



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Facultad de Derecho y Cs. Políticas

Sede Regional Rosario

“LA PREVENCIÓN DEL FRAUDE EN EL SEGURO AUTOMOTOR”

Tutora: Dra. Patricia Carreras

Alumno: Bravi, Natalia Mabel

Carrera: Abogacía

Título a obtener: Abogada

Noviembre 2020

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, Abril, Valentino y Damián, por los sacrificios hechos a lo largo de todos estos años, han sido mi motor y motivo.

A mis padres, hermanos y suegros por la colaboración y paciencia.

A todos aquellos que me han brindado su ayuda cada vez que las responsabilidades me agobiaban.

A mi “nona” Rosa, que pasó horas sentada escuchándome repetir lecciones que no entendía solo porque yo se lo pedía.

Y especialmente a mi abuela Delia que tanto hizo por mí. Te extraño todos los días.

RESUMEN

Cuando hablamos de fraude en los seguros tendemos a pensar que solo existe un sujeto perjudicado, la compañía aseguradora, sin percatarnos que en realidad el mismo repercute en las primas que todos debemos pagar, ya que este (por el fraude) forma parte del volumen de siniestralidad de las empresas que deben incrementar sus tarifas para compensar las pérdidas por este concepto.

Como veremos a lo largo de este trabajo no existe un solo tipo de fraude, sino que la conducta fraudulenta puede provenir de parte de terceros reclamantes (con intervención de profesionales matriculados), de los asegurados y hasta de los mismos empleados de las aseguradoras o sus funcionarios, existiendo desde hechos reales, pero exagerados, hasta intentos deliberados como inventar un accidente, lesiones o daños materiales.

Que, si bien no resulta sencillo expresar en números el impacto económico del fraude en materia de seguros, en el Primer Congreso Panamericano sobre Delitos en Seguros, desarrollado en Bogotá, Colombia, en el año 2015 se sostuvo que solo en América Latina las compañías de seguros han sido víctimas de fraude y lavado de activos por sumas superiores a los U\$S 1.500 millones de dólares.

Con la finalidad de combatir el fraude la Superintendencia de Seguros de la Nación emitió la res. SSN 38.477/2014 con una serie de Normas sobre Políticas, Procedimientos y Controles Internos y que desde la mayoría de las compañías aseguradoras se destinan recursos que permiten detectar aquellos casos sospechosos para luego arbitrar los medios necesarios para no indemnizar casos fraudulentos, lo cierto es que las mencionadas empresas se encuentran con distintos obstáculos que resultan difíciles de sortear para lograr resultados positivos en lo que a la lucha contra el fraude se refiere.

MARCO TEORICO

En el siguiente trabajo nos centraremos en diferenciar los delitos de “Estafa Simple” y “Estafa de Seguro”, explicaremos cuales son las características de cada tipo penal, y si es posible su comisión en el grado de tentativa, si es necesario la existencia de dolo y en caso de afirmativo de que tipo. En honor a la brevedad haremos alusión solo a lo que el seguro automotor se refiere.

Luego de que nos explyemos sobre lo mencionado precedentemente veremos si es posible prevenir el fraude y de qué forma, explicaremos cuales son las herramientas con las que cuentan las aseguradoras y si estas son o no, eficaces.

El presente trabajo tiene por finalidad poner de relieve una cuestión que, pese a ser tan vieja como lo es el instituto del seguro mismo, se le ha dado escaso tratamiento, aunque se estima que un 50% de los siniestros de automóviles denunciados son falsos.

EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

En nuestro país el organismo que regula y supervisa el mercado asegurador es la Superintendencia de Seguros de la Nación, según este, en el año 2017 se denunciaron en la provincia de Santa Fe 202.621 siniestros en el ramo automotor (SSN, 2019)¹.

Al 30 de Junio de 2019 las aseguradoras existentes ascendían a 189 de las cuales, 122 entidades se dedican a operaciones de otros Seguros de Daños Patrimoniales, o hacen operaciones “Mixtas” (SSN, 2019).

