



COMUNICACIÓN SSN 2943

09/09/2011

Circular SSN EST 666

SINTESIS: Resultados del cuestionario sobre Fraude de Seguro 2011 (relativo Comunicación SSN Nº 2826).

A las Entidades y Personas sujetas a la supervisión de la Superintendencia de Seguros de la Nación

Tengo el agrado de dirigirme a Ustedes a los efectos de poner en vuestro conocimiento la información relativa a las mediciones producidas por esta Superintendencia de Seguros de la Nación, a tenor de las respuestas proporcionadas respecto del cuestionario sobre Fraudes de seguro, conforme se les solicitara mediante la Comunicación Nº 2826 del 3 de Junio de 2011.

Introducción

Este organismo reconoce la trascendencia que reviste la materia, teniendo en cuenta que el fraude que se dirige contra el asegurador es el delito que perjudica a la comunidad en su conjunto. En efecto, el perjuicio patrimonial que impacta de manera directa en el asegurador, eventualmente afectará al reasegurador (en su caso, de manera proporcional), como a los propios asegurados, al conllevar una distorsión de la siniestralidad que repercute en el costo de las primas.

Todo esto sin perjuicio de que, trascendiendo el aspecto económico, los comportamientos criminales objeto de la presente investigación deben ser prevenidos y evitados, por acarrear peligrosidad, lesionar la confiabilidad en el sistema, e incluso generar un medio propicio para el lavado de activos de origen ilícito y el financiamiento del terrorismo.

Metodología de captura del dato

Como primer señalamiento corresponde advertir que, para facilitar la colaboración de las entidades en este primer ejercicio de medición, se escogió la modalidad de respuestas anónimas, de suerte tal que aun cuando la participación – a través de Internet- era obligatoria y debía ser acreditada por ante este organismo, no es posible individualizar la autoría de los documentos con la información aportada por las aseguradoras. En este marco, y sin perjuicio del análisis que resulta de las mediciones practicadas, en el que –se anticipa- se han detectado tanto fortalezas como debilidades, debe destacarse la seriedad, el grado de madurez y buena disposición del mercado. No sólo porque **todas** las entidades han participado del ejercicio, sino en razón del notable valor de las experiencias, tácticas y estrategias que espontáneamente han compartido, así como el de las propuestas aportadas.



Principales consideraciones

Del análisis de las respuestas brindadas por el mercado, por su particular significación, merecen destacarse las siguientes consideraciones:

- El 32% de las entidades NO inspecciona los riesgos y/o bienes asegurados al momento de la suscripción;
- El 62% del mercado NO “registra” haber sido víctima de fraude o tentativa de fraude; y es muy baja la proporción de aseguradoras que delegan en los productores la inspección de riesgos y/o bienes asegurados;
- El 86% de las entidades ha adoptado alguna política particular para combatir el fraude de seguros, porcentaje que a su vez, a la hora de definir las políticas en cuestión, refleja que el 42% se inclina por la prevención, el 38% por trabajar en la identificación y/o la detección; 14% enfatiza la sanción; mientras que el 6% restante ha adoptado otras políticas.
- En relación con las herramientas utilizadas para la prevención y/o detección del fraude, se destaca que las entidades señalaron en un 24% el análisis de antecedentes; un 22% de informes médicos; un 17% inspecciones previas; 18% de consultas a bases de datos de personas y bienes, p.ej. Registros de la Propiedad, Sistemas de riesgos crediticio, etc.; un 12% recurre a bases de datos de antecedentes de siniestros y pólizas, p.ej. Sistemas Iris, Sofía, Fénix, etc., y el 7% restante utiliza otras herramientas.
- Dichas herramientas cabe correlacionarlas con las tipologías más usuales:
 - El agravamiento de la envergadura del siniestro, simular las fechas de ocurrencia del siniestro, y simular el acaecimiento del siniestro comportan en conjunto el 60% de los casos informados;
 - El préstamo de póliza alcanza el 14%;
 - Provocar el siniestro deliberadamente representa el 7% de los casos;
 - Pretender el cobro en más de una aseguradora del mismo siniestro (en seguros de daños), representa el 8%; y
 - Simular el modo (la relación causal) de acaecimiento del siniestro llega al 5% de los casos;
 - El resto (6%) son variantes de alguna de las tipologías en este apartado referidas.
- El 34% de las aseguradoras no ha implementado planes de capacitación orientados a lucha contra el fraude de seguros respecto de su personal.
- En cuanto a la selección de los siniestros que el mercado analiza, el 21 % se remite a los montos involucrados; el 27% destacó la relación entre la fecha de inicio de vigencia y la del siniestro; el 27% la inconsistencia entre los daños o lesiones causadas y la modalidad de ocurrencia del siniestro declarada; el 9% analiza la totalidad de los siniestros, mientras que el faltante 16%, asume distintos criterios.



