

Manual sobre Normas, Políticas, Procedimientos y Controles Internos para combatir el Fraude



1.- INTRODUCCION

El presente documento tiene por objeto brindar el marco general de los procedimientos y actividades que debe desarrollar **VICTORIA SEGUROS S.A.** con relación al cumplimiento de las disposiciones legales vigentes sobre el tema de la lucha contra el fraude, de acuerdo a lo establecido por la Superintendencia de Seguros de la Nación en su Resolución 38.477 del 17 de julio de 2014.

Este manual de **“Normas sobre Políticas, Procedimientos y Controles Internos para combatir el Fraude”**, constituye una guía para el desarrollo normal de las actividades de todos los funcionarios, personal y toda otra persona o institución al servicio de **VICTORIA SEGUROS S.A.**

Los estudios sobre la comisión de fraude en seguros revelan un porcentual poco significativo de detección de los mismos y un porcentual significativo de posibles casos que, con mayor análisis podrían resultar en fraudes.

En este marco las aseguradoras han incorporado en su ecuación de costo beneficio la “posible” comisión de acciones por parte de asegurados, o terceros que podrían perjudicar a la Compañía concluyendo en que las dificultades prácticas (léase costos) de la persecución son mayores (para el siniestro promedio) que los beneficios resultantes de la detección y reporte.

En este sentido, la mutualización del costo siniestral derivado del pago de siniestros improcedentes impacta en la tarifa del mercado, lo que resulta contrario a la motivación del seguro y al DECALOGO DE DESAFIOS ETICOS (en particular lo referente a BUENAS PRACTICAS y punto 2 del mismo).

Es por ello que celebramos se haya establecido como obligatorio el compromiso de adecuación de las entidades sobre el cumplimiento del “Decálogo de Desafíos Éticos” que, como Anexo, integra el presente Manual.

2.- DEFINICIONES

➤ Conceptualización de fraude. Sus elementos básicos.

Una de las definiciones de fraude en seguros, a la que adherimos, es *toda acción u omisión, contraria a la verdad y a la rectitud, que perjudica a la aseguradora, en primer término, es un acto de deshonestidad perpetrado en el marco de una relación de seguros, incluyendo la conducta de comercializadores no autorizados, para recabar una ventaja o beneficio indebido para hacer o incrementar la recuperación de un seguro por cuenta del defraudador y en perjuicio de los costos con los que se ofrecen las pólizas, sea para provecho propio o de un tercero.* Contiene esta la

Manual sobre Normas, Políticas, Procedimientos y Controles Internos para combatir el Fraude



conceptualización de acción definiendo en su falta a la omisión intencionada en la diligencia debida que todos los participantes del contrato de bona fide deben tener.

Constituye todo engaño, aserción de lo que es falso o disimulación de lo verdadero, artificio, astucia, maquinación, abuso de confianza o cualquier otro ardid. 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. El fraude puede configurarse con la colusión de personal de la propia entidad, de servicios tercerizados, de profesionales que actúan como auxiliares de la actividad aseguradora u otros canales de comercialización.

- 2.1 Acción u omisión: la acción y/o la omisión deben ser deliberadas. No se configura el fraude si de la planeación del ilícito no se pasa a la acción, así como si la acción u omisión fueran no intencionales. Valen ejemplos prácticos sobre el particular relacionado con un mismo hecho. La información inexacta inserta por el tomador en una declaración puede constituir un yerro o un acto deliberado tendiente a preparar un fraude. La acción sumada a la intencionalidad son los elementos indispensables para encuadrar al hecho en fraude.

- 2.2 Perpetrada en el marco de una relación de seguros, incluyendo la conducta de comercializadores no autorizados, para recabar una ventaja o beneficio indebido. Dado que la conducta reprochada es el comportamiento deliberado al “deber ser”, este parte de la relación sinalagmática en la que eventualmente intervienen comercializadores autorizados. Siendo que la defensa de los intereses del asegurado justifica que la actividad sea fuertemente regulada encontramos dentro de dicha regulación a los intermediarios quienes solo pueden serlo en virtud del ejercicio de la actividad conforme es reglamentado. Consecuentemente los comercializadores no autorizados son parte del ejercicio irregular de la actividad. Obtienen beneficios sin que pueda sancionárselos, pues al no estar inscriptos, no están sujetos a supervisión alguna. Esto obliga no solo a operar EXCLUSIVAMENTE, con intermediarios inscriptos, sino también, a identificar las conductas de estos, que contrarias a la ley o al “DECALOGO DE DESAFIOS ETICOS” sean susceptibles de ser denunciadas o resulten convenientes excluirlos del listado de intermediarios con los que la organización opera.

- 2.3 Para provecho propio o de un tercero. Se plantea como irrelevante si la motivación para actuar de manera fraudulenta es para provecho del propio asegurado o tomador o si el engaño lo es para provocar un provecho para un tercero, sea este beneficiario en el concepto del seguro o un beneficiario económico final por cualquier otro concepto. Sin perjuicio de lo ello, definimos a los fines conceptuales y del análisis estadístico que se reputará como beneficio propio cuando el ardid sea provocado por y para beneficio del beneficiario denunciado si este conoce que reviste tal calidad, ello sin importar si a su vez resultare ser tomador y/o asegurado. Quedará por exclusión la

definición de “para provecho de un tercero” cuando el beneficiado económico resulte ser alguna persona que participó activamente del engaño, que pudo visualizar la obtención de un beneficio y que no formaba parte de los listados como beneficiarios a los fines efectuados en la declaración del tomador.

- 2.4 Modalidades (listado enunciativo, no taxativo):

- engaño: el engaño se provoca cuando se declaran circunstancias que forman parte del hecho o rodean el mismo que son falsas sea en los daños provocados, la fecha, modo o circunstancia en que se provocó el accidente, o las personas intervinientes en el mismo, así como los eventuales testigos que pudieren informarse,

- aserción de lo que es falso o disimulación de lo verdadero: idéntico a lo indicado en el punto anterior, es más frecuente encontrar esta modalidad en la declaración del daño y las circunstancias de modo tiempo y lugar donde ocurrió el evento denunciado como siniestro.

