente las ganancias del primer día. Además, existe un ajuste por conservadurismo al deducir la diferencia entre el pasivo de mejor estimación y los valores totales de terminación para todas las pólizas, actuando esto como un MOCE implícito.

IX.5.2 APRA e Implementación de IFRS 17

Australia se encuentra en la etapa de implementación del estándar contable AASB 17 a los contratos de seguros (de acuerdo al “Actuaries Institute” se basa (y es casi idéntico) en el estándar internacional IFRS 17). <https://www.actuaries.asn.au/professional-development-regulation/ifrs-17-and-aasb-17>



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

Este es el último documento de consulta que describe el enfoque planeado de APRA para integrar los contratos de seguros AASB 17 en el capital y los marcos de información aplicables a las aseguradoras de vida y las aseguradoras generales. <https://www.apra.gov.au/new-accounting-standard-%E2%80%93-aasb-17-insurance-contracts>

Instrucciones indicativas de APRA sobre cómo informar el desempeño y la información de valoración a APRA en base a AASB 17

Instrucciones indicativas relevantes para todas las aseguradoras

- a) **Enfoques para medir los activos y pasivos del contrato de seguro:** Para acomodar la presentación de informes regulatorios por parte de las aseguradoras, independientemente de la opción contable (BBA, VFA y PAA), APRA tiene la intención de revisar sus requisitos de presentación de informes para respaldar todos los métodos contables de medición de los activos y pasivos contractuales de seguros.
- b) **Flujo sobre el impacto de la determinación del límite del contrato:** AASB 17 adopta una definición de límite contractual que en algunos casos podría resultar en diferencias entre la determinación contable de la fecha final y la escrita en un contrato de seguro.
- c) **Agrupaciones de productos:**
 - APRA tiene la intención de mantener los requisitos para la presentación de informes sobre la agrupación de productos para los aseguradores de vida (LI) y por clase de negocio para los aseguradores generales.
 - La APRA también está considerando mejorar la granularidad de sus grupos de presentación de informes para obtener información más detallada sobre los productos.
 - Para la presentación de informes prudenciales, la dirección indicativa del APRA es que las agrupaciones utilizadas para distinguir los contratos onerosos según la AASB 17 no deben extenderse a todos los grupos de presentación de informes del APRA.
- d) **Otras instrucciones indicativas para informar a APRA:**
 - *Tasa de descuento:* Que se acepte la determinación de la aseguradora según lo exige la AASB 17, con información sobre la determinación de las tasas de descuento que se espera proporcionar en el Informe de valoración actuarial.
 - *Prima de iliquidez:* Que se acepte la determinación de la aseguradora según lo exige la AASB 17, con información sobre la determinación de la prima de iliquidez que se espera proporcionar en el Informe de valoración actuarial.

Instrucciones específicas para aseguradoras de vida

- e) **Agrupaciones de productos:** Mantendrá su requisito existente de que los grupos de productos no se extiendan a las subcategorías, donde una subcategoría se define en la Ley de Seguro de Vida de 1995 (Life Act).



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

- f) **Beneficios de participantes y no participantes:** APRA se inclina a mantener un mecanismo para que las compañías de seguros de vida soliciten una declaración de APRA de que un contrato no es participativo para permitir que el tratamiento bajo la Life Act y el tratamiento bajo AASB 17 estén alineados.

Instrucciones indicativas de APRA para determinar el capital regulatorio en base a AASB 17

