

MANUAL ANTIFRAUDE



**EVOLUCIÓN
SEGUROS**

Revisión del 14/03/2019

INTRODUCCION

EL FRAUDE EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

El fraude resulta ser un hecho inherente a la propia dinámica de la actividad aseguradora, y si bien muchos opinan que es imposible su erradicación, si pueden tomarse medidas para prevenirlo o disminuir las consecuencias ruinosas que el mismo tiene para el mercado asegurador, la sociedad en general y para las entidades en particular. Evolución Seguros S.A. ha de ponder especial relieve en combatir este verdadero flagelo de la actividad aseguradora, conforme se dispone en el presente Manual.

En nuestra actividad se ha definido al fraude como “un abuso del mecanismo asegurador para obtener ganancias económicas”, interpretándolo básicamente como todas aquellas acciones realizadas expresamente por el asegurado o por terceros damnificados (reales o no) y que afectan la probabilidad de siniestro o la cantidad de pérdida resultante del mismo.

La lucha contra el fraude se ha convertido en uno de los principales retos de la industria aseguradora mundial. El costo que implica para las compañías de seguros y para la sociedad no solo se representa en la pérdida monetaria por el hecho fraudulento, sino también en la adopción de mecanismos de auditoría y detección, lo que convierte a este fenómeno en un tema trascendental para el sector asegurador. Teniendo en cuenta que dichos costos podrían ser transferidos al valor de la prima, el consumidor honesto es quien asume el sobre costo y se convierte también en una víctima de este delito.

Muchas veces la competencia entre distintos aseguradores ha dado lugar a una simplificación de los requisitos necesarios para acceder a una cobertura, a una inadecuada selección de riesgos y a un debilitamiento o simplificación de controles.

Un asegurador que no combate el fraude (y por ende no realiza una adecuada política de control de los siniestros y su cuantificación) puede obtener, a corto plazo, algún tipo de ventaja competitiva, sobre todo en la consideración de los productores o intermediarios, partidarios éstos de una atención y pago rápido de los siniestros de sus asegurados. Sin embargo, a largo plazo el incremento de los costos medios por siniestro derivados de actividades fraudulentas puede poner en peligro su estabilidad económico financiera.

En realidad el proceso de detección y prevención del fraude comienza en el momento mismo de la suscripción de la póliza. La realización de una correcta apreciación y valoración del riesgo (que supone su adecuada inspección) y la utilización de formularios de propuestas con cuestionarios detallados con el fin de conocer el verdadero estado del riesgo, debe ser una práctica comercial que no puede ser dejada de lado.

Si bien la detección y el tratamiento del fraude llevan asociadas importantes connotaciones de subjetividad (análisis detallado de las partes de siniestro por parte del personal de la aseguradora, contactos con otras entidades, uso de base de datos, etc.) poder

determinar qué variables pueden ser significativas para su detección resulta ser de importancia fundamental para el personal de la empresa y en especial para el sector siniestros o liquidadores, sean éstos internos o externos.

Existen diferentes modalidades de fraude que han sido identificadas, que varían de acuerdo con el momento de la comisión, el tipo de defraudador, y el ramo de seguros, entre otros. Se han identificado las diferentes formas que reviste el delito:

- La preparación del fraude al seguro en la misma fase de la contratación de la cobertura:
 - Fijar abusivamente la suma asegurada.
 - Doble seguro.
 - Ocultación de circunstancias preexistentes a la celebración del contrato.
- La conversión de un daño no amparado en un siniestro de seguro.
- Simulación de un siniestro que no ha ocurrido.
- Provocación intencionada del siniestro.
- Fraude en la liquidación del siniestro incrementando los costos del mismo.
- Fraude al asegurador por parte de terceros damnificados:
 - Inexistencia o simulación del siniestros
 - Inexistencia de responsabilidad del asegurado
 - Connivencia con asegurados o con otros terceros (autoridades públicas, médicos, servicios de asistencia, talleres, etc.)
 - Simulación del daño
 - Magnificación de las sumas reclamadas

El fraude en seguros puede manifestarse de distintas formas a saber:

- a) el siniestro puede ser provocado en forma deliberada.
- b) la póliza no tiene cobertura financiera a la fecha del siniestro o se pretenden indemnizaciones sobre coberturas no contratadas.
- c) los daños en caso de siniestro real pueden ser intencionalmente potenciados, con el fin de acceder a una indemnización mayor.
- d) el siniestro puede ser utilizado para reparar o solucionar problemas por daños producidos anteriormente.
- e) la información del asegurado puede no ser verdadera, con el fin de conseguir una menor prima o directamente el aseguramiento de riesgos que, ante su real estado, no serían motivo de cobertura por parte de la aseguradora (reticencia).
- f) los terceros damnificados (reales o no) magnifican los daños o tratan de conseguir resarcimiento por aquellos que son preexistentes o no vinculados al siniestro o a las consecuencias de éste.

Es importante avanzar en el conocimiento de las diversas causas de fraude en cada uno de los ramos, y por otra parte interpretar con mayor precisión el impacto que, en términos económicos, su detección reporta a la aseguradora.

Es por ello importante que políticas antifraude a implementar tengan como objetivos los siguientes:

- Prestar a la lucha contra el fraude la importancia que realmente tiene.
- Actuar en forma sistematizada con las distintas áreas para ayudar a detectar hechos o situaciones que supongan indicadores posibles de actitudes fraudulentas.
- Mejorar de forma continua el rigor en el análisis e investigación de supuestos fraudes.

Por tal razón deben definirse, con la mayor precisión posible, cuáles son los hechos que han de permitir considerar que un siniestro declarado puede ser un posible fraude, con el fin de implementar un plan de actuación interno en la aseguradora para prevenirlos.

El principal problema radica en que las definiciones que se tomen tiene una gran carga de subjetividad, ya que son pocos los parámetros objetivos que puedan llegar a determinarse, los que han de depender en muchos casos de la experiencia de los funcionarios de los distintos sectores y de los usos y prácticas vigentes en el ramo considerando cuál es el mercado de que se trata.

Para la definición del concepto de fraude podrían considerarse las siguientes premisas:

- Que exista un engaño o intento de engaño por parte de los intervinientes en la contratación del seguro o en la declaración del siniestro.
- Que se efectúe una investigación, más allá de la simple comprobación necesaria y elemental en la tramitación de cualquier siniestro.
- Que se obtengan pruebas suficientes que puedan demostrar la existencia del fraude.
- Que el siniestro sea efectivamente rechazado, y en caso de corresponder que se inicien las acciones penales correspondientes.
- Que se produzca un ahorro económico en la relación costo-beneficio.

El rol principal de los procedimientos antifraude es disuadir a los defraudadores de cometer el delito, y no de detectarlo. La eficiencia de dichos mecanismos se podría ver reducida si el único objetivo es la detección, ya que la auditoría es, por definición, aleatoria. La probabilidad de auditar una reclamación es menor a uno, por lo cual se presentarán obligatoriamente casos de abuso no detectado. Al tener también en cuenta el rol de prevenir, los castigos de aquellos casos detectados sirven como una señal anticipada de las consecuencias de cometer fraude.

En suma, será política de Evolución Seguros S.A. actuar en forma activa, en las distintas etapas de los procesos de aseguramiento y gestión de siniestros, para prevenir el fraude en la actividad, mediante la utilización de los mecanismos y procedimientos necesarios para tal fin, debiéndose lograr el compromiso de todos y cada uno de los miembros del personal y de los directivos en pos de tal fin.

El presente Manual Antifraude se ajusta a las Pautas mínimas y obligatorias para el desarrollo de “Normas sobre Políticas, Procedimientos y Controles Internos para combatir el fraude” que requiere la Superintendencia de Seguros de la Nación a través de la Resolución N° 38.477.

DEFINICIONES.