Que no es sencillo llegar a un número preciso respecto a que cantidad de hechos denunciados ante las distintas entidades aseguradoras resultan ser de ocurrencia no real o bien de ocurrencia real pero exagerados en sus consecuencias, ya que los números varían entre las distintas compañías. Aquellas que realizan con mayor responsabilidad la ardua tarea de luchar contra el fraude cuentan con mayor índice de hechos señalados como “dudosos”.

Si bien la Superintendencia de Seguros de la Nación en el año 2014 emitió la resolución N° 38.477 sobre normas sobre políticas, procedimientos y controles internos para combatir el fraude la cual insta a las aseguradoras y reaseguradoras a aprobar “Normas sobre Políticas, Procedimientos y Controles Internos para combatir el fraude” (Art 1° Res 34.477 SSN) , es decir que debieron transformar aquello que era un mero procedimiento en una política corporativa a efectos de generar un ambiente de control interno que minimice el riesgo de fraude, lo cierto es que las conductas fraudulentas se siguen registrando, no solo por parte de los asegurados y reclamantes sino también por parte empleados y productores de las distintas aseguradoras.

¹ Según análisis descriptivo del Ramo Automotor realizado por la Superintendencia de Seguros de la Nación basado en la información de 14 aseguradoras que en el ejercicio 2016/2017 acumularon el 76% de la producción y el 60% del total de vehículos expuestos al riesgo del mercado.

JUSTIFICACION

Si bien el delito de fraude a los seguros y estafa es una realidad ampliamente conocida en el mercado asegurador, poco o nada se ha hecho a lo largo de los años en relación a un ilícito que es tan viejo como el instituto del seguro mismo.

En los últimos años se han tomado algunas acciones concretas tendientes a emprender la ardua tarea de la detección de fraudes, aunque esta no resulta sencilla, principalmente debido a la falta de colaboración por parte de las instituciones públicas que no facilitan la labor de quienes, con escasas herramientas, luchan contra el fraude.

Que, si se pretende que el mercado asegurador sea solvente, necesariamente se deberá dejar de “perder” dinero en indemnizar siniestros total o parcialmente simulados, y que esto solo puede llevarse a cabo a partir de la prevención.

OBJETIVOS

En el presente trabajo, que se desarrolla en el marco de la instancia de evaluación final de la carrera Abogacía de la Universidad Abierta Interamericana, se pretende realizar una correcta distinción entre los delitos de estafa al seguro y estafa simple, con las particularidades de cada uno de estos y sus penas.

Resaltar la importancia de lograr detectar más fraudes lo que redundaría en un ahorro para la compañía aseguradora y por lo tanto no sería necesario el constante aumento de primas, aumento que afecta no solo a aquel que se encuentra dispuesta a reclamar una indemnización que no le corresponde, sino a aquel que posee sus bienes asegurados de forma responsable y que nunca sería parte de un hecho delictivo como lo es el fraude o la estafa.

Por último, se hace hincapié en la necesidad de articular herramientas entre los entes aseguradores y el estado que permitan la prevención del fraude.

CAPITULO I

LA ESTAFA DE SEGUROS

SUMARIO: 1. Introducción. 2. La estafa de Seguros. 3 Sujetos. 4 Tipo objetivo. 5. Tipo subjetivo.

CAPITULO I: “LA ESTAFA DE SEGURO”

1- INTRODUCCION

En primera instancia y a los fines de dar mayor claridad a la terminología empleada haremos una distinción entre el delito de estafa de seguro y estafa simple. Ambas figuras se encuentran reguladas en el Código Penal Argentino, la primera de estas en el Art. 174 inc 1° y la restante en el Art 172°.

Como ser verá, el legislador consideró que ciertas conductas resultan de mayor gravedad y por tal motivo decidió incluirlas dentro de las defraudaciones agravadas, estas se determinaron en “la cantidad del daño que se puede causar con el delito” y “en la menor defensa que se puede oponerse a este” (Exposición de motivos del Proyecto de 1891), en la mayoría de ellos el agente puede ver facilitada su actividad defraudatoria por la situación en que los objetos se encuentran, por las particulares circunstancias que abren mayores posibilidades a la disimulación o al engaño defraudatorio, por la especial calidad del sujeto pasivo (Creus, 2007).

