

Libro V, Título VII, Letra B Información que las Administradoras deben proporcionar a la Superintendencia de Pensiones y a las Compañías de Seguros de Vida, respecto del Seguro de Invalidez y Sobrevivencia que cubre los Sinistros de Invalidez o Muerte de Afiliados al Sistema de Pensiones del D.L N° 3.500, Anexos

Anexo N° 1 Fallecidos

(1)..... TRIMESTRE: DESDE AL
Compañía de Seguros
Vigencia contrato:.....

RUT del Causante	Fecha de la solicitud	Fecha en que fue informada a la Compañía	Estado solicitud (2)	Beneficio otorgado: (BO)	Cobertura Determinada (CD)	Pendiente (P)	Observaciones:
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pendiente (P) ▪ Terminada (T) <ul style="list-style-type: none"> ○ Beneficio Otorgado (BO) ○ Sin beneficio (SB) ○ Cobertura determinada (CD) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pensión (P) ▪ Herencia(H) 	Cubierto: (C) <ul style="list-style-type: none"> ▪ con aporte adicional. (CA) ▪ sin aporte adicional. (SA) No cubierto (NC) <ul style="list-style-type: none"> ▪ sin cobertura (NC/SC) ▪ accidente del trabajo (NC/AT) 	En proceso de análisis (PAN) Pendiente acreditación: (PA) <ul style="list-style-type: none"> ○ del siniestro (PA/S) ○ de la causa laboral(PA/L) ○ de la cobertura de seguro. (PA/CS) 	

(1) Primer, Segundo, Tercer o Cuarto trimestre, según corresponda.

(2) Incluye las solicitudes nuevas y las antiguas no terminadas.

(3) Este informe debe venir refrendado con fecha, timbre y firma de la persona responsable de la Compañía de Seguros que cubre el siniestro.

Fecha de recepción

.....
Timbre AFP, nombre y firma
funcionario responsable