Conceptualización de fraude. Los elementos básicos mediante los cuales pueden intentarse y/o plasmarse operaciones de fraude son:

- 1) Acción u omisión.
- 2) Perpetrada en el marco de una relación de seguros, incluyendo la conducta de comercializadores no autorizados, para recabar una ventaja o beneficio indebido.
- 3) Para provecho propio o de un tercero.
- 4) Modalidades (listado enunciativo, no taxativo):
Engaño, aserción de lo que es falso o disimulación de lo verdadero, artificio, astucia, maquinación, abuso de confianza, magnificación del daño o cualquier otro ardid.
- 5) El fraude como expresión de mala fe, puede configurar una modalidad delictiva criminal cuando es factible subsumir la conducta en alguna de las previsiones legales penales.
- 6) El fraude puede configurarse con la colusión de personal de la propia entidad aseguradora (fraude interno), de servicios tercerizados, de profesionales que actúan como auxiliares de la actividad aseguradora u otros canales de comercialización

DECALOGO DE DESAFIOS ETICOS

Evolución Seguros S.A. asume el compromiso de adecuarse al documento “Decálogo de Desafíos Éticos” que se expone a continuación:

EL DECALOGO DE DESAFIOS ETICOS

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, v.gr., en virtud de franquicias o por la adopción de sistemas personalizados, usualmente conocidos “de scoring”, en los que la prima se define acorde a mediciones estadísticas respecto de la siniestralidad, dependiendo de distintas variables personales, del bien asegurado, de su uso y geográficas.
 - 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.

Disponibilidad del presente Manual Antifraude

El Manual de Procedimientos Antifraude se encontrará siempre actualizado y disponible, para todos los empleados de Evolución Seguros S.A. en la Intranet de la empresa y para la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION en caso que lo requiera.

PROCESO DE DISUACION, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE FRAUDES

Las políticas de la Aseguradora en materia de análisis de fraude se fundan en las siguientes recomendaciones que surgen de la Resolución N° 38.477 de la Superintendencia de Seguros de la Nación, y consisten en:

- a) Propiciar la difusión de las alertas, indicadores o señales que —según el ramo— usualmente ameritan un control más atento.
- b) Las acciones de disuasión y prevención deben difundirse a todos los tomadores y asegurados, que —acorde a la experiencia de la entidad y según el ramo que se explote— deberán ser alertados, por ejemplo, en orden a que:
 - 1) Nunca deben firmar en blanco formularios de reclamos o denuncias de siniestros.
 - 2) Nunca deben aceptar dinero, o suscribir documentos o acordar apoderamientos cuyos alcances y efectos no comprendan, como tampoco reconocer hechos que no han sucedido, ni aceptar la asistencia letrada proporcionada por terceros desconocidos.
 - 3) No deben exagerar fraudulentamente los daños; emplear pruebas falsas; o proporcionar información complementaria falsa.
 - 4) El fraude que se dirige contra el asegurador causa daños a toda la comunidad, incide en los costos de las primas, y ocurre cuando la gente engaña a la compañía (y/o al productor asesor de seguros) para cobrar dinero u obtener alguna otra ventaja a la que no tiene derecho.
 - 5) El fraude que afecta al asegurador es un delito. La variación, simulación o tergiversación de circunstancias personales, temporales, objetivas, de causalidad, de lugar, y la provocación deliberada, o la simulación total o parcial del acaecimiento del siniestro, son algunas de las formas de fraudes más comunes, lo que lleva a admitirlo como natural, sin comprender la gravedad que conlleva.
 - 6) Las declaraciones falsas o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aun hechas de buena fe, que de ser tomadas en cuenta hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones, hacen nulo el contrato, resultando de mayor gravedad las consecuencias frente a actitudes dolosas o de mala fe.
 - 7) Recuerden que pueden ser voluntaria o involuntariamente implicados en una maniobra de fraude. Siempre existe el riesgo de que alguna persona con muy malas intenciones los induzcan a realizar prácticas que están por fuera de la ley.
 - 8) Nunca deben avenirse a cooperar en la realización de una maniobra de fraude.
 - 9) Nunca deben facilitar los datos ni el acceso de sus pólizas a terceros cuando ello no se justifique, ni permitir que se sustituyan o simulen las reales circunstancias personales, temporales, objetivas o causales, relativas al acaecimiento de un siniestro.
 - 10) Deben mantenerse alerta sobre accidentes repentinos o de extraña modalidad que sufra, especialmente si están involucrados presuntos afectados en bicicleta o motocicleta.
 - 11) Deben procurar obtener datos de testigos reales y documentar, acorde a sus posibilidades, las circunstancias del siniestro, v.gr., mediante fotografías, filmaciones, etc. para evitar que aquéllas sean distorsionadas en su contra.

- 12) Siempre deben consultar con su aseguradora ante cualquier duda o eventualidad y comunicar novedades que surjan.
- 13) Recuerden que deben formular la denuncia del acaecimiento del siniestro. Procuren formalizar dicha denuncia y que le sea informado el número de siniestro por el que tramitará internamente en la entidad.
- 14) Tengan presente que sus coberturas pueden tener limitaciones, en orden a ítems, riesgos o conceptos no cubiertos, v.gr., en virtud de franquicias o por la adopción de sistemas personalizados, usualmente conocidos “de scoring”, en los que la prima se define acorde a mediciones estadísticas respecto de la siniestralidad, dependiendo de distintas variables personales, del bien asegurado, de su uso y geográficas, que deben ser respetadas.
- 15) Deben estar advertidos respecto de la oferta de coberturas, generalmente de costo por debajo de la media del mercado, por parte de comercializadores no autorizados.
- 16) Si bien esta permitido asegurar el mismo interés y el mismo riesgo con más de un asegurador, en su caso tal extremo debe ser notificado a todas las entidades. No es lícito que la indemnización supere el monto de daño sufrido, como tampoco perseguir el cobro respecto de un siniestro que ya fue reparado por alguna otra aseguradora.
- 17) No adquieran autopartes o repuestos de dudosa procedencia. No sólo porque pueden ser el producido de un delito grave, sino porque tampoco está garantizada su calidad. En su caso, acuda a los desarmaderos legalmente regulados, cuyos productos están certificados e identificados. Para mayor información ingrese en www.dnrpa.gov.ar y así podrá acceder al listado de desarmaderos inscriptos en el Registro Único de Desarmaderos de Automotores (RUDAC).

MEMORIA DE CASOS INVESTIGADOS

Se elaborará una memoria de casos investigados por sospecha de fraude de seguros, en la que se registrará un resumen o síntesis que describa brevemente los principales contenidos del caso, acorde con las siguientes pautas:

- 1) Ramo involucrado.
- 2) Fecha y lugar de concertación de la cobertura.
- 3) Número de póliza, con fecha y lugar de emisión.
- 4) Vigencia de la cobertura (fecha de inicio/fin).
- 5) Fecha y lugar del siniestro.
- 6) Fecha de la denuncia.
- 7) Hechos denunciados con indicación precisa del reclamo.
- 8) Datos de la Comisaría y/o de los funcionarios de Gendarmería y/o Prefectura y/o Bomberos y/o Defensa Civil, que eventualmente hayan tomado intervención en el siniestro.
- 9) Investigación producida e indicadores considerados.
- 10) Elementos de prueba recabados.
- 11) Hechos descubiertos de manera clara y concisa.
- 12) Datos del/los tomador/es, asegurado/s, beneficiario/s, damnificado/s.
- 13) Datos del/los presunto/s involucrado/s.
- 14) Datos del profesional (abogado, médico, etc.) que eventualmente hubiera prestado colaboración para la maniobra.
- 15) Datos del Productor Asesor de Seguros (o Sociedad de Productores) que eventualmente hubiera intermediado y/o organizador y/o agente institorio que hubiere intervenido en la concertación de la cobertura.
- 16) Datos de los testigos.
- 17) Datos de los abogados de las partes (asegurado/tomador/beneficiario y —de corresponder— del tercero damnificado).
- 18) Si ha intervenido algún liquidador de siniestros o inspector, su individualización y breve resumen de su informe.
- 19) Conclusión del caso con la siguiente parametrización mínima:
 - i. Acuerdo.
 - ii. Desistimiento.
 - iii. Reticencia.
 - iv. Rechazo del siniestro.
 - v. Prescripción.
 - vi. Caducidad de instancia.
 - vii. Sentencia que rechaza la demanda.
 - viii. Condena en juicio.
 - ix. Denuncia penal.
 - x. Querrela penal o rol de particular damnificado en proceso penal.
 - xi. Procesamiento penal.
 - xii. Suspensión del juicio a prueba (probation).
 - xiii. Condena penal del imputado.
 - xiv. Otros.
- 20) Montos involucrados.