- artificio, astucia, maquinación, abuso de confianza o cualquier otro ardid: la utilización de procedimientos o medios ingeniosos para conseguir, encubrir o simular un ilícito sea este civil o penal, la habilidad para comprender las cosas y el cuadro de situación obteniendo provecho o beneficio mediante engaño, son otras opciones disponibles para los defraudadores. Forman parte, también, los planes preparatorios o las manipulaciones para provecho propio, el abuso de la confianza depositada por la propia víctima, sepultando, de esta manera, la buena fe que debe primar en los contratos y acuerdo. Finalmente la consideración de cualquier otro ardid para el logro de provecho propio.

- 2.5 El fraude como expresión de mala fe, puede configurar una modalidad delictiva criminal cuando sea factible subsumir la conducta en alguna de las previsiones legales penales. Nuestro código penal preceptúa en su ARTICULO 172.- “Será reprimido con prisión de un mes a seis años, el que defraudare a otro con nombre supuesto, calidad simulada, falsos títulos, influencia mentida, abuso de confianza o aparentando bienes, crédito, comisión, empresa o negociación o valiéndose de cualquier otro ardid o engaño.”. Por su parte el ARTÍCULO 174 establece “Sufrirá prisión de dos a seis años: 1º. El que para procurarse a sí mismo o procurare a otro un provecho ilegal en perjuicio de un asegurador o de un dador de préstamo a la gruesa, incendiare o destruyere una cosa asegurada o una nave asegurada o cuya carga o flete estén asegurados o sobre la cual se haya efectuado un préstamo a la gruesa;.....” El “tipo penal” está definido con dos elementos que por lo abarcativos parecerían dar la persecución penal en todos los casos de engaños. En este sentido y aunque uno de los elementos (el beneficio) sea fácilmente cuantificable, se encuentran dificultades prácticas para enmarcar la intención del o los autores. La intención requiere actos exteriorizados

claros que hubiera permitido al autor del mismo tener clara conciencia de la obtención del objetivo, estableciendo que indubitavelmente para el autor las acciones provocadas lo fueran con la finalidad de obtener el beneficio por el cual se perjudicó a la aseguradora. Fuera de esos casos la persecución penal es inoficiosa.

- 2.6 El fraude puede configurarse con la colusión de personal de la propia entidad, de servicios tercerizados, de profesionales que actúan como auxiliares de la actividad aseguradora u otros canales de comercialización. En este sentido puede un tercero o asegurado reportar un siniestros que nunca existió o bienes que fueron destruidos por otras causas a las reportadas (ejemplo de ello encontramos en el autorrobo, el préstamo de póliza) pueden exagerarse los daños denunciados (ejemplo de ello encontramos con denuncia de lesiones inexistentes o sobre personas ajenas al hecho, la sobrevaloración de los costos de reparación, o reclamar la desaparición de bienes inexistentes o deteriorados, valuándolos a nuevo e incluyéndolos en el reclamo como dañados por el hecho). Forman parte de modalidades de fraude la reticencia y el ocultamiento cuando con ello se tiende a lograr una inclusión indebida o evitar una exclusión pactada (ejemplo de ello es el ocultamiento en las declaraciones de salud o siniestralidad, el destino distinto y más riesgoso dado al objeto del seguro y la modificación de fechas de ocurrencia del siniestro, entre otros). Por su parte los intermediarios y empleados pueden cometer fraude apropiándose indebidamente de las cuotas destinadas a cancelar premios, comprometiendo el pago de siniestros ocurridos con anterioridad a la contratación o colaborando de cualquier manera con el incremento de valores, alteración de fechas, etc, para facilitar que un tercero o asegurado cometa fraude.

- 2.7 Fraude cometido por el personal de la Compañía: en este caso se considera El fraude cometido por uno o más empleados de la Compañía en la puede haber participación de terceros. En estos casos y dada la particular sensibilidad del tema y las implicancias que pudiera tener se tomarán las medidas que fuesen necesarias para evitar que los sospechados puedan continuar con las actividades sobre las que se sospecha fraude y/o puedan alterar elementos probatorios, se evaluará a el o los involucrados, la situación en particular, las pruebas que mediaren, entre otros puntos. Se deberá extremar los recaudos y confidencialidad pertinentes.

3. RECOPIACION DE INFORMACION

Se revela como absolutamente necesario para disuadir, prevenir, detectar, denunciar y reparar el fraude en los seguros la obtención de información y documentación en los momentos claves de contacto con los clientes, el análisis técnico de la misma y la articulación de mecanismos y alertas que permitan la detección de los casos que requieran mayor análisis. Es por ello que se establece que en los siguientes momentos deberá recabarse la información y documentación allí indicada:

- 3.1 Al momento de la suscripción o endosos, que permita un cabal conocimiento del estado del riesgo, cosas o personas aseguradas, acorde a los modelos que, como sugerencia de inspiración, y a título ilustrativo, se consignan:

1. NOMBRE Y APELLIDO DEL TOMADOR/ASEGURADO/BENEFICIARIO,
2. CUIT/CUIL,
3. DNI,
4. DOMICILIO REAL, COMERCIAL Y/O PROFESIONAL Y/O LABORAL,
5. ESTADO CIVIL,
6. RAZONES DE LA ELECCIÓN DEL ASEGURADOR,
7. HISTORIAL DE ASEGURAMIENTO Y DE SINIESTROS,
8. DATOS FAMILIARES,
9. DISTINTOS TELÉFONOS DE CONTACTO,
10. HISTORIAL COMERCIAL, CREDITICIO, Y SITUACIÓN FISCAL,
11. DISPONER LA INSPECCIÓN DE RIESGOS COSAS O PERSONAS CUANDO FUERE POSIBLE,

Nota: la segmentación previa permitirá agilizar los trámites administrativos, facilitar la labor comercial y reducir costos. En estos casos podrá suplirse la inspección por la exigencia de algún otro elemento, v.gr., documento, declaración jurada, certificado, copia de historia clínica, estudios médicos, reporte de expertos, fotografía, video, etc.