- A mérito del concepto más arriba indicado en orden a que el 62% de las entidades DECLARA QUE NO HA SIDO VICTIMA DE FRAUDE O TENTATIVA DE FRAUDE de seguros, siendo que en el trienio 2008/2010, las que –en sentido contrario- admitieron verse afectadas:
 - Detectaron más de 15.200 casos;
 - Por un valor de aproximadamente 275 millones de pesos;Tal extremo nos permite una mínima proyección (y para contar con algún patrón de comparación) a tenor de la información contable del mercado que, a Junio de 2010 (es decir, tomando sólo un ejercicio), refleja:
 - Que en orden a los siniestros pagados, correspondientes a dicho período, se registra una suma de 14.000 millones de pesos, con lo que, el importe relacionado con fraude representaría el 1.96% de ese valor. De suerte tal que considerando que sólo el 38% del mercado advirtió ser víctima de conductas fraudulentas, en consecuencia, **los valores referidos sólo revisten carácter relativo**. Ello a más de que absolutamente diversa es la envergadura que frente al fraude expresan las diferentes entidades, y que por otro lado resulta incongruente a mérito de los que a su vez se difunden en distintos ámbitos internacionales.
- Los ramos más afectados son automotores (37%), combinado familiar (13%) y vida (10%).
- En promedio:
 - El 56% de los casos de fraudes detectados provienen de sujetos “ocasionales” (por oposición a habituales o defraudadores profesionales), extremo que mueve a la reflexión en orden a la necesidad de una campaña de difusión ya que la educación en este punto es vital. En efecto, el organismo tiene experiencia en el sentido de que es común una equivocada apreciación ético social, esto es, la distorsión de la significación del fraude que se confunde con una “picardía” y no un crimen, que lo es, e incluso hay gente que se siente legitimada para engañar al asegurador.
 - El 43% de los casos detectados se advierte la intervención de distintos profesionales (médicos, ortopedistas, abogados, etc).
 - El 13% se configuraron situaciones de fraude interno (incluyendo casos de intermediarios involucrados).
- Frente a la detección de un siniestro fraudulento, las entidades procuran:
 - El 50%, el desistimiento del reclamo;
 - El 16%, inicia denuncia criminal;
 - El 8%, formula querrela criminal;
 - Asimismo, en conjunto, un 16% publicita el caso o gratifica al empleado que detectó el fraude.



- En el último trienio (2008/2010), la cantidad de casos que conllevaron al dictado de autos de procesamiento son más de 100, mientras que se registran 26 condenas.

Por otra parte, de los comentarios libres o espontáneos, y/o sugerencias (adicionales a las opciones del cuestionario), surgen algunos destacados:

* En orden a las políticas adoptadas por las aseguradoras para combatir el fraude de seguros, sólo 25 admitieron no contar con política particular alguna frente al problema, siendo que el resto se parcializa –en partes iguales- para inclinarse ya sea por implementar medidas de prevención, o bien de reacción. Como peculiaridad, y de entre las aseguradoras que practican la prevención, algunas expresaron haber alineado sus defensas frente al fraude con los mecanismos AML/CFT, habiendo elaborado especiales políticas y manuales de procedimiento, que incluyen la capacitación del personal, o bien la compulsa con un listado de indicadores y recaudos de control.

* Cabe advertir que las entidades que registraron situaciones de fraude con intervención de productores asesores de seguros, son terminantes en orden a proceder a la inmediata desvinculación comercial con aquéllos; pero –asimismo- reclaman extremo rigor de los colegios profesionales y del propio organismo de control, frente a casos de fraudes de seguros en los que participan intermediadores y otros profesionales, v.gr., médicos, abogados, etc.

* Respecto de las herramientas que utilizan las entidades para prevenir y/o detectar el fraude, aquéllas han enfatizado el uso de bases de datos, redes sociales, intercambio electrónico con colegas y la investigación de siniestros.

* Además, las entidades que explotan el ramo de riesgos del trabajo, han demostrado un alto grado de profesionalidad en la lucha contra el fraude de seguros. Así, han compartido experiencias valiosas de las que, incluso con la adecuación a la normativa que regula la actividad, de todas maneras denotan intensa prevención y el uso de indicadores. Muy especialmente en materia de accidentes *in itinere*, muertes, casos graves y patologías en miembros inferiores denunciadas los días lunes, tomando en cuenta la antigüedad de la afiliación, el tipo de lesión frente a las tareas declaradas, las bases de datos relativos a los juicios, reiteración de denuncias, recurrencia, enfermedades o patologías preexistentes, inconsistencias entre el siniestro y circunstancias de modo, tiempo y lugar, y la manipulación de las nóminas para incluir trabajadores involucrados en siniestros pero que estaban en situación de informalidad. Todo esto a más de que cultivan el intercambio de información con las entidades colegas.

