

POLITICAS ANTIFRAUDE

El fraude en el seguro tiene consecuencias directas sobre toda la Sociedad y no solo perjudica a la propia aseguradora, puesto que afecta al conjunto del sistema y por ello es importante generar conciencia de todos los participantes del sistema.

A través de la Resolución N° 38.477 la Superintendencia de Seguros de la Nación dispuso que las entidades sujetas a su control deben aprobar las “Normas sobre Políticas, Procedimientos y Controles Internos para combatir el fraude”, con el fin de encarar políticas activas para combatir este flagelo de la actividad aseguradora.

Es por ello que creemos necesario poner en vuestro conocimiento el documento adjunto para, en el marco de colaboración y sinergia que caracteriza nuestro accionar recíproco con toda la red comercial, efectuar una serie de reflexiones y recomendaciones tendientes a la adopción de medidas de seguridad antifraude, que tienen que ver con la recepción de propuestas de contratos de seguros o de modificaciones al mismo, de cobro y liquidación de primas y de recepción de denuncias de siniestros.

Es solo con la interacción y la colaboración mutua que podremos cumplir con estos objetivos. Esta aseguradora se pone a disposición de ustedes para asesorarlos en todo aquello que estimen necesario.

La Perseverancia Seguros ha asumido el compromiso de adecuarse al documento “Decálogo de Desafíos Éticos” que se expone a continuación:

EL DECÁLOGO DE DESAFIOS ÉTICOS

Lineamientos generales para el establecimiento de BUENAS PRACTICAS:

Las buenas prácticas, la debida diligencia, el trato justo y la buena fe deben verificarse en los distintos procesos, a saber:

- a) En el proceso de comercialización o venta.
- b) Durante la vigencia de la cobertura.
- c) En el proceso de liquidación de siniestros.
- d) En el proceso de pago de indemnizaciones o sumas aseguradas.
- e) En la atención de las denuncias o reclamaciones de tomadores, asegurados, beneficiarios, o terceros damnificados.

1) Esta aseguradora adoptará políticas y procedimientos para garantizar una adecuada información a los tomadores, con especial énfasis:

- I. En los alcances reales de la cobertura, otras alternativas y sus costos.
- II. En los ítems, riesgos o conceptos no cubiertos, procurando que el usuario comprenda claramente limitaciones y/o exclusiones
- III. En explicaciones que permitan comprender coberturas complejas.
- IV. En la erradicación de campañas comerciales agresivas.
- V. En que las pólizas deben adecuarse a toda la normativa legal y reglamentaria vigente, y muy especialmente reflejar una redacción clara, simple, y que no disimule cláusulas que limiten o modifiquen los alcances de la cobertura.
- VI. En brindar información integral y no parcializada, estableciendo medidas adecuadas para resolver posibles conflictos de intereses entre las partes y/o con intermediarios o agentes.
- VII. En la pormenorización destacada de las obligaciones y derechos básicos de los asegurados.
- VIII. En la explicitación de las consecuencias devenidas de la omisión del pago de la prima y/o el incumplimiento de cualquiera de las cargas establecidas en cabeza del asegurado.

