

SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES

TESORERIA GENERAL DE LA REPUBLICA

CIRCULAR CONJUNTA No 694

VISTOS: Lo dispuesto en los artículos 73 y siguientes de D.L. 3.500, de 1980 y su Reglamento; lo establecido en el artículo 5, letras a) y c) del D.F.L. No 5, de 1963, del Ministerio de Hacienda, sobre Estatuto Orgánico del Servicio de Tesorerías, y las facultades que confiere la ley a esta Superintendencia, se imparten las siguientes instrucciones de cumplimiento obligatorio para todas las Administradoras de Fondos de Pensiones.

REF: *BENEFICIOS GARANTIZADOS POR EL ESTADO: NORMAS PARA SU REQUERIMIENTO. MODIFICA CIRCULAR CONJUNTA No. 661*

I. INTRODUCENSE LAS SIGUIENTES MODIFICACIONES A LA CIRCULAR CONJUNTA No. 661:

1. Sustitúyese la letra q, del número 2 del Anexo No. 5 por la siguiente:

"q. En las Resoluciones por quiebra de la Compañía de Seguros, en el espacio destinado al "Código:", deberá indicarse "01", si los beneficiarios cumplen con los requisitos para tener derecho a la Garantía Estatal, y "02", si no los cumplen. En el destinado al "% COBERT.QUIEBRA:", deberá informarse el porcentaje del siniestro por la Compañía de Seguros que quebró.

2. Sustitúyense las RESOLUCIONES EXENTAS G.E. 04 Y G.E. 07, del Anexo No. 5, por las que se adjuntan.

II. NORMA TRANSITORIA

Las Administradoras que tengan RESOLUCIONES G.E. 01 y 07 vigentes, cuyo porcentaje de cobertura de siniestro, por parte de la Compañía de Seguros declarada en quiebra, no sea equivalente al 100,00 %, deberán requerir la suspensión de la Garantía Estatal y solicitarla nuevamente, en el respectivo formulario que se adjunta.

HUMBERTO VEGA FERNANDEZ
TESORERO GENERAL DE LA REPUBLICA

JULIO BUSTAMANTE JERALDO
SUPERINTENDENTE A.F.P.

SANTIAGO, 25 de septiembre de 1991

RESOLUCION EXENTA G.E. 0 4
tipo número año

Código: **99**

REF.: APRUEBA PAGO DE CUOTAS GARANTIA
ESTATAL PARA PENSION MINIMA DE
INVALIDEZ "CUBIERTA POR EL SEGURO",POR
QUIEBRA DE LA ASEGURADORA.

VISTOS: Lo establecido en el D.L. 3.500, de 1980 y su reglamento; lo informado por la
Administradora

de Fondos de Pensiones _____S.A.
9999

y los antecedentes tenidos a la vista.

RESUELVO

1. Apruébase el pago de cuotas de garantía estatal para completar la pensión
mínima de invalidez del beneficiario que se indica:

RUN O RUT AFILIADO BENEFICIARIO: **99999999-9**

APELLIDO _____ PATERNO:

APELLIDO _____ MATERNO:

NOMBRES
BENEFICIARIO: _____

FECHA NACIMIENTO: **9999** **99** **99** SEXO:
9

aaaa mm dd

FECHA INICIO GARANTIA ESTATAL: **9999** **99** **99**
aaaa mm dd

MONTO I.C.S. EN U.F. **9999**

% COBERT. QUIEBRA: **999, 99**

2. (COMPLETAR SOLO SI RESOLUCION TIENE CODIGO 01)

FECHA INCREMENTO PENSION: **9999** **99** **99**
aaaa mm dd

La pensión señalada se incrementará al monto de la pensión mínima de vejez para pensionados de 70 o más años de edad, siempre que la pensión final obtenida sea igual a la mínima.