* En cuanto a las modalidades usuales o tipologías corrientes, a más de las propuestas en el cuestionario, las aseguradoras quisieron –expresamente- destacar los casos en que



se asegura a personas indigentes, supuestos con documentación dudosa e incluso certificados médicos falsificados, enfermedades graves o terminales preexistentes a la contratación de la cobertura; lesionados que no han participado en el siniestro; multiplicidad de reclamos en más de una aseguradora, referentes a los daños de un mismo hecho; agravamiento del siniestro; y siniestros relativos a automotores con cobertura destinada a uso particular que fueron aplicados al servicio de remis.

* Por otra parte, hay aseguradoras que expresaron una fuerte motivación para judicializar los casos y señalan la denuncia penal como una de las reacciones más usuales; mientras que otras declaran tres situaciones muy claras: las demoras en las fiscalías; la dificultad de jueces y fiscales para comprender la complejidad del negocio del seguro y la vulnerabilidad de las aseguradoras frente a estas conductas criminales; y finalmente, que los letrados de las entidades se inclinan por no tentar la vía penal invocando problemas para recabar medios probatorios sólidos y la gravedad de las posibles consecuencias devenidas de propiciar la intervención en cuestión. Todo esto frente a la lentitud que – sostienen- se verifica en las investigaciones impulsadas de oficio.

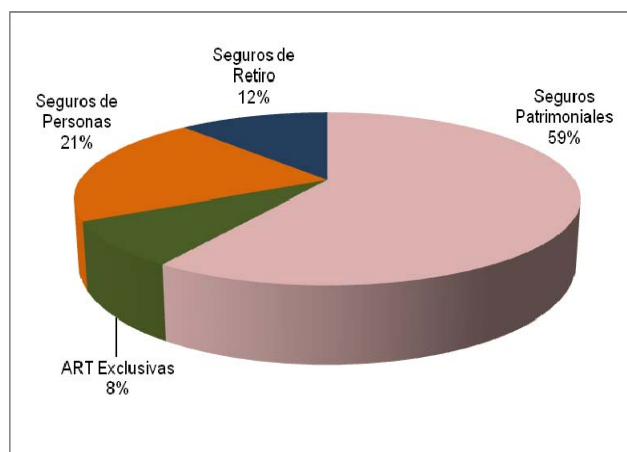
* En último lugar, de manera reiterada y en plena coincidencia, la mayoría de las aseguradoras reclaman un mayor compromiso de los operadores del sistema penal y que esta Superintendencia de Seguros lidere la coordinación de la lucha contra el fraude de seguros entre todas las entidades, propiciando la capacitación conjunta y el incremento del intercambio de información.

Cuadros y Gráficos Estadísticos

Contexto general en el que se inserta la investigación practicada

Composición del mercado asegurador en la República Argentina, según agrupamiento, al 31 de Agosto de 2011

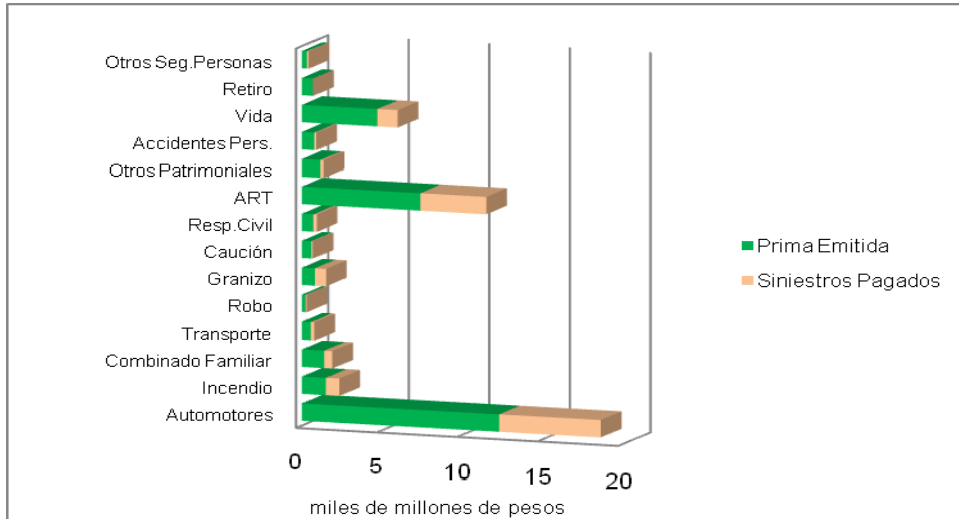
Agrupamiento	Cantidad
Seguros Patrimoniales	106
ART Exclusivas	15*
Seguros de Personas	37
Seguros de Retiro	21
Total	179



