

RESOLUCION EXENTA: 11659
Santiago, 07 de noviembre de 2025

REF.: EJECUTA ACUERDO DEL CONSEJO DE LA COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO QUE APRUEBA LA EMISIÓN DE NORMA DE CARÁCTER GENERAL QUE MODIFICA 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.

VISTOS:

Lo dispuesto en el artículo 3° de la Ley N° 19.880; en el número 1 del artículo 5, el numeral 3 del artículo 20 y numeral 1 del artículo 21, del Decreto Ley N° 3.538 que crea la Comisión para el Mercado Financiero; en el artículo 20 del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de 1931; en el D.F.L N° 1/19.653, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, de 2001, que Fija el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; en el artículo 27 de la Normativa Interna de Funcionamiento de la Comisión para el Mercado Financiero, contenida en la Resolución Exenta N° 1983 de 2025; en el Decreto Supremo N°478 del Ministerio de Hacienda del año 2022; la Resolución N°36 de 2024 de la Contraloría General de la República; y lo acordado por el Consejo de la Comisión para el Mercado Financiero en **Sesión Ordinaria N° 469, de 6 de noviembre de 2025.**

CONSIDERANDO:

1. Que, la Norma de Carácter General N° 243 de la Comisión para el Mercado Financiero imparte instrucciones relativas a la constitución de reservas técnicas en el seguro de invalidez y sobrevivencia del D.L. N° 3.500, de 1980.
2. Que, se ha observado para el seguro de invalidez y sobrevivencia la necesidad de realizar ajustes en la reserva de insuficiencia de prima, en la reserva de siniestros en proceso de liquidación y en la reserva de siniestros ocurridos y no reportados de sobrevivencia, para reforzar su consistencia con las obligaciones contractuales asumidas por las compañías de seguros y alinear la normativa con los mejores estándares internacionales.
3. Que, en atención a lo señalado, la Comisión para el Mercado Financiero, elaboró el proyecto de Norma de Carácter General, que MODIFICA 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”, cuyo objetivo es introducir ajustes a la metodología de cálculo de las reservas técnicas asociadas al seguro de invalidez y sobrevivencia, mejorando su coherencia con la cobertura otorgada



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-11659-25-70592-A SGD: 2025110779077

y procurando con éstos avanzar en recoger prácticas más alineadas con estándares internacionales como IFRS y Solvencia II.

4. Que, de acuerdo con el 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.
5. Que, el Consejo de la Comisión para el Mercado Financiero, mediante acuerdo adoptado en Sesión Ordinaria N° 450, de 26 de junio de 2025, ejecutado mediante Resolución Exenta N° 6586 del 02 de julio de 2025, acordó poner en consulta por un mes, a contar de la fecha de su publicación, la propuesta normativa referida en el numeral 3 de esta Resolución, incluyendo su informe normativo. La consulta pública se extendió entre 3 de julio y el 4 de agosto de 2025.
6. Que, en tal sentido y luego de concluidas dichas instancias, cuyas observaciones recibidas se detallan en el informe normativo final adjunto, y analizados todos los comentarios recibidos a la propuesta normativa, se ha definido el texto referente a la norma objeto de la presente Resolución.
7. Que, en virtud de lo anterior, el Consejo de la Comisión para el Mercado Financiero, mediante acuerdo adoptado en Sesión Ordinaria N° 469, de 6 de noviembre de 2025, acordó emitir la norma referida en el numeral 3 de esta Resolución, incluyendo su informe normativo final.
8. Que, en lo pertinente, el artículo 27 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 06 de noviembre de 2025 suscrito por el Sr. Secretario, donde consta el referido acuerdo.
9. 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° 469, de 6 de noviembre de 2025, que aprueba la emisión de la Norma de Carácter General que **“MODIFICA 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”**, contenidas en su respectivo informe normativo final, cuyo texto completo se encuentra adjunto a esta Resolución y se entiende forma parte de este.

Anótese, Comuníquese y Archívese.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-11659-25-70592-A SGD: 2025110779077



Solange Michelle Berstein JÁuregui
Presidente
Comisión para el Mercado Financiero



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-11659-25-70592-A SGD: 2025110779077



Regulador y Supervisor Financiero de Chile

INFORME NORMATIVO

Modificación NCG N°243

Junio 2025

www.CMFChile.cl



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-11659-25-70592-A SGD: 2025110779077

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	2
II. OBJETIVO DE LA PROPUESTA NORMATIVA	2
III. DIAGNÓSTICO	2
IV. AJUSTES ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVA	6
V. EXPERIENCIA COMPARADA	9
VI. PROCESO DE CONSULTA PÚBLICA	10
VII. ANÁLISIS DE IMPACTO REGULATORIO	15
VIII. PROYECTO NORMATIVO A EMITIR	17



I. INTRODUCCIÓN

La Norma de Carácter General (NCG) N° 243 establece las reservas técnicas que deben constituir las compañías de seguros del segundo grupo para respaldar sus obligaciones derivadas del seguro de invalidez y sobrevivencia de que trata el artículo 59 del D.L. N° 3.500 de 1980. Para cada tipo de reserva requerida, se definen los modelos y criterios técnicos aplicables.

En la presente modificación normativa de la NCG N° 243, se proponen ajustes en la reserva de insuficiencia de prima, en la reserva de siniestros en proceso de liquidación y en la reserva de siniestros ocurridos y no reportados de sobrevivencia. Estos cambios responden a la necesidad de reforzar la consistencia metodológica de ciertos cálculos actuariales, mejorar la trazabilidad de los resultados estimados y alinear la normativa vigente con los mejores estándares internacionales.

En particular, la propuesta recoge observaciones planteadas por distintos actores que intervienen en la contratación y administración de este seguro, así como hallazgos levantados por la Comisión para el Mercado Financiero (CMF) en el marco de sus funciones de supervisión. Con ello, se busca asegurar que los métodos utilizados reflejen de forma clara y coherente las obligaciones contractuales asumidas por las aseguradoras.

II. OBJETIVO DE LA PROPUESTA NORMATIVA

El objetivo de la propuesta normativa consiste en introducir ajustes a la metodología de cálculo de las reservas técnicas asociadas al seguro de invalidez y sobrevivencia mejorando su coherencia con la cobertura otorgada y procurando con éstos avanzar en recoger prácticas más alineadas con estándares internacionales como IFRS 17 y Solvencia II.

En este contexto, los ajustes consideran:

- Reformulación del enfoque aplicado al test de suficiencia de prima, eliminando su interpretación basada en un criterio devengado y reemplazándola por una evaluación fundada en flujos futuros proyectados. Este cambio permite reconocer el valor temporal del dinero y reflejar con mayor precisión los efectos financieros derivados de los desfases entre ingresos y egresos contractuales especialmente en aquellos observados en contratos con ajuste de prima, licitados a partir del año 2020.
- Mejoras en la consistencia de los modelos de reserva de siniestros en proceso de liquidación, en particular mediante una proyección explícita de gastos y ajustes a los flujos asociados a una invalidez parcial, que involucran las probabilidades segundo dictamen y el uso de la cuenta Individual (CI) en la estimación de la Reserva final.
- Ajustes metodológicos para la estimación de siniestros ocurridos y no reportados (SOYNR) de sobrevivencia, evitando sobreestimaciones en contratos no vigentes.
- Se modifica el apartado 'Deducción de Reaseguro' con el fin de precisar que, conforme a las normas contables vigentes, la participación del reasegurador se reconoce como un activo por reaseguro sujeto a la aplicación del concepto de deterioro.

III. DIAGNÓSTICO

1. Reserva de insuficiencia de prima (TSP)

La normativa vigente establece que esta evaluación debe realizarse en función de la proyección de los flujos de primas, siniestros y costos pendientes de devengar, lo que en la práctica se ha interpretado como un enfoque de suficiencia de prima basado en un criterio devengado. Esta interpretación ha limitado la posibilidad de reconocer ciertos efectos financieros relevantes derivados del desfase temporal entre ingresos y egresos del contrato.



Esta limitación se vuelve especialmente significativa en los contratos con ajuste de prima de siniestralidad, donde los flujos de primas pueden experimentar ajustes posteriores en función de la siniestralidad observada, cuando ésta se ubica por debajo de una tasa máxima de siniestralidad. En estos casos, se pueden producir devoluciones de prima cuya restitución se materializa con rezago, lo que implica que dichos montos permanecen transitoriamente en poder de las compañías. Durante ese período, dichos fondos generan retornos financieros que pueden destinarse a cubrir los costos administrativos del contrato.

Bajo un enfoque exclusivamente devengado, estos ingresos financieros no son reconocidos en la evaluación de suficiencia, lo que puede llevar a la constitución de reservas adicionales por insuficiencia incluso en contratos donde el déficit económico -no cubierto directamente por la prima- es compensado por la rentabilidad generada durante la tenencia transitoria de las primas por devolver. Esta situación ha sido observada con mayor frecuencia en contratos con ajuste de prima de siniestralidad donde no se ha cobrado una prima de administración explícita, precisamente por anticiparse que dichos retornos serían suficientes para cubrir los gastos operativos del seguro.

Con el fin de evitar este sesgo y reflejar de mejor forma la realidad económica del contrato, se ajusta la normativa para instruir que la evaluación se realice sobre la base de flujos de efectivos futuros proyectados, reconociendo su valor temporal. Este enfoque permite incorporar de forma explícita los efectos de rentabilidad derivados de los desfases entre ingresos y devoluciones de prima, siempre que dichos flujos se encuentren dentro de los límites contractuales. Con ello, se busca una evaluación más precisa y alineada con los principios actuariales, evitando la generación artificial de reservas cuando no existe una insuficiencia técnica efectiva.