2- LA ESTAFA DE SEGURO

A - Introducción

La estafa de seguro se encuentra regulada en la parte especial del código penal argentino, en el apartado delitos contra la propiedad en el inc. 1° del art. 174.

A continuación, transcribiremos la norma mencionada y haremos un análisis pormenorizado de la misma.

Art. 174 inc 1°: *“Sufrirá prisión de dos a seis años: El que para procurarse a sí mismo o procurar a otro un provecho ilegal en perjuicio de un*

asegurador o de un dador de préstamo a la gruesa, incendiare o destruyere una cosa asegurada o una nave asegurada o cuya carga o flete estén asegurados o sobre la cual se haya efectuado un préstamo a la gruesa;”.

En primer lugar aclararemos que la referida figura ha sido, mayoritariamente, denominada como estafa de seguro por la doctrina (Creus, 2007), sin embargo algunos autores la han denominado “defraudación de seguros” (Núñez, 1999).

Comenzaremos por mencionar que es presupuesto del delito la existencia de un seguro (o préstamo a la gruesa). Por tal motivo debemos, necesariamente, aclarar que se entiende por “contrato de seguro, en canto al préstamo a la gruesa no es objeto de este trabajo ahondar sobre este instituto que, en la actualidad, ha caído en desuso.

Según la Ley 17.418 en su artículo 1º, *“hay contrato de seguro cuando el asegurador se obliga, mediante una prima o cotización, a resarcir un daño o cumplir la prestación convenida si ocurre el evento previsto”*. El contrato debe conformarse en un título válido y la acciones típicas tienen que aparentar las circunstancias, según las cuales el asegurador debe pagar la indemnización, ya que de otro modo no se daría la posibilidad de perjuicio (Creus, 2007).

B - Sujetos

1 - Sujeto Activo

En cuanto al sujeto activo del delito de estafa de seguro, la norma no establece una limitación a quien puede ser autor, así como tampoco pretende atribuirle características especiales al mismo, por lo tanto, sujeto activo podrá ser el beneficiario de la póliza o un tercero que procure obtener un beneficio de aquél, ya sea que se encuentre en conveniencia con este, o no.

Entonces, será autor del delito de estafa de seguro quien incendie o destruya la cosa asegurada, no es necesario que quien lo haga sea el propio asegurado, basta que la finalidad sea procurar un provecho ilegal para sí mismo o para otro, este es un elemento subjetivo distinto del dolo que requiere la figura, quien sea el autor material no solo tendrá

el dominio del hecho (incendiar o destruir la cosa asegurada) sino que además deberá actuar con una motivación: procurar un provecho ilegal. Quien incendia o destruye una cosa asegurada, encontrándose o no, en conocimiento de que esta lo está, pero su conducta no se encuentra motivada por el elemento subjetivo distinto del dolo antes mencionado, probablemente cometa otro delito, pero no cometerá estafa de seguro.

Entonces, siguiendo el texto de la norma habrá dos posibles autores del delito, el propio asegurado o un tercero.

Se ha dicho que la hipótesis más usual es aquella en la que el propio asegurado o propietario es quien incendia o destruye la cosa asegurada (Bosch, 1995), entonces sujeto activo, en este caso, será quien de no mediar una conducta fraudulenta sería acreedor legítimo del seguro respectivo.

El otro supuesto será entonces que quien sea autor material sea un tercero, en este caso este tercero no solo deberá ser quien incendie y destruya, sino que también deberá conocer que la cosa incendiada o destruida se encuentra asegurada, de otra forma no se podría satisfacer el otro requisito subjetivo de la figura.