Asuntos relevantes para todas las aseguradoras

- a) **Límite del contrato: desajuste potencial de los límites de seguro y reaseguro:** La APRA reconoce que el tratamiento contable exigido en virtud de la AASB 17 puede dar lugar a un desfase en el calendario para reconocer un contrato de seguro subyacente y los acuerdos de reaseguro conexos. Para la determinación del capital regulatorio, la preferencia general de la APRA será tratar de alinear los límites contractuales para evitar la aparición de tales desajustes y la posible volatilidad del capital económico.
- b) **Calibración de cargas de capital:** APRA revisará si la recalibración de los cargos de riesgo en el marco LAGIC es necesaria para abordar cualquier consecuencia no intencional de la integración a la AASB 17 (pueden afectar la determinación de la base de capital y el cálculo del requerimiento de capital prudencial).
- c) **Tasas de descuento:** La dirección indicativa de APRA es continuar exigiendo a las aseguradoras que apliquen tasas de descuento libre de riesgo específicas para determinar el capital regulatorio.
- En el caso de los pasivos por pólizas denominada en Australia, la intención de la APRA es mantener los rendimientos de los valores del Gobierno del Commonwealth como la tasa libre de riesgo utilizada para determinar la base de capital de los aseguradores y el importe del capital prescrito.
 - En el caso de los pasivos de póliza denominados en moneda extranjera, la APRA se inclina por mantener el requisito de que las aseguradoras usen una tasa libre de riesgo basada en los rendimientos de los valores de riesgo soberano altamente líquidos en la moneda de los pasivos de la póliza y con grado de contraparte 1.
 - APRA además requerirá que las aseguradoras realicen ajustes para eliminar cualquier asignación por riesgo de crédito o falta de liquidez que esté implícita en los rendimientos aplicados para determinar el capital regulatorio, y que se proporcione a APRA información sobre la determinación de las tasas de descuento.
- d) **Costo de adquisición:** La intención de APRA es exigir a las aseguradoras que realicen ajustes para excluir los costos de adquisición diferidos al determinar la base de capital.
- e) **Riesgo de incumplimiento del reaseguro:** APRA se inclina a continuar aplicando el cargo por riesgo de incumplimiento prudencial actual a las recuperaciones de reaseguros. Sin embargo, APRA señala que, según la AASB 17, las aseguradoras deberán incorporar el riesgo de incumplimiento del reasegurador en la medición de los flujos de efectivo de



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
 FOLIO: RES-175-21-86455-S

cumplimiento para el grupo de contratos de reaseguro mantenidos, lo que puede dar lugar a un doble cómputo del riesgo de incumplimiento, aunque se espera que el alcance de esto sea mínimo en circunstancias normales. APRA está dispuesta a considerar un ajuste al cargo por riesgo de incumplimiento del reaseguro para reducir la posibilidad de doble contabilización.

- f) **Tratamiento del margen de servicio contractual (CSM):** APRA está colaborando actualmente con el Grupo de trabajo AASB 17 del Actuaries Institute para identificar todos los problemas y desarrollar posibles opciones para el tratamiento prudente del CSM en la determinación del capital regulatorio.

Instrucciones específicas para aseguradoras de vida

- g) **Prima de iliquidez:** La dirección indicativa de APRA es continuar permitiendo que las aseguradoras de vida apliquen una prima de iliquidez para ciertos pasivos ilíquidos, utilizando una tasa especificada por APRA en el Estándar Prudencial LPS 112 Adecuación de Capital: Medición de Capital.
- h) **Gastos relacionados con el contrato:** La APRA tiene la intención de seguir considerando el tratamiento de los gastos relacionados con los contratos (como los gastos generales) para determinar los pasivos ajustados por pólizas.
- i) **Ajuste de riesgo:** El APRA está trabajando actualmente con el Grupo de Trabajo AASB 17 del Actuaries Institute para identificar todos los problemas y desarrollar opciones potenciales para el tratamiento prudente del ajuste de riesgo en la determinación del capital regulatorio.

Instrucciones específicas de aseguradores generales

- j) **Ajuste de riesgo y margen de riesgo APRA:** APRA se inclina a mantener un enfoque del margen de riesgo que proporcione un resultado de capital ampliamente compatible con el marco LAGIC existente.

APRA también tiene la intención de considerar la interacción del ajuste de riesgo para el riesgo no financiero requerido bajo la AASB 17 con el margen de riesgo APRA para facilitar una mayor alineación del tratamiento del capital con los estándares contables.

