

**SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS  
CHILE**

**REF.: MODIFICA CIRCULAR N° 1555, DE  
23 DE AGOSTO DE 2001, SOBRE  
ENVIO DE COTIZACIONES  
DIARIAS DE RENTAS VITALICIAS  
PREVISIONALES.**

**SANTIAGO, 12 SEP 2001**

**CIRCULAR N° 1558**

A todas las entidades aseguradoras del segundo grupo.

Esta Superintendencia en uso de sus facultades legales, en especial lo establecido en el artículo 3° letra b, del D.F.L. 251, de 1931, ha estimado conveniente modificar el Anexo N°2, de la Circular N°1555, de agosto de 2001, en los siguientes términos:

1. Item "1. Descripción de los registros", reemplázase la última frase por:

"Todos los registros, independientemente del tipo de que se trate, deben tener 381 caracteres de largo."

2. Item "3. Formato de cada tipo de registro", introdúcese las siguientes modificaciones:

- a. Párrafo "Registro tipo 1: Identificación de la compañía de seguros", reemplázase el campo FILLER por el siguiente:

CAMPO	DESCRIPCION DEL CAMPO	FORMATO	POSICION
FILLER	Sólo se deben grabar espacios.	X(290)	92 - 381

- b. Párrafo "Registro tipo 2: Información por cotización";

- Sustitúyese el nombre de los campos REGION y FECHA\_NACIMIENTO por REGION\_CIA y FECHA\_NACIMIENTO\_AFI, respectivamente.
- Reemplázase el campo PRIMA\_TOTAL\_COTIZADA por el siguiente:

CAMPO	DESCRIPCION DEL CAMPO	FORMATO	POSICION
PRIMA_TOTAL_COTIZADA	Corresponde a la prima total cotizada informada en el número 10.1 del formulario de cotización. Debe expresarse en UF, con dos decimales.	9(05)9(02)	133- 139

**SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS  
CHILE**

- Agrégase los siguientes campos:

CAMPO	DESCRIPCION DEL CAMPO	FORMATO	POSICION
DOMICILIO_AFILIADO	Corresponde al domicilio del afiliado.  Debe informarse en letras mayúsculas	X(80)	220 – 299
COMUNA_AFILIADO	Corresponde a la comuna donde se encuentra el domicilio del afiliado.  Debe informarse en letras mayúsculas	X(40)	300 – 339
CIUDAD_AFILIADO	Corresponde a la ciudad donde se encuentra el domicilio del afiliado.  Debe informarse en letras mayúsculas	X(40)	340 – 379
REGION_AFILIADO	Corresponde a la región del país donde se encuentra el domicilio del afiliado.  Debe expresarse en números árabes del 1 a 12 y Región Metropolitana como 13	9(02)	380 – 381

c. Párrafo "Registro Tipo 3:Información beneficiarios";

- Agrégase, antes del campo FILLER, el siguiente campo:

CAMPO	DESCRIPCION DEL CAMPO	FORMATO	POSICION
FECHA_NACIMIENTO_BEN	Corresponde a la fecha de nacimiento del beneficiario que se está informando.  Debe expresarse en formato AAAAMMDD	9(08)	28– 35

- Reemplázase, el campo FILLER por el siguiente:


CAMPO	DESCRIPCION DEL CAMPO	FORMATO	POSICION
FILLER	Sólo se deben grabar espacios.	X(346)	36 – 381

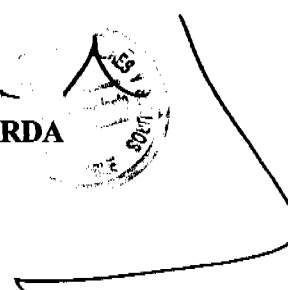
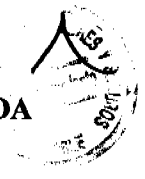
**SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS  
CHILE**

d. Párrafo "Registro tipo 4: Total registros", sustitúyese el campo FILLER por el siguiente:

CAMPO	DESCRIPCION DEL CAMPO	FORMATO	POSICION
FILLER	Sólo se deben grabar espacios.	X(364)	18 – 381

**VIGENCIA:** La presente circular entra en vigencia a contar desde esta fecha.

  
**ALVARO CLARKE DE LA CERDA**  
**SUPERINTENDENTE**



Se adjunta Anexo N°2 de reemplazo, para la mantención del texto refundido de la Circular N°1555.

**SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS  
CHILE**

**ANEXO N°2  
REGISTRO DE COTIZACIONES DE RENTAS VITALICIAS PREVISIONALES**

**1. Descripción de los registros**

El archivo que deberán enviar las compañías producto de las instrucciones de la presente circular, contendrá los siguientes tipos de registros:

Registro tipo 1: identificación de la compañía de seguros

Contendrá información que permita identificar a la Compañía. Sólo se deberá informar un registro de este tipo y deberá ser el primero del archivo.

Registro tipo 2: información por cotización

Contendrá información acerca de cada cotización emitida durante el día informado.

Registro tipo 3: información beneficiarios

Contendrá información acerca de cada beneficiario incluido en la cotización informada.

Registro tipo 4: total registros

Contendrá información de control relativa al número total de registros informados y será generado por el programa validador que la Superintendencia ponga a disposición de las compañías. Sólo existirá un registro de este tipo y será el último del archivo.

Todos los registros, independientemente del tipo de que se trate, deben tener 381 caracteres de largo.

**2. Orden de los registros**

El archivo debe presentarse ordenado por:

- a) Registro tipo 1: es el primer registro del archivo
- b) Registros tipo 2 y 3: deberán ordenarse ascendentemente por CODIGO\_COTIZACION y dentro de éste, ascendentemente por TIPO\_REGISTRO ( 2 y 3).
- c) Registro tipo 4: es el último registro del archivo.

**3. Formato de cada tipo de registro**

**Registro tipo 1: Identificación de la compañía de seguros**

CAMPO	DESCRIPCION DEL CAMPO	FORMATO	POSICION
TIPO_REGISTRO	Debe tener valor "1".	9(01)	1 - 1
RUT_ASEGURADORA	Corresponde al número del Rol Unico Tributario (R.U.T.) de la Compañía de Seguros que informa.	9(09)	2 - 10
VER_ASEGURADORA	Corresponde al dígito verificador del R.U.T. de la Compañía de Seguros que informa.  Debe informarse en letras mayúsculas en caso que corresponda al dígito verificador "K".	X(01)	11 - 11

**SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS  
CHILE**

ASEGURADORA	Corresponde a la razón social de la Compañía de Seguros que informa.  Debe informarse en letras mayúsculas	X(80)	12 - 91
FILLER	Sólo se deben grabar espacios.	X(290)	92 - 381

**Registro tipo 2: Información por cotización**

CAMPO	DESCRIPCION DEL CAMPO	FORMATO	POSICION
TIPO_REGISTRO	Debe tener valor "2".	9(01)	1 - 1
CODIGO_COTIZACION	Corresponde al número o código asignado por la compañía a la cotización que se está informando. Este código debe ser único, para cada compañía y cotización.	X(20)	2 - 21
FECHA_COTIZACION	Corresponde a la fecha en que se realizó la cotización informada y debe ser la misma que se señale como parte del nombre del archivo, con excepción de los envíos de información histórica. Debe expresarse con formato AAAAMMDD.	9(08)	22 - 29
REGION_CIA	Corresponde a la Región del domicilio de la agencia/oficina/sucursal de la Cía de seguros en que se solicitó la cotización.  Debe expresarse en números árabes del 1 a 12 y Región Metropolitana como 13	9(02)	30 - 31
DIAS_VALIDEZ	Corresponde al número de días que tiene validez la cotización realizada por la compañía.	9(02)	32 - 33
RUT_AFILIADO	Corresponde al número del Rol Unico Tributario (R.U.T.) del afiliado al que se le realizó la cotización que se está informando.	9(09)	34 - 42
VER_AFILIADO	Corresponde al dígito verificador del R.U.T. del afiliado al que se le realizó la cotización que se está informando.  Debe informarse en letra mayúscula en caso que corresponda al dígito verificador "K".	X(01)	43 - 43
FECHA_NACIMIENTO_AFI	Corresponde a la fecha de nacimiento del afiliado.  Debe expresarse en formato AAAAMMDD	9(08)	44 - 51
NOMBRE_AFILIADO	Corresponde al primer nombre, de acuerdo a su cédula de identidad, del afiliado al que se le realizó la cotización que se está informando.	X(20)	52 - 71

**SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS  
CHILE**

	Debe informarse en letras mayúsculas		
PATERNO_AFILIADO	Corresponde al apellido paterno del afiliado al que se le realizó la cotización que se está informando.  Debe informarse en letras mayúsculas.	X(20)	72 - 91
MATERNO_AFILIADO	Corresponde al apellido materno del afiliado al que se le realizó la cotización que se está informando.  Debe informarse en letras mayúsculas.	X(20)	92 - 111
SEXO_AFILIADO	Corresponde a la codificación del sexo al que pertenece el afiliado.  Los códigos válidos son:  F : Femenino M : Masculino  Debe informarse en letra mayúscula.	X(01)	112 - 112
TIPO_PENSION	Corresponde al tipo de pensión que se ha cotizado.  Los códigos permitidos son:  V: Renta Vitalicia de Vejez A: Renta Vitalicia de Vejez Anticipada I: Renta Vitalicia de Invalidez S: Renta Vitalicia de Supervivencia  Debe informarse en letra mayúscula.	X(01)	113 - 113
MODALIDAD_PENSION	Corresponde a la modalidad de pensión que se ha cotizado.  Los códigos permitidos son:  I: Inmediata D: Diferida  Debe informarse en letra mayúscula.	X(01)	114 - 114
CLAUSULA	Corresponde indicar si considera la contratación de Cláusula Alternativa Art. 6, póliza.  Los códigos permitidos son:  S: Si N: No  Debe informarse en letra mayúscula.	X(01)	115 - 115

**SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS  
CHILE**

MESES_DIFERIDO	Corresponde al número de meses en que ha sido diferida la pensión que se cotizó.  Si MODALIDAD_PENSION = I, debe completarse con ceros.	9(03)	116 – 118
MESES_GARANTIZADOS	Corresponde al número de meses que ha sido garantizada la pensión que se cotizó.  En caso de no existir período garantizado, debe completarse con ceros.	9(03)	119 – 121
TASA_DESCUENTO	Corresponde a la tasa de descuento o factor de actualización que la compañía aplicó a la pensión que se cotizó con periodo garantizado. Debe informarse con dos decimales.  En caso que no exista periodo garantizado, este campo debe llenarse con ceros.	9(02)9(02)	122 – 125
NUMERO_BENEFICIARIOS	Corresponde al número de beneficiarios considerados en el cálculo de la pensión que se cotizó, más los Beneficiarios Designados (Código de Relación = 77 en registros de tipo 3).	9(02)	126 – 127
RENTA_MENSUAL	Corresponde a la renta mensual ofrecida por la compañía al afiliado. Debe expresarse en UF, con dos decimales.	9(03)9(02)	128 – 132
PRIMA_TOTAL_COTIZADA	Corresponde a la prima total cotizada informada en el número 10.1 del formulario de cotización. Debe expresarse en UF, con dos decimales.	9(05)9(02)	133 – 139
PRIMA_UNICA_UNITARIA	Corresponde a la PRIMA_TOTAL_COTIZADA dividida por la RENTA_MENSUAL. Debe informarse con dos decimales.	9(03)v9(02)	140 – 144
TIPO_VENTA	Los códigos permitidos son:  C: Corredor de seguros A: Agente de ventas de la compañía D: Venta directa  Debe informarse en letra mayúscula.	X(01)	145 – 145
RUT_VENDEDOR	Corresponde al número del Rol Unico Tributario (R.U.T.) del corredor, agente o del empleado o dependiente de la compañía, según el TIPO_VENTA informado.	9(09)	146 – 154
VER_VENDEDOR	Corresponde al dígito verificador del R.U.T. del corredor, agente, empleado o dependiente de la compañía, según TIPO_VENTA informado.	X(01)	155 – 155

**SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS  
CHILE**

	Debe informarse en letras mayúsculas en caso que corresponda al dígito verificador "K".		
NOMBRE_DEPENDIENTE	Corresponde al primer nombre, de acuerdo a su cédula de identidad, del empleado o dependiente de la compañía que realizó la cotización que se está informando. Debe informarse si TIPO_VENTA = D, en caso contrario debe informarse en blanco  Debe informarse en letras mayúsculas	X(20)	156 – 175
PATERNO_DEPENDIENTE	Corresponde al apellido paterno del empleado o dependiente de la compañía que realizó la cotización que se está informando. Debe informarse si TIPO_VENTA = D, en caso contrario debe informarse en blanco  Debe informarse en letras mayúsculas.	X(20)	176 – 195
MATERNO_DEPENDIENTE	Corresponde al apellido materno del empleado o dependiente de la compañía que realizó la cotización que se está informando. Debe informarse si TIPO_VENTA = D, en caso contrario debe informarse en blanco  Debe informarse en letras mayúsculas.	X(20)	196 – 215
COMISION_VENDEDOR	Corresponde a la comisión, expresada como porcentaje de la prima, que será pagada al corredor, agente o empleado o dependiente de la compañía, si este recibe comisión  Debe informarse con dos decimales.	9(02)9(02)	216 – 219
DOMICILIO_AFILIADO	Corresponde al domicilio del afiliado.  Debe informarse en letras mayúsculas	X(80)	220 – 299
COMUNA_AFILIADO	Corresponde a la comuna donde se encuentra el domicilio del afiliado.  Debe informarse en letras mayúsculas	X(40)	300 – 339
CIUDAD_AFILIADO	Corresponde a la ciudad donde se encuentra el domicilio del afiliado.  Debe informarse en letras mayúsculas	X(40)	340 – 379
REGION_AFILIADO	Corresponde a la región del país donde se encuentra el domicilio del afiliado.  Debe expresarse en números árabes del 1 a 12 y Región Metropolitana como 13	9(02)	380 – 381



**SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS  
CHILE**

**Registro tipo 3: Información beneficiarios**

<b>CAMPO</b>	<b>DESCRIPCION DEL CAMPO</b>	<b>FORMATO</b>	<b>POSICION</b>
TIPO_REGISTRO	Debe tener valor "3".	9(01)	1 - 1
CODIGO_COTIZACION	Corresponde al número o código asignado por la compañía a la cotización del afiliado, señalado en registro tipo 2, que incluye al beneficiario que se está informando en este registro. Este código debe ser único, para cada compañía y cotización.	X(20)	2 - 21
NUMERO_ORDEN	Corresponde al número de orden que le corresponde al beneficiario que se está informando, dentro del formulario de cotización.	9(02)	22 - 23
RELACION	Corresponde a la relación que existe entre el beneficiario y el afiliado.  Los códigos permitidos son:  10 : Cónyuge sin hijos con derecho a pensión 11 : Cónyuge con hijos con derecho a pensión 20 : Madre de hijo natural sin hijos con derecho a pensión. 21 : Madre de hijo natural con hijos con derecho a pensión. 30 : Hijo sin derecho a incremento 35 : Hijo con derecho a incremento 41 : Padre 42 : Madre 77 : Beneficiario designado	9(02)	24 - 25
SEXO_BENEFICIARIO	Corresponde a la codificación del sexo al que pertenece el beneficiario que se está informando.  Los códigos válidos son:  F : Femenino M : Masculino  Debe informarse en letra mayúscula.	X(01)	26 - 26
INVALIDEZ	Corresponde indicar si el beneficiario de pensión es inválido o no.  Los códigos permitidos son:  S: Inválido N: No inválido 7 Debe informarse en letra mayúscula.	X(01)	27 - 27
FECHA_NACIMIENTO_BEN	Corresponde a la fecha de nacimiento del beneficiario que se está informando.  Debe expresarse en formato AAAAMMDD	9(08)	28 - 35

**SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS  
CHILE**

FILLER	Sólo se deben grabar espacios.	X(346)	36 - 381
--------	--------------------------------	--------	----------

**Registro tipo 4: Total registros**

CAMPO	DESCRIPCION DEL CAMPO	FORMATO	POSICION
TIPO_REGISTRO	Debe tener valor "4".	9(01)	1 - 1
TOTAL_REGISTROS	Corresponde al número total de registros informados en el archivo. Esto es, suma de la cantidad de registros tipo 1, 2, 3 y 4.	9(08)	2 - 9
TOTAL_BENEFICIARIOS	Corresponde al número total de beneficiarios informados en registros tipo 2.	9(08)	10 - 17
FILLER	Sólo se deben grabar espacios.	X(364)	18 - 381