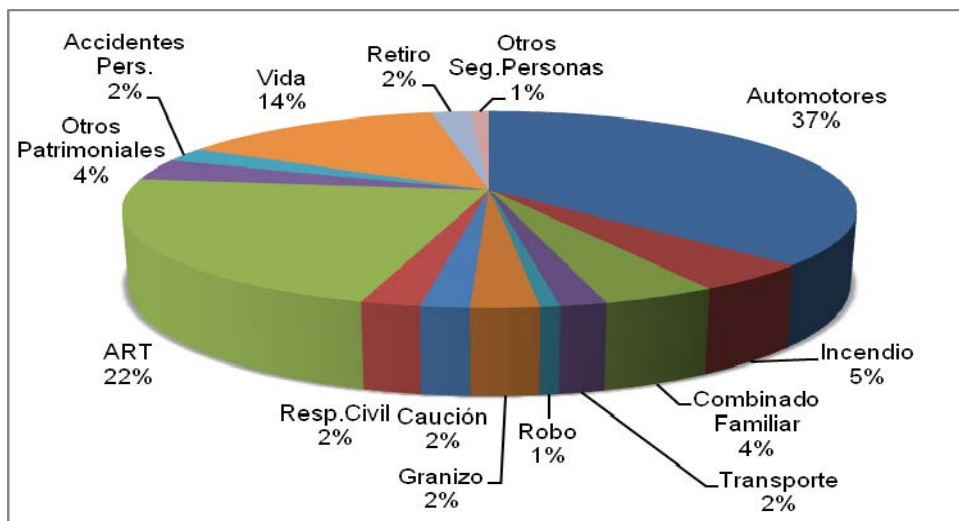
*No se incluye a Industria ART S.A. Aseguradora de Riesgos del Trabajo



Monto de Primas Emitidas y Siniestros Pagados en la República Argentina, según Ramo, al 30 Junio 2010

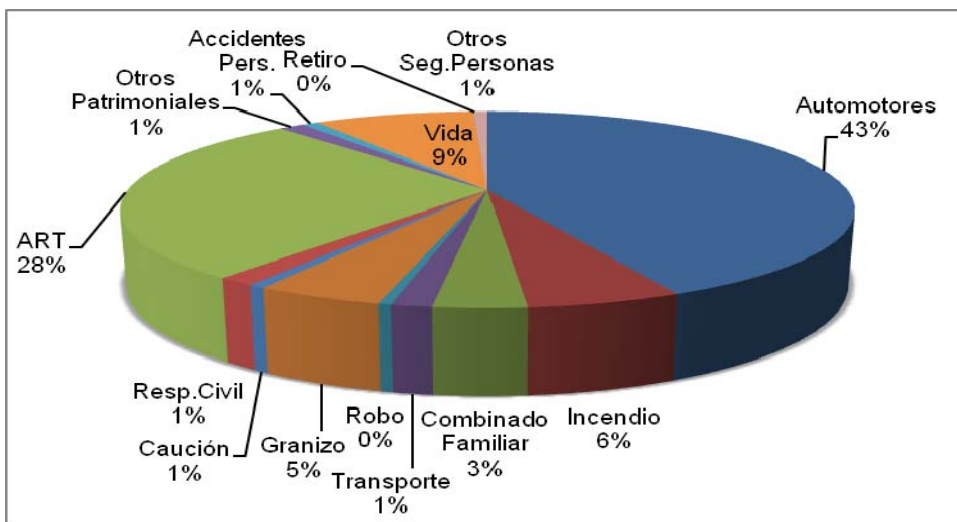


Distribución por Ramo del monto de Primas Emitidas en la República Argentina, al 30 Junio 2010





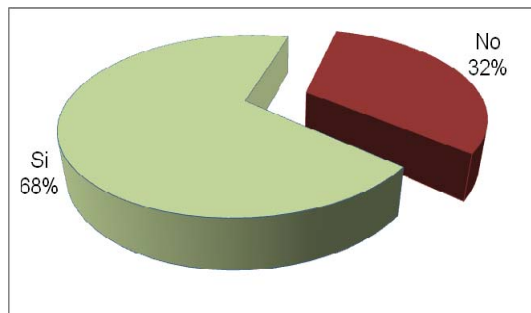
Distribución por Ramo del monto de Siniestros Pagados en la República Argentina, al 30 Junio 2010