Instrucciones específicas de la aseguradora de salud privada

- k) **Límite del contrato:** APRA anticipa que el límite del contrato para los contratos de “private health insurance” generalmente será de un año.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

IX.6 OSFI; Canadá

IX.6.1 Regulación de Reservas Técnicas OSFI: Seguros de Vida y Salud

Según IFRS 4, para la valoración de los pasivos de los contratos de seguro de vida se utiliza el “Método Canadiense de Activos y Pasivos (CALM)”, el que continuará aplicándose hasta la introducción de la NIIF 17.

CALM es muy diferente a otros enfoques de valoración de pasivos ya que no se basa en una curva de descuento explícita. CALM permite a las aseguradoras tener en cuenta la tasa de rendimiento total (es decir, todos los flujos de efectivo contractuales) de todos los activos de renta fija, así como de los activos de renta variable, como acciones y bienes raíces (existen algunos supuestos limitantes sobre estos tipos de bienes).

CALM requiere que un actuario designado determine provisiones para desviaciones adversas (PfADs) para impagos de activos de renta fija, riesgo de mercado de activos de renta variable, riesgo de tasas de interés libre de riesgo, diferenciales de crédito, mortalidad, mejora de la mortalidad, morbilidad, mejora de la morbilidad, caducidad y gastos.

Estos PfADs se determinan mediante la aplicación de una variedad de escenarios con el peor resultado de la aplicación de escenarios tomados como PfAD. El objetivo es que los pasivos de los contratos de seguros se valoren dentro de un corredor de 60-80 por ciento de expectativa de cola condicional (CTE)⁴.

La **prueba de adecuación del capital de seguros de vida (LICAT)**, utiliza una combinación de enfoques basados en factores y prescribe supuestos de choque para medir un colchón de solvencia base. La LICAT cubre el riesgo de crédito, riesgo de mercado (riesgo de tasa de interés, riesgo de acciones, riesgo de productos indexados, riesgo de moneda), riesgo de seguro (riesgo de mortalidad, riesgo de longevidad, riesgo de morbilidad, riesgo de caída, riesgo de gasto, riesgo de propiedad y siniestro), riesgo de fondos segregado garantizados y riesgo operacional. Todas las medidas de riesgo están dirigidas a un nivel constante de confianza, es decir, 99 por ciento de CTE en el horizonte de un año. La diversificación se tiene en cuenta dentro del riesgo de seguros y entre todos los riesgos.

Hay dos índices de solvencia de LICAT: *total capital ratio* y *core capital ratio*. El colchón de solvencia base (denominador) se compara con la suma del capital disponible, la provisión para excedentes y los depósitos elegibles (numerador). El *total capital ratio* es:

$$\frac{\text{Available Capital} + \text{Surplus Allowance} + \text{Eligible Deposits}}{\text{Base Solvency Buffer}}$$

El *core ratio* es:

⁴ Es imposible comparar directamente CALM con otros enfoques internacionales, pero la inminente aplicación de la NIIF 17 exigirá la aplicación de un enfoque internacionalmente comparable para valorar las obligaciones derivadas de contratos de seguros.



Tier 1 Capital + 70% of Surplus Allowance + 70% of Eligible Deposits
Base Solvency Buffer

El capital disponible consiste en capital de nivel 1 y capital de nivel 2 sujetos a límites de composición. Hay deducciones del capital de nivel 1 (por ejemplo, fondo de comercio e intangibles), algunas de las cuales pueden incluirse parcialmente como capital de nivel 2 (por ejemplo, el 50 por ciento del activo deducido). La provisión para excedentes consiste en ciertas PfAD calculadas bajo CALM: PfAD de riesgo de tasa de interés libre de riesgo y PfAD de riesgo de seguro. Los depósitos elegibles son los depósitos en exceso colocados por reaseguradoras no registradas y las reservas de fluctuación de siniestros.

