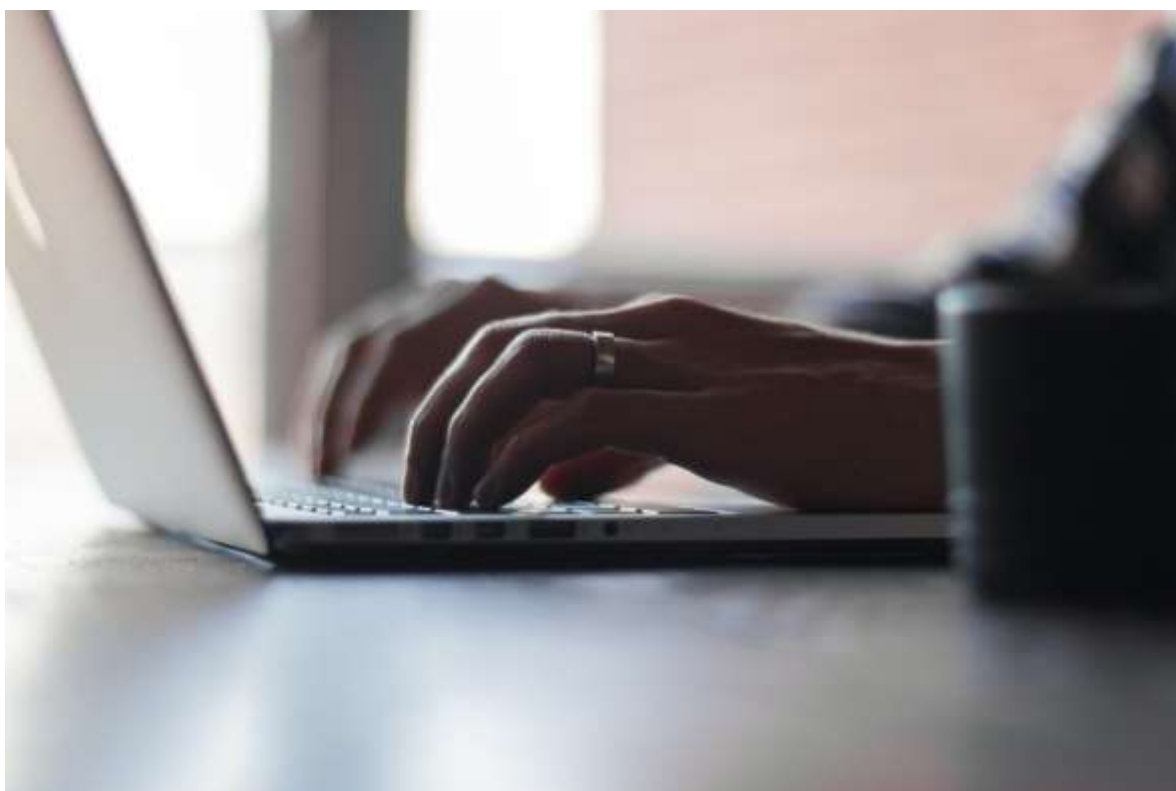




CENTRO FEDERAL
DE CAPACITACIÓN

Fraude

Año 2022



ÍNDICE

El fraude en la sociedad	3
El fraude en el Derecho	3
El Fraude en el Seguro	4
Ejemplos del fraude en seguros	5
Ejemplos de casos que no constituyen fraude en seguros	7
Consecuencias del fraude en seguros	7
Lucha contra el fraude en seguros	8

FRAUDE

1.- El fraude en la sociedad

Para el diccionario de la Real Academia Española la palabra “fraude” se define como *“Acción contraria a la verdad y a la rectitud, que perjudica a la persona contra quien se comete”* y *“Acto tendente a eludir una disposición legal en perjuicio del Estado o de terceros”*.

Estos conceptos coinciden con la idea que sobre este fenómeno tenemos en general como sociedad, más allá de que ciertas conductas de este tipo han sido naturalizadas, aceptadas y hasta celebradas, enmarcándolas en construcciones populares como la “viveza criolla”.

2.- El fraude en el Derecho

Tal como vimos en Introducción al Derecho, el Derecho Penal tipifica ciertas conductas que el Estado entiende que deben ser reprimidas, independientemente de la reparación de los daños y perjuicios generados por las mismas; propia del Derecho Civil.