- 21) Indicar si se hizo denuncia penal y seguimiento, o alguna presentación ante Asociación, Colegio o Consejo profesional de corresponder.
- 22) Otras consideraciones de interés.

Los datos volcados en tal Memoria se adecuarán al formato que, en planilla de Excel, se incluye como Anexo al presente Manual.

INTERVENCION DEL CONTROL INTERNO DE LA ASEGURADORA

En el marco del punto 37.1 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora, el encargado de control interno será el responsable de confeccionar un programa de verificación de cumplimiento de las políticas y procedimientos acorde con el presente manual para luchar contra el fraude, indicando periodicidad, modalidades y consecuentes informes, incluyendo un régimen de recomendaciones y acciones de seguimiento frente a desvíos significativos. Se propiciará la incorporación de los procedimientos de control antifraude en forma integrada con el resto de los que contemplan los acápites 1.1, 1.8 y 1.9 del anexo I del punto 37.1 del RGAA y con la normativa de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo, conforme las disposiciones de la Resolución N° 28/2018 de la Unidad de Información Financiera, o la normativa que en el futuro pueda reemplazar a las mismas.

El responsable de control interno incluirá en los informes semestrales de control interno las conclusiones a las que arribe en función de las verificaciones que se le encomiendan conforme el párrafo anterior.

Los resultados que arroje la auditoría, que deberá abarcar la totalidad de los procedimientos específicos que se detallan en este manual, se deberán comunicar, además, al Responsable Antifraude y al Directorio, mediante la elaboración de un informe circunstanciado, en el cual se consignen los desvíos de significación y las recomendaciones para su regularización.

El Directorio, deberá expedirse respecto de los informes, el régimen de recomendaciones y acciones de seguimiento frente a eventuales desvíos significativos que hubieran sido detectados. Los antecedentes y elementos que respalden los informes, se conservarán en legajos foliados, y permanecerán a disposición de la SSN por el término de tres (3) años como mínimo.

El responsable del área de control interno de la Compañía estará a cargo de su custodia y resguardo.

Dichos papeles de trabajo deben contener:

- i. La descripción de la tarea realizada.
- ii. Los datos y antecedentes recogidos durante el desarrollo de la tarea.
- iii. Las limitaciones al alcance de la tarea.
- iv. Las conclusiones sobre el examen de cada rubro o área y las conclusiones finales o generales del trabajo.

- v. Posibles desvíos y recomendaciones para implementar acciones de regularización, con plan de seguimiento.

SELECCIÓN Y CAPACITACION DEL PERSONAL

En los procesos de selección de personal con el fin de desempeñar funciones en las distintas áreas de la empresa, se tendrán en cuenta los conocimientos y experiencia comprobable necesaria en función de las características de cada puesto de trabajo, en especial cuando se trate de cargos en las áreas de selección de riesgos y en siniestros.

En los casos en que el Directorio así lo disponga, se recurrirá a la contratación de asesoría externa en materia de recursos humanos, a los fines de evaluar a los postulantes a los puestos a ser cubiertos, en especial en lo que hace a capacitación y probidad de los mismos.

Las políticas fijadas por el Directorio tienden al establecimiento de ambientes de trabajo basados en valores éticos, sustentados además en procedimientos claros y precisos para cada una de las operatorias, y la verificación de la actuación del personal en función del control interno de la empresa, y en el criterio de oposición de intereses. En el caso de los siniestros se tendrá especialmente presente la actuación del responsable del Servicio de Asistencia al Asegurado estipulado por la Resolución N° 35.840 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Dentro de las políticas de personal de la Aseguradora se ha de propiciar, además, un plan de capacitación continua para todos los empleados y funcionarios de la entidad, incluyendo los niveles ejecutivos y gerenciales. Esta política estará encaminada a capacitar técnicamente al personal en los diversos aspectos de las coberturas que se comercialicen, y a poner especial atención en los indicadores que puedan hacer presuponer que se intenta cometer un fraude en las tramitaciones que se lleven a cabo en sus áreas de influencia.

La capacitación se llevará adelante, además, en virtud del análisis de casos puntuales que se vayan presentando diariamente en la operatoria de la Entidad, y a través de la interacción entre los distintos sectores y personal involucrado en los mismos.

Asimismo, y en lo que hace a la red de comercialización, se ha de confeccionar y proporcionar a los mismos, sean productores asesores de seguros o agentes institorios, un documento que incluya mínimamente recomendaciones, preguntas y datos a recabar, para la adopción de medidas de seguridad antifraude, focalizando especialmente el momento:

- 1) En que se recibe una propuesta del contrato de seguro o cuando se contrata el seguro.
- 2) En que se tramite algún endoso o modificación del contrato original.
- 3) En que se cobran y liquidan las primas.
- 4) De recibir una denuncia de siniestro.

Evolución Seguros S.A., propiciará que no existan conflictos de intereses en virtud de las decisiones adoptadas o que pudieren adoptar su personal y funcionarios en general o intermediarios, dentro de su actividad laboral y/o profesional. Es por ello que se deberá instar a que, en toda decisión que éstos adopten, la misma se tome en forma objetiva

e imparcial, y no en su propio beneficio, ya sea financiero o personal, ya sea material o inmaterial.

Se define al conflicto de intereses como cualquier situación en la que los intereses personales o de alguien cercano al personal, funcionarios en general y/o intermediarios entre en colisión con los de la empresa aseguradora.

Cualquier personal, funcionario en general o intermediario que piense que pueda encontrarse en un conflicto de intereses deberá comunicar tal situación de inmediato a su superior y/o al sector correspondiente de la empresa.

En la resolución de casos en los que se estime que existe conflicto de intereses, se pondrá especial énfasis en las características de las coberturas contratadas, en las condiciones contractuales que se han comercializado y en lo resuelto en función de la jurisprudencia actualizada que exista sobre la materia para lo cual, en caso de corresponder, se requerirá un dictamen legal sobre el particular.

Se deberá analizar particularmente cada caso de conflicto de interés, especificando la situación. En caso de detectarse conflicto de interés y que el personal, funcionario en general o intermediario no informara del mismo, se deberá elevar a sumario administrativo, debiendo actuar como instructor del mismo un abogado externo especialmente contratado al respecto.

Se garantizará en el desarrollo de tal sumario todas las garantías necesarias para permitir, a quien sujeto al mismo, a que de explicaciones y ejerza, en caso de corresponder, su defensa.

En caso de detectarse que efectivamente se ha incurrido en un incumplimiento de informar el conflicto de interés a su cargo, se ha de aplicar el régimen sancionatorio estipulado para el personal de la aseguradora.

Política de Colaboración

Es política de Evolución Seguros S.A. fomentar la comunicación y la cooperación entre compañías de Seguros Colegas, Organismos Estatales, ONG's y otros tipos de asociaciones con el fin de promover intercambio de información tendiente a evitar, prevenir y analizar cualquier tipo de situaciones que puedan llegar a hacer presumir actitudes de fraude.

Tal intercambio se llevará a cabo en caso que se detecten ese tipo de operatorias, y en las que puedan estar involucradas otras empresas aseguradoras colegas u organizaciones afines. Se promoverá, en caso de así requerirse, la firma de los convenios de colaboración necesarios.

Fomentar las buenas prácticas de colaboración e información ha de redundar en beneficio no solo de nuestra empresa sino de todo el mercado asegurador y

fundamentalmente en los asegurados y asegurables, que no verán reflejado en las primas de seguros el impacto de una siniestralidad que no es tal.

Otras consideraciones

Los distintos sectores de la Aseguradora deberán brindar su atención y colaboración ante los requerimientos que, en materia de prevención y control del fraude, les formule la Superintendencia de Seguros de la Nación.

Tales tareas serán coordinadas por el responsable de contacto designado por el Órgano de Administración.

El mencionado responsable deberá actuar además como nexo entre otras entidades colegas con el fin de propiciar el intercambio de información con las mismas en la lucha contra el fraude.

ANÁLISIS DE FRAUDE

Objetivo:

El objetivo principal de estos procedimientos es determinar las tareas a llevar a cabo por las distintas áreas de la Aseguradora a efectos de evitar en todo lo que sea posible el fraude en los siniestros y de esta manera disminuir los costos siniestrosales e impedir que se cometan actividades ilícitas.