- 3.2 Al momento de la denuncia, que permita obtener de manera espontánea, inmediata y directa, elementos de apreciación en orden a las circunstancias de modo, tiempo, lugar y causalidad, respecto al acaecimiento y envergadura del siniestro. Los formularios recabarán mínimamente lo siguiente:

- conocer lo que pasó antes del siniestro (causalidad y circunstancias)
- durante, e inmediatamente después del siniestro (por ej. ¿Cómo se las arregló si le robaron las 4 ruedas, ¿utilizó algún servicio de auxilio mecánico o grúa, o si estaba lastimado ¿cómo fue transportado al nosocomio, ¿dónde lo atendieron, ¿vino la ambulancia, ¿intervino la policía,

Manual sobre Normas, Políticas, Procedimientos y Controles Internos para combatir el Fraude



bomberos, defensa civil, ¿tiene medicina prepaga, obra social o aseguradora de riesgos del trabajo?, etc).

- 3.3 Al momento de la liquidación, que permita detectar indicadores o alertas sobre la necesidad de someter a mayor análisis el siniestro. Se tendrá en cuenta la relevancia del siniestro para la utilización de expertos en la materia. Adicionalmente en todos los casos de robos de casco de Motovehículos se designará liquidador.

Salvo casos excepcionales, debidamente justificados y aprobados por El Directorio de la Organización, no se pagarán siniestros de casos de Motovehículos sin el informe positivo del liquidador.

Quedan excluidos los pagos que deban realizarse en virtud de acuerdos en mediación o juicio y las sentencias.

4.- CARACTERIZACION DE LOS TIPOS Y AUTORES DE FRAUDE

Existe una clasificación global que caracteriza a los defraudadores en ocasionales, repetidores o bandas organizadas. Por su parte, conviene detallar a los autores, para clarificar que no existe un único frente a combatir en este flagelo. Pueden cometer fraude o contribuir a la comisión del mismo, directa o indirectamente, voluntaria o negligentemente los: asegurados, beneficiarios, proveedores, productores, empleados o letrados de la Compañía, liquidadores o reclamantes.

5.- ALCANCE, APROBACION Y DIFUSION DEL PRESENTE MANUAL Y LAS POLITICAS ANTIFRAUDE. CAPACITACION DEL PERSONAL.

El Directorio será el encargado de aprobar el presente Manual y establece la obligatoriedad de difusión y lectura por parte de todos los agentes y directivos de la organización y dispondrá la realización, una vez al año o con periodicidad mayor, de cursos de capacitación generales (para la comprensión de la problemática por parte de todo el personal, funcionarios, niveles ejecutivos y gerenciales) y específicos (para las áreas de mayor vulnerabilidad en términos de posibilidades de comisión de fraude, vg emisión y siniestros). La capacitación contendrá mínimamente los conceptos de la Resolución SSN N° 38.477, mecanismos técnicos de suscripción y métodos para disuadir, prevenir y detectar fraude. Se detallaran las políticas y procedimientos vigentes y obligatorios impuestos por la compañía.

El Directorio supervisara los contenidos y establecerá las fechas y el alcance de las capacitación. El área de Personal mantendrá los listados de asistentes suscriptos por cada uno de ellos y el temario que fue difundido. En la oportunidad se comunicara la obligatoriedad de lectura del presente Manual dejando constancia escrita de ello en cada legajo personal.

Manual sobre Normas, Políticas, Procedimientos y Controles Internos para combatir el Fraude



Las estrictas normas de contratación, asegurando idoneidad e integridad moral, junto al monitoreo continuo de los empleados sobre la situación económica, financiera y laboral con archivo de la documentación que avale tales extremos en el legajo y asegurando la confidencialidad son algunas de las herramientas utilizadas para mitigar el involucramiento de algún dependiente en acciones de fraude.

6.- REGIMEN DE CONTRATACION Y SANCION AL PERSONAL

La Compañía implementará desde la entrada en vigencia de este manual un protocolo de incorporación de nuevos empleados según el siguiente detalle:

- 1) Deben firmar una declaración jurada de Persona Expuesta Políticamente
- 2) Se solicitará información comercial y crediticia a través de Informe Nosis
- 3) Se lo notifica de la existencia de y obligatoriedad de lectura del presente manual.

En el mismo acto se informará que ningún empleado podrá incurrir en situaciones de conflicto de intereses, reales o potenciales. Se incluyen además de los previstos por las leyes, aquellos casos donde se actúe persiguiendo intereses distintos a los de la Compañía para obtener beneficios a título personal, para familiares y/o terceros. De advertirse una situación de conflicto de intereses, se procederá a sancionar al empleado.

En relación al proceso sancionatorio, el personal que incumpla con los procedimientos estatuidos en el presente Manual será sometido a sumario administrativo, debiendo actuar como instructor del mismo un abogado externo especialmente contratado al efecto.

El empleado, en el desarrollo de tal sumario, contará con todas las garantías necesarias que hacen a su defensa y que permitan conocer las circunstancias del hecho para adecuar la sanción aplicable y generar los mecanismos correctivos para evitar cualquier otro incumplimiento.

En caso de detectarse que efectivamente se ha incurrido en un incumplimiento de las funciones que se estaban a su cargo, se ha de aplicar el régimen sancionatorio legal.

En caso de detectarse su colusión en algún acto fraudulento, adicionalmente, el Directorio evaluará la viabilidad de presentar una denuncia penal sobre el ilícito en cuestión.

7.- CASOS INVESTIGADOS. ELABORACION DE UNA MEMORIA DE LOS CASOS INVESTIGADOS DE FRAUDE

Anualmente se confeccionará una memoria de casos investigados por sospecha de fraude de seguros, con indicación expresa de los responsables de las tareas y decisiones asumidas en los procesos que describan, a quienes se notificará especialmente por los medios habituales de comunicación interna. En todos los casos se formará un legajo que contendrá un resumen o síntesis que describa brevemente los principales contenidos del caso, que deberá adecuarse en formato Excel al modelo de planilla que se adjunta como Anexo.