El Código Penal establece un delito genérico en el capítulo de las *“Estafas y otras Defraudaciones”* en estos términos: *“Artículo 172. - Será reprimido con prisión de un mes a seis años, el que defraudare a otro con nombre supuesto, calidad simulada, falsos títulos, influencia mentida, abuso de confianza o aparentando bienes, crédito, comisión, empresa o negociación o valiéndose de cualquier otro ardid o engaño”*.

Asimismo, en los tres artículos siguientes enumera 26 formas específicas de estafas o defraudaciones, algunas más leves, otras más graves. Todas ellas, incluyendo a la del Art. 172, contienen dos elementos esenciales:

a) El engaño a una persona (física o jurídica) o el aprovechamiento del error en que ésta se encuentre. Es el dar una apariencia de verdad sobre una falsa concepción de algo aprovechando un mecanismo psicológico para inducir a la víctima a que caiga en una situación incierta.

b) Que aprovechando ese error se obtenga ilícitamente una cosa o se alcance un lucro indebido.

Por otro lado, también se reprime al coautor o “copartícipe principal” de cualquier delito con la misma pena que la de este (art. 45), y al cómplice o “copartícipe secundario” con 1/3 a 1/2 de la pena destinada a aquel (art. 46).

Finalmente, existen otras figuras penales que castigan conductas que pueden estar relacionadas con la comisión de una estafa en seguros (y que se suman al castigo del fraude en sí mismo) como los de “falsificación o uso de certificado médico falso” (arts. 295 y 296), el de “falsificación de instrumento privado” (art. 293), el de “falso testimonio de testigos o peritos” (art. 275), el de “falsa denuncia” (art. 245), etc.

3.- El Fraude en el Seguro

El Art. 174 del Código Penal legisla un tipo específico de fraude en seguros reprimiendo con prisión de dos a seis años a quien *“para procurarse a sí mismo o procurar a otro un provecho ilegal en perjuicio de un asegurador o de un dador de préstamo a la gruesa, incendiare o destruyere una cosa asegurada o una nave asegurada o cuya carga o flete estén asegurados o sobre la cual se haya efectuado un préstamo a la gruesa”*.

Pero más allá de esta figura pensada en relación al seguro marítimo, muchas de las otras formas de estafas o defraudaciones contenidas en los arts. 172 a 175 son cometidas en el marco de fraudes a todo tipo de coberturas de seguro, como la que castiga a quien hace *“suscribir con engaño algún documento”* (art. 174).

Finalmente, si las conductas que concretaron el fraude en seguros no se encuentran tipificadas por el Derecho Penal no serán reprimidas, pero el daño que hayan causado a la víctima le generarán a esta acción para exigir la reparación de los mismos en los términos del Derecho Civil; sin perjuicio de las eventuales consecuencias sobre la cobertura asegurativa.

El fraude puede ser cometido en forma ocasional, es decir de forma espontánea y eventual, "la oportunidad u ocasión de cometer". En cambio profesionalmente requiere de una organización que estudia debilidades, estructuras administrativas y/u operativas.

Según la experiencia, quien comete fraude cuenta:

- Con determinada capacitación, preparación y nivel cultural
- Con conocimiento del tema (por ejemplo: operatoria de seguros y forma de trabajo de las aseguradoras)
- Con la dificultad por parte de la víctima para demostrar la ilicitud, con la ventaja de la duda y del rechazo social ante la revelación de haber sido engañado

3.1.- Ejemplos del fraude en seguros

Si bien el imaginario y la creatividad populares no tienen límites y constantemente surgen nuevas modalidades de fraude en seguros, enumeramos aquí algunas de las modalidades más frecuentes, quién es el autor y/o ejecutor de las mismas.

3.1.1.- Por parte del asegurado o del tercero damnificado

Consiste en incurrir en ardid o engaño con la intención de:

- Provocar intencionalmente un siniestro,
- Simular falsamente el mismo o sus características, o

- Exagerar ilícitamente sus consecuencias, con el fin de obtener un enriquecimiento indebido, a expensas de una entidad aseguradora.