Es dable destacar aquí, que el hecho de que un tercero sea el autor material del delito, aunque se haya configurado el requisito subjetivo distinto del dolo que requiere la figura, pero sin participación alguna del asegurado (ni como instigador ni en conveniencia) no habrá siniestro simulado ni tampoco causal de exclusión por no encuadrar la situación en el Art 70 de la ley de Seguros: *“El asegurador queda liberado si el tomador o el beneficiario provoca el siniestro dolosamente o por culpa grave. Quedan excluidos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias, o por un deber de humanidad generalmente aceptado.”*

2 - Sujeto Pasivo

En cuanto al sujeto pasivo será el asegurador, entendiéndose este, de acuerdo a la Ley 20.091, como un ente organizado de acuerdo a alguno de los tipos societarios mencionados en el artículo segundo de la citada norma; sólo pueden realizar operaciones de

seguros las sociedades anónimas, cooperativas y de seguros mutuos, las sucursales o agencias de sociedades extranjeras, los organismos y entes oficiales o mixtos, nacionales, provinciales o municipales, quienes además tengan por objeto exclusivo realizar operaciones de seguros, se hayan constituido de acuerdo con las leyes generales y las disposiciones específicas de esta ley; (Art. 7 Ley 20.091) y cuenten con autorización del organismo de control (Art. 2 Ley 20.091).

C – Tipo Objetivo

1 - Acciones típicas

Según el Art 174 del Código Penal, el incendio o destrucción de la cosa es aquí el ardid del que el autor se vale (Fontan Balestra, 2008), por lo tanto, cualquier otra acción distinta de las mencionadas quedará por fuera del tipo penal.

Es dable destacar que el medio que se utilice para destruir la cosa debe encontrarse incluido entre los eventos cubiertos por la respectiva póliza de seguros. En lo que a automóviles se refiere, las aseguradoras cuentan con cobertura para incendio total y parcial, robo y/o hurto total y parcial, daños parciales o destrucción total, haciendo la salvedad respecto a que para que se configure el delito del Art. 174 del Código Penal, es decir estafa de seguro, las coberturas que se deben encontrar comprometidas son las de incendio y destrucción total y además el medio que se utilice para ocasionar la destrucción de la cosa asegurada debe ser uno de los hechos cubiertos por póliza, ya que si una persona contratara una póliza por robo o incendio total y luego encarga a un tercero que destruya el vehículo a patadas con el fin de procurarse un provecho ilegal, no habrá perjuicio para el sujeto pasivo (asegurador) ya que no habrá una causal válida de indemnización, por lo tanto no se configurará la estafa de seguro.

Aquí la ocurrencia del siniestro no es lo simulado, muy por el contrario, el hecho debe existir, lo que se simula son sus circunstancias, es decir el modo en el que ocurre y que hacen nacer la obligación resarcitoria. Ese provecho es ilegal porque tales convenios

(pólizas de seguro) cubren los riesgos inciertos, y no los actos voluntarios por lo que dolosamente se causa el acontecimiento al que el acuerdo se condiciona (Fontan Balestra, 2008).

Por último, no es un requisito del tipo que la póliza haya sido contratada dolosamente.

2 - Objeto

En lo que se refiere al objeto sobre el que deben recaer las acciones típicas estos pueden ser toda cosa asegurada, toda nave asegurada y toda carga o flete asegurado.

Cosa asegurada podrán ser tanto los muebles (registrables o no) como los inmuebles. El contrato de seguro deberá ser válido, encontrarse vigente y cumplir con el requisito de forma de la Ley 17.418, es decir escrito, excepto exista principio de prueba por escrito, en cuyo caso se admitirán otros medios de prueba, además deberá contener todos los datos necesarios que permitan determinar quién es el asegurado (nombre completo, número de DNI, domicilio, profesión, entre otros) e individualizar la cosa asegurada (en el caso de los automóviles marca, modelo, año, número de dominio, número de chasis, número de motor), los riesgos asumidos, momento por el cual estos se asumen, plazo, condiciones generales y eventualmente, condiciones particulares. Si no hay póliza de seguro, no hay cosa asegurada y por lo tanto no se configurará el tipo penal en estudio.

En cuanto al concepto de nave, no puede ser considerado como un elemento normativo, por no aparecer este definido en nuestro ordenamiento jurídico como si lo hace el término “buque”, por lo que se dirá que “nave” comprende a cualquier tipo de construcción que pueda transportar personas o cosas por agua (Bosch, 1995).