Por otro lado, se detectó en los procesos de supervisión que algunas compañías, siguiendo la instrucción establecida en la norma de descontar los flujos a una tasa libre de riesgo de corto plazo, utilizaban tasas a un año, lo que no es consistente con duración de los flujos proyectados. En consecuencia, se sustituye esa referencia genérica por la definición específica de un vector de tasa a utilizar, de modo de contar con un parámetro homogéneo y transparente que refleje adecuadamente el horizonte temporal de los pasivos y reduzca la discrecionalidad en la estimación.

2. Reserva de siniestros en proceso de liquidación

La normativa vigente establece el cálculo de la reserva de siniestros en proceso de liquidación considerando las proyecciones de costo de siniestros y probabilidades de calificación según el estado en que se encontraran los siniestros. Sin embargo, presentaba limitaciones importantes en tres aspectos que afectaban la precisión y consistencia de los cálculos: la proyección de gastos asociados a la liquidación y pago de siniestros, la estimación de las probabilidades de segundo dictamen en invalidez parcial y el tratamiento de la cuenta individual (CI) en la fórmula de reserva.

En primer lugar, respecto a la proyección de gastos, se detectó que, si bien la normativa vigente exige considerar los gastos asociados a la liquidación y pago de siniestros, en el caso de los gastos del Departamento de Invalidez y Sobrevivencia (DIS) de la Asociación de Aseguradores de Chile A.G. (AACH), que centraliza las operaciones ligadas al Seguro de Invalidez y Sobrevivencia (SIS), estos no se integran explícitamente dentro de los flujos proyectados para cada solicitud ni se define una metodología clara para su estimación. Esto llevó a que se utilizaran enfoques propios, muchas veces desvinculados de las trayectorias reales que siguen las solicitudes a través de las distintas etapas del proceso de calificación. Para abordar esta situación, se incorpora una metodología explícita de proyección de gastos asociados al DIS, tratándolos de forma diferenciada respecto de los gastos de administración de las aseguradoras, basada en las etapas probables del proceso, asegurando así que la reserva refleje de forma más precisa y coherente los compromisos económicos del seguro en cada fase. Este ajuste se fundamenta en el hecho de que los gastos del DIS no son uniformes, sino que dependen tanto de tipo de solicitud como del resultado final del proceso de calificación, siendo así necesario modelarlos de manera consistente con la lógica del seguro.

En segundo lugar, se identificó que, para la estimación de las probabilidades de segundo dictamen en casos de invalidez parcial, la norma instruye realizarla sobre el universo total de siniestros del sistema. Esta agregación puede

3



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-11659-25-70592-A SGD: 2025110779077

distorsionar las estimaciones individuales, particularmente en presencia de sesgos por género o diferencias estructurales en las tasas de calificación. La modificación establece que estas probabilidades deben calcularse separadamente por grupo asegurado, alineando el cálculo con la experiencia específica de cada grupo. Si bien los procesos de supervisión permitieron constatar que las compañías ya implementaban este enfoque en la práctica, el ajuste busca formalizar dicha metodología, reconociéndola como la más adecuada y coherente con el riesgo efectivamente evaluado.

Finalmente, en el caso de las solicitudes de invalidez parcial, la fórmula de reserva original no distingue adecuadamente entre los flujos asociados a la pensión transitoria y a las contribuciones (ambos cubiertos íntegramente por el seguro), y aquellos correspondientes al financiamiento del aporte (complementando la CI). Esta omisión puede generar una subestimación del valor de la obligación asumida por el seguro. La fórmula se ajusta para separar estos tres componentes y establecer que la CI solo debe deducirse del flujo asociado al aporte, reflejando así con mayor precisión el rol del seguro en cada componente del pasivo.

Estos tres ajustes contribuyen a reforzar la trazabilidad y consistencia técnica de las reservas en proceso de liquidación, alineándolas con la realidad operativa del seguro de invalidez y sobrevivencia y con las mejores prácticas en materia de evaluación actuarial de los pasivos.

3. Reserva de siniestros ocurridos y no reportados (SOYNR) de sobrevivencia

En la normativa vigente, la estimación de la reserva SOYNR de sobrevivencia considera un desfase de un mes en la recepción de las denuncias de siniestros por parte de las AFP, incorporando para ello un término adicional que refleja el costo promedio mensual de los siniestros reportados durante el último año. Sin embargo, esta aproximación no distingue si los siniestros corresponden a contratos con o sin cobertura vigente al momento del cálculo, lo que puede generar una sobreestimación de la reserva en contratos que ya no tienen cobertura activa.

En efecto, en los contratos no vigentes, el desfase en la denuncia pierde relevancia, ya que no se espera la recepción de nuevos casos a cubrir bajo dicho contrato. La aplicación indiscriminada de este término genera una reserva artificialmente más alta, que no se condice con los compromisos reales asumidos por las compañías aseguradoras. Cabe señalar que, en la práctica, las compañías -con autorización de esta Comisión- ya estarían aplicando esta excepción en los contratos no vigentes, reconociendo su coherencia con la naturaleza expirada de la cobertura.

En consideración a lo anterior, se ajusta la normativa para que el término asociado al desfase en la denuncia de siniestros de sobrevivencia se aplique exclusivamente en los contratos vigentes al momento del cálculo. Esta modificación mejora la precisión del cálculo y evita distorsiones en la estimación del pasivo, alineando la reserva SOYNR con la lógica actuarial subyacente a la cobertura efectiva, así como con su aplicación práctica autorizada por esta Comisión.

4. Presentación del reaseguro en la reserva técnica

En la normativa vigente, el impacto del reaseguro sobre las reservas técnicas se refleja a través del concepto de "deducciones por reaseguro", que consiste en deducir directamente del pasivo bruto el monto correspondiente a la porción cedida en reaseguro. Sin embargo, este enfoque no se alinea con las mejores prácticas contables y de presentación financiera actualmente vigentes.

En efecto, bajo el estándar IFRS, así como en otros marcos regulatorios comparables, se establece que las reservas técnicas deben reconocerse en términos brutos, sin deducciones por reaseguro, y que la participación del reasegurador debe presentarse como un activo separado (activo por reaseguro), en la medida que represente derechos contractuales válidos frente a la contraparte. Por su parte, la Circular N° 2022 ya instruye reportar las reservas técnicas de forma bruta, reflejando la participación del reaseguro mediante el reconocimiento de dicho activo.



Cabe destacar que, en la práctica, las compañías estarían cumpliendo con el criterio de reporte establecido en la Circular N° 2022, lo que refuerza la necesidad de ajustar la normativa vigente para alinear ambas disposiciones.

En consecuencia, se ajusta la normativa precisando que, de existir reaseguro, las deducciones por reaseguro se deben reconocer, para efectos de su presentación contable, en un activo sujeto a la aplicación del concepto de deterioro conforme a las normas generales de IFRS.

5. Estimación de probabilidades

En la normativa vigente, la estimación de probabilidades utilizadas en el cálculo de reservas técnicas de siniestros en proceso de liquidación se basa en registros históricos de tres a cinco años, que deben construirse a partir de la información de siniestros provista por las AFP y las compañías de seguros. Este enfoque ha permitido contar con una base homogénea y verificable para el cálculo de las probabilidades de pago y cobertura.

Sin embargo, en la práctica se han identificado situaciones en que no es posible disponer de la información mínima requerida para completar dichas series históricas. En estos casos, la metodología vigente no ofrece mecanismos de reemplazo, lo que genera distorsiones en la estimación y puede conducir a reservas poco representativas.

En consecuencia, se ajusta la normativa incorporando expresamente la posibilidad de que, en ausencia de series históricas suficientes, las compañías presenten modelos propios de estimación de probabilidades, los cuales deberán ser fundamentados técnica y actuarialmente, y sometidos a revisión y aprobación por parte de la Comisión antes de su utilización en los cálculos de reserva.



IV. AJUSTES ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVA

Los ajustes normativos consideran los siguientes elementos:

- a) En el título II. Reserva Técnica de insuficiencia de primas, en su letra b), se reemplaza la referencia a “flujos devengados” por una definición basada en los flujos contractuales esperados dentro de los límites del contrato, incorporando de forma explícita todos los ingresos, egresos y gastos futuros que se proyecta ocurran mientras el contrato se mantenga vigente. Asimismo, en el segundo párrafo se agrega a flujos el término “de efectivo”. Estos ajustes permiten incorporar los efectos de la temporalidad de los flujos, y con ello, en los contratos con ajuste de prima, reconocer como fuente de financiamiento válida la rentabilidad de las inversiones generada por los excedentes de prima originados en los ajustes de prima por siniestralidad observada por debajo de la tasa máxima.

Por otro lado, también en el segundo párrafo de este título se precisa que la tasa de descuento a utilizar será el Vector de Tasas de Descuento (VTD) definido en la NCG N° 209, publicado mensualmente por la Comisión, asegurando así una referencia homogénea, transparente y consistente con la duración de los flujos proyectados.

- b) En el título III. Reserva Técnica de siniestros, se ajusta el número 2.4 Cálculo de la reserva de siniestros en proceso de liquidación, según el siguiente detalle:

- i. En el número 2.4.1. Solicitudes de pensión de invalidez que no tienen un primer dictamen ejecutoriado, se incorpora en forma explícita en la formulación de la reserva una componente de gastos asociados a liquidación y pago de siniestros en que incurre el DIS, para cada uno de los resultados posibles de la calificación de primer dictamen, reemplazando así el término fijo que anteriormente se adicionaba de manera genérica a esta reserva. Para ello, se ajusta la fórmula de la reserva según la siguiente expresión:

$$R_k = \sum_{i=1}^{10} \sum_{j=1}^{n_{ik}} \left[(PPIT_{ik} \cdot CIT_{kj} + PPIP_{ik} \cdot CIP_{kj}) + (PPIT_{ik} \cdot G_{kj}^{1iT} + PPIP_{ik} \cdot G_{kj}^{1iP} + (1 - PPIT_{ik} - PPIP_{ik}) \cdot G_{kj}^{1iR}) \right]$$

Donde:

G_{kj}^{1iT} : Valor presente de los gastos estimados del DIS asociados a la tramitación y resolución de una solicitud j en la categoría i del grupo k (hombres o mujeres), que se califica en primer dictamen como inválido total.