Las conclusiones deberán estar fundadas. Las investigaciones estarán a cargo de un Comité de Prevención de Fraude integrado por la Gerencia de Sinistros, la Gerencia Comercial, la Gerencia Técnica, la Gerencia de Administración y Finanzas y el Responsable de Contacto.

8.- VERIFICACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS ANTIFRAUDE

Anualmente el Directorio encomendará al Responsable de Control Interno o a un asesor externo (si lo considerase conveniente) la realización de una auditoría basada en el programa anexo, el cual contendrá la elaboración de un informe anual que consignará desvíos de significación y recomendaciones para su regularización. El Órgano de Administración deberá expedirse respecto de los informes, el régimen de recomendaciones y acciones de seguimiento frente a eventuales desvíos significativos que hubieran sido detectados. El Directorio evaluará la confidencialidad dada a la información atendiendo a circunstancias tales como personas involucradas, impacto en la implementación de las recomendaciones, elementos probatorios recabados, impacto general en los negocios, etc.

El Directorio tomará conocimiento de dicho informe, transcribirá la parte pertinente de las conclusiones en Acta de Directorio, con indicación de las medidas a tomar en caso de haberse detectado desvíos. Receptará y aplicará las recomendaciones allí vertidas cuando fueran consideradas convenientes y fácticamente aplicables para contribuir a la lucha contra el fraude.

Los informes, así como los legajos que los sustentan se conservarán en legajos foliados, y permanecerán a disposición de esta SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION por el término de tres (3) años como mínimo. El Responsable de Control Interno de la entidad estará a cargo de su custodia y resguardo.

Los legajos contendrán mínimamente:

1. La descripción de la tarea realizada
2. Los datos recopilados durante la auditoria en cuestión
3. Las limitaciones al alcance si las hubo
4. Las conclusiones que deberán versar sobre el cumplimiento de lo estatuido en la normativa externa e interna, el grado de involucramiento y concientización del personal, la difusión y el conocimiento del presente Manual, y el grado de efectividad en la detección de casos de posible fraude.
5. Los desvíos hallados y las recomendaciones conjuntamente con un plan de acción.

Con dicho plan de acción el Directorio deberá establecer una agenda para subsanar errores e incorporar las recomendaciones.

9.- ACCIONES AL MOMENTO DE DETECTAR UN POSIBLE CASO DE FRAUDE

Conforme fuera explicado en 2.5, la Organización, a través de sus asesores legales, analizará la posibilidad de incoar una denuncia penal y/o, tratándose de un profesional involucrado, denunciar ante el Colegio, Consejo o Asociación que corresponda.

Adicionalmente a lo indicado en el párrafo anterior, se evaluará la rescisión de la póliza y la pérdida de todo derecho indemnizatorio.

Cualquiera de los aquí comunicados u obligados que tomara conocimiento sobre la posible comisión de un fraude o aun detectara alguna operación que a su juicio pudiera tratarse del comienzo, desarrollo o epílogo de un fraude, deberá remitir un correo electrónico utilizando el formulario descrito como Anexo al Gerente de Siniestros, informando tal situación.

10.- DIFUSION, DIVULGACION Y PROMOCION DE LAS MEDIDAS ANTIFRAUDE

La Compañía actuará en todos los casos con un espíritu docente en lo que respecta a la difusión de las medidas antifraude. Tal como se indicara, siendo este un flagelo que afecta a la comunidad aseguradora en su conjunto, la Empresa propenderá a la difusión, divulgación y promoción de las medidas antifraude hacia los tomadores, asegurados, beneficiarios o damnificados, con especial énfasis en las alertas para evitar que voluntaria o involuntariamente contribuyan a perpetrar una maniobra fraudulenta. Se toma como guía lo establecido en el Anexo, transcripto infra, que integra la Resolución SSN N° 38.477. Se considera también la guía proporcionada en el Anexo como indicativa y no taxativa de las posibilidades que enfrente la Compañía ante actos fraudulentos.

11.- COLABORACION CON LAS POLITICAS CONTRA EL FRAUDE

La Compañía prestará amplia colaboración con otras aseguradoras, con organismos específicos nacionales y extranjeros que luchen contra el fraude y con los organismos gubernamentales que así lo requirieran en lo que respecta a brindar información y proporcionar documentación, todo ello con el alcance y contemplando las restricciones y recaudos legales impuestos.

12.- DESIGNACION DE UN RESPONSABLE

La Compañía designará un responsable de contacto que revista mínimamente en un puesto ejecutivo o gerencial, para canalizar los requerimientos y demás comunicaciones del Organismo, y que deberá informarse a la SSN indicando nombre y apellido, DNI, cargo en la entidad, dirección, teléfono y

correo electrónico, pudiendo designarse un suplente. La sustitución del titular o del suplente, deberá ser comunicada a esta Autoridad de Control, en el término de 5 días hábiles de producida”.

El responsable de contacto será el encargado de recibir las denuncias por correo y liderará la investigación de acuerdo lo establecido en CASOS INVESTIGADOS.

13.- POLITICAS DIRIGIDAS A ESTABLECER UN AMBIENTE DE TRABAJO FUNDADO EN VALORES ETICOS, IDONEIDAD Y PROBIIDAD

Tal como fuera indicado en la introducción, la Compañía adhiere al DECALOGO DE DESAFIOS ETICOS, los que serán la guía en la actuación interna y externa.

- 13.1 conflicto de intereses Resulta inescindible la consideración a conflictos de intereses si se pretende establecer un ambiente de trabajo fundado en valores éticos. Por tal motivo los empleados deberán actuar honestamente y de buena fe mientras llevan a cabo sus deberes con los mayores beneficios para la Empresa, y deberán evitar situaciones que involucren un conflicto o potencial conflicto entre sus intereses personales y los intereses de Victoria Seguros.