Resultados del Cuestionario

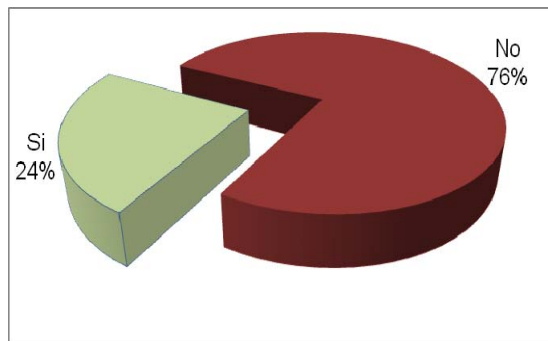
Las Entidades realizan inspecciones de los riesgos o bienes asegurados al momento de la suscripción

Opción	Frecuencia	%
Si	122	68.2
No	57	31.8
Total	179	100.0



Las Entidades delegan en el Productor/Asesor de seguros las inspecciones de los riesgos o bienes asegurados al momento de la suscripción

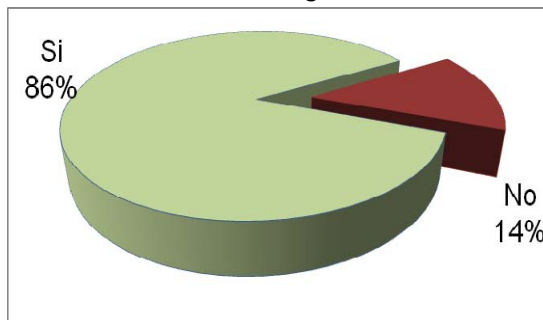
Opción	Frecuencia	%
Si	43	24.0
No	136	76.0
Total	179	100.0





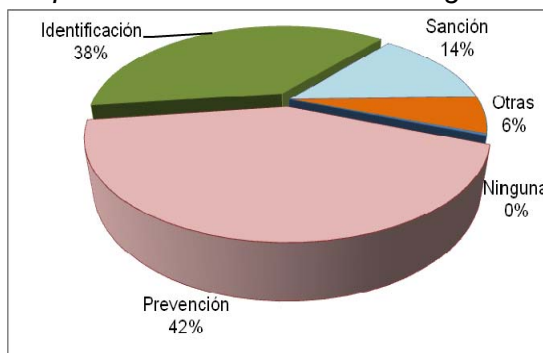
Las entidades han adoptado alguna política para combatir el Fraude de seguros

Opción	Frecuencia	%
Si	154	86.0
No	25	14.0
Total	179	100.0



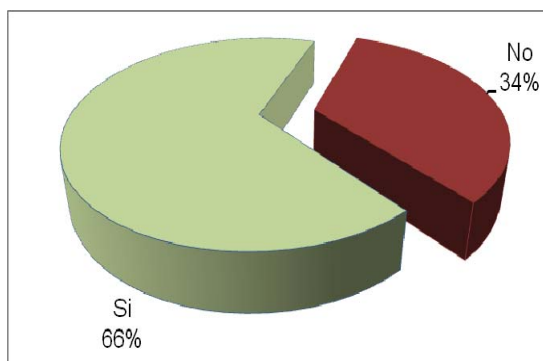
Distribución de las políticas que las entidades adoptan para combatir el Fraude de seguros

Política	Participación
Ninguna	0.3%
Prevención	42.0%
Identificación	38.2%
Sanción	13.5%
Otras	6.0%
Total	100.0%



Las entidades han implementado planes de capacitación de su personal, orientados a luchar contra el Fraude de seguros

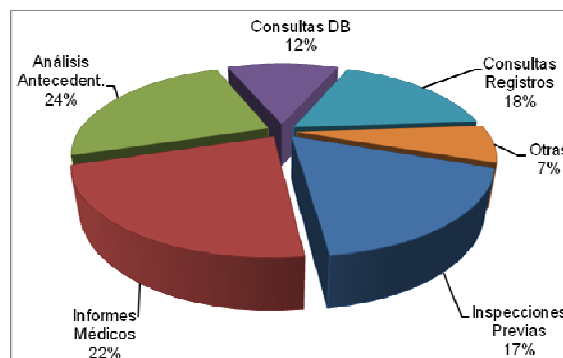
Opción	Frecuencia	%
Si	119	66.5
No	60	33.5
Total	179	100.0





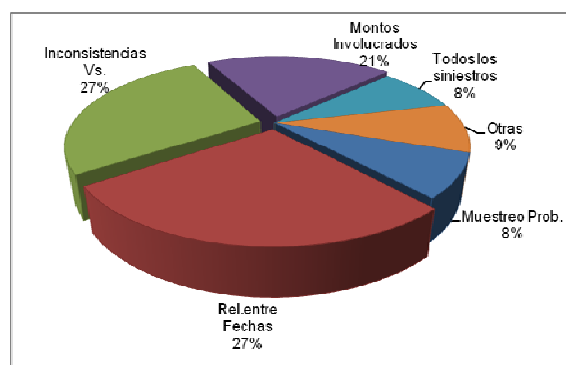
Herramientas que utilizan las entidades en la prevención y/o detección de Fraude de seguros