El "colchón de solvencia base" –*base solvency buffer*– de una compañía canadiense es igual al capital agregado neto de créditos, multiplicado por un escalar de 1,05. Los requerimientos de capital agregado comprenden requerimientos para cada uno de los siguientes cinco componentes de riesgo:

- riesgo de crédito
- riesgo de mercado
- riesgo de seguro
- riesgo de garantía de fondos segregados
- riesgo operacional

Los requisitos agregados se reducen mediante créditos para:

- productos participantes y ajustables vigentes que califiquen
- otra mitigación y transferencia de riesgos
- diversificación de riesgos

El colchón de solvencia base se calcula neto de reaseguro registrado (es decir, reaseguro proporcionado por reaseguradoras reguladas por el ICA o una aseguradora regulada provincial/territorialmente aprobada por la OSFI)

Por su parte, la prueba de requisitos de margen de seguro de vida y adecuación de activos en Canadá ("LIMAT") para sucursales canadienses establece los siguientes ratios:

La fórmula para calcular el *Total Ratio* de una sucursal canadiense es:

$$\frac{\text{Available Margin} + \text{Surplus Allowances} + \text{Eligible Deposits}}{\text{Required Margin}}$$

La fórmula para calcular el *Core Ratio* de una sucursal canadiense es:

$$\frac{\text{Available Margin} + 70\% \text{ of Surplus Allowance} + 70\% \text{ of Eligible Assets} - \text{Other Admitted Assets}}{\text{Required Margin}}$$

El "Margen disponible" es la diferencia entre los activos disponibles y los activos requeridos. "Activos Disponibles" consiste en activos conferidos en fideicomiso con OSFI e ingresos de



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

inversiones vencidos y acumulados sobre ellos y otros activos admitidos, menos ciertas deducciones y ajustes. "Activos necesarios" consta de:

- pasivos de contratos de seguro y otros pasivos de pólizas neto de todos los reaseguros cedidos
- provisiones para dividendos de los tomadores de seguros, reembolsos de calificación de experiencia y elementos de participación discrecional
- reclamos pendientes y gastos de ajuste
- montos de asegurados en depósito
- cuentas por pagar
- impuestos sobre la renta por pagar
- préstamos hipotecarios y otras cargas inmobiliarias
- pasivos por impuestos diferidos
- cada plan de pensión neto de beneficios definidos reconocido como un pasivo en el balance general de la sucursal canadiense, neto de cualquier activo por impuestos diferidos asociado que podría extinguirse si el pasivo fuera dado de baja de otro modo según las normas contables pertinentes
- otros pasivos
- reservas negativas ajustadas calculadas por pólizas y reservas negativas cedidas a reaseguradores no registrados (p. ej., reaseguradores que no están regulados por la ICA o aseguradores regulados provincial/territorialmente no aprobados por la OSFI)
- deficiencias en el valor de rescate de efectivo en términos de grupo y agregados,

menos:

- préstamos garantizados por pólizas en Canadá
- saldos deudores de agentes y primas pendientes
- montos adeudados por aseguradores y reaseguradores regulados por la ICA que no pueden compensarse legalmente con los pasivos del contrato de seguro de la sucursal canadiense

La "asignación por excedentes" se basa en los PfADs calculados bajo CALM. El "margen requerido" se calcula de la misma manera que el colchón de solvencia básico para las compañías canadienses y se aplica a:

- activos constituidos en fideicomiso por OSFI
- pasivos relativos a la actividad de seguros en Canadá
- valores del balance de activos bajo el control del agente principal, si estos se tienen en cuenta para determinar otros activos admitidos.

Seguros de Propiedad y Accidentes: Requerimientos de Solvencia

La valoración de los pasivos de la póliza cubre las pérdidas esperadas más las desviaciones esperadas de la mejor estimación. Estos se determinan utilizando provisiones para la incertidumbre en los supuestos en forma de PfAD. En el caso de las aseguradoras generales, se



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

incluye un PfAD en la determinación de los pasivos de la póliza para los siguientes riesgos: desarrollo de siniestros, recuperación del reaseguro cedido y tasas de retorno de la inversión. Los requisitos de capital se determinan como una cantidad excedente por encima de la PfAD.