3.1.2.- Por parte del asegurador

Se configura cuando una compañía:

- Emite una póliza o certificado de cobertura falsos
- Opera violando normativa de la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN) que le impida funcionar como aseguradora o emitir en determinados ramos
- Comercializa planes de seguro no aprobados por la SSN

3.1.3.- Por parte del Productor Asesor de Seguros (PAS)

Cuando el mismo:

- Colabora con el asegurado, el asegurador o el tercero en la autoría y/o ejecución de las maniobras descriptas arriba u otros fraudes
- Comercializa seguros teniendo su matrícula suspendida o inhabilitada por la SSN

3.1.4.- Por parte de otras personas

En tanto ellas:

- Comercializan seguros sin haber obtenido la matrícula de parte de la SSN
- Gestionan reclamos ante las aseguradoras sin estar autorizadas por el titular de tales derechos
- Intervienen en la liquidación de siniestros invocando una autorización de la aseguradora de la cual carecen
- Aprovechan su condición de empleados en relación de dependencia o de liquidadores de siniestros del asegurador para engañar a la compañía o a sus asegurados en beneficio propio

3.2.- Ejemplos de casos que no constituyen fraude en seguros

- Si el reclamante no puede acreditar suficientemente la preexistencia del bien reclamado y/o su valor
- Si el reclamo se rechaza por la simple aplicación de una cláusula de exclusión o caducidad de cobertura.
- Si existe una diferencia significativa entre lo reclamado y lo que resulta del proceso de liquidación
- Si el asegurador no paga el siniestro en legales tiempo y forma, salvo que ello constituya una maniobra específicamente prevista de antemano para beneficiarse económicamente

3.3.- Consecuencias del fraude en seguros

Ya dijimos que el descubrimiento de un fraude acarrea contra los autores y partícipes del mismo, tales como la represión penal y la reparación civil. Pero también, y tal como vimos en los módulos de Principios Técnicos del Seguro e Introducción a la Contabilidad, toda erogación que el asegurador deba efectuar en un siniestro como consecuencia de una maniobra tal se va a reflejar en su Balance como Pasivo, a través –cuando menos- de la Reserva de Siniestros Pendientes. En el ejercicio contable siguiente, ese importe -que no se habría pagado si el fraude no hubiera ocurrido- engrosará la tasa de intensidad (y tal vez también la de frecuencia) para el cálculo de la prima. De este modo toda la masa de asegurados aportantes al fondo de primas acabarán asumiendo con los premios de sus pólizas las consecuencias de la estafa.

3.4.- Lucha contra el fraude en seguros

Los actores del sector asegurador en su totalidad ejecutan planes de acción para combatir el fraude. Las compañías aseguradoras realizan entrenamientos en recursos humanos, a través de los cuales se capacita al personal interno y externo en los principios de suscripción, evaluación del riesgo, requerimientos de información y diseño de solicitudes de seguro, cuestionarios y controles suficientes y análisis de siniestros.

3.4.1.- Marco Legal

La Resolución SSN 38.477 del 17/07/2014 se obliga a las compañías aseguradoras a aprobar las “Normas sobre Políticas, Procedimientos y Controles Internos para Combatir del Fraude”. Los contenidos de estas disposiciones a dictar por las aseguradoras son de carácter mínimo y obligatorio. Las compañías deberán complementarlas en función de las coberturas en que operan, en la medida de su extensión o complejidad, con el propósito de conformar un ambiente de control conducente para combatir el fraude en seguros.

Las entidades aseguradoras deberán adoptar una política en este sentido que como mínimo contemple los siguientes aspectos:

1- Elaboración de un manual que contemple los mecanismos y procedimientos para luchar contra el fraude en seguros.

2- Designación de un responsable de contacto que revista un cargo ejecutivo o gerencial para canalizar los requerimientos o comunicaciones del organismo, el cual deberá ser informado a la SSN.

3- Elaboración de una memoria de casos investigados por sospecha de fraude, en la que se registre un resumen o síntesis que describa brevemente los principales contenidos del caso.

4- Determinación de un programa de verificación de cumplimiento de las políticas y procedimientos acorde al manual elaborado por la entidad.