En cuanto a “carga” o “flete” la doctrina y la jurisprudencia han considerado a estos términos como sinónimos, por lo que se refiere a todo aquello que transporte la cosa o nave asegurada.

3 - Consumación

Referido a la consumación del delito, si bien existe acuerdo mayoritario en la doctrina respecto a que este se consuma con la realización de las acciones de incendiar o destruir con la finalidad típica (Creus, 2007), esta posición no es la única, la segunda difiere el comienzo de la tentativa al momento en que se formula el reclamo indemnizatorio ante el asegurador.

En cuanto a la posición mayoritaria, esta entiende que el delito queda consumado con la destrucción o incendio de la cosa asegurada por parte del sujeto activo, con el fin de procurar un provecho ilegal para sí mismo o un tercero en perjuicio del sujeto pasivo, es decir el asegurador.

Entonces destruida o incendiada la cosa asegurada y probado el elemento subjetivo distinto del dolo, no es necesario que se intente el cobro (aprovechamiento ilegal) de la indemnización ni de forma judicial ni extrajudicial, con estos elementos basta para que se considere que se ha consumado el delito.

Establecido este punto, debemos analizar que sucede entonces sí, una vez consumado el delito, el asegurado hace efectivo el cobro de la indemnización, en este punto la doctrina ha tomado distintas posiciones, para algunos si se logra se tratará ya de una consecuencia agotadora del delito, que no agrava ni cambia el título de la imputación (Creus, 2007).

Otros entienden que el logro del provecho cae fuera del tipo penal y no cambia la calificación ni constituye un nuevo delito (Fontan Balestra, 2008) Otra postura sostiene que el daño efectivo no constituye un agravamiento del delito ni otro delito concurrente, sino una secuela extratípica de la misma conducta castigada ya en su tramo anterior con una pena mas severa que la que le correspondería al daño efectivo si no existiera el inc. 1° del art. 174 del Cod. Penal.

En cuanto a la posición minoritaria esta sostiene que no basta con que un asegurado o tercero incendie o destruya la cosa asegurada con el fin de procurarse un provecho ilegal, si no se realiza la correspondiente denuncia de siniestro no habrá ni siquiera

un perjuicio potencial, puesto que si este no toma conocimiento del ardid nunca se enteró que quisieron engañarlo.

4 – Tentativa

En cuanto a la tentativa diremos que es posible (Creus, 2007), habrá delito de estafa de seguro en grado de tentativa cuando se comience con la ejecución del delito, es decir la destrucción o incendio de la cosa asegurada sin que esta se logre por una circunstancia ajena al autor, por ejemplo en el caso de un automóvil asegurado el cual es incendiado por su propietario con el fin de denunciar un siniestro y hacerse del cobro de la indemnización correspondiente, sin embargo un vecino, advirtiendo la situación toma un extinguidor y evita que el incendio se propague a todo el vehículo.

D – Tipo Subjetivo

1 – El Dolo

De acuerdo al modo en el que ha sido estructurada la norma en estudio, la estafa de seguro requiere que el sujeto activo haya actuado con dolo, no admitiéndose la forma culposa.

Dolo es la voluntad realizadora del tipo, guiada por el conocimiento de los elementos del tipo objetivo necesarios para su configuración (Zaffaroni, 2007), la doctrina dominante coincide con la caracterización del dolo como saber y querer, tendrá entonces un aspecto cognoscitivo o de conocimiento y otro volitivo o de voluntad.

El conocimiento no puede ser potencial, deberá tratarse de un conocimiento efectivo y actualizado. El dolo no se organiza sobre la base del “debía haber sabido” sino del “sabía” (Zaffaroni, 2007), además debe abarcar a los elementos descriptivos y normativos que aparezcan en la descripción típica, sin embargo no requiere un conocimiento

especializado por parte del autor, basta con que sepa que, por ejemplo, si acerca un elemento con fuego a su automóvil y lanza este al interior de la unidad y se retira a mirar este se incendiará.

