

RESUMEN DE PAGO DE PRIMAS

| CAMPO | DESCRIPCIÓN |
|---------------------------------------|---|
| FECHA EMISIÓN | Fecha de envío de la información. |
| FECHA DE PAGO | Mes en que la AFP paga a la aseguradora. |
| ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES | Código asignado a las AFP. |
| ASEGURADORA | Código asignado a la Sociedad de Seguros. |
| NÚMERO DE CONTRATO | Número del contrato del Seguro de Invalidez y Sobrevivencia. |
| INICIO CONTRATO | Inicio de la vigencia del contrato. |
| FIN CONTRATO | Fin de la vigencia del contrato. |
| MES DE ACREDITACIÓN | Mes de acreditación reportado. |
| PERÍODO DEVENGUE | Período de devengue a que corresponde el pago de la cotización. |
| COTIZACIONES OBLIGATORIAS | Prima correspondiente a las cotizaciones obligatorias establecidas en el Art. 16 de la Ley. |
| REZAGOS | Prima relativa al valor del rezago acreditado en el mes que se está reportando. |
| COTIZACIONES POR SUBSIDIOS | Prima correspondiente al valor de las cotizaciones acreditadas en concepto de subsidios. |
| TOTAL PRIMAS PERÍODO DE DEVENGUE | Valor de la sumatoria de las primas pagadas por período de devengue en el mes de acreditación que se reporta. |



DETALLE DE PAGO DE PRIMAS

| CAMPO | DESCRIPCIÓN |
|---------------------------------------|---|
| FECHA EMISIÓN | Fecha de envío de la información. |
| ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES | Código asignado a las AFP. |
| MES DE ACREDITACIÓN | Mes de acreditación reportado. |
| NUP | Número Único Previsional. |
| IBC | Ingreso Base de Cotización. |
| PERÍODO DEVENGUE | Período de devengue a que corresponde el pago de la cotización. |
| TIEMPO COTIZADO | Número de días reportados como cotizados durante el período de devengue que se está reportando. |
| MONTO COTIZACIONES | Monto del total de cotizaciones realizadas tanto por el empleador como por el afiliado. |
| PRIMA DEL SEGURO | Precio de la cobertura del seguro, expresado en porcentaje a aplicar al IBC. |
| MONTO DE PRIMA | Monto de la prima correspondiente, en función del IBC. |
| ASEGURADORA | Código asignado a la Sociedad de Seguros. |
| NÚMERO DE CONTRATO | Número del contrato del Seguro de Invalidez y Sobrevivencia. |
| INICIO CONTRATO | Inicio de la vigencia del contrato. |
| FIN CONTRATO | Fin de la vigencia del contrato. |
| COTIZACIONES OBLIGATORIAS | Prima correspondiente a las cotizaciones obligatorias establecidas en el artículo 16 de la Ley. |
| REZAGOS | Prima relativa al valor del rezago acreditado en el mes que se está reportando. |
| COTIZACIONES POR SUBSIDIOS | Prima correspondiente al valor de las cotizaciones acreditadas en concepto de subsidios. |
| FECHA NACIMIENTO | Fecha de nacimiento del afiliado. |
| SEXO | Sexo del afiliado. |



INFORMACIÓN RELATIVA A LOS AVISOS DE SINIESTROS

| CAMPO | DESCRIPCIÓN |
|---------------------------------------|--|
| ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES | Código asignado a las AFP. |
| ASEGURADORA | Código asignado a la Sociedad de Seguros. |
| INICIO VIGENCIA | Fecha de Inicio de Vigencia. |
| FIN VIGENCIA | Fecha Fin de Vigencia. |
| NUP | Número Único Previsional. |
| RIESGO | Invalidez o Supervivencia. |
| FECHA DE CONOCIMIENTO | Fecha en la que la AFP tuvo conocimiento del evento. |
| FECHA EVENTO | Fecha fallecimiento, fecha de ocurrencia en caso de accidente, no aplica en caso de enfermedad. |
| CAUSA DE LA SOLICITUD | Fallecimiento, enfermedad o accidente. |
| POSIBLE ORIGEN EVENTO | Riesgo común, riesgo profesional. |
| SUBSIDIO POR SALUD | Indicar si el afiliado está recibiendo subsidio. En el caso de fallecimiento, indicar si al momento de la defunción recibía este subsidio. |



**INFORMACIÓN RELATIVA A PENSIONES EN PRIMER DICTAMEN CON CARGO A LAS
SOCIEDADES DE SEGUROS**

| CAMPO | DESCRIPCIÓN |
|---------------------------------------|---|
| MES | El mes a que corresponde la información que se está reportando. |
| ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES | Código asignado a las AFP. |
| ASEGURADORA | Código asignado a la Sociedad de Seguros. |
| INICIO VIGENCIA | Fecha de Inicio de Vigencia. |
| FIN VIGENCIA | Fecha Fin de Vigencia. |
| NÚMERO DE CONTRATO | Número del contrato del Seguro de Invalidez y Sobrevivencia. |
| NUP | Número Único Previsional. |
| NÚMERO DE DICTAMEN | Número asignado por la Comisión Calificadora. |
| FECHA SOLICITUD | Fecha de solicitud de pensión del afiliado registrada en la AFP. |
| NÚMERO DE SOLICITUD | Número de solicitud de trámite de beneficios, asignada por la AFP. |
| FECHA EVENTO | Fecha declaración 1er. Dictamen. |
| MONTO PENSIÓN | Monto del pago mensual en concepto de pensión. |
| FECHA DEVENGUE DE PENSIÓN | Fecha de inicio del goce de la pensión en primer dictamen. |
| FECHA FIN PRIMER DICTAMEN | Fecha en la cual finaliza el plazo de los tres años para el primer dictamen o con anterioridad en caso de afiliados que cumplen la edad antes de esa fecha. |
| ESTADO DE PAGO | Activo, suspendido o finalizado. |



