CAPACITACIÓN

AÑO 2024

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL FRAUDE EN SEGUROS: OBLIGACIONES Y PRÁCTICAS CLAVE

BENEFICIO S.A. Compañía de Seguros

RESOLUCIÓN SSN N° 38.477/2014

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN.
- DEFINICIÓN DE FRAUDE – FRAUDE EN EL MERCADO ASEGURADOR
- NORMATIVA VIGENTE – RESOLUCIÓN N° 38.477/2014
- MANUAL ANTIFRAUDE
- RESPONSABLE DEL CONTACTO
- MEMORIA DE LOS CASOS
- CAPACITACIÓN PERMANENTE
- PREVENCIÓN Y CONTROL
- COLABORACIÓN CON LA SUPERVISIÓN
- FRAUDE INTERNO Y EXTERNO EN SEGUROS: EJEMPLOS REALES
- BUENAS PRÁCTICAS Y PRINCIPIOS ÉTICOS: APLICACIÓN EN LOS PROCESOS ASEGURADORES
- ADOPCIÓN DE MEDIDAS ANTIFRAUDE
- ALERTAS E INDICIOS DE FRAUDE A TENER EN CUENTA
- NOTICIAS REALES EN EL AÑO 2024: TIEMPO DE SEGUROS
- ACCIONES REALIZADAS POR LA ENTIDAD

INTRODUCCIÓN

El fraude es una problemática que desafía al negocio del seguro tanto en Argentina como a nivel mundial. En contextos de incertidumbre económica y crisis, esta actividad ilícita tiende a intensificarse, generando un impacto significativo en la sostenibilidad del sector.

La aplicación de políticas, procedimientos y controles específicos no solo protege a nuestra compañía, sino que también refuerza la confianza general en la industria de seguros.

DEFINICIÓN DE FRAUDE

El fraude es un acto ilícito que implica la manipulación, tergiversación o falsificación de información con el objetivo de obtener un beneficio indebido, perjudicando a otra parte involucrada. Se caracteriza por la intención de engañar o defraudar a una persona o entidad para obtener ganancias económicas a costa de la verdad o la confianza.

FRAUDE EN EL MERCADO ASEGURADOR

En el contexto asegurador, el fraude se refiere a cualquier acción engañosa o ilícita relacionada con la contratación, gestión o liquidación de seguros. Esto puede incluir la falsificación de documentos, la omisión de información relevante, la exageración o invención de daños en un siniestro, o la manipulación de las condiciones de la póliza con el objetivo de obtener una indemnización indebida o reducir las responsabilidades de las partes involucradas. El fraude en el mercado asegurador no solo afecta la solvencia de las compañías de seguros, sino que también pone en riesgo la confianza de los asegurados y la integridad del sector en su conjunto

NORMATIVA VIGENTE – RESOLUCIÓN N° 38.477/2014

La resolución vigente establece los lineamientos obligatorios para que las entidades aseguradoras y reaseguradoras adopten políticas, procedimientos y controles internos destinados a prevenir, detectar y combatir el fraude en el sector asegurador. El objetivo General es crear un marco normativo mínimo que garantice la lucha contra el fraude, promoviendo un ambiente de control adecuado y alineado con las actividades de cada entidad.

Puntos Clave:

- ❑ Manual Antifraude
- ❑ Responsable de Contacto
- ❑ Memoria de Casos
- ❑ Capacitación Permanente
- ❑ Prevención y Control
- ❑ Colaboración con la Supervisión

MANUAL ANTIFRAUDE

Las entidades Aseguradoras deberán elaborar un manual que contemple los mecanismos y procedimientos para luchar contra el fraude de seguros.

La Estructura General del Manual deberá contemplar como mínimo:

- Definiciones.
- Introducción.
- Lineamientos genéricos para adaptarse según el ramo.
- Contenidos mínimos.
- El Manual deberá estar siempre actualizado y disponible, para todos los empleados de la organización y para la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.

RESPONSABLE DEL CONTACTO

Las entidades Aseguradoras deberán designar un responsable de contacto que revista en un puesto ejecutivo o gerencial, quien será el encargado de canalizar y demás comunicaciones del Organismo.

Deberá informarse a la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, indicando nombre y apellido, DNI, cargo en la entidad, dirección, teléfono y e-mail, pudiendo designarse un suplente. Las personas designadas deberán acreditar que gozan de capacitación específica antifraude.

En la Compañía el Responsable de Contacto es: **Alfredo Del Greco**

MEMORIA DE LOS CASOS

Las entidades Aseguradoras deberán elaborar una memoria de casos investigados por sospecha de fraude de seguros, en la que se registre con periodicidad trimestral un resumen o síntesis que describa brevemente los principales contenidos del caso, acorde con las pautas mencionadas en el Articulo Nro. 3 de la Resolución.

La documentación debe ser la misma que se encuentra en el legajo del cliente/siniestro. No hay necesidad de duplicar documentación

Tanto la memoria como la documentación de respaldo debe encontrarse disponible para cualquier requerimiento de la SSN.