Herramienta	Participación
Inspecciones Previas	17.4%
Informes Médicos	22.0%
Análisis Antecedentes	23.9%
Consultas Bases de Datos	12.3%
Consultas Registros	17.6%
Otras	6.7%
Total	100.0%



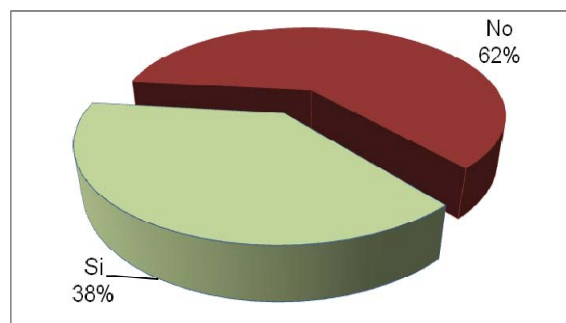
Pautas que utiliza la entidad para seleccionar los siniestros que analiza

Pauta	Participación
Muestreo Probabilístico	7.9%
Relaciones entre Fechas	26.8%
Inconsistencias Varias	27.0%
Montos Involucrados	20.5%
Todos los siniestros	8.5%
Otras	9.3%
Total	100.0%



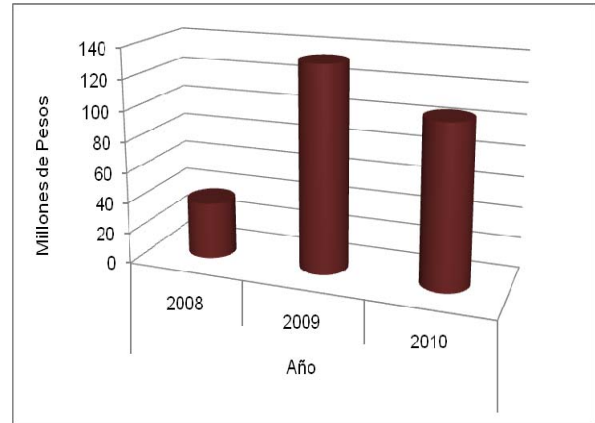
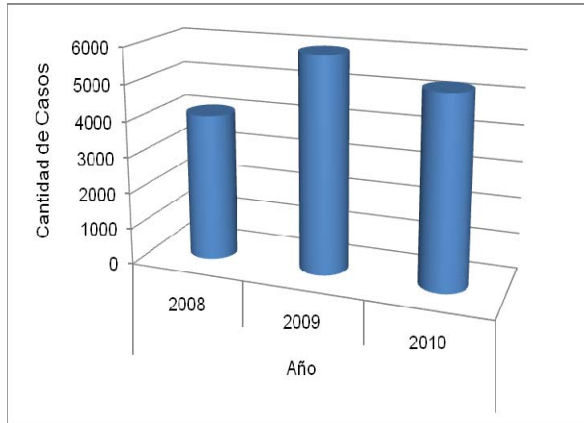
Las entidades registran que han sido víctimas de Fraude de seguros (o tentativa Fraude de seguros)

Opción	Frecuencia	%
Si	68	38.0
No	111	62.0
Total	179	100.0

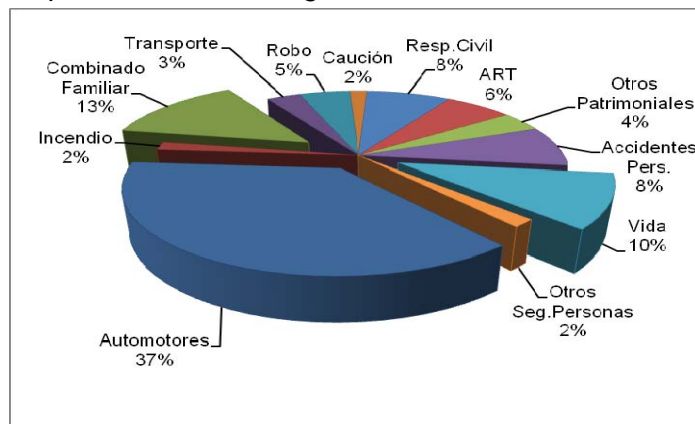




Cantidad de casos de Fraude de seguros, y Monto Total (anual) involucrado que la entidad registró en el trienio 2008-2010

