

Lima, 10 de Julio de 2026

RESOLUCIÓN SBS **N° 01813-2026**

El Superintendente Adjunto de Regulación y Jurídica

VISTA:

La solicitud presentada por Chubb Perú S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante, la Compañía) con fecha 13 de noviembre de 2025, a través del Sistema de Revisión de Contratos (en adelante, SIRCON), para que al amparo de lo establecido en la Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946 (en adelante, Ley de Seguros), el Reglamento de Gestión de Conducta de Mercado del Sistema de Seguros, aprobado mediante Resolución SBS N° 4143-2019 y sus modificatorias (en adelante, Reglamento de Conducta de Mercado) y el Reglamento de Registro de Modelos de Pólizas y Requerimientos Mínimos de Notas Técnicas, Resolución SBS N° 7044-2013 y sus modificatorias, esta Superintendencia proceda a aprobar las Condiciones Mínimas a las que deberán sujetarse las pólizas de seguro del producto denominado "Seguro Dental";

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, Ley N° 26702 (en adelante, Ley General) y en la Ley de Seguros, corresponde a la Superintendencia identificar cláusulas abusivas y prohibir la utilización de pólizas redactadas en condiciones que no satisfagan lo señalado en la ley;

Que, mediante la Ley de Seguros, se dispuso que esta Superintendencia apruebe las condiciones mínimas de las pólizas de seguro que se comercialicen en el mercado peruano en materia de seguros personales, obligatorios y masivos, a fin de brindar mayor protección a los usuarios del sistema;

Que, el Reglamento de Conducta de Mercado describe la facultad de esta Superintendencia para la aprobación administrativa previa de las condiciones mínimas en las pólizas de seguro, así como para la determinación de cláusulas abusivas;

Que, según lo establecido en el párrafo 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Conducta de Mercado, en materia de seguros personales, obligatorios y masivos, las empresas deberán someter a aprobación administrativa previa de esta Superintendencia las condiciones mínimas que se detallan a continuación, según el tipo de seguro, características del producto y la modalidad de comercialización que se haya previsto para el producto de seguro:

1. El derecho del contratante y/o asegurado de ser informado respecto de las modificaciones de las condiciones contractuales propuestas por las empresas, durante la vigencia del contrato, así como del derecho de aceptar o no dichas modificaciones, debiendo indicarse el procedimiento, plazos y formalidades aplicables, en concordancia con lo previsto en el artículo 30 de la Ley de Seguro.





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

2. En el caso de seguros de salud, la cobertura de las enfermedades preexistentes conforme a la Ley de Seguro y demás normas aplicables.
3. La obligación de las empresas de pagar el siniestro conforme al plazo y procedimiento establecido en normas especiales aplicables a determinados seguros y en el artículo 74 de la Ley de Seguro.
4. Los aspectos referidos a la información mínima y documentación a presentar para proceder a la liquidación del siniestro, considerando para tal efecto lo señalado en normas especiales aplicables a determinados seguros y en el artículo 74 de la Ley de Seguro. Adicionalmente, en el caso de los seguros de vida con componente de ahorro y/o inversión, la documentación de sustento y de acreditación de los beneficiarios a presentar en caso de ocurrencia del siniestro, para solicitar el pago del componente de ahorro y/o inversión. Asimismo, en aquellos casos que el componente de ahorro y/o inversión sea separable, la indicación de que la solicitud puede presentarse de forma independiente a la documentación que corresponde a la evaluación del siniestro.
5. Los mecanismos de solución de controversias que las partes acuerden, considerando lo dispuesto en el inciso c) del artículo 40 y el artículo 46 de la Ley de Seguro sobre pacto arbitral, en caso corresponda.
6. Las causales de resolución y nulidad del contrato de seguro y sus consecuencias sobre las primas pagadas.
7. Efectos del incumplimiento del pago de la prima.
8. El derecho de arrepentimiento en el caso de los seguros ofertados o promocionados por comercializadores y cuando la oferta o promoción se realice a través del uso de sistemas a distancia.
9. La reducción de la indemnización por aviso extemporáneo a la empresa de seguros de la ocurrencia del siniestro.
10. Los plazos referidos a la prescripción de las acciones fundadas en el contrato de seguro, conforme al artículos 78 y 80 de la Ley de Seguro.
11. Procedimiento para la renovación y modificación de la póliza, de corresponder.
12. En los seguros de vida donde el contratante sea distinto al asegurado, la precisión respecto al derecho de revocación del consentimiento por parte del asegurado.
13. Otros que determine la Superintendencia.