G_{kj}^{1iP} : Valor presente de los gastos del DIS asociados a la tramitación y resolución de una solicitud j en categoría i del grupo k (hombres o mujeres), que se califica en el primer dictamen como inválido parcial.

G_{kj}^{1iR} : Valor presente de los gastos estimados del DIS asociados a la tramitación y resolución de una solicitud j en la categoría i del grupo k (hombres o mujeres), que no resulta cubierta por el seguro tras el primer dictamen.

Además, para cada componente de gasto se especifica su forma de proyección. En el caso específico de las solicitudes calificadas en primer dictamen como inválido parcial, se incluyen también los gastos asociados a los estados finales probables de la calificación de segundo dictamen.

Asimismo, en el caso de CIP_{kj} se ajusta la fórmula para precisar el tratamiento de la Cuenta Individual (CI), estableciendo que esta no debe descontarse ni de las pensiones transitorias ni de las contribuciones, sino únicamente del capital necesario para el financiamiento de los aportes por invalidez y sobrevivencia,



asegurando además que dicha diferencia no pueda ser menor que cero, aprovechándose de efectuar una corrección de notación de la componente OPD, consistente en eliminar la variable edad del exponente del factor de descuento financiero, con el fin de mantener la consistencia temporal del cálculo del valor presente.

- ii. En el número 2.4.2 Inválidos parciales transitorios sin solicitud de calificación por el segundo dictamen, se incorpora en forma explícita en la formulación de la reserva componentes de gastos asociados a liquidación y pago de siniestros en que incurre el DIS para cada uno de los estados finales probables del siniestro, además de considerar los gastos asociados al pago de las pensiones transitorias. Asimismo, se ajusta la fórmula para precisar el tratamiento de la Cuenta Individual (CI), estableciendo que esta no debe descontarse ni de las pensiones transitorias ni de las contribuciones, sino únicamente del capital necesario para el financiamiento de los aportes por invalidez y sobrevivencia, asegurando además que dicha diferencia no pueda ser menor que cero, aprovechándose de efectuar una corrección de notación en el exponente del factor de descuento financiero eliminado la variable edad del exponente, con el fin de mantener la consistencia temporal del cálculo del valor presente. Finalmente, se añade el subíndice k a las probabilidades de segundo dictamen, reflejando su dependencia respecto del grupo asegurado (hombre/mujer). Es así que se ajusta la fórmula de la reserva según la siguiente expresión:

$$\text{Reserva IP}_k = \sum_{j=1}^{n_k} \left(OPT_{kj}^2 + OPD(i)_{kj}^2 + G_{kj}^{Adm} \cdot (t + h) + (Pp_k \cdot G_{kj}^{2P} + Pt_k \cdot G_{kj}^{2T} + Pni_k \cdot G_{kj}^{2NI}) \right)$$

Donde,

G_{kj}^{Adm} : Gasto promedio anual estimado del DIS asociados al pago de la pensión transitoria de una invalidez parcial calificada en primer dictamen j , correspondiente al grupo k (hombres o mujeres).

G_{kj}^{2P} : Valor presente de los gastos del DIS asociados a la resolución de una invalidez parcial de primer dictamen j que resulta calificada como inválido parcial definitivo en el segundo dictamen, correspondiente al grupo k (hombres o mujeres).

G_{kj}^{2T} : Valor presente de los gastos del DIS asociados a la resolución de una invalidez parcial de primer dictamen j que resulta calificada como inválido total definitivo en el segundo dictamen, correspondiente al grupo k (hombres o mujeres).

G_{kj}^{2NI} : Valor presente de los gastos del DIS asociados a la resolución de una invalidez parcial de primer dictamen j que resulta no inválido en el segundo dictamen, correspondiente al grupo k .

$$\begin{aligned} OPD(i)_{kj}^2 = \max & \left[(1 - h) \times \left(CNI(i)_{x+t} \times \frac{1}{(1+i)^t} \right) \times {}_tP_x + h \times \left(CNI(i)_{x+t+1} \times \frac{1}{(1+i)^{t+1}} \right) \times {}_{t+1}P_x \right. \\ & \left. - [(CI_{kj} - SR_{kj}) \cdot Pp_k + CI_{kj} \cdot Pt_k] \cdot ((1 - h) \cdot {}_tP_x + h \cdot {}_{t+1}P_x); 0 \right] \\ & + C \times Pni_k \times \frac{1}{(1+i)^t} \times ((1 - h) \times {}_tP_x + h \times {}_{t+1}P_x) \end{aligned}$$

$$CNI(i)_{x+t} = CNIp(i)_{x+t} \times Pp_k + CNIt(i)_{x+t} \times Pt_k$$



- iii. En el número 2.4.3 Inválidos parciales transitorios con solicitud de calificación por el segundo dictamen, se agrega un párrafo que instruye la incorporación explícita de los gastos del DIS en la estimación de la reserva, conforme a los criterios establecidos en los puntos anteriores.
- iv. En el número 2.4.5 siniestros de sobrevivencia, se ajusta la fórmula de cálculo de la reserva mediante la incorporación explícita de un componente de gastos asociados a liquidación y pago de siniestros incurridos por el DIS, vinculados individualmente a cada siniestro. Este ajuste reemplaza el término anterior, en el cual dichos gastos se consideraban como un monto fijo genérico agregado al final de la sumatoria de reservas individuales. Es así que se ajusta la fórmula de la reserva según la siguiente expresión:

$$R_k = \sum_{j=1}^{n_k} (Probabilidad\ de\ pago_{jk} \times AAI_{jk} + G_{kj}^{S1})$$

Donde,

G_{kj}^{S1} : Valor presente de los gastos del Departamento de Invalidez y Sobrevivencia (DIS) asociados a la gestión de liquidación de una solicitud de pensión de sobrevivencia j del grupo k, clasificada en la categoría S1 (sin comunicación aprobatoria).

- v. Se agrega un nuevo número, el 2.4.6, que consolida las reservas de siniestros pendientes de liquidación, incorporando una componente adicional que corresponde a los gastos administrativos asumidos por las compañías de seguros en la gestión de estos contratos. Este gasto se reintroduce debido a que, tras las modificaciones anteriores - que detallan los gastos del DIS a nivel de cada flujo de siniestro -, se hace necesario el reconocimiento explícito de los gastos propios de las compañías de seguros. Este componente de gasto se mantiene como un monto fijo, que no depende de los flujos asociados a la liquidación de los siniestros y se suma al final como un único gasto a estimar por cada aseguradora.
- c) En el título III. Reserva Técnica de siniestros, en su numeral 3.2 Reserva de siniestros ocurridos y no reportados de sobrevivencia, se ajusta la metodología de cálculo de esta reserva, precisando que el término correctivo que reconoce el desfase en la notificación de los siniestros de sobrevivencia desde las AFP a las compañías de seguros debe aplicarse únicamente a los contratos que se encuentren vigentes a la fecha de cálculo.
 - d) Respecto a la presentación del reaseguro en las reservas técnicas, en el numeral 4 del título III donde se tratan las deducciones por reaseguro, se precisa que en caso de existir reaseguro se debe reconocer un activo por dicha cesión sujeto a la aplicación del concepto de deterioro conforme a las normas generales de IFRS, en línea con el principio de presentación bruta de reservas técnicas establecido en la Circular N° 2022. Esto sin perjuicio de la deducción de las cesiones de reaseguro de las reservas técnicas para la determinación del patrimonio de riesgo, endeudamiento y obligación de invertir.
 - e) En el Anexo N° 2 Probabilidades se incorpora un párrafo que establece la posibilidad de presentar modelos propios de estimación de probabilidades en situaciones de insuficiencia de observaciones o interrupciones en las series históricas que impidan acumular los tres o cinco años de historia requeridos. Dichos modelos deberán ser presentados a la Comisión para su revisión y aprobación antes de su utilización en los cálculos de reserva.



V. EXPERIENCIA COMPARADA

1) Norma Internacional de Información Financiera IFRS 17

IFRS 17 establece que las reservas deben representar la mejor estimación de los flujos futuros de efectivo esperados derivados del cumplimiento de contratos de seguros. Este enfoque se desarrolla principalmente en los párrafos 33, 34 y B37 a B40 del estándar.

En particular:

- El párrafo 33 establece que la medición de los contratos debe incorporar todos los flujos de efectivo que surjan del contrato dentro de los límites de este.
- El párrafo 34 define los límites del contrato, indicando que los flujos de efectivo a considerar son aquellos que surgen de derechos y obligaciones sustantivos existentes durante el período en que la entidad puede obligar al tomador del seguro a pagar las primas o en el que la entidad tiene la obligación de proporcionar cobertura.
- En los párrafos B37 al B40 disponen que dichos flujos deben ser estimados de manera no sesgada, basados en información razonablemente disponible, incorporando la incertidumbre mediante técnicas probabilísticas que reflejen las posibles variaciones en importe y oportunidad de ocurrencia.

2) Solvencia II

La Directiva 2009/138/EC establece en sus artículos 77 y 78 los principios generales para la valoración de las provisiones técnicas, disponiendo que deben reflejar el valor actual de los flujos futuros de efectivo esperados derivados de las obligaciones contractuales.