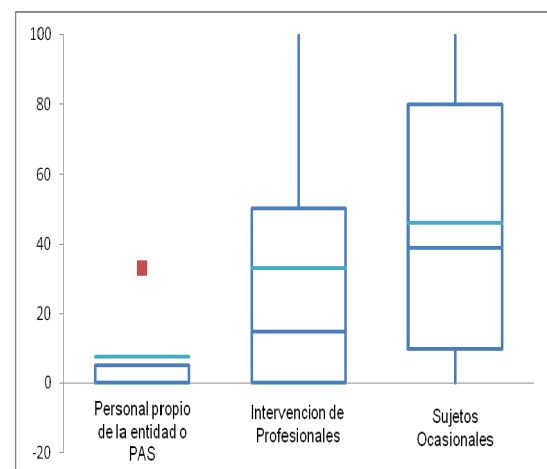


Ramos más afectados por el Fraude de seguros



Porcentaje de casos de Fraude de seguros en los que se involucrara (i) Personal propio de la entidad o PAS; (ii) Profesionales (médicos, ortopedistas, abogados, etc.) y/o (iii) Sujetos Ocasionales

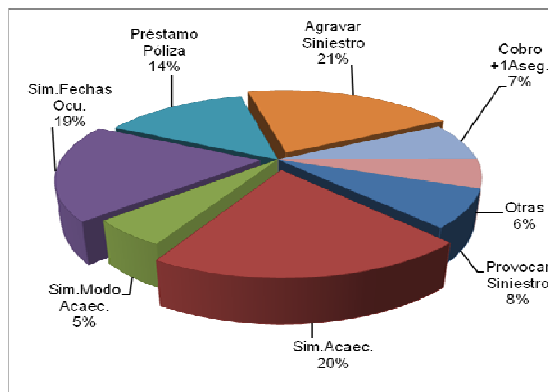
Estadístico	Personal propio de la entidad o PAS	Interven. de Prof.	Sujetos Ocasionales
Mínimo	0	0	0
Cuartil 1	0	0	10
Mediana	0	15	39
Cuartil 3	5	50	80
Máximo	33	100	100
Promedio	13	43	56
Desvío Std.	8	31	38
Coef.Var.	62.6%	70.5%	67.0%
Entidades	26	43	58





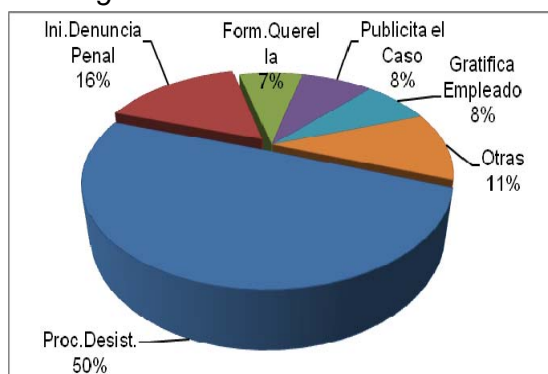
Modalidades o Tipologías más usuales detectadas

Modalidad / Tipología	Participación
Provocar Siniestro	7.5%
Simular Acaecimiento	20.2%
Simular Modo Acae.	5.3%
Simular Fechas Ocurrencia	18.9%
Préstamo Póliza	14.0%
Agravar Siniestro	21.1%
Cobro en más de 1 Aseg.	7.5%
Otras	5.7%
Total	100.0%



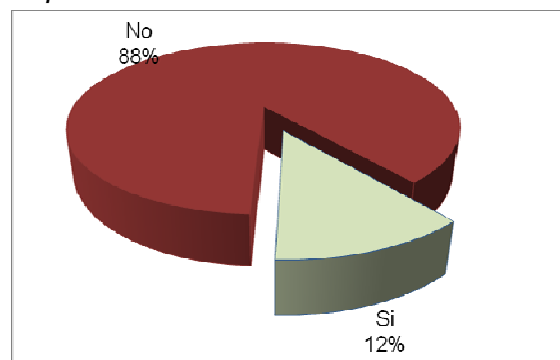
Accionar de la entidad aseguradora frente al Fraude de seguros

Accionar	Participación
Procura el Desistimiento	49.6%
Inicia la Denuncia Penal	16.0%
Formula Querrela	7.6%
Publicita el Caso	8.4%
Gratifica Empleado	7.6%
Otras	10.9%
Total	100.0%