En cuanto al aspecto volitivo el dolo se distingue tradicionalmente en dolo directo o de primer grado, abarca la producción del resultado típico como fin en sí, el dolo directo de segundo grado, el resultado típico es una consecuencia necesaria de los medios elegidos, que deben ser abarcados por la voluntad tanto como el fin mismo y el dolo eventual en el cual pese a querer los medios el resultado es solo tomado en cuenta como posible (Zaffaroni, 2007).

Se concluye entonces que para conformar el aspecto cognoscitivo del dolo en la "estafa de seguro" será imprescindible que el sujeto activo del delito conozca efectivamente que la cosa que incendia o destruye se encuentra asegurada y que el provecho que persigue al incendiarla o destruirla es ilegal.

Desde el aspecto volitivo y de acuerdo a la descripción legal, solo se admite este delito de forma dolosa y con dolo directo de primer grado.

2 – Elemento Subjetivo Distinto del Dolo.

La figura, además, incorpora lo que se conoce como un elemento subjetivo distinto del dolo, que es el aprovechamiento ilegal, si el autor incendia o destruye la cosa asegurada pero no tiene como finalidad la de hacerse para él o para un tercero con un aprovechamiento ilegal (que será el cobro de la indemnización que corresponda) estaremos frente a otro tipo de delito, que podrá ser por ejemplo de daños, pero no estaremos ante una estafa de seguros.

Los elementos subjetivos distintos del dolo son de dos clases, por un lado, se encuentran los *elementos del ánimo*, que son actitudes o expectativas del agente que acompañan su acción y que se manifiestan objetivamente de alguna manera o que, al menos, son incompatibles con la ausencia de ciertos datos objetivos y por el otro los que se conocen como *ultrafinalidades* es decir, tipos en los que se exige que la finalidad tenga una particular

dirección que exceda el tipo objetivo. Son los tipos que exigen un para, con el fin de, con el propósito de, etc (Zaffaroni, 2007)

El tipo penal requiere que el autor incendie o destruya voluntariamente la cosa asegurada, pero además que tenga la intención de procurarse un aprovechamiento ilegal, esta intencionalidad debe estar presente desde antes de que se inicie la acción, ya que si se diera el caso de una persona que incendia su automóvil de forma voluntaria pero que toma conocimiento que el mismo se encontraba asegurado con posterioridad a la comisión del hecho y solo en ese momento se percata de que puede realizar la denuncia la aseguradora y reclamar la correspondiente indemnización ya no estaremos dentro del tipo penal en estudio, es decir, estafa de seguro, sino dentro de la figura de estafa simple, esta distinción es sumamente importante ya que existirá tentativa desde el momento en que se realice el reclamo y se consumará el delito con el pago de la indemnización originado en el engaño al asegurador (Bosch, 1995).

CAPITULO II

LA ESTAFA SIMPLE

SUMARIO: 1. Introducción. 2. La estafa simple. 3 Sujetos. 4 Tipo objetivo. 5. El perjuicio. 6. El ardid y el engaño. 7. Tipo subjetivo.

CAPITULO II “LA ESTAFA SIMPLE”

A – Introducción

La figura penal contenida en el inc. 1° del Art 174 del Código Penal no alcanza a abarcar la gran cantidad de defraudaciones que pueden llevarse a cabo contra un ente asegurador, por lo que a los fines de abarcar otros supuestos debemos recurrir a otro tipo penal, el del Art. 172, que es la figura genérica de la estafa. El artículo mencionado reprime con prisión de un mes a seis años al 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”.

Como se verá más adelante las conductas fraudulentas que se llevan a cabo a los fines de ocasionar un perjuicio a un ente asegurador a través de distintos ardides o engaños no se agotan, ni por asomo, en las conductas típicas de la estafa de seguro.

A saber, se utilizan distintos medios a través de los cuales se pretende hacer nacer, o tornar más gravosa, las condiciones que permitan reclamar indemnizaciones no debidas o mayores de las que hubiese correspondido abonar, nos encontraremos con siniestros de ocurrencia real, pero exagerados en sus consecuencias hasta hechos completamente simulados.