Estos artículos en resumen establecen que:

- La mejor estimación debe considerar todos los ingresos y egresos futuros relacionados con el contrato, incluyendo primas, pagos de prestaciones y gastos de administración futuros necesarios para el cumplimiento de las obligaciones del asegurador.
- El cálculo debe ser prospectivo, teniendo en cuenta todas las incertidumbres, utilizando métodos actuarialmente sólidos y basados en hipótesis probabilísticas.

Adicionalmente, el Reglamento Delegado (UE) 2015/35 en su artículo 17, establece que en la proyección de flujos de efectivo para la valoración de provisiones técnicas solo deben considerarse las obligaciones existentes a la fecha de valoración, dentro de los límites del contrato. Asimismo, en sus artículos 28 a 30, regula los componentes del flujo de caja a considerar, destacando expresamente los gastos de administración y gestión de siniestros. En estos mismos artículos se indica que estos flujos deben reflejar de manera implícita o explícita la incertidumbre asociada a la materialización de todas sus componentes, incluidos los gastos.



VI. PROCESO DE CONSULTA PÚBLICA

El 3 de julio de 2025 la CMF dio inicio al proceso de consulta pública de la propuesta normativa que modifica a la Norma de Carácter General N° 243, que establece las reservas técnicas que deben constituir las compañías de seguros del segundo grupo para respaldar sus obligaciones derivadas del seguro de invalidez y sobrevivencia de que trata el artículo 59 del D.L. N° 3.500 de 1980.

Los comentarios a la propuesta normativa se recibieron hasta el 04 de agosto de 2025. En total se recibieron 9 documentos con comentarios, los cuales de desglosan de la siguiente forma:

- Compañías de seguros: 6
- Asociaciones gremiales: 1
- Firma de auditoría y consultoría: 1

El desglose con los resúmenes de los comentarios recibidos y las respuestas de la CMF a los mismos, se presentan a continuación:

Comentarios principales asociados a la normativa en consulta

1. **Tratamiento probabilidades de pago de los siniestros, por distorsiones que puede ocurrir por el efecto de aquellos casos que salen del control del DIS, derivado de las liquidaciones definitivas de los contratos bajo la modalidad de administración:** Se solicita que la normativa establezca un procedimiento específico para el tratamiento de los casos en reserva traspasados a las AFP, a fin de evitar distorsiones en el cálculo de probabilidades de pago en caso de fallas en los intercambios de información, asegurando consistencia y continuidad en la estimación de reservas.

Respuesta CMF:

En caso de que se detecte una situación como la descrita, la normativa en Anexo N° 2 establecerá la posibilidad de que las compañías presenten modelos propios para el ajuste del cálculo de probabilidades, los cuales deberán ser autorizados previamente por esta Comisión, a fin de asegurar consistencia en la estimación de reservas.

2. **Reservas de Insuficiencia de prima, aplicación:** se solicita autorizar la aplicación anticipada de esta modificación normativa a partir del cierre de los Estados Financieros correspondientes a diciembre 2025, permitiendo a las compañías implementar el nuevo enfoque de evaluación del TSP antes del plazo general de entrada en vigor, dada su relevancia técnica.

Respuesta CMF:

En el caso del TSP, se establecerá la opción de aplicación anticipada de las modificaciones establecidas.

3. **Reserva de Insuficiencia de Prima, tasa de descuento:** En relación la tasa de descuento, donde se propone reemplazar la tasa libre de riesgo de corto plazo por una tasa libre de riesgo alineada con la duración de los flujos proyectados, se solicita precisar lineamientos sobre la tasa de descuento a utilizar en el cálculo del TSP (instrumentos de referencia y método de estimación, por ejemplo, bootstrapping). Contar con una referencia explícita, por ejemplo, el Vector de Tasas de Descuento (VTD) utilizado en Rentas Vitalicias, permitiría homogeneizar criterios entre compañías, reducir discrecionalidad en la estimación y facilitar la supervisión y auditoría, dado el impacto que la tasa aplicada tiene en los resultados.

10



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-11659-25-70592-A SGD: 2025110779077

Respuesta CMF:

Se acoge la observación. En la versión de la norma que se publique se precisará que, para efectos del cálculo del Test de Suficiencia de Prima, se deberá utilizar el Vector de Tasas de Descuento (VTD) definido en la NCG N° 209, publicado mensualmente por la Comisión.

El uso del VTD resulta adecuado porque su construcción se basa en la curva libre de riesgo en UF, derivada de instrumentos emitidos por el Estado y Banco Central de Chile, donde para los horizontes relevantes del SIS (hasta 10 años), el ajuste por volatilidad tiene un efecto nulo o marginal, por lo que el VTD refleja esencialmente la curva base libre de riesgo para este tipo de flujos.

Con ello se entrega un marco homogéneo y transparente para todas las compañías, reduciendo la discrecionalidad en la estimación, asegurando comparabilidad y consistencia en los cálculos de reserva.

4. **Reservas en proceso de Liquidación, componente de gastos:** los gastos incluidos en la reserva técnica de siniestros podrían considerarse en la tasa de siniestralidad, impactando el ajuste de contratos y el cálculo de primas, lo que afectaría indirectamente las cotizaciones. Actualmente, las reservas usadas para estos ajustes solo contemplan siniestros y no gastos. Por ello, proponen que la normativa defina las reservas de gastos por separado y con un nombre específico, para evitar confusiones y asegurar que no se incluyan en dichos ajustes.

Respuesta CMF:

La normativa no busca alterar la forma en que se calcula la siniestralidad utilizada para los ajustes de contratos o primas, sino únicamente establecer un marco para el reconocimiento de los gastos asociados a las reservas técnicas. La reserva siempre ha incluido gastos, sólo que ahora se precisa su estimación.

Con el objetivo de mantener la estructura de la norma, se reorganizarán las variables de gastos de manera que al igual que en la versión anterior, se entienda como una componente adicional, fácilmente separable de la reserva, de manera de facilitar su separación al momento de estimar los ajustes. Por otro lado, la mención realizada en informe normativo respecto a los impactos se precisará para evitar confusiones, dado que los impactos por el cambio asociados a la componente de gastos no afectan el proceso de ajuste de prima, limitándose a una estimación más precisa de la componente de gastos.

5. **Reservas en proceso de Liquidación, componente de gastos:** Al definir los gastos G_{kj} asociados a la resolución de los dictámenes de cada solicitud, se menciona lo siguiente: "Incluye los costos proyectados por peritajes, análisis técnicos, evaluaciones médicas, revisión de antecedentes (...), validación del derecho, cálculo del aporte adicional, cierre del expediente (...), gestión de los siniestros en proceso de calificación (...) y administración hasta la emisión del dictamen." Sobre lo anterior, agradeceremos confirmar que todos estos costos hacen referencia a los actuales denominados como Sistema de Interconsultas Médicas (SIM), Traslados y Alojamientos (T&A) y Fijos y Variables (F&V) del Departamento de Invalidez y Supervivencia (DIS).

Respuesta CMF:

Se confirma la interpretación planteada. Los gastos comprenden los costos actualmente denominados como SIM, T&A y F&V del Departamento de Invalidez y Supervivencia.

6. **Reservas en proceso de Liquidación, formulación componente de gastos:** Se plantea que la formulación actual genera una posible doble contabilización de gastos, ya que se provisionan desde el ingreso de la



solicitud y, en paralelo, se reconocen los gastos reales a medida que ocurren. Se señala que la propuesta normativa no corrige este efecto, ya que al definir los gastos en valor presente usando la siguiente sumatoria:

$$G_{kj}^{1iT} = \sum_{t=1}^{n_1} g_{kj}^{1iT}(t) \cdot v^{(t-0,5)}$$

proyecta los gastos desde $t=1$ sin considerar la antigüedad real del caso, lo que llevaría a sobreestimar los gastos en solicitudes que ya han avanzado en su tramitación. Se solicita que la proyección de gastos sea prospectiva desde el estado actual de la solicitud.

Respuesta CMF:

La fórmula observada no genera una doble contabilización. El objetivo es que el cálculo sea prospectivo, es decir, que los gastos proyectados reflejen los flujos futuros desde el estado actual de la solicitud, y no incorporen montos ya incurridos.

En particular, el parámetro t parte desde 1 para efectos de notación, pero esto no implica que la proyección comience desde el ingreso de la solicitud. Lo relevante es que el parámetro n_1 dentro de la sumatoria que define G_{kj} , es el que ajusta la duración de los gastos según la etapa en la que se encuentre cada caso. Por lo anterior, no procede el ajuste solicitado.

7. **Reservas en proceso de Liquidación, liberación anticipada de gastos:** La normativa vigente considera categorías de solicitudes desde I1 hasta I6. Sin embargo, con el desfase detectado entre las órdenes médicas y la cobranza hacia las compañías, existen siniestros que ya se encuentran liquidados y pagados, pero que, en valor esperado, todavía generan gastos futuros. De esta forma, al pagarse un siniestro, se estaría liberando la reserva de gastos, aun cuando la historia muestra que existirían futuros gastos por pagar.

Respuesta CMF:

En caso de que, por razones operativas, una solicitud sea cerrada formalmente por el pago del aporte, pero aún existen gastos pendientes por facturar (por ejemplo, por desfases entre órdenes médicas y facturación), ello no afecta el modelo de reserva definido, el cual proyecta los gastos futuros según el estado actual de la solicitud.

Hay que recordar que cuando un siniestro ha sido liquidado, la reserva pasa a reserva de siniestros pendientes por pagar, por lo que corresponde a la compañía mantener el compromiso pendiente mediante el registro contable adecuado. Por lo anterior, no procede realizar un ajuste en función del hecho señalado.