Situaciones que inducen a sospecha la existencia de fraude

Además de aquellas a las que se ha hecho referencia en el presente Manual, pueden considerarse como situaciones que inducen a sospecha, las siguientes:

1. Proximidad de fechas entre contratación del seguro o pago de cuotas y el siniestro.
2. Aumentos de sumas aseguradas en forma previa a la ocurrencia del siniestro.
3. Elementos aportados o descripciones detalladas no requeridas.
4. Existencia de parentesco o actuación de profesiones relacionados.
5. No proporcionalidad de daños en función de las características del siniestro.
6. Excesiva buena relación con los terceros afectados, familiaridad no lógica.
7. Daños graves de vehículos en movimiento sin lesiones de ocupantes.
8. Mecánica de lesiones diferentes o no propias de las derivadas del vehículo.
9. Informes médicos poco concluyentes y faltos de información relevante.
10. Documentos con alteraciones, que no concuerdan con la solicitud o que no parecen genuinos.
11. Asegurado o tercero evasivos al contestar preguntas y reacios a proveer documentación.
12. Asegurado dispuesto a negociar el beneficio por una cantidad menor a la cual hubiese tenido derecho para evitar se le solicite documentación adicional o para acelerar el pago de la reclamación.
13. Informes vagos sobre forma de ocurrencia.
14. Diferencias en la forma de ocurrencia y en la mecánica del siniestro entre la denuncia del asegurado, la del tercero y/o lo que surge de actuaciones labradas en sede policial.

Medidas tendientes a mitigar el riesgo.

1. Condiciones Contractuales claras y bien definidas.
2. Exclusiones bien redactadas.
3. Formatos que requieran firma del asegurado, perfectamente llenados y con firma autógrafa.
4. Control estricto de políticas de emisión.
5. Control preciso de suscripción y riesgos apetecibles.
6. Concordancia entre lo asegurado y el bien o persona sujeta a aseguramiento.
7. Procesos rutinarios de verificación del riesgo y bien o persona sujeta a aseguramiento.

8. Verificación de la real existencia y propiedad de los bienes asegurados.
9. Identificación real del cliente, y utilización supletoria de las normas sobre lavado de activos y financiación del terrorismo.
10. Selección estricta del personal y funcionarios.
11. Rotación de puestos y personas.
12. Uso de herramientas estadísticas

Proceso de disuasión, prevención y detección – Guía de Recomendaciones

Con el fin de contribuir a la disuasión y prevención del fraude, se ha confeccionado la Guía que se expone como anexo al presente manual, la que está disponible para su consulta en la página web de la Aseguradora.

A través de la misma se alerta a asociados, asegurados y beneficiarios de determinadas situaciones que pueden derivar en acciones de fraude, en forma intencional o involuntaria.

PROCEDIMIENTOS ESPECIFICOS**Tarea: Análisis de propuestas de seguros****Responsable: Área Comercial**

Se capacitará especialmente al personal del area comercial con el fin de que efectúe un análisis de las propuestas de aseguramiento, con el fin de verificar aquellos datos esenciales para poder dar adecuada cobertura. En especial, y sin perjuicio de los criterios sobre indicios de fraude que se encuentran contemplados en este Manual, se prestará especial atención a las verificaciones previas de los bienes sujetos a riesgo, y a las políticas de suscripción que se definan por parte del Directorio.

Las normas que se fijen tendrán en cuenta la adecuada recolección de los datos que sean necesarios conforme el tipo de cobertura, debiendo complementarse las mismas con las normas sobre prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo, en un todo de acuerdo con las disposiciones de la Ley N° 25.246, sus modificatorias y complementarias.

Tarea: Evaluación de Siniestros**Responsable: Área Siniestros / Recepcionista de denuncias**

Este area deberá, al momento de la denuncia del siniestro, comenzar la evaluación del mismo mediante la utilización de los formularios que, para cada tipo de siniestros, estipule la dirección de la aseguradora.

Si de la evaluación del Siniestro resulta que no hay necesidad de enviar a investigar, seguirá su curso normal archivando el formulario en el expediente.

Si de la evaluación del siniestro surgen dudas respecto a la veracidad de los hechos y el resultado arrojado por el programa recomienda la derivación a Estudios de Investigación deberá tenerse en cuenta lo siguiente:

- Siniestros con resultado positivo con indicadores dudosos o posibles fraudes cuya estimación sea hasta \$100.000 para cualquier cobertura o \$150.000 para robo de rama automotor, se deberán iniciar las acciones necesarias para investigarlos con el objetivo de hallar una pronta resolución del mismo. Se realizarán reportes semanales al responsable de contacto de los casos sujetos a investigación.
- Siniestros con resultado positivo con indicadores dudosos o posibles fraudes cuya estimación sea mayor a \$100.000 para cualquier cobertura o a \$150.000 para robo de rama automotor, se comunicarán inmediatamente al jefe del sector y al responsable de contacto y de común acuerdo se dispondrán las medidas complementarias que en cada caso resulten aconsejables tal como el concurso de un tramitador, investigador, perito, etc.

En ambos casos se deberán tomar las medidas necesarias para evitar, en el transcurso de la investigación, que se den los supuestos del artículo 56 de la Ley N° 17.418 en cuanto a que la falta de pronunciamiento dentro de los treinta días de recibida la

información complementaria que prevén los párrafos 2° y 3° del artículo 46 de tal Ley importa la aceptación del siniestro.

Se deberá ingresar, en la planilla de control implementada a tal efecto, los datos de los Estudios de Investigación a los cuales se les hayan asignado los siniestros dudosos y cada una de las instancias de la investigación.

Tarea: Análisis de casos sospechosos

Responsable: Área Siniestros / Designado para investigación

Deberán en primera instancia clasificar los expedientes recibidos asignándoles una prioridad en función al grado de importancia para la comprobación del hecho, contemplar la ubicación del siniestro, la magnitud del reclamo y el resultado esperado.

Deberán analizar los expedientes, revisar la información complementaria y requerir todos aquellos elementos que demuestren la real existencia del hecho.

Se considerarán en especial como elementos de prueba:

- La propuesta de seguros y la inspección previa en caso de existir
- Los testimonios de los testigos presentados por el asegurado y el tercero
- Los informes y resultados de las pericias realizadas
- Los documentos policiales
- Los partes internos confeccionados otros Sectores de la empresa.

Tarea: Chequeo de la Información

Responsable: Área Siniestros

Si bien todos aquellos casos que merezcan ser tener una investigación especial por la magnitud involucrada serán derivados a proveedores especialmente contratados, este Sector podrá realizar algunas tareas de chequeo de información a saber:

- Antecedentes del asegurado y tercero
- Datos del vehículo con bases de datos propias
- Informes de los estudios de investigación
- Otras aseguradoras
- Datos de la póliza en cuanto a cobertura y bienes asegurados
- Denuncia policial (veracidad de las mismas)
- Verificar lugar del siniestro
- Verificar Denuncia
- Antecedentes de la Compañía. Aseguradora del tercero
- Verificar adquisición de repuestos (con factura en carpeta)
- Comprobante de remolque
- Si hubo incendio verificar aviso a bomberos y peritaje técnico de los mismos

- **Cruces de Bases de Datos suministrados por la Superintendencia de Seguros de la Nación (Sistema IRIS de Control de Fraude de Automotores) (CFA).**

El Área Siniestros será el responsable de dar cumplimiento a lo normado por la Superintendencia de Seguros de la Nación en su Comunicación N°. 392/2003 y las normas relacionadas que este ente emita.

Para ello, recibirá semanalmente un archivo del Area de Sistemas informando los siniestros denunciados en la semana con cobertura de casco, que deberá remitir al Organismo de Control.

La periodicidad exigida por la Superintendencia de Seguros de la Nación es de al menos una vez por semana pudiendo realizarse más de un envío diario.

Una vez determinada la información que suministrará la Superintendencia de Seguros de la Nación se definirá el curso a seguir.

- **Cruces con otras Bases de Datos (CESVI Argentina SA, etc.):**

Se deberán extremar los controles para efectuar los cruces necesarios con otras bases de datos que se encuentre disponibles, con el fin de realizar un adecuado seguimiento de los casos que hayan sido seleccionadas para investigar, debiéndose dejar constancia en los legajos de los resultados de tales controles.