La normativa vigente provee, en su Anexo V, un modelo de planilla en formato Excel que deberá adecuarse la compañía.

CAPACITACIÓN PERMANENTE

La normativa vigente exige a las entidades aseguradoras, un programa de capacitación continua para todos los empleados y funcionarios de la entidad, conforme lo previsto en el Artículo 3° de la presente Resolución

- ✓ Formación anual.
- ✓ El propósito es familiarizar a todos con las reglas y procedimientos de la empresa.
- ✓ Fomentar la colaboración entre areas.
- ✓ Involucrar a niveles ejecutivos y gerenciales.
- ✓ Revisión y Evaluación de contenidos.
- ✓ Entrega de Certificados para Archivos personales.

PREVENCIÓN Y CONTROL

Objetivos:

- Disuadir, prevenir, detectar y reparar el fraude en seguros.
- Garantizar la transparencia y la confianza en las operaciones aseguradoras.

Medidas clave para la prevención:

1) Conocimiento del cliente: Implementación de cuestionarios y verificaciones al momento de la contratación o modificación de pólizas.
2) Educación y sensibilización: Capacitación continua para empleados, intermediarios y agentes institorios. Campañas para educar a los asegurados sobre los riesgos y consecuencias del fraude.
3) Políticas claras: Redacción de manuales antifraude adaptados al tipo de cobertura.

Mecanismos de control:

1) Investigación de siniestros sospechosos: Registro detallado de casos. Uso de indicadores y pruebas específicas.
2) Monitoreo interno y auditorías: Verificación periódica de cumplimiento de políticas y procedimientos. Informes anuales de control interno.
3) Responsables designados: Nombramiento de un referente antifraude para canalizar requerimientos y coordinar acciones.

COLABORACIÓN CON LA SUPERVISIÓN

Factores que contribuyen a la presencia de fraude en una organización:

- Asignar excesiva confianza a empleados clave.
- Accesibilidad y oportunidad de disposición de los fondos.
- Grises entre Autoridad vs. Responsabilidad
- Falta de procedimientos adecuados para autorizar transacciones.
- Falta de controles sobre las tareas. Poca atención a los detalles.
- Inadecuada separación de funciones (custodia vs autorización, custodia vs. registro de bienes). Debilidad de controles.
- Áreas no sujetas a revisiones frecuentes por los auditores internos.
- Inexistencia de sistemas informáticos que crucen y permitan analizar la información.

Fraude Interno y Externo en Seguros: Ejemplos Reales

Ejemplos de Fraudes internos:

- Alteración de pagos: Empleados desvían cheques de liquidación hacia cuentas propias o de cómplices, cambiando temporalmente direcciones o datos del beneficiario.
- Manipulación de primas: Personal de cuentas redirige pagos de clientes, dejándolos sin cobertura mientras cobran el dinero para uso personal.
- Falsificación de registros: Ajustadores de siniestros alteran evaluaciones o documentos para inflar pagos y recibir comisiones indebidas

Ejemplos de Fraudes Externos:

- Reclamos falsos: Personas que reportan accidentes simulados o inventan daños para recibir indemnizaciones, como choques "planificados" o lesiones falsas.
- Falsificación de bienes asegurados: Asegurados registran objetos valiosos falsos (por ejemplo, relojes o joyas) y organizan siniestros para cobrar indemnizaciones.
- Fraude organizado: Redes delictivas que presentan múltiples siniestros coordinados con datos falsificados o identidades robadas.

Buenas Prácticas y Principios Éticos: Aplicación en los procesos aseguradores

1. Comercialización y Venta:
- Informar de manera clara sobre:
  - Alcances reales de la cobertura
  - Costos y alternativas disponible
  - Limitaciones o exclusiones importantes

2. Vigencia de la Cobertura:
- Garantizar que las pólizas reflejen:
  - Condiciones claras y simples
  - Transparencia en derechos y obligaciones del asegurado

3. Liquidación de Siniestros:
- Facilitar el control del asegurado en el proceso.
- Evitar abusos en la solicitud de información adicional

4. Pago de Indemnizaciones:
- Asegurar procesos ágiles y claros para los beneficiarios
- Notificar proactivamente a beneficiarios en seguros de vida.

5. Atención de Denuncias:
- Promover la resolución justa y ética de reclamaciones.
- Evitar prácticas comerciales engañosas o agresivas

Adopción de Medidas Antifraude

1. <u>En el momento de la suscripción o endosos</u>:
   - Realizar un cuestionario básico que recopile:
     - Datos personales y comerciales del asegurado (DNI, CUIT/CUIL, domicilio).
     - Historial de aseguramiento y siniestros.
     - Información sobre actividades y rutinas relevantes al riesgo asegurado.
   - Inspección previa de bienes o elementos asegurados según el valor y complejidad.

