

**SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS
CHILE**

**REF: INSTRUYE SOBRE CONSTANCIA
DE LA NO-EMISIÓN DE
COTIZACIÓN DE SEGURO DE
RENTA VITALICIA INMEDIATA Y
DIFERIDA. DECRETO LEY N° 3500
DE 1980**

CIRCULAR N° 1502

A todas las entidades aseguradoras del segundo grupo.

Santiago, 6 de octubre de 2000.

Esta Superintendencia en uso de sus facultades legales y considerando las condiciones en la contratación de rentas vitalicias previsionales establecidas por la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, ha estimado oportuno impartir las siguientes instrucciones:

1. Las compañías de seguros del segundo grupo, de acuerdo a esta norma, podrán hacer constar por escrito que no emitirán cotizaciones de seguro renta vitalicia, a que se refiere la Circular N° 777 de 2 de febrero de 1988, cada vez que habiéndole sido solicitado en los términos del N° 4 de la Circular 1403 de 18 de agosto de 1998, sea voluntad de la entidad aseguradora no ofrecer pensión al afiliado o sus beneficiarios.
2. La constancia deberá efectuarse en el formato establecido en el anexo de esta circular y ser suscrita por un representante de la compañía debidamente facultado, identificándose con su nombre completo, cédula de identidad y la función o cargo que desempeña. En ella deberá registrarse la información del certificado de saldo del afiliado, en la forma prevista en el recuadro 9 del formulario de cotización de la Circular N° 1461 de 22 de diciembre de 1999.
3. La compañía aseguradora no podrá emitir a favor del mismo afiliado o sus beneficiarios cotización de seguro de renta vitalicia durante los 30 días siguientes a la emisión de la constancia.


ALVARO CLARKE DE LA CERDA
SUPERINTENDENTE

Constancia de NO Cotización de Seguro de Renta Vitalicia

FECHA ____/____/____
 día mes año

Nº de Constancia

Compañía de Seguros, certifica que no emitirá, durante los próximos 30 días, cotización de Seguro de Renta Vitalicia a favor de:

DATOS DEL AFILIADO

Nombre RUT

Dirección

Comuna Ciudad

Fecha de Nacimiento Sexo Estado Civil

AFP Sistema de Salud

CERTIFICADO DE SALDO emitido por la AFP

FECHA DEL CERTIFICADO ____/____/____
 día mes año

con fecha cierre al ____/____/____
 día mes año

MONTO

MONTO

CAPITAL ACUMULADO UF

BONO EXONERADO UF

BONO DE RECONOCIMIENTO UF

COMPLEMENTO BONO RECONOCIMIENTO UF

DEPOSITO CONVENIDO UF

TRASPASO CUENTA DE AHORRO VOLUNTARIO UF

SALDO FINAL UF

CORREDOR

NOMBRE

RUT

PERSONA QUE ACTUA POR CUENTA CORREDOR

NOMBRE

RUT

AGENTE DE VENTAS COMPAÑIA

NOMBRE

RUT

VENTA DIRECTA COMPAÑIA

NOMBRE

RUT