El sector deberá efectuar reportes, dentro de las cuarenta y ocho horas, al responsable de contacto designado por el Órgano de Administración, con el fin de que el mismo se interiorice en relación con los casos sujetos a investigación por parte de la empresa.

Tarea: Selección de Estudios de Investigación

Responsable: Área Siniestros

En base al resultado de los análisis anteriores se decidirá qué casos merecen una investigación más profunda por parte de Estudios de Investigación externos. Los mismos serán seleccionados por este sector teniendo en cuenta: costos, efectividad y especialidad.

Deberán, una vez seleccionado el Estudio, comunicar a los investigadores que llevarán el caso las inquietudes que se tienen sobre el siniestro y dar las directrices sobre la investigación a seguir, asentando en la planilla de control el investigador designado y las distintas instancias de la investigación.

El sector deberá realizar un seguimiento de las gestiones efectuadas y exigir información continuada del avance de la investigación.

Será su responsabilidad revisar que el importe facturado guarde relación con las gestiones que se hayan realizado y que deberán quedar reflejadas en el informe que realicen.

También deberán pactar con estos estudios precios máximos y mínimos para determinados tipos de investigaciones y controlar la eficacia de los mismos.

Tarea: Utilización de Bases de Datos Externas**Responsable: Área Siniestros**

Será de mucha utilidad contar con información externa a la Aseguradora como ser:

- Fortalecer contactos con la Policía, prestador de Auxilio y Remolque, Ambulancia, y Hospitales a efectos de obtener información rápida y exacta de los expedientes sujetos a investigación y en los que hayan intervenido dichas instituciones.
- Utilizar Bases de Datos disponibles en sitios oficiales en Internet, con el objetivo de obtener la mayor cantidad de datos posibles que puedan ser de utilidad en la investigación.
- Establecer contactos con Responsables de Análisis de Siniestros y Fraudes de otras compañías aseguradoras a fin de agilizar los intercambios de información sobre siniestros sospechosos.

Tarea: Fomentar acciones de prevención del Fraude**Responsable: Área Siniestros**

Con el objetivo de reducir las posibilidades de Fraude en la Entidad se han de instrumentar las siguientes acciones, a saber:

- Coordinar con los responsables del sector comercial el cumplimiento de las normas de contratación y selección de riesgos.
- Elaborar información y/o gacetillas a ser distribuidas entre el personal y la red comercial referidas a temas vinculados con la prevención y control del fraude en las distintas coberturas con las que opera la entidad.
- Obtener información sobre personas que hayan intentado acciones fraudulentas en otras aseguradoras del mercado que permita ampliar el espectro de prevención.

Tarea: Inclusión de recomendaciones anti-fraude en la página web de la aseguradora y preparación de un documento con recomendaciones, preguntas y datos a recabar por parte de la red de ventas de la aseguradora, en especial productores-asesores de seguros y agentes institorios.

Responsable: Sector Técnico – Directorio

Se han de diseñar e incluir en la página web de la aseguradora, una guía de recomendaciones para que productores-asesores de seguros, agentes institorios, asegurables, asegurados y terceros puedan conocer cuáles son las recomendaciones que deben tener en cuenta en caso de siniestros, con el fin de prevenir y evitar el fraude en la actividad aseguradora.

Asimismo se preparará un documento para ser suministrado a la red comercial de la aseguradora en el mismo sentido.

Tarea: Elaborar Informe Final del Caso e Información a las autoridades**Responsable: Área Siniestros**

Una vez concluido el proceso de análisis previo por parte de este sector y el de Investigación por parte de los Estudios especializados se deberá realizar un Informe Resumen del caso con el resultado Final obtenido (si el caso se cierra) o Informes con resultados parciales (si el caso se extiende).

Este sector deberá informar al sector productores (en caso de corresponder) el estado y avance de cada caso en que se halle involucrado un productor-asesor de seguros y/o agente institorio y, en los casos concluidos, el resultado final al que se hubiese arribado. Deberá adjuntarse al expediente el informe elaborado por el Estudio de Investigación externo que participó en el caso, e ingresar el resultado final en la planilla de control.

Tarea: Analizar Casos Positivos**Responsable: Área Siniestros – Responsable de Contacto**

Una vez finalizado el análisis del caso se deberá consultar con la asesoría letrada de la Aseguradora cuáles han de ser los pasos a seguir respecto del mismo, en función de los parámetros a que hace referencia el punto 19 de la Memoria de Casos Investigados.

Para los rechazos de siniestros se deberán extremar los cuidados con el fin de que no se venzan los plazos legales, y que los mismos se efectúen mediante notificación fehaciente.

Tarea: Carga de datos en la Memoria de Casos Investigados**Responsable: Área Siniestros**

Se deberá proceder a completar la información que, en relación con los casos investigados, prevé la Memoria a que se ha hecho referencia en el presente manual. Copia de la misma se enviará al Responsable de Contacto.

Tarea: Compilación y archivo de papeles de trabajo**Responsable: Área Siniestros**

La labor efectuada en el análisis de intentos de fraude deberá ser adecuadamente documentada por parte de los responsables.

Los papeles de trabajo contendrán, como mínimo, lo siguiente:

- i. La descripción de la tarea realizada.
- ii. Los datos y antecedentes recogidos durante el desarrollo de la tarea.
- iii. Las limitaciones al alcance de la tarea.
- iv. Las conclusiones sobre el examen de cada rubro o área y las conclusiones finales o generales del trabajo.

- v. Posibles desvíos y recomendaciones para implementar acciones de regularización, con plan de seguimiento.

Los referidos antecedentes se conservarán en legajos foliados y deberán permanecer a disposición de la Superintendencia de Seguros de la Nación por el término de tres años de concluido el proceso de verificación.

La guarda y conservación de tales elementos estará a cargo del responsable de control interno de la Aseguradora.

Tarea: Comunicación al Oficial de Cumplimiento de Lavado de Activos

Responsable: Área siniestros

En aquellos casos en que, de conformidad con el Manual de Procedimientos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, se observen operaciones que puedan ser catalogadas como tales, se deberá notificar al Oficial de Cumplimiento de la Aseguradora dentro del plazo de setenta y dos (72) horas de detectado el caso, excepto cuando se sospeche que se trata de financiación del terrorismo, en cuyo caso la comunicación deberá efectuarse dentro de las veinticuatro (24) horas.

Tarea: Evaluación de casos positivos para la interposición de denuncias penales o a Consejos Profesionales

Responsables: Área Siniestros – Directorio

En los casos positivos, y luego de recibido el informe de la asesoría letrada de la aseguradora sobre cuáles han de ser los pasos que se aconseja seguir respecto de los mismos, en función de los parámetros a que hace referencia el punto 19 de la Memoria de Casos Investigados, se elevará un informe circunstanciado al Directorio con las recomendaciones que surjan y lo aconsejado por los profesionales intervinientes, con el fin de efectuar las denuncias administrativas o penales que el Directorio estime corresponder.