Un conflicto de intereses surge en cualquier momento, cuando el interés personal afecta o pueda afectar el juicio sobre los mejores intereses de la aseguradora, o dificulten realizar el trabajo objetiva y eficazmente.

Cabe aclarar, que dentro de esta definición se incluyen tanto los conflictos potenciales como los que se producen de facto o incluso aparentes, (cuando se piensa que existirá un conflicto, aunque éste no se produzca ni pueda producirse).

Así, una persona incurre en un conflicto de intereses cuando, en vez de cumplir con lo acordado, actúa con propósito de beneficio propio o de un tercero.

Los responsables de adquirir bienes y servicios o contratar deben estar especialmente conscientes de la posibilidad de que se presenten conflictos de intereses por lo que no deberán permitir que exista una contraposición entre los intereses propios e institucionales. En idéntica situación se encuentran los responsables de pagos y en particular los responsables de resolver sobre la procedencia de un reclamo.

Todos los empleados deben informar a sus superiores en caso de tomar conocimiento de un posible conflicto de intereses. Si se detectare que el empleado no informo un conflicto de interés que lo estuviera afectando, se le notificara formalmente que se ha tomado conocimiento sobre una posible

situación que lo pudiera involucrar en un conflicto de intereses a efectos de que efectúe su descargo y brinde las explicaciones correspondientes. Se otorgará 2 días para efectuar el descargo. El mero acto de notificarlo sobre las explicaciones solicitadas implicará que el empleado dejara de actuar en la tramitación que presuntamente lo involucra en un conflicto de intereses. Dicha tramitación pasará a ser tratada y resuelta por el superior jerárquico. Por su parte, el descargo y las explicaciones serán tratadas y resueltas por el responsable de personal dentro del lapso de 5 días de haber recibido las explicaciones. La resolución deberá indicar si existe conflicto de intereses y en su caso si el empleado obvió intencionalmente informar sobre la existencia y su conocimiento a estar involucrado en un conflicto de intereses. Asimismo se expedirá sobre la necesidad de iniciar un sumario administrativo al empleado para determinar medidas aplicables.

Detallamos a continuación algunos puntos que pueden ser considerados “conflicto de intereses”:
Miembros de Familia y Relaciones Personales Cercanas

¿Quién es un Miembro de Familia?

Un miembro de familia es cualquier persona relacionada por consanguinidad, afinidad o adopción.

¿Qué es una Relación Personal Cercana?

Una pareja de cualquier género, cualquier persona que viva con un empleado, amigos cercanos y personas en una relación de noviazgo.

Se asignarán trabajos y tareas laborales en base a las calificaciones, habilidades y logros, y no en base a las relaciones familiares o personales.

Se deberá informar al responsable de recursos humanos, siempre que exista una relación familiar o personal que pudiera representar un conflicto real, potencial o aparente. Idéntico tratamiento se dará cuando la relación fuera sobreviniente, debiendo realizarse dicha consulta dentro de los 10 días posteriores a la toma de conocimiento.

14.- PROCEDIMIENTOS PARA ASEGURAR LA ADHESION DE AUXILIARES DE LA ACTIIVDAD A LA POLITICA ANTIFRAUDE.

A los intermediadores o agentes institorios con los que opera se les proporcionara la guía que como Anexo se incluye al presente manual para que, siguiendo la recomendación allí plasmada, contribuyan a la lucha contra el fraude.

Anexo -DOCUMENTO GUIA PARA ERRADICAR PRACTICAS DESLEALES O ABUSIVAS AUN CUANDO NO REVISTAN LA CONDICION DE COMPORTAMIENTOS DELICTIVOS

EL DECALOGO DE DESAFIOS ETICOS:

Lineamientos generales para el establecimiento de BUENAS PRACTICAS:

LAS BUENAS PRACTICAS, LA DEBIDA DILIGENCIA, EL TRATO JUSTO Y LA BUENA FE DEBEN VERIFICARSE EN LOS DISTINTOS PROCESOS:

- a) EN EL PROCESO DE COMERCIALIZACION O VENTA.
- b) DURANTE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA.
- c) EN EL PROCESO DE LIQUIDACION DE SINIESTROS.
- d) EN EL PROCESO DE PAGO DE INDEMNIZACIONES O SUMAS ASEGURADAS.
- e) EN LA ATENCION DE LAS DENUNCIAS O RECLAMACIONES DE TOMADORES; ASEGURADOS; BENEFICIARIOS; o TERCEROS DAMNIFICADOS.

1) Las entidades deberán adoptar 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.

Manual sobre Normas, Políticas, Procedimientos y Controles Internos para combatir el Fraude



- 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.

Anexo – Modelo de correo electrónico/memorando interno para reporte de detección de operación sospechosa de posible comisión de fraude

DE:

PARA jaris@victoria.com.ar

ASUNTO: Operación Sospechosa de Fraude

(utilizar este memo para reportar operaciones sospechosas de fraude según Descripción del Manual de Procedimientos. No olvidar detallar datos que permitan identificar la operación y al asegurado (nombre y apellido o razón social, N° de póliza, ramo, fecha, N° de siniestro, otros involucrados, descripción del motivo de la sospecha, etc.).

Anexo - Programa Verificación de Cumplimiento del Manual Sobre Políticas, Procedimientos y Controles Internos para Combatir el Fraude

Manual sobre Normas, Políticas, Procedimientos y Controles Internos para combatir el Fraude



El programa de revisión integral del circuito será realizado anualmente por el Responsable de Control Interno o por quién este designe a tal efecto, y será llevado a cabo siguiendo los siguientes parámetros de análisis:

Si durante el período anual sujeto a auditoría se hubieran reportado casos de posibles fraudes, se seleccionará una muestra representativa para realizar las pruebas.

Si durante el período anual sujeto a auditoría no se hubieran reportado casos sujetos a análisis de fraude, se efectuarán indagaciones tendientes a confirmar que los responsables de área comprenden la problemática y aun así no existió casuística que justificara un encuadramiento de análisis por sospecha de fraude.