8. **Reservas en proceso de Liquidación, responsabilidad por gastos después de la liquidación definitiva de contratos** Se plantea que la propuesta normativa no define con claridad quién debe asumir los gastos cuando un contrato ha sido liquidado totalmente y los casos en reserva son traspasados a las AFP. El desfase entre la provisión y la liquidación efectiva de gastos genera incertidumbre sobre si la responsabilidad corresponde a las aseguradoras o a las AFP una vez liquidados los contratos, por lo que se solicita que la normativa lo aclare expresamente.

Respuesta CMF:

La normativa de reservas no tiene como objetivo definir responsable del gasto una vez finalizado un contrato, sino asegurar que los gastos proyectados asociados a cada solicitud cuenten con financiamiento suficiente en la reserva, con independencia de quién asuma finalmente el pago. Por lo anterior, no procede el ajuste solicitado.



9. **Reservas en proceso de Liquidación, metodología para la estimación de la componente de gastos:** Se solicita ser más explícito en la definición de la metodología para proyectar flujos y definir su horizonte temporal, con el fin de evitar diferencias entre compañías y prevenir sobreestimaciones artificiales en los gastos.

Respuesta CMF:

La comparabilidad ya está asegurada porque las reservas las calcula un único proveedor. La norma debe mantenerse en un nivel de principios, ya que definir plazos o flujos rígidos puede distorsionar la realidad de los procesos y volverse obsoleto con el tiempo. Por lo anterior, no procede el ajuste solicitado.

10. **Reservas en proceso de Liquidación, metodología para la estimación de la componente de gastos:** Se cuestiona la complejidad de la metodología propuesta para la proyección de gastos DIS, señalando que su peso histórico es bajo (2–3% del total) y que IFRS 17 exige incorporar información razonable sin costo o esfuerzo desproporcionado. Se plantea que el esquema actual introduce una estimación prospectiva más exigente que la del capital necesario, con horizontes distintos por solicitud, lo que dificulta su aplicación práctica y no sería consistente con IFRS 17. Proponen simplificar el enfoque, evaluando los gastos en función del estado actual de la solicitud, con una actualización periódica de supuestos y sin necesidad de cálculos individuales del período transcurrido.

Respuesta CMF:

Los gastos ya estaban implícitamente considerados en las reservas vigentes; la propuesta normativa únicamente explicita y estandariza su metodología de estimación, lo que aporta mayor transparencia y consistencia. La mayor granularidad introducida no implica un esfuerzo desproporcionado, ya que se basa en información que las compañías y el DIS ya registran en forma regular, por lo que no genera costos adicionales relevantes.

En este sentido, cabe recordar que la referencia de IFRS 17 al principio de “esfuerzo o costo desproporcionado” se vincula con la dificultad de acceder a la información necesaria, lo que no aplica en este caso, dado que los datos para proyectar gastos se encuentran disponibles y estructurados en los procesos habituales de gestión. La metodología, por lo tanto, mantiene un enfoque prospectivo alineado con buenas prácticas internacionales y con el principio de suficiencia en la constitución de reservas. Por lo anterior, no se considera necesaria la simplificación propuesta.

11. **Reservas en proceso de Liquidación, tratamiento de la cuenta individual:** Se señala una inconsistencia entre la intención normativa —que la Cuenta Individual (CI) solo se descuenta en las Obligaciones del Período Diferido (OPD)— y la fórmula del OPT incluida en el borrador, la cual sí descuenta la CI.

Respuesta CMF:

La fórmula a la que se hace mención para establecer la inconsistencia, que forma parte de los flujos probabilísticos del periodo transitorio corresponde a:

$$\sum_{z=1}^t \left[\max \left(\text{CNS}(i)_{x+z-1} \times \frac{1}{(1+i)^{z-1}} - \text{CI}_{kj}; 0 \right) \times ({}_{z-1}P_x - {}_zP_x) \right]$$

La que no dice relación con los flujos de la pensión transitoria, sino que, con las eventuales sobrevivencias en caso de fallecimiento del causante inválido, donde sí corresponde descontar la cuenta individual, por lo que no se visualiza dicha inconsistencia. Sin perjuicio de lo anterior, para efectos de mayor precisión, se

13



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-11659-25-70592-A SGD: 2025110779077

aclara en informe normativo que la cuenta individual sólo debe descontarse de los montos asociados al capital necesario para el financiar las pensiones de invalidez y sobrevivencias.

12. **Reservas en proceso de Liquidación, tratamiento de la cuenta individual:** En la fórmula del OPD este pago aparece mezclado con los componentes que determinan la pensión de invalidez financiada parcialmente con CI, lo que podría generar confusión sobre el rol del seguro y de la CI. Por ello, proponen separar explícitamente el pago de la contribución dentro del OPD, de manera similar a lo realizado con la pensión transitoria, para reflejar con mayor precisión las obligaciones del seguro en cada componente.

Respuesta CMF:

Analizada la formulación, es efectiva la observación planteada. Se incorporará el ajuste en la modificación normativa.

13. **Reservas en proceso de Liquidación, sobrevivencias en el periodo transitorio:** La componente de Obligaciones del periodo temporal (OPT) mezcla dos componentes conceptualmente distintos: las pensiones transitorias y las obligaciones por fallecimiento durante el período transitorio, que normalmente se tratan en el aporte adicional. Sugieren separar explícitamente ambos conceptos o trasladar la obligación por fallecimiento al OPD.

Respuesta CMF:

Las OPT corresponden a las obligaciones del periodo temporal, entre las cuales se encuentran las pensiones transitorias y el pago de las eventuales sobrevivencias, las cuales no se difieren en caso de ocurrir durante el periodo transitorio. Por lo anterior, no se considera necesario la separación propuesta.

14. **Reservas en proceso de Liquidación, formulación:** Se advierte un error de consistencia en el uso de subíndices en la fórmula (kj vs jk) que debe corregirse.

Respuesta CMF:

Analizada la formulación, es efectiva la observación planteada. Se incorporará el ajuste en la modificación normativa.

15. **Reserva de SOYNR de Supervivencia:** Se plantea que el término $CPMS_k$, usado para estimar la reserva SOYNR de supervivencia con un desfase de un mes, ya no refleja la realidad, pues muchas solicitudes hoy se denuncian y pagan en el mismo mes de ocurrencia. Aplicarlo sin ajuste generaría una reserva artificialmente más alta. Por ello, se propone deducir del $CPMS_k$ los siniestros ocurridos en el mes de valoración que estén en reserva o ya liquidados, con el fin de alinear la reserva con los compromisos efectivos de las aseguradoras.

Respuesta CMF:

El parámetro $CPMS_k$ se estima como un promedio histórico, calculado con los siniestros denunciados en los 12 meses previos. Dado que en esos meses aún existen casos pendientes de denuncia (OYNR), especialmente en los más cercanos a la fecha de cálculo, el estimador ya representa una aproximación parcial del costo promedio. Restar de este promedio los siniestros efectivamente denunciados o liquidados en el mes de cálculo no es consistente con la naturaleza del parámetro, ya que mezclaría un estimador construido sobre promedios históricos con valores observados puntuales que ya tienen un sesgo hacia la subestimación, generando una subestimación artificial y mayor volatilidad en la reserva. La metodología actual busca entregar un estimador prudente y estable. Por lo anterior, no se considera necesario incorporar el ajuste propuesto.



VII. ANÁLISIS DE IMPACTO REGULATORIO

1. Beneficios

Entre los beneficios esperados de esta propuesta normativa destacan:

Atención de observaciones de la industria: Se recogen y formalizan ajustes derivados de observaciones recibidas, en relación con el Test de Suficiencia de Prima (TSP), la reserva de siniestros OYNR y respecto del tratamiento de la Cuenta Individual (CI) en la estimación de la reserva final.

Flexibilización en la evaluación de contratos: La modificación permite que la evaluación de la suficiencia de prima se realice en función de todos los flujos contractuales futuros, incorporando fuentes de financiamiento como los retornos financieros generados por los desfases en la devolución de primas, derivados de los ajustes a la prima de siniestralidad observada por debajo de la tasa máxima. Esto permitirá, en los contratos con ajuste de prima, eliminar la necesidad de constituir reservas de insuficiencia de prima cuando dichos ingresos sean suficientes para absorber los gastos de administración, reflejando adecuadamente las condiciones observadas en licitaciones donde las aseguradoras han optado por no cobrar prima de administración.

Mejora en la calidad y trazabilidad de las reservas: Se refuerza la consistencia de las estimaciones de reservas técnicas, incorporando de manera explícita los gastos del Departamento de Invalidez y Sobrevivencia (DIS) asociados a la tramitación y liquidación de siniestros en los flujos proyectados de siniestros, diferenciando entre los distintos escenarios posibles en el proceso de calificación de solicitudes.

2. Costos

Dentro de los costos se identifican:

Ajustes metodológicos y operativos: Las compañías deberán actualizar sus modelos de proyección de reservas, incorporando explícitamente la estimación de gastos del Departamento de Invalidez y Sobrevivencia (DIS) en los flujos de costo de siniestros y ajustando la aplicación de la Cuenta Individual (CI) en las reservas de invalidez parcial.

Como resultado del proceso de consulta pública, se pudo constatar que el efecto agregado al 31 de marzo de 2025 a nivel del sistema por la incorporación explícita de los gastos del DIS a los flujos de costo de siniestros, corresponde a una disminución en las reservas de 0,84% correspondiente a UF 362.780, con reducciones de 0,90% (UF 209.187) en contratos de hombres y 0,78% (UF 153.593) en contratos de mujeres.

El efecto observado corresponde a la anticipación contable de efectos que las compañías observarán en la medida que los gastos se materializan y no tendrá efectos en el proceso de ajuste de primas de siniestralidad en contratos con ajustes de prima, dado que los gastos no son considerados en este proceso. Respecto al tratamiento de la CI, se indicó que no presenta impactos, dado que es el enfoque que se está aplicando en la estimación de reservas.

