

**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**

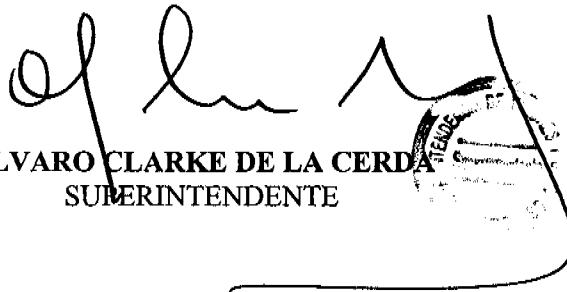
**CIRCULAR N° 1502**

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 .....