3. La Administradora de Fondos de Pensiones verificará anualmente el cumplimiento de los requisitos establecidos en la ley e informará a esta Superintendencia, si correspondiere.
4. Remítase a ala Tesorería General de la República la presente Resolución, para que proceda a proveer mensualmente la entrega de los fondos correspondientes a la Administradora de Fondos de Pensiones _____ S.A.

Cúmplase, comuníquese y archívese.

DISTRIBUCION

- Sr. Tesorero General de la República
- Administradora de Fondos de Pensiones _____ S.A.
- Div. Prestaciones y Seguros Superintendencia de A.F.P.
- Interesado
- Expediente afiliado

RESOLUCION EXENTA G.E. 0 7
tipo número año

Código: **99**

REF.: APRUEBA PAGO DE CUOTAS GARANTIA
ESTATAL PARA PENSION MINIMA DE
INVALIDEZ "CUBIERTA POR EL SEGURO", POR
QUIEBRA DE LA ASEGURADORA.

VISTOS: Lo establecido en el D.L. 3.500, de 1980 y su reglamento; lo informado por la
Administradora

de Fondos de Pensiones _____ S.A.
9999

y los antecedentes tenidos a la vista.

RESUELVO

1. Apruébase el pago de cuotas de garantía estatal para completar las pensiones
mínimas de sobrevivencia causadas por el afiliado fallecido que se indica:

AFILIADO:

RUN O RUT AFILIADO FALLECIDO: **999999999-9**

APELLIDO _____

PATerno: _____

APELLIDO _____

MATerno: _____

NOMBRES

BENEFICIARIO: _____

FECHA **9999** **99** **99** FECHA **9999** **99**

99
NACIMIENTO: aaaa mm dd FALLECIMIENTO: aaaa mm dd

- 2.

FECHA INICIO GARANTIA ESTATAL: **9999** **99** **99**
aaaa mm dd

A contar de la fecha señalada, la Tesorería General de la República proveerá los fondos necesarios para completar las pensiones mínimas de sobrevivencia para los beneficiarios que se indican:

BENEFICIARIOS: (Repetir por cada beneficiario)

NUMERO BENEFICIARIO **99** R.U.T. : **999999999-9**

APELLIDO _____ PATERNO:

APELLIDO _____ MATERNO:

NOMBRES BENEFICIARIO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: **9999** **99** **99** SEXO: **9**
aaaa mm dd

RELACION PARENTESCO: _____ CODIGO:
999

MONTO I.C.S. EN U.F. **9999** % PENSION MINIMA:
99,99

% PENSION QUIEBRA **99,99** TERMINO PENSION: **9999** **99** **99**
aaaa mm dd

% COBERT. QUIEBRA **999,99**

3. Las pensiones mínimas de sobrevivencia serán equivalentes a los porcentajes señalados en el artículo 79 del D.L. 3.500, de la pensión mínima de vejez correspondiente a los pensionados menores de 70 años.

(Sólo si corresponde):

FECHA INCREMENTO PENSION VIUDA: **9999** **99** **99**
aaaa mm dd

FECHA INCREMENTO PENSION MADRE H/N: **9999** **99** **99**
aaaa mm dd

Las pensiones señaladas se incrementarán al monto de la pensión mínima para viudas o madres de hijos naturales de 70 o más años de edad, según sea el caso, a contar de la fecha indicada.

4. La Administradora de Fondos de Pensiones verificará anualmente el cumplimiento de los requisitos establecidos en la ley e informará a esta Superintendencia, si correspondiere.
5. Remítase a la Tesorería General de la República la presente Resolución, para que proceda a proveer mensualmente la entrega de los fondos correspondientes a la Administradora de Fondos de Pensiones S.A.

Cúmplase, comuníquese y archívese.

- Sr. Tesorero General de la República
- Administradora de Fondos de Pensiones _____ S.A.
- Div. Prestaciones y Seguros Superintendencia de A.F.P.
- Interesado
- Expediente afiliado