Que, de conformidad con el párrafo 16.2 del artículo 16 Reglamento de Conducta de Mercado, la aprobación de condiciones mínimas en los productos personales, obligatorios y masivos será considerada como una condición para que proceda su inscripción en el Registro de Modelos de Pólizas de Seguro;

Que, la presente resolución se enmarca en la normativa legal aplicable a las empresas del sistema de seguros, incluyendo la Ley General, la Ley de Seguros y el Reglamento de Conducta de Mercado; así como aquellas disposiciones contenidas en el Código de Protección y Defensa del Consumidor, aprobado por Ley N° 29571, que resulten de aplicación a las empresas que esta Superintendencia supervisa;

Que, la modificación de condiciones mínimas previamente aprobadas debe seguir el mismo procedimiento de aprobación regulado en el Reglamento de Registro y otras disposiciones que se emitan, por lo que no pueden modificarse las condiciones mínimas que hayan sido materia de aprobación previa por parte de la Superintendencia a través de condiciones particulares, especiales o endosos;

Los Laureles N° 214 - Lima 27 - Perú Telf.: (511) 6309000





SUPERINTENDENCIA

DE BANCA, SEGUROS Y AFP

República del Perú

Que, este pronunciamiento en modo alguno limita la facultad de este organismo para que, sobre la base de modificaciones a la normativa aplicable y nuevos elementos de análisis, pueda efectuar nuevas observaciones respecto de aquellas condiciones mínimas previamente aprobadas conforme a lo establecido en los numerales 18 y 19 del artículo 349° de la Ley General, pudiendo a su vez requerir que éstas a futuro sean sometidas a una nueva revisión por parte de este ente de control;

Que, la Compañía ha señalado que el modelo de póliza del producto “Seguro Dental” también incluye las condiciones mínimas previstas en las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica, aprobadas mediante Resolución SBS N° 2828-2023 del 25 de agosto de 2023, por lo que sólo corresponde aprobar las condiciones mínimas referidas a la renovación automática y la documentación a presentar para la liquidación del siniestro, establecidas en los incisos 11 y 4 del párrafo 16.1 del artículo 16 del Reglamento de Conducta de Mercado;

En consecuencia, contando con el visto bueno del Departamento de Asesoría Legal; y, en uso de las atribuciones conferidas por el artículo 349° de la Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros, Ley N° 26702 y sus modificatorias; y lo dispuesto en la Ley de Seguros, el Reglamento de Conducta de Mercado y el Reglamento del Registro de Pólizas de Seguro;

RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar las condiciones mínimas referidas a la solicitud de cobertura y a la renovación automática, contempladas en los artículos 11° y 13° de las Condiciones Generales del producto denominado “Seguro Dental”, en los términos señalados en el Anexo N° 1 que forma parte integrante de esta resolución, considerando que el modelo de póliza del producto también incluye las Condiciones Mínimas previstas en las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica, aprobadas mediante Resolución SBS N° 2828-2023 del 25 de agosto de 2023.

Artículo Segundo.- Inscribir el mencionado producto en el Registro de Modelos de Pólizas de Seguro, otorgándole el Código de Registro N° AE2036400170.

Artículo Tercero.- Conforme a lo dispuesto por el artículo 18° del Reglamento de Conducta de Mercado, la Compañía deberá difundir a través de su página web, el modelo de póliza correspondiente al producto “Seguro Dental”, conjuntamente con la presente resolución y la resolución que aprueba las Condiciones Mínimas previstas en las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica, en el plazo de sesenta (60) días calendario. En caso la Compañía decida postergar la fecha de comercialización del mencionado producto, más allá de los días otorgados, la Compañía podrá efectuar la publicación del modelo de la póliza, en la página web, hasta un día antes de su comercialización.

Regístrese y comuníquese.