En el caso de que efectivamente haya habido casos reportados como posibles fraudes, las pruebas consistirán en la revisión de casos seleccionados, verificando:

- a) Que se haya cumplido los pasos establecidos en el presente Manual.
- b) Que se haya cumplido con los plazos establecidos en el presente Manual.
- c) Que se hubiera llegado a alguna conclusión consistente con lo establecido en

las normas.

En el caso de que no se hayan reportado casos, el cuestionario destinado a las respectivas áreas consistirá en preguntas atinentes a que los responsables de las mismas indiquen si existieron legajos o RAJ en donde resultó necesario solicitar medidas adicionales, recabar información alternativa, plantear recursos no habituales, o donde se hubieran producido demoras excesivas por encima del promedio habitual, que pudieran hacer suponer algún intento de cobro sin cumplir con la totalidad de los requisitos.

Si se considera pertinente, se requerirá al Departamento de Recursos Humanos que indique si hay empleados con vacaciones acumuladas por más de dos años y qué explicaciones se les han requerido al respecto. Además, que informe si ha notado comportamientos no habituales en alguno de los empleados. También se le requerirá que remita las constancias obrantes en los legajos que acrediten haber recibido capacitaciones sobre el tema.

Se requerirá el Manual vigente en la materia para revisión e indicación si cumple con la normativa (se detallarán las revisiones particulares efectuadas).

Se requerirá el Acta de Designación del Responsable de Contacto y Acta de Aprobación del Manual vigente.

Se requerirá la constancia de haber contestado la encuesta última encuesta obligatoria sobre la materia.

Como resultado del trabajo realizado se preparará un Informe que deberá contener como mínimo:

1. La descripción de la tarea realizada
2. Los datos y antecedentes recogidos durante el desarrollo de la tarea
3. Las limitaciones al alcance de la tarea (si hubiese)

Manual sobre Normas, Políticas, Procedimientos y Controles Internos para combatir el Fraude



4. Las conclusiones sobre el examen de cada rubro o área y las conclusiones finales o generales del trabajo.
5. Posibles desvíos y recomendaciones para implementar acciones de regularización, con plan de seguimiento.

Los papeles de trabajo y los informes se conservarán en legajos por el término de 3 años como mínimo.

FECHAS DE ACTUALIZACION DEL MANUAL

Capítulo	Versión	Vigente desde	Vigente hasta	Cambios realizados N° de Acta Directorio
Manual Completo	1		Mayo 2019	Acta del 31/05/2019
Modificación del Manual	2	Junio 2019	Octubre 2019	Acta del 21/06/2019

ANEXO - Guía de recomendaciones y check list

Todos los artículos relacionados con el tema fraude, así como la bibliografía existente provenien de recopilaciones y estudios realizados en países de Europa, Estados Unidos, México, etc. Alertan sobre la real existencia del problema, sobre sus diferentes formas de manifestarse y señalan pautas de actuación frente al mismo. En todos ellos se hace referencia a la importancia de diseñar un perfil del “defraudador”, si es que esto se logra, y a la conveniencia de identificar determinados factores que incrementan la probabilidad de aparición de fraudes.

Los métodos cuantitativos, de aplicación sistemática, dirigidos al estudio de dichos factores o de las circunstancias comúnmente asociadas a la aparición de comportamientos deshonestos han sido implementados con posterioridad, sólo cuando se identificó al problema como tal, no a nivel individual sino con sus verdaderas implicancias a nivel industria.

El objetivo perseguido es claro: detectar y en la medida de lo posible, sistematizar, señales de alerta que ayuden al personal de la Compañía a realizar una correcta política de suscripción de pólizas y de tramitación de siniestros. En definitiva, realizar una primera aproximación a lo que podría llegar a constituirse en una política de control y detección de fraude en el seguro.

❖ Identificación del Fraude

La capacitación del personal y el establecimiento de procedimientos pueden desalentar las conductas fraudulentas, al tiempo que mitigan el impacto que provoca en el sector. Sin embargo estos procesos si no cuentan con un soporte claro en la investigación, patrones de conducta, cortes en los tramos de control bien identificados, pueden no resultar efectivos.

La identificación merece de un estudio previo del asegurado o beneficiario de la póliza, su forma de pago, los importes de suma asegurada, el interés asegurable y, posteriormente, en caso de presentación de reclamación por la supuesta realización del riesgo.

❖ Elementos a considerar

- 1.- Proximidad de fechas.
- 2.- Elementos detallados no requeridos.
- 3.- Parentelas o profesiones relacionados.
- 4.- No proporcionalidad de daños.
- 5.- Excesos en la declaración que generen elementos de asertividad exagerada.
- 6.- Excesiva relación con los terceros afectados, familiaridad no lógica.
- 7.- Daños graves de vehículos en movimiento sin lesiones de sus ocupantes.
- 8.- Mecánica de lesiones diferentes o no propias de las derivadas del vehículo.
- 9.- Aviso inoportuno.
- 10.- Informes vagos sobre la forma de ocurrencia del siniestro.

❖ Medidas tendientes a mitigar el riesgo

Aunque no todas las siguientes medidas sean fácticamente siempre aplicables, sea por la dinámica de mercado o por los costos que ello implica, se reconoce que la mayor investigación que se realice sobre los hechos económicos de la aseguradora, permitirá poder identificar situaciones de fraude tentado. En ese sentido y al solo efecto enunciativo se mencionan las siguientes medidas como mitigantes del riesgo de fraude:

- 1.- Condiciones Generales claras y bien definidas.
- 2.- Exclusiones bien redactadas.
- 3.- Formatos que requieran firma del asegurado, perfectamente llenados y con firma hológrafa.
- 4.- Control estricto de políticas de emisión.
- 5.- Control preciso de suscripción y riesgos aceptables.

- 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 registro público de la propiedad en caso de inmuebles y automotores.
- 9.- Identificación real del cliente, que aunque en casos de colectivos y flotas se basa en inspecciones y corroboraciones de datos.
- 10.- Selección estricta del personal y funcionarios.
- 11.- Estadística.