El ratio de prueba de capital mínimo (MCT) se calcula dividiendo el capital disponible por el capital mínimo requerido. El capital disponible consiste en capital de las categorías A, B y C con las categorías B y C sujetas a límites de composición. El capital de categoría A se corresponde en gran medida con el capital disponible de nivel 1 en la LICAT. El capital mínimo requerido consiste en la suma de los requisitos de capital al nivel objetivo — 99 por ciento CTE — para cada componente de riesgo, menos el crédito de diversificación. Los riesgos cubiertos son el riesgo de seguro (relacionado con siniestros no pagados, pasivos por primas, reservas para reaseguros cedidos a reaseguradores no registrados y riesgo de catástrofe), el riesgo de mercado (riesgo de tipo de interés, riesgo de tipo de cambio, riesgo de renta variable, riesgo inmobiliario y otras exposiciones de mercado), el riesgo de crédito (riesgo de impago de la contraparte relacionado con las exposiciones incluidas en el balance y fuera de balance y las garantías reales mantenidas para las exposiciones de reaseguro con reaseguradores no registrados) y el riesgo operativo.

Seguro Hipotecario: Requerimientos de Solvencia

Los requisitos de solvencia para los aseguradores hipotecarios se basan en el MCT para los aseguradores generales, ya que los aseguradores hipotecarios son aseguradores generales. Dos cambios clave se aplican a la MCT para los aseguradores hipotecarios: el cálculo del riesgo de seguro es totalmente diferente y se basa en los riesgos asumidos por los aseguradores hipotecarios y el crédito de diversificación entre la suma de los requisitos de riesgo de crédito y de mercado y los requisitos de riesgo de seguro no se aplica. La responsabilidad principal de los aseguradores hipotecarios en el balance es la prima no devengada, sujeta a una prueba de adecuación (las ganancias pueden diferirse, pero no las pérdidas). El pasivo del balance general generalmente incluye ganancias esperadas diferidas en exceso del pasivo de mejor estimación y PfAD. Los requisitos de capital son adicionales a las primas no devengadas.

En relación a las reservas, los pasivos que se muestran en la declaración anual de una compañía o una sucursal canadiense, deben contener una reserva por el valor de los pasivos actuariales y otras pólizas de la compañía o sucursal. Dicha compañía o sucursal debe tener un actuario designado que debe valorar los pasivos actuariales y otras pólizas de la compañía o sucursal canadiense de acuerdo con la práctica actuarial canadiense aceptada, sujeto a cambios e instrucciones adicionales que pueda realizar OSFI⁵.

IX.6.2 OSFI e IFRS 17

La carta de la OSFI del 27 de junio de 2018 (https://www.osfi-bsif.gc.ca/Eng/Docs/licatmct_let.pdf) comunica el plan de dicha institución para implementar

⁵ La Norma OSFI E-15 *Appointed Actuary 3: Legal Requirements, Qualifications and Peer Review*, describe el papel del actuario designado y las expectativas de OSFI con respecto a ese rol.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S

IFRS 17 en las directrices: *Life Insurance Capital Adequacy Test (LICAT)* -life insurers- y Minimum Capital Test (MCT) -property and casualty (P&C).

En la carta del 21 de noviembre de 2019 (https://www.osfi-bsif.gc.ca/Eng/Docs/irpc_ifrs17_let.pdf), la OSFI pone en consulta, por 120 días, y de manera confidencial, el borrador del manual IFRS 17 de formularios e instrucciones regulatorias. Con fecha 27 de marzo de 2020 y, a causa del COVID-19, la OSFI confirma que pone en pausa las consultas hasta que las condiciones se establezcan.

Finalmente, en la carta del 7 de agosto de 2020 (<https://www.osfi-bsif.gc.ca/Eng/Docs/ifrs17-let20.pdf>), la OSFI anuncia que la fecha límite para el período de consulta pública sobre IFRS 17 de seguros se ha extendido hasta el 31 de agosto de 2020.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S



www.cmfchile.cl



*Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-175-21-86455-S*