CARLOS CUEVA MORALES
SUPERINTENDENTE ADJUNTO DE REGULACION Y JURIDICA

Los Laureles N° 214 - Lima 27 - Perú Telf.: (511) 6309000





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

ANEXO N° 1
CONDICIONES MÍNIMAS APROBADAS ADMINISTRATIVAMENTE

Artículo 11°: RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

El seguro se renueva automáticamente en la fecha de vencimiento correspondiente, sujeto a los términos de la Póliza y mientras el ASEGURADO no haya cumplido la edad límite de permanencia. No se emitirán documentos de renovación ya que la Póliza originalmente entregada al CONTRATANTE o ASEGURADO, según corresponda, constituye evidencia de existencia de la misma.

Artículo 13°: AVISO DEL SINIESTRO Y PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA COBERTURA

Si ocurriera un evento que diera lugar a una solicitud de cobertura bajo esta Póliza, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO deberá cumplir con lo siguiente:

1) Aviso del siniestro: Dar aviso a la COMPAÑÍA o el Comercializador por cualquiera de los medios de comunicación pactados, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de conocido el suceso, o después de dicho término tan pronto como sea posible, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho, a cuyos efectos le será de aplicación lo previsto en las Cláusulas Generales de Contratación Comunes a los Seguros de Asistencia Médica.

A. EN CASO DE URGENCIAS ODONTOLÓGICAS

Para casos de urgencias odontológicas, el asegurado deberá comunicarse con LA COMPAÑÍA o a quien esta le de la responsabilidad, llamando al teléfono señalado en las condiciones particulares, solicitud certificado o Certificado de seguro, si es un seguro grupal.

LA COMPAÑÍA gestionará la atención en el centro odontológico de la red. El ASEGURADO deberá presentar su documento de identidad al centro odontológico al que acuda a efectos de poder ser atendido como mecanismo de identificación.

Si por fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho no hubiera disponibilidad de atención en la red en la zona geográfica y momento de la solicitud, el ASEGURADO podrá atenderse por su cuenta y solicitar el reembolso únicamente respecto de los gastos odontológicos efectivamente cubiertos por la Póliza, conforme a las condiciones, límites, porcentajes, copagos y deducibles aplicables y siempre que exista aprobación expresa de LA COMPAÑÍA de forma previa a la atención.

B. EN CASO DE CITAS PROGRAMADAS

El ASEGURADO deberá comunicarse al teléfono señalado en las Condiciones Particulares, en la solicitud, certificado o Certificado de Seguro, para programar su cita y posteriormente acudir presentando su documento de identidad.

Se verificará la vigencia de la póliza de seguro del Asegurado, las coberturas y beneficios adicionales correspondientes.





SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú

C. ATENCIÓN AL CRÉDITO

Las coberturas del presente seguro serán pagados directamente al centro odontológico preferente por LA COMPAÑÍA, conforme a los porcentajes, tarifas, copagos, deducibles y demás condiciones del plan contratado, según la prestación solicitada.

D. REEMBOLSO

El ASEGURADO solo podrá solicitar el pago vía reembolso cuando la cobertura haya sido previamente aprobada por LA COMPAÑÍA antes de la prestación del servicio y siempre que se trate de los supuestos expresamente previstos en la Póliza, incluyendo, de manera enunciativa y no limitativa, los casos de emergencia o urgencia dental contemplados en la cobertura contratada.

Para solicitar el reembolso, el ASEGURADO deberá presentar los antecedentes médicos, exámenes radiológicos, comprobantes de pago y demás documentos sustentatorios que acrediten la atención recibida, el gasto efectuado y la aprobación previa de la cobertura por parte de LA COMPAÑÍA.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta La Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La COMPAÑÍA o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento por parte de la COMPAÑÍA o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes. En casos en los que legalmente deba practicarse una necropsia y/o dosaje étlico, y estos documentos no hayan sido presentados, serán requeridos dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que dispone la CIA para pronunciarse sobre la atención del siniestro y, en caso los mismos no se lleven a cabo por negativa de los familiares, según corresponda, la COMPAÑÍA quedará liberada de pagar la indemnización o beneficio pactado.

Cuando La COMPAÑÍA lo considere conveniente, podrá requerir una entrevista personal con el ASEGURADO o solicitar las aclaraciones y/o precisiones necesarias acerca del evento o siniestro ocurrido. Ésta se solicitará dentro de los primeros veinte (20) días del plazo de treinta (30) días con los que cuenta la COMPAÑÍA, para aprobar o rechazar el siniestro.