ANEXO - PLANILLA MODELO DE MEMORIA DE CASOS INVESTIGADOS

(Parte 1 de 3)

| | A | B | C | D |
|----|--|---|---|--|
| 1 | ANEXO V | | FORMATO DE CELDA | ACLARACIONES |
| 2 | | ID CIA | Texto | Número de registro en SSN |
| 3 | | Nro de Referencia del Caso | Número entero | Sin caracteres de separación. |
| 4 | | Ramo | Texto | Código: Ver Tabla (1) |
| 5 | De la Concertación de la Cobertura | Fecha y Hora | dd/mm/yyyy hh:mm | Informar los días como 01-31, meses como 01-12, años como 1900-9999, horas como 00-23, minutos como 00-59. |
| 6 | | Dirección | Texto | |
| 7 | | Localidad | Texto | |
| 8 | | Provincia | Texto | |
| 9 | | Código Postal | Texto | Cuatro caracteres numéricos sin caracteres de separación. |
| 10 | De la Póliza | Nro de Póliza | Numérico, sin caracteres de separación. | |
| 11 | | Fecha de Emisión | dd/mm/yyyy | Informar los días como 01-31, meses como 01-12, años como 1900-9999. |
| 12 | | Lugar de Emisión | Texto | |
| 13 | | Inicio de Vigencia de la Cobertura | dd/mm/yyyy hh:mm | Informar los días como 01-31, meses como 01-12, años como 1900-9999, horas como 00-23, minutos como 00-59. |
| 14 | | Fin de la Vigencia de la Cobertura | dd/mm/yyyy hh:mm | Informar los días como 01-31, meses como 01-12, años como 1900-9999, horas como 00-23, minutos como 00-59. |
| 15 | Del Sinistro | Fecha y Hora de Ocurrencia | dd/mm/yyyy hh:mm | Informar los días como 01-31, meses como 01-12, años como 1900-9999, horas como 00-23, minutos como 00-59. |
| 16 | | Dirección | Texto | |
| 17 | | Localidad | Texto | |
| 18 | | Provincia | Texto | |
| 19 | | Código Postal | Texto | Cuatro caracteres numéricos sin caracteres de separación. |
| 20 | | Fecha de Denuncia | dd/mm/yyyy | Informar los días como 01-31, meses como 01-12, años como 1900-9999. |
| 21 | | Hechos denunciados con indicación precisa del reclamo | Texto | |
| 22 | | Datos de la Comisaría y/o de los funcionarios de Gendarmería y/o Prefectura y/o Bomberos y/o Defensa Civil, que eventualmente hayan tomado intervención en el siniestro | Texto | |
| 23 | | Investigación producida e indicadores considerados | Texto | |
| 24 | | Elementos de prueba recabados | Texto | |
| 25 | Hechos descubiertos de manera clara y concisa | Texto | | |
| 26 | Datos del/los tomador/es, asegurado/s, beneficiario/s, damnificado/s. Para más de un sujeto, replicar el grupo de filas necesarias aclarando el carácter del sujeto y un dígito identificador (ejemplo: tomador1; tomador2; asegurado1, etc.) | Carácter | Texto | Tomador, asegurado, beneficiario o damnificado. |
| 27 | | Nombre y Apellidos Completos | Texto | |
| 28 | | Tipo de Documento | Texto | |
| 29 | | Nro de Documento | Número entero | Sin caracteres de separación. |
| 30 | | CUIT/CUIL | Número entero | Sin caracteres de separación. |
| 31 | | Dirección | Texto | |
| 32 | | Localidad | Texto | |
| 33 | | Provincia | Texto | |
| 34 | | Código Postal | Texto | Cuatro caracteres numéricos sin caracteres de separación. |

(Parte 2 de 3)

| | A | B | C | D |
|----|----------------|---|-------------------------|--|
| 1 | ANEXO V | | FORMATO DE CELDA | ACLARACIONES |
| 35 | | Nombre y Apellidos Completos | Texto | |
| 36 | | Tipo de Documento | Texto | |
| 37 | | Nro de Documento | Número entero | Sin caracteres de separación. |
| 38 | | CUIT/CUIL | Número entero | Sin caracteres de separación. |
| 39 | | Dirección | Texto | |
| 40 | | Localidad | Texto | |
| 41 | | Provincia | Texto | |
| 42 | | Código Postal | Texto | Cuatro caracteres numéricos sin caracteres de separación. |
| 43 | | Profesión | Texto | |
| 44 | | Nombre y Apellidos Completos | Texto | |
| 45 | | Tipo de Documento | Texto | |
| 46 | | Nro de Documento | Número entero | Sin caracteres de separación. |
| 47 | | CUIT/CUIL | Número entero | Sin caracteres de separación. |
| 48 | | Nro de Matrícula | Texto | |
| 49 | | Localidad | Texto | |
| 50 | | Provincia | Texto | |
| 51 | | Código Postal | Texto | Cuatro caracteres numéricos sin caracteres de separación. |
| 52 | | Carácter | Texto | PAS, Sociedad de Productores, Organizador ó Agente Institorio. |
| 53 | | Nombre y Apellidos Completos o Razón Social | Texto | |
| 54 | | Tipo de Documento | Texto | |
| 55 | | Nro de Documento | Número entero | Sin caracteres de separación. |
| 56 | | CUIT/CUIL | Número entero | Sin caracteres de separación. |
| 57 | | Nro de Matrícula | Texto | |
| 58 | | Nombre y Apellidos Completos | Texto | |
| 59 | | Tipo de Documento | Texto | |
| 60 | | Nro de Documento | Número entero | Sin caracteres de separación. |
| 61 | | CUIT/CUIL | Número entero | Sin caracteres de separación. |
| 62 | | Dirección | Texto | |
| 63 | | Localidad | Texto | |
| 64 | | Provincia | Texto | |
| 65 | | Código Postal | Texto | Cuatro caracteres numéricos sin caracteres de separación. |
| 66 | | Parte a la que asiste o representa | Texto | |
| 67 | | Nombre y Apellidos Completos o identificación del estudio | Texto | |
| 68 | | Tipo de Documento | Texto | |
| 69 | | Nro de Documento | Número entero | Sin caracteres de separación. |
| 70 | | CUIT/CUIL | Número entero | Sin caracteres de separación. |
| 71 | | Nro de Matrícula | Texto | |
| 72 | | Localidad | Texto | |
| 73 | | Provincia | Texto | |
| 74 | | Código Postal | Texto | Cuatro caracteres numéricos sin caracteres de separación. |

(Parte 3 de 3)

| | A | B | C | D |
|-----|--|---|---------------------------------|--|
| 1 | ANEXO V | | FORMATO DE CELDA | ACLARACIONES |
| 75 | Datos del Liquidador de Sinistros y/o averías | Nombre y Apellidos Completos o Identificación del estudio | Texto | |
| 76 | | Tipo de Documento | Texto | |
| 77 | | Nro de Documento | Número entero | Sin caracteres de separación. |
| 78 | | CUIT/CUIL | Número entero | Sin caracteres de separación. |
| 79 | | Nro de Matricula | Texto | |
| 80 | | Breve resumen del Informe | Texto | |
| 81 | Conclusión del Caso (indicar con x lo que corresponda) | - Acuerdo. | Texto | 1 caracter ("x") ó celda vacía. |
| 82 | | - Desistimiento. | Texto | 1 caracter ("x") ó celda vacía. |
| 83 | | - Reticencia. | Texto | 1 caracter ("x") ó celda vacía. |
| 84 | | - Rechazo del siniestro. | Texto | 1 caracter ("x") ó celda vacía. |
| 85 | | - Prescripción. | Texto | 1 caracter ("x") ó celda vacía. |
| 86 | | - Caducidad de instancia. | Texto | 1 caracter ("x") ó celda vacía. |
| 87 | | - Sentencia que rechaza la demanda. | Texto | 1 caracter ("x") ó celda vacía. |
| 88 | | - Condena en juicio. | Texto | 1 caracter ("x") ó celda vacía. |
| 89 | | - Denuncia penal. | Texto | 1 caracter ("x") ó celda vacía. |
| 90 | | - Querrela penal o rol de particular damnificado en proceso penal. | Texto | 1 caracter ("x") ó celda vacía. |
| 91 | | - Procesamiento penal. | Texto | 1 caracter ("x") ó celda vacía. |
| 92 | | - Suspensión del juicio a prueba (probation). | Texto | 1 caracter ("x") ó celda vacía. |
| 93 | | - Condena penal del imputado. | Texto | 1 caracter ("x") ó celda vacía. |
| 94 | - Otros. | Texto | 1 caracter ("x") ó celda vacía. | |
| 95 | Montos Involucrados | | Número entero | Sin caracteres de separación. |
| 96 | Denuncia Penal | Realizó (Si/No) | Texto | 2 caracteres ("Si", "No") ó celda vacía. |
| 97 | | De corresponder, identifique autoridad ante la que se realizó la denuncia | Texto | |
| 98 | | Seguimiento (Si/ No) | Texto | 2 caracteres ("Si", "No") ó celda vacía. |
| 99 | | Presentación ante Asociación, Colegio Consejo Profesional (SI/NO) | Texto | 2 caracteres ("Si", "No") ó celda vacía. |
| 100 | | Indicar la Asociación, Colegio o Consejo Profesional | Texto | |
| 101 | | Observaciones | Texto | |