❖ Medidas Disuasivas

- 1.- Por la información al asegurado del servicio que se le presta.
- 2.- Conocimiento al asegurado del alcance de lo que está excluido.
- 3.- Advertencia para el defraudador potencial del conocimiento de las reacciones de la empresa y del sector asegurador en caso de identificación de fraude o su tentativa.
- 4.- Intercambio de información de prácticas y modus operandis, entre todos los miembros del sector con bases informáticas.

❖ Medidas Represivas

- 1.- Aviso a autoridades administrativas y judiciales.
- 2.- Reporte operaciones inusuales.
- 3.- Inicio de averiguación previa, acumulación de lo identificado por otras empresas del sector y seguimiento hasta la aplicación de una pena.

❖ Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI)

El Fraude y el Denominado Lavado de Dinero son dos conductas diferentes. Ambas son reprochadas por nuestra legislación. Mientras que en el Fraude la acción perjudica económicamente a la aseguradora para beneficio de un asegurado, beneficiario, tomador o un tercero, en el denominado Lavado de Dinero se pretende utilizar a la aseguradora como medio para la comisión del delito sin que ello implique, necesariamente, perjuicio económico para la misma. En los estudios globales efectuados por la GAFI durante el 2004 a nivel internacional se identificaron partidas de

Manual sobre Normas, Políticas, Procedimientos y Controles Internos para combatir el Fraude



Lavado de Dinero por 525 millones de dólares donde el 65% involucraba seguros de vida, 35% otros seguros y 5% reaseguro.

Nuestra aseguradora adhiere a la persecución y combate contra todo tipo de delito, obligándose a identificar y reportar cualquier actividad delictiva que hubiera detectado en el ejercicio normal de su actividad. Ello, desde ya, incluye el fraude en el que se ve perjudicada económicamente, cualquier conducta fraudulenta que pretenda utilizar a la aseguradora como medio y las conductas descriptas como típicas y susceptibles de ser reportadas por ser sospechosas de Lavado de Dinero o Financiación del Terrorismo, ya que como queda descripto el fraude de seguros puede involucrar reclamos improcedentes menores, hasta operaciones de índole internacional.

❖ Factores que pueden facilitar la presencia de alto índice de fraudes

- 1) Corrupción de autoridad administrativa.
- 2) Colusión entre las partes involucradas.
- 3) Falta de acción e integración del sector.
- 4) Falta de valores y de identificación del peligro que implican los fraudes para nuestra sociedad.
- 5) Falta o fallas de control interno.
- 6) Falta de probidad de funcionarios y empleados.
- 7) Falta de denuncia y coercitividad para inculpadors.
- 8) Falta de seguimiento ministerial y judicial.
- 9) Ausencia de cultura aseguradora.
- 10) Falta de colaboración de empresas afectadas.
- 11) Falta de programas de inteligencia e investigación para su identificación.
- 12) Deterioro económico de la calidad de vida de los beneficiarios del seguro o de sus negocios.

❖ Aspectos más frecuentes de incidencia por ramo

• Accidentes Personales y Vida

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. Actas de defunción falsas.
5. Mutilaciones de miembros para el cobro del seguro.
6. Incapacidades totales permanentes falsas o sin soporte.

• 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 asegurado está recientemente separado o divorciado.
4. El asegurado acepta recibir un pago mucho menor al que corresponde a la reclamación.
5. Solicitud de pago en efectivo en daños cuantiosos de forma inmediata.
6. Pagos de daños o pérdidas totales en vehículos provenientes de salvamentos.
7. Clonación o falsificación de documentos de propiedad u oficiales.

- **Indicadores asociados con las pérdidas**

- 1.- Las pérdidas ocurren justo después del inicio de vigencia de la póliza, o justo antes de que termine la cobertura, o justo después de que la cobertura ha sido incrementada o se hayan agregado negocios como flotas, etc.
- 2.- Las pérdidas incluyen el total de contenidos del negocio. Por ejemplo, en el hogar incluyendo los accesorios pequeños o no valuados como los utensilios de cocina, la papelería de la oficina, etc.
- 3.- Las pérdidas son incompatibles con la residencia asegurada, ocupación e ingresos.
- 4.- Las pérdidas incluyen numerosas herencias familiares o no es identificable su origen.
- 5.- Las pérdidas incluyen numerosos artículos valuados o facturados y no coinciden con el estilo de vida del asegurado.
- 6.- Las pérdidas incluyen una gran cantidad de dinero en efectivo.
- 7.- Todos los artículos de un valor significativo fueron recientemente adquiridos.

- **Indicadores asociados con el proceso de denuncia y reclamo**

- 1.- Se tienen facturas para cada una de las pérdidas, incluyendo las antiguas.
- 2.- El inventario de las pérdidas difiere significativamente con reporte de las autoridades.
- 3.- El asegurado no puede proporcionar facturas, comprobantes de cheques y otras pruebas de la propiedad de bienes adquiridos recientemente o aún cubiertos por pólizas de garantía.
- 4.- El asegurado entrega numerosos recibos por artículos económicos, pero no por los de alto valor.
- 5.- El asegurado no puede recordar el lugar o fecha de compra de artículos nuevos o de alto valor.
- 6.- El asegurado entrega facturas sin datos de la tienda.
- 7.- El asegurado entrega facturas con datos incorrectos o sin desglose de impuestos.
- 8.- El asegurado entrega dos recibos diferentes con el mismo tipo de letra, o bien, entrega un recibo con dos diferentes tipos de letra.

9.- El asegurado proporciona recibos de tarjeta de créditos incorrectos o sin código de aprobación.

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 modificar el estado de las cosas dañadas por el siniestro (con excepción de la obligación de salvamento en orden a que, en la medida de sus posibilidades, debe evitar o disminuir el agravamiento del daño), como tampoco 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.

Manual sobre Normas, Políticas, Procedimientos y Controles Internos para combatir el Fraude



- 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 está 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.