**INFORMACIÓN RELATIVA A SOLICITUDES SIN COBERTURA DEL SEGURO DE
INVALIDEZ Y SOBREVIVENCIA**

| CAMPO | DESCRIPCIÓN |
|---------------------------------------|---|
| MES | El mes al que corresponde la información que se está reportando. |
| ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES | Código asignado a las AFP. |
| NUP | Número Único Previsional. |
| NÚMERO DE SOLICITUD | Número de solicitud de trámite de beneficios, asignada por la AFP. |
| FECHA DE SOLICITUD | Fecha de solicitud de pensión del afiliado o sus beneficiarios, registrada en la AFP. |
| RIESGO | Invalidez o Supervivencia. |
| FECHA DE CONOCIMIENTO | Fecha en la que la AFP tuvo conocimiento del evento. |
| FECHA EVENTO | Fecha de fallecimiento, fecha de ocurrencia en caso de accidente, no aplica en caso de enfermedad. |
| CAUSA DE LA SOLICITUD | Fallecimiento, enfermedad o accidente. |
| CAUSA DE NO COBERTURA | Causa por la que no se adquiere la cobertura del seguro: por el origen, incumplimiento de cotizaciones, suficiencia de recursos, no existen beneficiarios, entre otros. |
| BENEFICIO OTORGADO | Beneficio que fue otorgado por la AFP. |



INFORMACIÓN RELATIVA A PAGOS DE SINIESTROS RECIBIDOS POR LA AFP

| CAMPO | DESCRIPCIÓN |
|--------------------------------------|---|
| FECHA EMISIÓN | Fecha de envío de la información. |
| ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES | Código asignado a las Administradoras de Fondos de Pensiones. |
| ASEGURADORA | Código asignado a la Sociedad de Seguros. |
| NÚMERO DE CONTRATO | Número del contrato del Seguro de Invalidez y Sobrevivencia. |
| INICIO VIGENCIA | Fecha de Inicio de Vigencia. |
| FIN VIGENCIA | Fecha Fin de Vigencia. |
| FECHA DE PAGO | Fecha en que la AFP recibe en la cuenta bancaria, el pago de la Sociedad de Seguros. |
| NUP | Número Único Previsional. |
| RIESGO | Invalidez o Sobrevivencia. |
| FECHA SOLICITUD | Fecha de solicitud de pensión del afiliado o sus beneficiarios, registrada en la AFP. |
| NÚMERO DE SOLICITUD | Número de solicitud de trámite de beneficios, asignada por la AFP. |
| CONCEPTO DEL PAGO | Pensiones por primer dictamen, Capital Complementario, Contribución Especial. |
| NÚMERO DICTAMEN | Número del dictamen emitido por la Comisión Calificadora de Invalidez, en caso de invalidez. |
| FECHA EVENTO | Fecha declaración 1er. Dictamen, Fecha declaración 2do. Dictamen, Fecha de defunción. |
| TIPO DE EVENTO | Primer dictamen, Segundo Dictamen, Fallecimiento. |
| SBR | Salario Básico Regulador utilizado para el cálculo de las obligaciones de la Sociedad de Seguros. |
| MONTO | Monto del pago realizado. |
| TIPO DE CÁLCULO | Preliminar, Definitivo, Recalculo, Ajuste. |
| TIPO DE PAGO | Parcial, total, ajuste. |
| FECHA DE NOTIFICACIÓN | Fecha en la que se notificó a la Sociedad de Seguros la ocurrencia del evento. |



DETALLE DE CASOS NO SUJETOS AL PAGO DE LA PRIMA

| CAMPO | DESCRIPCIÓN |
|---------------------------------------|---|
| FECHA EMISIÓN | Fecha de envío de la información. |
| ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES | Código asignado a las AFP. |
| MES DE ACREDITACIÓN | Mes de acreditación reportado. |
| NUP | Número Único Previsional. |
| TIEMPO COTIZADO | Número de días reportados como cotizados durante el período de devengue que se está reportando. |
| IBC | Ingreso Base de Cotización. |
| MONTO COTIZACIONES | Monto de las cotizaciones realizadas tanto por el empleador como por el afiliado. |
| PERÍODO DE DEVENGUE | Período de devengue a que corresponde el pago de la cotización. |
| CAUSA DE NO COBERTURA | Motivo por el cual no es sujeto de cobertura del Seguro de Invalidez y Supervivencia. |
| RUBROS DE PAGO | Rubros sujetos de pago. |