Tabla (1)

| Código | Ramo |
|---------------|--|
| 1.010.00 | Incendio |
| 1.010.99 | Incendio – Incendio |
| 1.020.00 | Combinado Familiar e Integral |
| 1.020.01 | Comb. Fam. e Int. – Combinado Familiar |
| 1.020.02 | Comb. Fam. e Int. – Integral de Comercio |
| 1.020.99 | Comb. Fam. e Int. – Otros |
| 1.030.00 | Automotores |
| 1.030.01 | Automotores – Cascos y Otras Coberturas |
| 1.030.02 | Automotores – RC Exclusivo |
| 1.030.03 | Automotores – Sin Uso |
| 1.040.00 | Transporte Público de Pasajeros |
| 1.040.99 | TPP – Transp. Públ. de Pasajeros |
| 1.050.00 | Riesgos del Trabajo |
| 1.050.01 | Riesgos del Trabajo – Accidentes del Trabajo |
| 1.050.99 | Riesgos del Trabajo – Otros |
| 1.070.00 | Riesgos Agropecuarios y Forestales |
| 1.070.01 | Rs. Agrop. y Forest. – Granizo |
| 1.070.02 | Rs. Agrop. y Forest. – Ganado |
| 1.070.99 | Rs. Agrop. y Forest. – Otros |
| 1.080.00 | Responsabilidad Civil |
| 1.080.01 | RC – Mala Práctica Médica |
| 1.080.02 | RC – Profesional Otras Profesiones |
| 1.080.03 | RC – Accidentes del Trabajo |
| 1.080.04 | RC – Ambiental |
| 1.080.99 | RC – Otros |
| 1.090.00 | Robo y Riesgos Similares |
| 1.090.99 | Robo y Riesgos Similares – Robo y Rs. Sim. |
| 1.100.00 | Caución |
| 1.100.01 | Caución por daños ambientales |
| 1.100.99 | Caución – Otros |
| 1.110.00 | Créditos |
| 1.110.99 | Créditos – Créditos |
| 1.120.00 | Accidentes a Pasajeros |
| 1.120.99 | Accidentes a Pasajeros – Acc. a Pasajeros |
| 1.130.00 | Aeronavegación |
| 1.130.99 | Aeronavegación – Aeronavegación |
| 1.140.00 | Transportes – Cascos |
| 1.140.99 | Transportes Cascos – Embarcaciones |
| 1.150.00 | Transporte de Mercaderías |
| 1.150.99 | Transporte de Mercaderías – Tr. de Mercaderías |
| 1.160.00 | Técnico |
| 1.160.99 | Técnico – Técnico |
| 1.170.00 | Otros Riesgos de Daños Patrimoniales |
| 1.170.01 | Ot. Rs. de Ds. Patrim. – D. Ambient. |
| 1.170.02 | Ot. Rs. de Ds. Patrim. – Cristales |

| | |
|----------|---|
| 1.170.03 | Ot. Rs. de Ds. Patrim. – Riesgos Varios |
| 1.170.99 | Ot. Rs. de Ds. Patrim. – Otros |
| 2.010.00 | Accidentes Personales |
| 2.010.01 | Acc. Personales – Individual |
| 2.010.02 | Acc. Personales – Colectivo |
| 2.020.00 | Salud |
| 2.020.01 | Salud – Individual |
| 2.020.02 | Salud – Colectivo |
| 2.030.00 | Vida |
| 2.030.01 | Vida – Individual |
| 2.030.02 | Vida – Colectivo |
| 2.030.03 | Vida – Previsional |
| 2.030.04 | Vida – Obligatorios |
| 2.050.00 | Sepelio |
| 2.050.01 | Sepelio – Individual |
| 2.050.02 | Sepelio – Colectivo |
| 2.060.00 | Retiro |
| 2.060.01 | Retiro – Individual |
| 2.060.02 | Retiro – Colectivo |
| 2.070.00 | Rtas. Previsionales y de Rs. del Trabajo |
| 2.070.01 | Rtas. Prev. y Rs. Trab. – Previsional |
| 2.070.02 | Rtas. Prev. y Rs. Trab. – Riesgos del Trabajo |
| 3.000.99 | Secc. Admin. – Secc. Admin. |

INDICADORES DE FRAUDE EN SEGUROS COMBINADOS DE HOGAR Y OTROS RAMOS**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 fecha 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.
- Los daños del siniestro ya se han reparado y no se presentan las facturas de reparación.

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 o en otros.
- 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.

ANEXO

FORMULARIO PARA DETECCION DE POSIBILIDADES DE FRAUDE - AUTOMOTORES

| |
|----------------|
| Fecha: |
| Siniestro Nro: |

I N D I C A D O R E S

| | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1) Inicio de vigencias de póliza o endosos cercanos a la fecha del siniestro (hasta 20 días aprox.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Ampliación de cobertura y/o aumento de suma asegurada cercano a la fecha del siniestro (20 días) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Pólizas o endosos rehabilitados por anulaciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Los datos de la denuncia policial difieren sustancialmente de la denuncia administrativa (fecha ocurrencia, conductores, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Siniestros ocurrido hasta tres (3) días después de pagada una cuota vencida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Choque marcha atrás ó en cadena | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) No coinciden los números de patente, motor o chasis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Vehículo recuperado por su dueño | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) La documentación presentada (historia clínica, denuncia policial etc.) observan signos de alteración | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10) Los daños de los vehículos no se corresponden con la mecánica del accidente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11) Antecedentes siniestros negativos (Pool Antifraude, CESVI ó propio) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12) Vehículo desarmado o comenzada su reparación antes de la visita del inspector | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13) Los daños en el vehículo presentan oxido antiguo, respecto de la fecha del siniestro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 14) Fechas de presupuestos anteriores a la fecha del siniestro o corregidas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15) Domicilios próximos entre asegurados y terceros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16) Presentación del reclamo sin fotos de los daños y el vehículo está reparado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17) Otros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NOTA: Se deberán completar por SI o por NO TODOS los ítems

SITUACIONES QUE PUEDEN LLEGAR A HACER PRESUMIR INDICIOS DE FRAUDE EN AUTOMOTORES

- Omisión de información requerida en el formulario de propuesta de seguros.
- Falsificación de constancias de cobertura de otras aseguradoras para reclamar daños cubiertos por aquellas.
- Omitir a existencia de otro seguro para el vehículo.
- Permitir la realización de inspecciones, pero en vehículo diferentes amparado por el contrato de seguros.
- Falsificar las denuncias de siniestros, pericias y exámenes médicos, pago de multas y de patentes.
- Simular el robo o hurto del vehículo cuando en realidad este fue escondido y/o desmantelado por el propio asegurado o con consentimiento de éste.
- Omitir la denuncia de la existencia del causante del siniestro.
- Asumir indebidamente la responsabilidad por el accidente.
- Aumentar intencionalmente la magnitud del siniestro con la finalidad de obtener ventajas para el reconocimiento de daños preexistentes o para que el siniestro sea considerado como destrucción total.
- Sustituir piezas o componentes en buen estado por otros dañificados para simular la ocurrencia del siniestro.
- Simular accidentes con la finalidad de justificar daños mecánicos originados por el uso diario o por falta de mantenimiento preventivo.
- Falsa declaración de robo o hurto.
- Esconder piezas o componentes del vehículo localizado después de robo o hurto con la finalidad de sustituirlos por otros nuevos o elevar el monto del siniestro para que sea considerado destrucción total.
- Cambio del conductor de vehículo por no estar éste habilitado o no poseer registro para esa categoría.
- Cambio de conductor del vehículo al momento de la ocurrencia del siniestro por estar incurso en causales de exclusión (alcoholemia, uso de estupefacientes, etc.).
- Sustituir los datos del vehículo causante del siniestro por los de otro vehículo que posea seguro.
- Incluir datos de otro vehículo que no estaba envuelto en el accidente y que poseía daños ocasionados por la ocurrencia de otro accidente.
- Falsa indicación del uso del vehículo como particular, cuando era taxi, remis o comercial.