En cuanto a la implementación, se informó durante la consulta pública que el cambio normativo tendrá un costo de UF 440 por modificaciones a los sistemas informáticos del Departamento de Invalidez y Sobrevivencia que lleva la administración de SIS, el que será compartido por las compañías según su participación en los contratos administrados. Este proceso de actualización tardaría alrededor de 3 meses y se concentraría en la implementación de las modificaciones normativas asociadas a la incorporación de los gastos en los flujos de costos de siniestros.

Impactos en la supervisión: La CMF deberá destinar recursos para actualizar su sistema de fiscalización de reserva SIS, incorporando los cambios metodológicos definidos en esta propuesta normativa. Asimismo, se requerirá modificar posteriormente la Circular N° 2.095 para incorporar información de los flujos de gastos.



En términos generales, no se observan costos de implementación para el resto de los ajustes, considerando que estos cambios formalizan prácticas ya observadas o autorizadas por esta Comisión.



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-11659-25-70592-A SGD: 2025110779077

VIII. PROYECTO NORMATIVO A EMITIR

REF: MODIFICA NORMA DE CARÁCTER GENERAL N°243, QUE “IMPORTE INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA CONSTITUCIÓN DE RESERVAS TÉCNICAS EN EL SEGURO DE INVALIDEZ Y SOBREVIVENCIA DEL D.L. N°3.500, DE 1980.

NORMA DE CARÁCTER GENERAL N° XXX

XX de XXXX de 2025

A todas las entidades aseguradoras y reaseguradoras

Esta Comisión, en uso de sus facultades legales, en especial las señaladas en el número 1 del artículo 5, el numeral 3 del artículo 20 y numeral 1 del artículo 21, del Decreto Ley N° 3.538 que crea la Comisión para el Mercado Financiero; en los artículos 3 y 20 del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de 1931, y lo acordado por el Consejo de la Comisión en sesión ordinaria N° xx de **26 de junio de 2025**, ha considerado pertinente modificar la Norma de Carácter General N° 243 en los siguientes términos:

1. Modifíquese el segundo párrafo del Título II en los siguientes términos:
 - i. Reemplácese la expresión “los flujos de prima y los flujos” por “los flujos de efectivo de primas y”.
 - ii. Reemplácese la frase “La tasa de descuento para actualizar los flujos futuros netos resultantes de la proyección deberá ser la tasa de libre de riesgo de corto plazo, la cual deberá ser informada junto con la metodología de cálculo aplicada en la constitución de esta reserva” por “Para actualizar los flujos futuros netos resultantes de la proyección, se deberá utilizar el Vector de Tasas de Descuento (VTD) definido en la NCG N° 209.”
2. Modifíquese la fórmula del tercer párrafo del Título II en lo siguiente:

Reemplácese la expresión “VP(Flujos de ingresos)” por “VP(primas)”.
3. Reemplácese la letra b) del Título II por la siguiente:

“b) De acuerdo a la siniestralidad observada en el contrato vigente y teniendo en cuenta la tasa de prima cobrada por la compañía en dicho contrato, exista evidencia que la compañía pueda enfrentar un déficit de prima en lo que resta del contrato. Esto es, que producto del comportamiento observado durante el período de vigencia transcurrido a la fecha de los estados financieros, se visualice que los flujos de prima asociados al período de cobertura restante pudieran no ser suficientes para cubrir los siniestros y costos de administración proyectados.

A efectos de esta evaluación, los flujos considerados deberán limitarse únicamente a ingresos y egresos futuros que se espera se generen dentro de los límites establecidos contractualmente. Estos deben reflejar exclusivamente los derechos y obligaciones de la aseguradora en virtud del contrato, en específico, los flujos esperados asociados al servicio remanente, tanto de ingresos como egresos, que correspondan a su

17



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-11659-25-70592-A SGD: 2025110779077

participación efectiva. A estos se deberán adicionar los gastos propios de administración en que incurra la aseguradora para el cumplimiento de dichas obligaciones.

Para la proyección de los siniestros, junto con la información de siniestralidad observada en el período del contrato vigente, se deben considerar otros cambios observados en parámetros que afectan la siniestralidad, como por ejemplo el comportamiento de las tasas de interés y el rendimiento de los fondos de pensiones. Esta metodología no está destinada a realizar un análisis de estrés con escenarios hipotéticos para los cuales no exista evidencia a la fecha de los estados financieros. Tampoco debe constituirse esta reserva por siniestros ocurridos (reportados y no reportados) a la fecha de los estados financieros, sin perjuicio de la reserva de siniestros que corresponda reconocer.”

4. Reemplácese en el penúltimo párrafo del Título II, la palabra “Superintendencia” por “Comisión”.
5. Reemplácese el numeral 2.4.1 del Título III, por lo siguiente:

“La reserva para estas solicitudes se calculará según la categoría en que éstas se encuentren (I1 a I6), de acuerdo a la expresión que se señala a continuación, salvo la I6p, la cual deberá ser incluida en el número 2.4.2., aplicándose el cálculo señalado en dicho número.

$$R_k = \sum_{i=1}^{10} \sum_{j=1}^{n_{ik}} [(PPIT_{ik} \cdot CIT_{kj} + PPIP_{ik} \cdot CIP_{kj}) + (PPIT_{ik} \cdot G_{kj}^{1IT} + PPIP_{ik} \cdot G_{kj}^{1IP} + (1 - PPIT_{ik} - PPIP_{ik}) \cdot G_{kj}^{1IR})]$$

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 calculada por la compañía en base a sus propios antecedentes y a las normas señaladas al respecto en el Anexo N° 2.

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:

$$CIT_{kj} = \max(CN_{kj}(i) - CI_{kj}; 0)$$

Donde:



$CN_{kj}(i)$ = Corresponde al capital necesario 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.

i = Tasa de interés vigente a la fecha de cálculo de la reserva, de acuerdo a lo definido en el Anexo N° 1.

Cl_{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 calculada por la compañía en base a sus propios antecedentes y a las normas señaladas al respecto en el Anexo N° 2.

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

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

$$CIP_{kj} = OPT(i)_{kj} + OPD(i)_{kj}$$

Donde

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 anual vigente a la fecha de cálculo de la reserva, de acuerdo a lo definido en el Anexo N° 1.

$OPT(i)_{kj}$: 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.

$$OPT(i)_{kj} = PT \times \ddot{a}_{x:\overline{3}|}^{(12)} + \sum_{z=1}^3 \left[\max \left(CNS(i)_{x+z-1} \times \frac{1}{(1+i)^{z-1}} - Cl_{kj}, 0 \right) \times ({}_{z-1}P_x - {}_zP_x) \right]$$

Donde

x: Edad (actuarial) en años del causante del siniestro j del grupo k a la fecha de balance.

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

$\ddot{a}_{x:\overline{3}|}^{(12)}$: 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.

$OPD(i)_{kj}$: 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.

$$OPD(i)_{kj} = \max \left\{ \left(\left[CNI(i)_{x+3} \times \frac{1}{(1+i)^3} \right] - [(CI_{kj} - SR_{kj}) \times Pp + CI_{kj} \times Pt] \right) \times {}_3P_x; 0 \right\} \\ + C \times \frac{1}{(1+i)^3} \times Pni_k \times {}_3P_x$$

donde

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

$$CNI(i)_{x+3} = CNIp(i)_{x+3} \times Pp_k + CNIIt(i)_{x+3} \times Pt_k$$

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

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

${}_3P_x$: 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.

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

SR_{kj} : 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.

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_k : Probabilidad de que un inválido parcial en el primer dictamen del grupo k , sea inválido parcial en el segundo dictamen



Pt_k : Probabilidad de que un inválido parcial en el primer dictamen del grupo k, sea inválido total en el segundo dictamen

Pni_k : Probabilidad de que un inválido parcial en el primer dictamen del grupo k, sea declarado no inválido en el segundo dictamen

$$Pp_k + Pt_k + Pni_k = 1.$$

Donde

$$Pp_k = \frac{NPP_k^{(2)}}{NPP_k^{(t)}}; Pt_k = \frac{NPt_k^{(2)}}{NPP_k^{(t)}}; Pni_k = \frac{NPni_k^{(2)}}{NPP_k^{(t)}}$$

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

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

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

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

G_{kj}^{1iT} : Valor presente de los gastos estimados del DIS asociados a la tramitación y resolución de una solicitud j en la categoría i del grupo k (hombres o mujeres), que se califica en primer dictamen como inválido total. Incluye costos proyectados por peritajes, revisiones médicas, análisis técnicos, y administración hasta la emisión del primer dictamen.

Para efectos de esta norma, DIS corresponde al Departamento de Invalidez y Supervivencia de la Asociación de Aseguradores de Chile A.G. (AACH), que centraliza las operaciones ligadas al Seguro de Invalidez y Supervivencia (SIS).

Se calcula como el valor actual de los flujos anuales esperados:

$$G_{kj}^{1iT} = \sum_{t=1}^{n_1} g_{kj}^{1iT}(t) \cdot v^{(t-0,5)}$$

Donde

$g_{kj}^{1iT}(t)$: gasto estimado del DIS en el año t para la solicitud j en la categoría i del grupo k (hombres o mujeres) con resultado de invalidez total definitiva en primer dictamen. Para su estimación se debe utilizar la mejor estimación interna de flujos basada en evidencia histórica y costos actuales del DIS.



n_1 : Número de años proyectados para finalizar la resolución de calificación de primer dictamen.

v : factor de descuento anual definido como $\frac{1}{(1+i)}$, donde i es la tasa de interés anual vigente al momento del cálculo, según lo señalado en el Anexo N.º 1 de la norma.