5- Para los intermediarios (PAS o Agentes Institorios) deberá proporcionarles un documento que incluya mínimamente recomendaciones, preguntas y datos a recabar para la adopción de medidas de seguridad antifraude.

La Comunicación SSN N° 4346 obliga también a las Sociedades de Productores Asesores de Seguros y los Agentes Institorios a designar un responsable de contacto para canalizar los requerimientos y comunicaciones. En el caso de sociedades de PAS quien asuma la función de responsable de contacto debe ser un PAS matriculado.

3.4.2.- La lucha en la práctica

Las aseguradoras argentinas invierten permanentemente en capacitación de su personal y en la adquisición y actualización de tecnologías de detección de fraudes. Entre ellas se destaca el sistema “Sofía” del CESVI (Centro de Experimentación en Seguridad Vial, empresa integrada por varias compañías de seguros) que efectúa un análisis automático de la información que sobre emisiones de pólizas de más de 4.000.000 de automotores y más de 1.800.000 siniestros anuales le aportan las 31 aseguradoras que lo utilizan actualmente (www.sistema-sofia.com).

Se estima que el 15% del total de los siniestros denunciados del mercado tienen algún componente fraudulento, y de ellos sólo el 30% son descubiertos a pesar del esfuerzo antedicho (revista Estrategas n° 186, marzo – abril 2020). Esta baja tasa de éxito se explica por múltiples factores, tales como la inagotable creatividad de los protagonistas y la naturalización de la “viveza criolla” que mencionamos arriba. Esto último facilita la participación activa o pasiva de asegurados, terceros, PAS y hasta personal de las aseguradoras en la maniobra delictiva, cuando la generalización de

determinados fraudes en la sociedad les dificulta incluso verlos como tales.

Pero aún cuando la estafa es detectada por la compañía, no siempre los responsables sufren las consecuencias. El asegurador deberá primero analizar si cuenta con los elementos de prueba para efectuar una denuncia penal (o incluso sólo para declinar la cobertura del siniestro), y en caso afirmativo evaluar los costos de radicar la misma (pérdida de la póliza, del asegurado o del PAS; honorarios de abogados; etc.) contra sus beneficios (ahorro en un siniestro; sancionar a los protagonistas o desprenderse de ellos; hacer Justicia; etc.).

3.4.3.- Algunos casos descubiertos

Un trabajo que fue galardonado por CESVI Argentina partió de reclamo de tercero de un ciclista había que decía haber sido atropellado por un asegurado; al cruzar la aseguradora la información en la base de datos del CESVI se detectaron coincidencias, tanto en el lesionado como en los testigos participantes, en 4 compañías más. El área antifraude de la aseguradora consiguió otros elementos de prueba y en conjunto con una de sus colegas presentaron en conjunto una denuncia penal ante la justicia y la indemnización no se pagó (<http://mercadoasegurador.com.ar/backup/adetail.asp?id=3525>).

En otra ocasión un asegurado de una póliza de Accidentes Personales denunció en varias aseguradoras un siniestro vial en el cual sostenía haber sufrido la amputación de su mano derecha. El estudio investigador designado concluyó que por la mecánica del siniestro tal consecuencia era imposible y destacó que el denunciante estaba en dificultades económicas al momento del siniestro. En realidad ocurrió que el asegurado procedió a amputarse la mano él solo, se hizo un torniquete, condujo hasta un lugar apartado donde nadie le viera y pudiera simular el accidente, depositó su mano recién amputada a los pies del asiento del conductor y prendió fuego al vehículo. Luego

esperó la ayuda de los servicios de emergencia fumando un cigarrillo. La Justicia condenó al hombre a tres años y seis meses de prisión por estafa y a devolver las indemnizaciones que llegó a percibir de algunas aseguradoras (<https://segurosnews.com/news/los-11-casos-mas-impactantes-de-intentos-de-fraude-al-seguro-en-2018>).

Para terminar, debemos mencionar que uno de los fraudes más frecuentes es el del robo de ruedas, cometido por quienes optan por esta alternativa para reponer sus neumáticos desgastados por el uso. Pocos de estos casos llegan a ser descubiertos dado el alto costo de investigarlos en relación al beneficio de no abonar el siniestro, con lo cual es la masa de asegurados la que termina solventando las consecuencias de estos delitos.