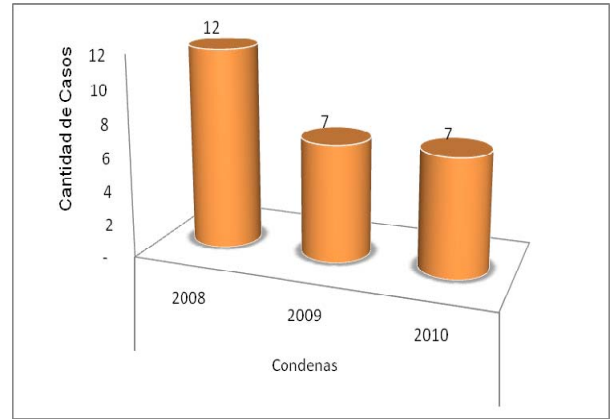
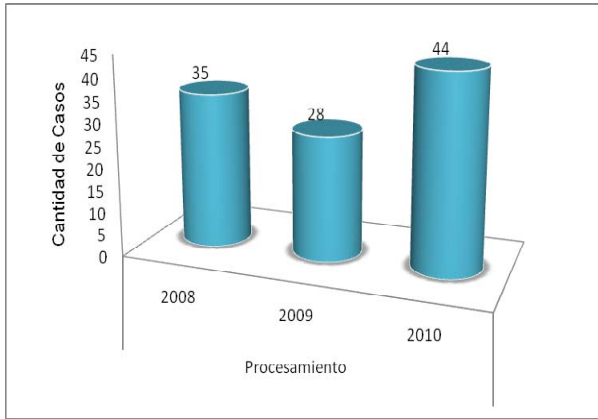
La entidad ha tenido dificultad para iniciar la denuncia penal

Opción	Frecuencia	%
Si	8	11.8
No	60	88.2
Total	68	100.0



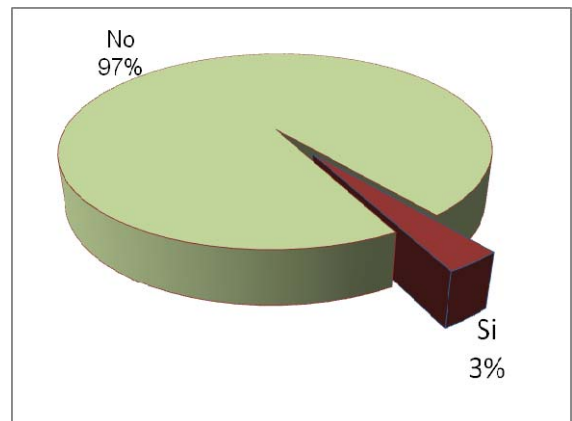


Cantidad de casos que conllevaron a:



Las entidades han recibido reclamos o denuncias de siniestros cuya contratación fue realizada por comercializadores NO autorizados

Opción	Frecuencia	%
Si	6	3.4
No	173	96.6
Total	179	100.0



Conclusiones

Como conclusión del material objeto de este trabajo, corresponde advertir que la mirada de las entidades frente a la problemática del fraude que se dirige contra el asegurador, no sólo es compleja sino absolutamente dispar. En efecto, las mediciones indican que así como un sector importante del mercado ha adquirido un alto nivel de profesionalidad en la lucha contra el fraude de seguros; el resto lo ignora, extremo que impone tener presente que debemos enfrentar una conducta criminal que subyace en las sombras.

A diferencia de cuanto ocurre con otros delitos contra la propiedad que se ponen de manifiesto a través de una materialidad exterior, v.gr., ocurre con los daños o el robo, el



Ministerio de Economía y Finanzas Públicas

Superintendencia de Seguros de la Nación



"2011 – Año del Trabajo Decente, la Salud y Seguridad de los Trabajadores"

fraude exitoso se caracteriza por pasar desapercibido de suerte tal que -en general- ni siquiera es advertido por sus víctimas.

En tal sentido, y para beneficio de la comunidad, corresponde destacar el mérito de las entidades que han contribuido a la realización de este primer ejercicio de medición que ha efectuado la Superintendencia de Seguros de la Nación, como cuestión preliminar a la adopción de cualquier curso de acción, ya que sólo puede enfrentarse con eficacia un fenómeno que se conoce a pleno, siendo menester destacar el notable entusiasmo con que se expresara una parte importante del mercado.

Por consiguiente, este documento cierra la primer etapa de un proceso en el que este organismo asume el compromiso y toma a su cargo liderar la lucha contra el fraude que se dirige contra el asegurador, procurando canalizar esfuerzos mancomunados del sector público y privado, compartir un proyecto de capacitación, la elaboración de documentos guía o modelos de manuales de procedimiento, y –fundamentalmente- generar un ámbito protegido de reflexión conjunta e intercambio de experiencias e información.

Saludo a Ustedes atentamente.

LA PRESENTE COMUNICACIÓN CONTIENE 13 PAGINAS. NO CONTIENE ANEXOS.
CIRC.ANT.IDENT.Nº 7530