ANEXO - CIRCUITO

El circuito de fraude comienza con la remisión del correo denominado Anexo Modelo de Correo Electrónico.

El remitente del correo enviará copia de la totalidad de la información al responsable de la investigación dentro de las 24 horas de la remisión del correo. La remisión del correo no obstará la prosecución del trámite que se estuviera realizando; pero no se emitirá la póliza o se pagará el

sinistro hasta obtener la conclusión por parte del responsable de la investigación autorizando expresamente a la emisión o pago.

El responsable de la investigación enviará dentro de las 24 horas el cuestionario correspondiente (según sea la presunción sobre el fraude por ramo, contemplando involucramientos y posibles complicidades), requiriendo del canal respectivo la pronta devolución del mismo. Se establece como plazo máximo la espera de 48 horas para la devolución del mismo. Pasado el plazo el responsable de la investigación proseguirá con la tramitación.

Dispondrá, de corresponder, la designación de liquidadores, tasadores, peritos, etc. Requerirá investigaciones suplementarias si fuera necesario. Para la tarea el responsable de la investigación contará con la colaboración de todos los sectores y niveles jerárquicos, disponiendo personalmente de la posibilidad de entrevistas a asegurados, beneficiarios, reclamantes, peritos y testigos, sin que lo nombrado deba entenderse como taxativo.

El responsable de la investigación contará con un máximo de 5 días hábiles desde aquel plazo para realizar las tareas, luego de lo cual dará la etapa por clausurada. Luego de la clausura dispondrá de un máximo de 48 horas para confeccionar el informe final, el que contendrá las conclusiones y donde el responsable de la investigación propondrá cursos de acción. Podrá el Responsable de la investigación, hacerse asesorar por sus abogados para fundar en derecho la propuesta de curso de acción.

Si la conclusión versara sobre la inexistencia de fraude se dará inmediata notificación al denunciante sobre la desestimación de la misma y se proseguirán las actuaciones del trámite que importara.

Si, por su parte, subsistiera la sospecha pero no hubiera evidencia suficiente para considerar al hecho como fraude, se ordenará proseguir con las actuaciones suspendidas, pero se continuará con las investigaciones por un máximo de 10 días hábiles en manos del Responsable de la investigación.

Finalmente, si la conclusión indicara que hay elementos suficientes para considerar el hecho como fraude, se remitirán las actuaciones al Directorio para que éste con todos los elementos dispusiera de corresponder. El Directorio en su decisión final dispondrá qué hacer con los trámites suspendidos y el carácter que se le dará al hallazgo.

Manual sobre Normas, Políticas, Procedimientos y Controles Internos para combatir el Fraude

ANEXO V RG. 38477 SSN		
ID CIA		
Nº de referencia del Caso		
Ramo		
De la Concertación de la cobertura	Fecha y Hora	
	Dirección	
	Localidad	
	Provincia	
De la Póliza	Código Postal	
	Nro. de Póliza	
	Fecha de emisión	
	Lugar de Emisión	
Del Siniestro	Inicio de vigencia de la cobertura	
	Fin de vigencia de la cobertura	
	Fecha y Hora de Ocurrencia	
	Dirección	
	Localidad	
	Provincia	
	Código Postal	
	Fecha de Denuncia	
	Hechos denunciados con indicación precisa del reclamo	
	Datos de la Comisaria 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	
Datos del tomador; asegurado, Beneficiario; Damnificado	Investigación producida e indicadores considerados	
	Elementos de prueba recabados	
	Hechos descubiertos de manera clara y concisa	
	Carácter	
	Nombre y Apellido completo	
	Tipo de Documento	
	Nro de Documento	
	CUIT/CUIL	
	Dirección	
	Localidad	
Datos de los Presuntos involucrados	Provincia	
	Código Postal	
	Nombre y Apellido completo	
	Tipo de Documento	
	Nro de Documento	
	CUIT/CUIL	
Datos del Profesional que eventualmente hubiera prestado colaboración para la maniobra	Dirección	
	Localidad	
	Provincia	
	Código Postal	
	Profesión	
	Nombre y Apellido completo	
	Tipo de Documento	
	Nro de Documento	
	CUIT/CUIL	
	Dirección	
Datos del Productor Asesor de Seguros que eventualmente hubiera intermediado y/o organizador y/o agente insitiario que hubiera intervenido en la concertación de la cobertura	Localidad	
	Provincia	
	Código Postal	
	Carácter	
	Nombre y Apellido completo	
	Tipo de Documento	
	Nro de Documento	
	CUIT/CUIL	
	Nro. de Matrícula	
	Nombre y Apellido completo	
Datos de los testigos	Tipo de Documento	
	Nro de Documento	
	CUIT/CUIL	
	Dirección	
	Localidad	
	Provincia	
Datos de los Abogados de las partes	Código Postal	
	Parte a la que asiste o representa	
	Nombre y apellido	
	Tipo de Documento	
	Nro de Documento	
	CUIT/CUIL	
	Nro. de Matrícula	
	Localidad	
	Provincia	
	Código Postal	
Datos del Liquidador del siniestro	Nombre y apellido	
	Tipo de Documento	
	Nro de Documento	
	CUIT/CUIL	
	Nro. de Matrícula	
	Breve Resumen del Informe	
Conclusión del Caso	Acuerdo	
	Desistimiento	
	Reticencia	
	Rechazo del siniestro	
	Prescripción	
	Caducidad de instancia	
	Sentencia que rechaza la demanda	
	Condena en juicio	
	Denuncia Penal	
	Querrela Penal o rol de particular damnificado en proceso penal	
Procesamiento penal		
Suspensión del Juicio a prueba		
Condena penal del imputado		
Otros		
MONTOS INVOLUCRADOS		
Denuncia Penal	Realizó (SI / NO)	
	Autoridad ante la que se realizó la denuncia	
	Seguimiento (SI / NO)	
	Presentación ante Asociación, Colegio, Consejo profesional	
OBSERVACIONES	indicar la Asociación, Colegio o Consejo Profesional	