G_{kj}^{1iP} : Valor presente de los gastos del DIS asociados a la tramitación y resolución de una solicitud j en categoría i del grupo k (hombres o mujeres), que se califica en el primer dictamen como inválido parcial. Incluye costos proyectados por peritajes, revisiones médicas, análisis técnicos, y administración hasta la emisión del segundo dictamen.

Se calcula como:

$$G_{kj}^{1iP} = G_{kj}^{iP} + 3 \cdot G_{kj}^{Adm} + Pp \cdot G_{kj}^{2P} + Pt \cdot G_{kj}^{2T} + Pni \cdot G_{kj}^{2NI}$$

Donde:

G_{kj}^{iP} : Gasto estimado del DIS asociado a la tramitación y resolución de la solicitud j en la categoría i del grupo k (hombres o mujeres), que resulta calificada como inválido parcial en el primer dictamen. Incluye los costos proyectados por peritajes, evaluaciones médicas, revisión de antecedentes y administración del proceso hasta la emisión del dictamen.

Se calcula como el valor actual de los flujos anuales esperados:

$$G_{kj}^{iP} = \sum_{t=1}^{n_1} g_{kj}^{iP}(t) \cdot v^{(t-0,5)}$$

Donde:

$g_{kj}^{iP}(t)$: Gasto estimado del DIS en el año t para la solicitud j en la categoría i del grupo k , con resultado de invalidez parcial en el primer dictamen. Para su estimación se deberá utilizar la mejor estimación interna de flujos basada en evidencia histórica y costos actuales del DIS.

n_1 : Número de años proyectados para finalizar la resolución de calificación de primer dictamen.

v : factor de descuento anual definido como $\frac{1}{(1+i)}$, donde i es la tasa de interés anual vigente al momento del cálculo, según lo señalado en el Anexo N.º 1 de la norma.



G_{kj}^{Adm} : Gasto promedio anual estimado del DIS asociados al pago de la pensión transitoria de una invalidez parcial calificada en primer dictamen j, correspondiente al grupo k (hombres o mujeres).

G_{kj}^{2P} : Valor presente de los gastos del DIS asociados a la resolución de una invalidez parcial de primer dictamen j que resulta calificada como inválido parcial definitivo en el segundo dictamen, correspondiente al grupo k (hombres o mujeres). Incluye los costos proyectados por peritajes, evaluaciones médicas, revisión de antecedentes y administración del proceso hasta la emisión del dictamen.

G_{kj}^{2T} : Valor presente de los gastos del DIS asociados a la resolución de una invalidez parcial de primer dictamen j que resulta calificada como inválido total definitivo en el segundo dictamen, correspondiente al grupo k (hombres o mujeres). Incluye los costos proyectados por peritajes, evaluaciones médicas, revisión de antecedentes y administración del proceso hasta la emisión del dictamen.

G_{kj}^{2NI} : Valor presente de los gastos del DIS asociados a la resolución de una invalidez parcial de primer dictamen j que resulta no inválido en el segundo dictamen, correspondiente al grupo k. Incluye los costos proyectados por peritajes, evaluaciones médicas, revisión de antecedentes y administración del proceso hasta la emisión del dictamen.

Se calculan como el valor actual de los flujos anuales esperados:

$$G_{kj}^{2D} = \sum_{t=n_1+4}^{n_2} g_{kj}^{2D}(t) \cdot v^{(t-0,5)}$$

Donde:

$g_{kj}^{2D}(t)$: Gasto estimado del DIS en el año t asociados a la resolución de una invalidez parcial de primer dictamen j que resulta con dictamen definitivo "D" de segundo dictamen. Para su estimación se deberá utilizar la mejor estimación interna de flujos basada en evidencia histórica y costos actuales del DIS.

n_2 : año proyectado para finalizar la resolución de calificación de segundo dictamen.

v : factor de descuento anual definido como $\frac{1}{(1+i)}$, donde i es la tasa de interés anual vigente al momento del cálculo, según lo señalado en el Anexo N.º 1 de la norma.

D : P = inválido parcial, T = inválido total, NI = no inválido

G_{kj}^{1iR} : Valor presente de los gastos estimados del DIS asociados a la tramitación y resolución de una solicitud j en la categoría i del grupo k (hombres o mujeres), que no resulta cubierta por el seguro tras el primer dictamen. Incluye los costos proyectados por peritajes,



evaluaciones médicas, revisión de antecedentes y administración del proceso hasta la emisión del dictamen respectivo.

Se calcula como el valor actual de los flujos anuales esperados:

$$G_{kj}^{1iR} = \sum_{t=1}^{n_1} g_{kj}^{1iR}(t) \cdot v^{(t-0,5)}$$

Donde

$g_{kj}^{1iR}(t)$: gasto estimado del DIS en el año t para la solicitud j en la categoría i del grupo k, cuyo resultado es "no cubierto" tras el primer dictamen. Para su estimación se debe utilizar la mejor estimación interna de flujos basada en evidencia histórica y costos actuales del DIS.

n_1 : Número de años proyectados para finalizar la resolución de calificación de primer dictamen.

v : factor de descuento anual definido como $\frac{1}{(1+i)}$, donde i es la tasa de interés anual vigente al momento del cálculo, según lo señalado en el Anexo N.º 1 de la norma."

6. Reemplácese el numeral 2.4.2 del título III, por lo siguiente:

"Para el cálculo de la reserva deberán considerarse las probabilidades de cambio de estado desde la condición de invalidez parcial transitoria determinada en el primer dictamen, hacia uno de los estados finales posibles del proceso de calificación por segundo dictamen: inválido parcial definitivo, inválido total o no inválido.

Es decir:

$$\text{Reserva IP}_k = \sum_{j=1}^{n_k} \left(OPT_{kj}^2 + OPD(i)_{kj}^2 + G_{kj}^{Adm} \cdot (t + h) + (Pp_k \cdot G_{kj}^{2P} + Pt_k \cdot G_{kj}^{2T} + Pni_k \cdot G_{kj}^{2NI}) \right)$$

Donde

n_k : Número de siniestros de invalidez parcial en periodo transitorio del grupo k.

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 anual vigente a la fecha de cálculo de la reserva, de acuerdo a lo definido en el Anexo N.º 1.



$OPT(i)_{kj}^2$: Corresponde al valor actual de las obligaciones del periodo temporal, del 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 $t > 0$

$$OPT(i)_{kj}^2 = PT \times \ddot{a}_{x:t+h}^{(12)} + (1-h) \times \sum_{z=1}^t \left[\max \left(CNS(i)_{x+z-1} \times \frac{1}{(1+i)^{z-1}} - CI_{kj}; 0 \right) \times ({}_{z-1}P_x - {}_zP_x) \right] \\ + h \times \sum_{z=1}^{t+1} \left[\max \left(CNS(i)_{x+z-1} \times \frac{1}{(1+i)^{z-1}} - CI_{kj}; 0 \right) \times ({}_{z-1}P_x - {}_zP_x) \right]$$

Para $t = 0$

$$OPT(i)_{kj}^2 = PT \times \ddot{a}_{x:t+h}^{(12)} + h \times \left[\max(CNS(i)_x - CI_{kj}; 0) \times (1 - P_x) \right]$$

Donde

PT : Pensión período transitorio

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, $h = 5/12$.

$\ddot{a}_{x:t+h}^{(12)}$: Renta actuarial unitaria desde la edad x hasta el final del período transitorio correspondiente a un plazo de t + h años, que representa el tiempo restante de dicho período, esto es:

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

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

x: Edad (actuarial) en años del causante del siniestro j del grupo k a la fecha de balance.

${}_zP_x$: 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.

$OPD(i)_{kj}^2$: 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.

$$OPD(i)_{kj}^2 = máx \left[(1-h) \times \left(CNI(i)_{x+t} \times \frac{1}{(1+i)^t} \right) \times {}_tP_x + h \times \left(CNI(i)_{x+t+1} \times \frac{1}{(1+i)^{t+1}} \right) \times {}_{t+1}P_x \right. \\ \left. - \left[(CI_{kj} - SR_{kj}) \cdot Pp_k + CI_{kj} \cdot Pt_k \right] \cdot ((1-h) \cdot {}_tP_x + h \cdot {}_{t+1}P_x); 0 \right] \\ + C \times Pni_k \times \frac{1}{(1+i)^t} \times ((1-h) \times {}_tP_x + h \times {}_{t+1}P_x)$$

Donde

x : edad (actuarial) en años del causante del siniestro j del grupo k 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, $h = 5/12$.

${}_tP_x$: 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_{kj} : Saldo de la cuenta individual siniestro j del grupo k .

SR_{kj} : 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.

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



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

$$CNI(i)_{x+t} = CNIp(i)_{x+t} \times Pp_k + CNI t(i)_{x+t} \times Pt_k$$

Donde

Pp_k : Probabilidad de que un inválido parcial en el primer dictamen del grupo k, sea calificado como inválido parcial en el segundo dictamen

Pt_k : Probabilidad de que un inválido parcial en el primer dictamen del grupo k, sea calificado como inválido total en el segundo dictamen

Pni_k : Probabilidad de que un inválido parcial en el primer dictamen del grupo k, sea declarado no inválido en el segundo dictamen

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

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

$$Pp_k + Pt_k + Pni_k = 1.$$

Donde

$$Pp_k = \frac{NPp_k^{(2)}}{NPp_k^{(t)}}; Pt_k = \frac{NPt_k^{(2)}}{NPp_k^{(t)}}; Pni_k = \frac{NPni_k^{(2)}}{NPp_k^{(t)}}$$

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

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

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

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

G_{kj}^{Adm} : Gasto promedio anual estimado del DIS asociados al pago de la pensión transitoria de una invalidez parcial calificada en primer dictamen j, correspondiente al grupo k (hombres o mujeres).