- 2) Promover la difusión de una cultura aseguradora que le permita comprender al tomador o asegurado que hay una relación técnica básica entre PRIMA - RIESGO - SUMA ASEGURADA. A veces los asegurables tienen una expectativa en orden a que con primas muy bajas es posible contar con coberturas extraordinarias y ello implica un error que las entidades no deben explotar, siendo deseable que aclaren la naturaleza, vigencia, costo y alcance de las que contraten los usuarios.
- 3) Las entidades no deben colocar el producto que el asegurado NO desea (procurando ajustarse a las especificaciones de la propuesta), o que manifiestamente no le servirá (y que en general aparece enmascarado por otro similar), o que le impondrá efectuar gastos o esfuerzos desmesurados en proporción a los beneficios, sin que aquél sea debidamente prevenido al respecto. Tampoco deberán concertar coberturas que —de producirse el siniestro— no conllevarán responsabilidad del asegurador.
- 4) Las entidades deben facilitar la efectividad de las notificaciones, especialmente si se trata de distractos; y que el asegurado pueda cumplir con sus CARGAS y OBLIGACIONES, indicando claramente el detalle de la documentación que deberá aportar. Deberán abstenerse de incurrir en abusos respecto de la facultad de solicitar información o instrumental complementaria, acorde a un principio de razonabilidad.
- 5) Las entidades deben facilitar la intervención y control del asegurado en la liquidación del siniestro.
- 6) Las entidades deben facilitar que los asegurados o beneficiarios cobren las indemnizaciones o sumas aseguradas.
- 7) En seguros de vida, deben procurar una clara identificación del beneficiario y la periódica actualización de sus datos. Al conocer el fallecimiento del asegurado, deben notificar fehacientemente al beneficiario en orden a sus derechos.
- 8) Los folletos y artículos de publicidad de las entidades deben adecuarse a toda la normativa vigente para la materia, individualizar con claridad la aseguradora interviniente, incluso si opera a través de un intermediador o agente; y muy especialmente facilitar que el asegurado entienda el costo, el riesgo cubierto, las limitaciones (temporal, espacial, causal y objetiva) de la cobertura y sus reales alcances.
- 9) Si las funciones de esclarecimiento (en los aspectos de asesoramiento) se delegan en Productores Asesores de Seguros o Sociedades de Productores, o agentes institorios, la entidad debe proporcionar un instructivo básico para asegurar estas buenas prácticas.
- 10) Las entidades deberán comunicar al organismo de control la recepción de reclamos o denuncias vinculadas a coberturas falsas que les son atribuidas o que manifiestamente correspondan al accionar de comercializadores no autorizados.

INDICADORES DE FRAUDE

Dentro del marco de las funciones que le caben a los productores-asesores de seguros, La Perseverancia Seguros S.A. cumple en poner en vuestro conocimiento algunos indicadores que pueden dar lugar a la presunción de que pueda tratarse de perpetrar un fraude, con el fin de que en la red comercial se preste especial atención a ello. Estos indicadores son los siguientes:



1. En relación con el siniestro

- Ocurrencia poco después del inicio de la vigencia o poco antes del vencimiento.
- Ocurrencia del siniestro dentro de los dos o tres días de abonada una cuota que registraba mora.
- Origen del siniestro poco claro – Relatos confusos o inconexos.
- Existencia de varios siniestros con daños similares en distintas fechas u ocurridos en circunstancias dudosas.
- Siniestros que se comunican con retraso, no dando tiempo a un adecuado peritaje del mismo.
- Siniestros en lugares poco poblados, durante la noche, en días no laborables.
- No se presenta la documentación respaldatoria de asistencias o gastos.

2. En relación con los comprobantes

- No se aportan o no existen comprobantes originales.
- Se presentan facturas de varios emisores con similitudes entre si.
- Se facilita a la entidad una excesiva documentación no solicitada o se proporcionan datos escasos.

3. En relación con el asegurado

- Alta siniestralidad en el ramo
- Contratación o ampliación de la cobertura cerca del siniestro.
- Nerviosismo o contradicciones en la declaración.
- Interés especial en que todas las gestiones se realicen sólo con él.
- Información brindada imprecisa o vaga.
- Indicios de connivencia con los implicados en el siniestro.

4. Situaciones a analizar en particular

- Omitir información requerida en los formularios de propuestas de seguro.
- Omitir denuncias sobre la existencia de otro seguro vigente en relación con la misma cobertura.
- Omitir datos relevantes en las declaraciones previas.
- Omitir o cambiar la verdadera causa de ocurrencia del siniestro.
- Reclamación sobre coberturas no incluidas en la póliza.
- Reclamación por enfermedades o afecciones preexistentes
- Adulterar documentación respaldatoria.