2. <u>Al momento de la denuncia:</u>
   - Realizar interrogatorios detallados para identificar:
     - Circunstancias del siniestro (modo, tiempo, lugar y causalidad).
     - Detalles de los hechos previos, durante y posteriores al siniestro.
   - Documentar evidencia (fotografías, videos, testimonios) para validar la denuncia.

3. <u>Durante la liquidación del siniestro:</u>
   - Utilizar listas de control para identificar indicadores de riesgo.
   - Realizar análisis adicionales en casos sospechosos.
   - Implementar herramientas tecnológicas para validar pruebas y antecedentes.

ALERTAS E INDICIOS DE FRAUDE A TENER EN CUENTA:

EMISIÓN O ENDOSO DE LA POLIZA:

- Negativa a que inspeccionen el riesgo.
- Inspecciones con informes desfavorables.
- Aumentos significativos de endosos por cobertura y/o suma asegurada.
- Firmas presumiblemente falsas.
- Rápido cambio de beneficiarios.
- Inexistencia de interés asegurable.
- Cambio de actividad declarada inicialmente por el PAS o cliente.

SUSCRIPCIÓN:

- Incumplimiento de pautas de inspecciones previas y políticas de suscripción
- Contexto financiero del asegurado sospechoso
- Registros médicos que reflejan discrepancias
- Sustitución de persona en el lugar del solicitante en la declaración jurada de salud.
- Mas de una póliza para el mismo Beneficiario.

SINIESTROS:

- Pago de 2 o más cuotas atrasadas dentro de los 30 días anteriores al evento.
- Reiterada participación de asegurados, terceros, productores, agentes institorios, profesionales en hechos potencialmente fraudulentos.
- Falta de intervención de las fuerzas de seguridad en hechos que por su gravedad y/o envergadura así lo ameriten.
- Daños de considerable entidad donde no se reclamen lesiones.
- Cancelación de la póliza a los 30 días de ocurrido el siniestro o dejar de pagar el seguro con posterioridad a la denuncia.

Noticias Reales en el Año 2024: Tiempo de Seguros

SEGUROS: NUEVO PROYECTO PROPONE PRISIÓN EFECTIVA PARA EL FRAUDE EN UN SINIESTRO VIAL

Desde las aseguradoras creen que el 47% de los siniestros denunciados en las compañías se tratan de fraude, por lo que proponen penas de 6 años de prisión.

FINGIÓ UN INCENDIO EN SU AUTO PARA COBRAR EL SEGURO

Un contador de 42 años le contó angustiado a los Bomberos de La Plata que le habían prendido fuego su auto. Sin embargo, el incendio lo provocó él mismo.

MUJER POLICÍA CONDENADA POR FALSEAR QUE FUE VÍCTIMA DE UN ROBO PARA ESTAFAR A UNA EMPRESA DE SEGUROS

Se trata de Romina Magalí Toselli de 39 años, quien prestaba funciones en la Comisaría Primera de la Unidad Regional XI de Esperanza. Confeccionó un documento público en el que afirmó que le sustrajeron bienes muebles por 1.663.000 pesos y dinero en efectivo.

FALSAS DENUNCIAS, UN DELITO CON EL QUE INTENTAN ESTAFAR A ASEGURADORAS

Si bien pueden existir denuncias falsas de todo tipo de delito, la Fiscalía de Delitos Económicos recibe semana a semana casos de personas que dicen haber sido víctimas de robo de vehículos con el fin de cobrar el dinero de la compañía de seguros.

OTRO FRAUDULENTO ATRAPADO

Se reportó un curioso caso de autorobo que ha resultado en la aprehensión de un hombre. El individuo había denunciado el robo de su vehículo en la intersección de las calles 63 entre 124 y 125, lo que llevó a la intervención del personal del Grupo Táctico Operativo (GTO) de la comisaría 4ta.

Conclusión: El Compromiso de Todos es Esencial

La lucha contra el fraude es una responsabilidad colectiva en la compañía. Cada acción, desde la más pequeña hasta la más significativa, tiene un impacto directo en la integridad y sostenibilidad de nuestra empresa.

El fraude nos perjudica a todos, desde los empleados hasta los clientes. Afecta la confianza, reputación y estabilidad financiera de la compañía.

El compromiso de todos es clave para prevenir, identificar y actuar frente al fraude. Una cultura de transparencia y ética es el primer paso para protegernos mutuamente.

Recuerda: Tu responsabilidad es fundamental para garantizar que actuemos de manera justa, transparente y conforme a los más altos estándares éticos.

Acciones realizadas por la entidad:

- ✓ Se desarrolló un manual que incluye las políticas definidas por la compañía y procedimientos a seguir para la detección de fraudes por las Gerencias y Departamentos.
- ✓ Se elaboró un registro de los casos de fraudes, su investigación y reporte.
- ✓ Se realizó la capacitación a todos los empleados y miembros del Órgano de Administración.
- ✓ No hubo Inspecciones por parte de SSN.

MUCHAS GRACIAS!