

**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 Siniestros de Invalidez o Muerte de Afiliados al Sistema de Pensiones del D.L N° 3.500, Anexos**

## **Anexo N° 5 Recibo de pago y cancelación (Anticipo)**

---

La Compañía de Seguros de Vida ..... ha recibido con esta fecha y su entera satisfacción, la Administradora de Fondos de Pensiones ..... la suma de \$ ..... ( ..... ) en dinero efectivo,

	N°	Nombre del Banco	Fecha de emisión	Monto
- Vale Vista	.....	.....	.....	.....
- Cheque	.....	.....	.....	.....

( Tarjar lo que no corresponda )

Dicha suma corresponde al pago de la prima del seguro de invalidez y sobrevivencia de que da cuenta la póliza N° ..... y corresponde a un anticipo a la cobertura del mes de .....

**TIMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
LEGAL DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA**

**SANTIAGO**