SITUACIONES QUE PUEDEN LLEGAR A HACER PRESUMIR INDICIOS DE FRAUDE EN OTROS RIESGOS PATROMINIALES

- Omitir información requerida en los formularios de propuestas de seguro.
- Omitir denuncias la existencia de otro seguro vigente en relación con la misma cobertura.
- Omitir datos relevantes en las inspecciones previas.
- Falsificación de constancias de cobertura de otras aseguradoras para reclamar daños cubiertos por aquellas.
- Omitir o cambiar la verdadera causa de ocurrencia del siniestro.
- Simular robo o hurto de valores fuera dentro o fuera del establecimiento asegurado.
- Simular robo o hurto de bienes que fueron escondidos o vendidos por el propio asegurado.
- Simular robo o hurto de bienes que estaban damnificados debido a riesgos no cubiertos o por falta de mantenimiento preventivo.
- Ocasionar o propiciar la ocurrencia de incendio o accidente con la finalidad de reformar o reconstruir el inmueble.
- Ocasionar o propiciar la ocurrencia de incendio o accidente con la finalidad de deshacerse de bienes antiguos, dañados o descompuestos o de mercadería con expiración de la fecha de vencimiento.
- Reclamación por robo o hurto de bienes que no fueron sustraídos.
- Reclamación sobre bienes no incluidos en la póliza.
- Reclamación de daños preexistentes en el inmueble o sobre bienes no afectados por el incendio.
- Declarar otro tipo de pérdidas inexistentes.
- Aumentar deliberadamente os danos.
- Adulterar documentación respaldatoria de la preexistencia de bienes.

SEGUROS DE PERSONAS

Indicadores asociados con el asegurado

1. El asegurado es demasiado insistente para que se le dé una pronta resolución.
2. El asegurado tiene un inusual conocimiento sobre la terminología en seguros y sobre los procesos de reclamación.
3. El beneficiario del seguro maneja todo de manera personal, evitando el uso de cualquier otro medio de comunicación e identificación.
4. El asegurado está recientemente separado o divorciado.
5. El asegurado acepta recibir un pago mucho menor al que corresponde a la reclamación.
6. Solicitud de pago en efectivo en daños cuantiosos de forma inmediata.
7. Clonación o falsificación de documentación.

SALUD

1. Falsedad de reporte médico sobre la causa de la lesión o enfermedad.
2. Riesgos no cubiertos o procedentes de enfermedades preexistentes.
3. Llenado de solicitudes con vicios de información.
4. Suministros de medicamentos o estudios no necesarios para la atención médica, conforme la patología denunciada.

Las formas más comunes de fraude en seguros de salud se refieren a personas que no informaron condiciones preexistentes en sus solicitudes de seguro y luego intentan obtener cobertura por tratamientos relacionados con la afección ocultada.

Se debe prestar además especial atención a los proveedores de servicios de salud que facturan servicios no prestados.

Algunas preguntas que deben ser efectuadas:

- ¿Estuvieron los pacientes en un accidente ficticio?
- ¿Estuvieron los pacientes en accidentes en los que no sufrieron lesiones?
- ¿Recibieron los pacientes tratamientos excesivos?
- ¿Hubo un tratamiento indebido para pacientes que sufrieron lesiones legítimas?
- ¿Existen diferentes estilos de tipografía empleados en distintas secciones de una factura médica enumerando servicios, tratamientos, diagnósticos, procedimientos y cargos.
- ¿Tienen los tratamientos médicos relación con el diagnóstico o no son coherentes con éste?
- ¿Las facturas por prestaciones médicas indican tratamientos en días consecutivos que no se compadecen con el diagnóstico?
- ¿La medicación indicada se vincula directamente con la lesión o enfermedad?
- ¿La farmacia está situada en un lugar geográficamente distinto al del trabajo o domicilio?

- ¿La farmacia entregó drogas genéricas, pero se facturaron medicamentos con marca comercial?
- ¿Las fechas de atención en la historia clínica coinciden con las que aparecen en la factura?
- ¿Las visitas al consultorio se discriminan por fecha y tipo de atención?
- ¿Puede corroborarse la efectiva prestación de los servicios médicos facturados?
- ¿Se presentan fotocopias en lugar de originales?

Vida

1. Actas de defunción falsas
2. Daños físicos autoprovocados para el cobro del seguro
3. Incapacidades totales o parciales permanentes falsas o sin soporte.
4. Simulación de accidentes
5. Inclusión de personas que no posean vínculos con el contratante en el caso de seguros colectivos.
6. Omitir la preexistencia de invalidez o enfermedades
7. Falsa declaración de la edad o de la actividad del asegurado

Algunas preguntas que deben ser efectuadas:

- ¿La póliza comienza en fecha cercana a la del fallecimiento?
- ¿El fallecido no era bien conocido por sus familiares y vivía solo?
- ¿La siniestralidad del productor o del tomador es inusualmente sesgada, considerando el tamaño del mercado y los tipos de personas aseguradas?
- ¿Se contrataron numerosas pólizas cubriendo la vida de la víctima?
- ¿Se suscribieron pólizas con distintos aseguradores sin motivo aparente?
- ¿La suma asegurada no se relaciona con la posición social del fallecido?
- ¿El siniestro fue traumático y no se aportan las actuaciones oficiales en relación con el mismo?
- ¿De acuerdo con la historia clínica, se trata de enfermedades que puedan ser preexistentes a la contratación de la cobertura?

ANEXO III

A Nuestros Asegurados y/o Beneficiarios**EVITEMOS EL FRAUDE EN SEGUROS**

El fraude es definido como “un abuso del mecanismo asegurador para obtener ganancias económicas”, interpretándolo básicamente como todas aquellas acciones realizadas expresamente por el asegurado o por terceros damnificados (reales o no) y que afectan la probabilidad de siniestro o la cantidad de pérdida resultante del mismo.

Con el fin de evitar que involuntariamente contribuyan a perpetrar una maniobra fraudulenta, ponemos a su disposición la presente guía de recomendaciones, enumerando algunos consejos para prevenirlas y evitarlas:

- 1) Nunca deben firmar en blanco formularios de reclamos o denuncias de siniestros.
- 2) Nunca deben aceptar dinero, o suscribir documentos o acordar apoderamientos cuyos alcances y efectos no comprendan, como tampoco reconocer hechos que no han sucedido, ni aceptar la asistencia letrada proporcionada por terceros desconocidos.
- 3) No deben modificar el estado de las cosas dañadas ni exagerar fraudulentamente los daños; emplear pruebas falsas; o proporcionar información complementaria falsa.
- 4) El fraude que se dirige contra el asegurador causa daños a toda la comunidad, incide en los costos de las primas, y ocurre cuando la gente engaña a la compañía (y/o al productor asesor de seguros) para cobrar dinero u obtener alguna otra ventaja a la que no tiene derecho.
- 5) El fraude que afecta al asegurador es un delito. La variación, simulación o tergiversación de circunstancias personales, temporales, objetivas, de causalidad, de lugar, y la provocación deliberada, o la simulación total o parcial del acaecimiento del siniestro, son algunas de las formas de fraudes más comunes, lo que lleva a admitirlo como natural, sin comprender la gravedad que conlleva.
- 6) Nunca deben facilitar los datos ni el acceso de sus pólizas a terceros cuando ello no se justifique, ni permitir que se sustituyan o simulen las reales circunstancias personales, temporales, objetivas o causales, relativas al acaecimiento de un siniestro.
- 7) Procuren obtener datos de testigos reales y documentar, acorde a sus posibilidades, las circunstancias del siniestro, v.gr., mediante fotografías, filmaciones, etc. para evitar que aquéllas sean distorsionadas en su contra.
- 8) Siempre deben consultar con su aseguradora y/o con su productor-asesor de seguros ante cualquier duda o eventualidad y comunicar las novedades que surjan.
- 9) Recuerden que deben formular la denuncia del acaecimiento del siniestro dentro de los plazos previstos para ello. Procuren que les sea informado el número de siniestro por el que tramitará internamente en la entidad.
- 10) Deben mantenerse alerta sobre accidentes repentinos o de extraña modalidad que sufran, especialmente si están involucrados presuntos afectados en bicicleta o motocicleta.

11) No adquieran autopartes o repuestos de dudosa procedencia.

12) El personal de esta Aseguradora está siempre disponible para atender cualquier duda o eventualidad que pueda presentárseles. No dejen de consultarnos