G_{kj}^{2P} : Valor presente de los gastos del DIS asociados a la resolución de una invalidez parcial de primer dictamen j que resulta calificada como inválido parcial definitivo en el segundo dictamen, correspondiente al grupo k (hombres o mujeres). Incluye los costos proyectados por peritajes, evaluaciones médicas, revisión de antecedentes y administración del proceso hasta la emisión del dictamen.



G_{kj}^{2T} : Valor presente de los gastos del DIS asociados a la resolución de una invalidez parcial de primer dictamen j que resulta calificada como inválido total definitivo en el segundo dictamen, correspondiente al grupo k (hombres o mujeres). Incluye los costos proyectados por peritajes, evaluaciones médicas, revisión de antecedentes y administración del proceso hasta la emisión del dictamen.

G_{kj}^{2NI} : Valor presente de los gastos del DIS asociados a la resolución de una invalidez parcial de primer dictamen j que resulta no inválido en el segundo dictamen, correspondiente al grupo k. Incluye los costos proyectados por peritajes, evaluaciones médicas, revisión de antecedentes y administración del proceso hasta la emisión del dictamen.

Donde:

$$G_{kj}^{2D} = \sum_{t=t+h+1}^{n_2} g_{kj}^{2D}(t) \cdot v^{(t-0,5)}$$

D : P = inválido parcial, T = inválido total, NI = no inválido

n_2 : año proyectado para finalizar la resolución de calificación de segundo dictamen.

$g_{kj}^{2D}(t)$: gasto estimado del DIS en el año t para la solicitud j en la categoría i del grupo k, cuyo resultado es "D" tras el segundo dictamen. Para su estimación se debe utilizar la mejor estimación interna de flujos basada en evidencia histórica y costos actuales del DIS.

La tasa de interés que deberá utilizarse en la determinación de los valores actuales será la señalada en el Anexo N° 1, y el número de beneficiarios corresponderá a los declarados cuando el inválido adquiere la calidad de inválido parcial transitorio."

7. Reemplácese último párrafo del numeral 2.4.3 del Título III, por lo siguiente:

"Para el cálculo de la reserva deberá considerarse las probabilidades de llegar a estar en alguno de los estados finales posibles (invalidez parcial, invalidez total o no inválido), determinadas del registro de probabilidades de la compañía, considerando la etapa en que se encuentre dentro del proceso de calificación de segundo dictamen. Adicionalmente, deberán incorporarse los gastos del Departamento de Invalidez y Sobrevivencia (DIS) asociados a la gestión del proceso de calificación del segundo dictamen. Estos gastos se estimarán como el valor presente de los flujos esperados de gasto en cada uno de los posibles estados finales (invalidez parcial, invalidez total o no inválido), ponderados por sus respectivas probabilidades. Para estos efectos, se deberán utilizar los registros históricos y las mejores estimaciones disponibles de costos por tipo de calificación y grupo asegurado"

8. Elimínese del primer párrafo del numeral 2.4.4 del Título III la frase " , menos la cuenta individual"

9. Reemplácese el numeral 2.4.5 del Título III, por lo siguiente:

La fórmula a aplicar en este caso es la siguiente:



$$R_k = \sum_{j=1}^{n_k} (Probabilidad\ de\ pago_k \times AAI_{kj} + G_{kj}^{S1})$$

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 normas señaladas al respecto en el Anexo N° 2.

AAI_{kj} : Corresponde a aporte adicional individual de la solicitud j del grupo k, calculado como la diferencia entre el capital necesario "CN" del individuo j del grupo k y el saldo de la cuenta individual "CI" del mismo individuo j de ese grupo. Calculado a la tasa de interés a la fecha de fallecimiento. Cuando la CI supere al capital necesario, el aporte será igual a cero.

G_{kj}^{S1} : Valor presente de los gastos del Departamento de Invalidez y Sobrevivencia (DIS) asociados a la gestión de liquidación de una solicitud de pensión de sobrevivencia j del grupo k, clasificada en la categoría S1 (sin comunicación aprobatoria). Incluye costos administrativos vinculados a la revisión de antecedentes, validación del derecho, cálculo del aporte adicional, y cierre del expediente.

Se calcula como:

$$G_{kj}^{S1} = \sum_{t=1}^{n_1} g_{kj}^{S1}(t) \cdot v^{(t-0,5)}$$

Donde:

$g_{kj}^{S1}(t)$: Gasto estimado del DIS en el año t asociado a la solicitud j del grupo k, determinado a partir de evidencia histórica y costos actuales del DIS.

v : factor de descuento anual definido como $\frac{1}{(1+i)}$, donde i es la tasa de interés anual vigente al momento del cálculo, según lo señalado en el Anexo N.º 1 de la norma.

n_1 : número de años que se proyecta toma la resolución de un siniestro de sobrevivencia en etapa S1."

10. Agréguese después del numeral 2.4.5 del título III, el nuevo numeral 2.4.6 siguiente:



“2.4.6. Reserva total consolidada de siniestros en proceso de calificación por compañía adjudicataria

De acuerdo con lo establecido al inicio de este título (III Reserva Técnica de siniestros), las reservas que cada compañía debe informar deben corresponder a la reserva total del sistema, calculada según la metodología instruida en los puntos anteriores, multiplicada por la participación de la compañía en la cobertura de los siniestros.

De esta forma, en el caso de los siniestros en proceso de calificación, la reserva correspondiente a cada compañía adjudicataria para cada grupo asegurado k , se calculará como la suma de las reservas totales del sistema definidas en los puntos 2.4.1 a 2.4.5, ponderadas por su participación en la cobertura del contrato respectivo, a la cual se deberán adicionar los gastos administrativos propios en que incurra la compañía. Esto es:

$$R_{ck} = \alpha_{ck} \cdot \sum_{i=1}^5 R_{ik} + G_{ck}^{Adm}$$

Donde:

α_{ck} : Participación porcentual de la compañía c en el grupo asegurado k , según el contrato vigente.

R_{ik} : Reserva correspondiente al grupo asegurado k , asociada al tipo de solicitud (invalides o Sobrevivencia) y su etapa de calificación, según el siguiente detalle:

- 1: Solicitudes sin primer dictamen ejecutoriado (2.4.1)
- 2: Inválidos parciales transitorios sin solicitud de segundo dictamen (2.4.2)
- 3: Inválidos parciales transitorios con solicitud de segundo dictamen (2.4.3)
- 4: Inválidos parciales transitorios fallecidos (2.4.4)
- 5: Siniestros de sobrevivencia (2.4.5)

G_{ck}^{Adm} : Gastos de administración asociados al grupo k de la compañía c , calculados como el valor presente de los flujos proyectados de gasto vinculados a la gestión de los siniestros en proceso de calificación del grupo asegurado. La tasa de interés anual a utilizar será la vigente a la fecha de cálculo, conforme a lo indicado en el Anexo N.º 1.

Las fórmulas presentadas en estas secciones están expresadas en términos anuales para facilitar su comprensión y aplicación general. No obstante, las compañías podrán implementar los cálculos considerando flujos de gasto proyectados en base mensual, siempre que se respete la estructura metodológica, las definiciones y los supuestos establecidos en esta norma. Esta implementación deberá documentarse adecuadamente en las políticas internas de cálculo actuarial de la entidad.”

11. Reemplácese en el numeral 3.2 del título III, la fórmula $RS_k = OYNRS_k * CPIS_k + CPMS_k$ por lo siguiente:



$$RS_k = \begin{cases} OYNRS_k * CPIS_k + CPMS_k, & \text{Si el contrato presenta cobertura vigente} \\ OYNRS_k * CPIS_k, & \text{Si el contrato no presenta cobertura vigente} \end{cases}$$

12. Agréguese en el numeral 3.2 del título III, al final de la definición del término $CPMS_k$, después de la fórmula, la siguiente frase:

“Este término se incorpora con el objetivo de reflejar el desfase temporal de un mes en la notificación de los siniestros de sobrevivencia.”

13. Agréguese en el numeral 4 del Título III, después del último párrafo el siguiente nuevo párrafo:

“En el caso de existir cesión de riesgos en reaseguro, la información financiera deberá presentarse de acuerdo con las instrucciones impartidas en la Circular 2022. Lo anterior sin perjuicio de la deducción de las cesiones de reaseguro de las reservas técnicas para la determinación del patrimonio de riesgo, endeudamiento y obligación de invertir.”

14. Agréguese en el Anexo N°2 Probabilidades, al final del título 1 y antes de comenzar el título 2, el siguiente párrafo final:

“En caso de que no se disponga de la información mínima necesaria para conformar el registro de probabilidades descrito en este Anexo, tales como situaciones de insuficiencia de observaciones o interrupciones en las series históricas que impidan acumular los tres o cinco años de historia requeridos, las compañías podrán elaborar metodologías de estimación de probabilidades, fundamentados en criterios estadísticos y actuariales. Dichas metodologías tendrán carácter excepcional y deberán ser presentadas a la Comisión para su revisión y aprobación antes de su utilización en los cálculos de reserva.”

Vigencia y aplicación

Esta norma entrará en vigencia 120 días después de su emisión.

Lo anterior no obsta a que las aseguradoras, tratándose de las modificaciones introducidas al cálculo de la Reserva de Insuficiencia de Prima (TSP), voluntariamente, inicien su aplicación antes del plazo señalado.

SOLANGE BERSTEIN JÁUREGUI
PRESIDENTA
COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO





Regulador y Supervisor Financiero de Chile

www.cmfchile.cl



Para validar ir a <http://www.svs.cl/institucional/validar/validar.php>
FOLIO: RES-11659-25-70592-A SGD: 2025110779077