B – Sujetos

1 – Sujeto Activo

En este caso sujeto activo podrá ser cualquiera, ya no es necesario que quien resulta autor sea el beneficiario del seguro o un tercero que procure el provecho ilegal de aquel, por lo que aquí tendremos autores que serán los propios asegurados o beneficiarios o un tercero completamente ajeno a la relación contractual que debe, necesariamente, existir en el caso de la estafa de seguro.

En este caso será sujeto activo quien despliegue una actividad engañosa que induce a un error a una persona (ente asegurador), quien en virtud de ese error, realiza una prestación que resulta perjudicial para un patrimonio (Creus, 2007).

2 – Sujeto Pasivo

Dijimos que sujeto activo puede ser cualquiera, pues bien, no sucede lo mismo con el sujeto pasivo, en este caso debe ser alguien con capacidad psíquica para tener una noción correcta respecto de aquello sobre lo cual lo induce en error el agente, puesto que, de otra manera, no podrá ser engañado en el sentido de la ley. (Creus, 2007)

Es, a esta altura, obvio que el sujeto pasivo deberá ser un ente asegurador, o mejor dicho una persona humana dependiente del mismo ya que, las personas jurídicas en sí mismas no son susceptibles de errar, pues carecen de mente, pero pueden resultar víctimas del perjuicio patrimonial por el error de quienes las representan con facultad de obligar, desobligar o disponer (Fontan Balestra, 2008), entonces será sujeto pasivo, por ejemplo, el empleado de una compañía de seguros quien recibe un reclamo por lesiones, por un siniestro denunciado, junto con el que se presentan certificados médicos de reclamante, en apariencia reales y tras la realización de la correspondiente junta médica aprueba la indemnización solicitada, pese a que si bien se trata de un hecho de ocurrencia real las lesiones son, en realidad simuladas.

C – Tipo Objetivo

A diferencia de lo que vimos en relación al delito de estafa de seguro, en la estafa del art. 172 del Cod. Penal, el medio comisivo se construye sobre la base del verbo defraudar, es una defraudación por fraude que no ataca a la tenencia de las cosas sino a la completividad del patrimonio (Creus, 2007), después de la estafa el patrimonio siempre se verá disminuido y esa disminución se produce cuando el agente provoca el error en el sujeto

pasivo, logrando que este último disponga del bien (indemnizaciones) desconociendo que dicha disposición es en realidad perjudicial.

Entonces lo que caracteriza a este delito será el uso de ardid o engaño por parte del sujeto activo para inducir al error al sujeto pasivo y provocar así una disposición patrimonial perjudicial.

Volviendo al ejemplo dado más arriba, el sujeto activo (reclamante) a través de un ardid (presentación de certificados médicos apócrifos) induce al empleado del ente asegurador para que yerre, haciéndole creer, razonablemente, que resultó lesionado por un siniestro denunciado en tiempo y forma, haciéndose de una indemnización que implicó una disposición patrimonial de la víctima (aseguradora) hacia el agente, siendo esta perjudicial ya que la calidad de “lesionado” se encontraba simulada.

El sujeto pasivo, entonces, dispone voluntariamente en su perjuicio, pero con una voluntad vicia por el error.

1 – El perjuicio

Como ya se dijo y debido a que la estafa es un delito contra la propiedad, la misma requiere que se cause un perjuicio, perjuicio que debe ser apreciable desde el punto de vista patrimonial, efectivo y actual, no basta con que sea potencial.

2 – El ardid y el engaño.

Ahora bien, ya hemos establecido de qué forma se da el perjuicio, ahora veremos cuál es el medio para lograr tal disposición patrimonial perjudicial, pues bien, es el fraude. Este está integrado por las acciones tendientes a simular hechos falsos, disimular los verdaderos, falsear de cualquier moda la verdad, dirigidas al sujeto a quien se pretende engañar con ellas (Creus, 2007).

Estas acciones fraudulentas pueden ser ardid es o engaños. Según la real academia española ardid es un artificio, medio empleado hábil y mañosamente para el logro de algún intento, en otras palabras, nos encontramos frente una maniobra con el fin de engañar. En cuanto al engaño lo define como falta de verdad en lo que se dice, hace, cree, piensa o discurre, engañar es, entonces, mentir.

Son entonces estas maniobras descriptas las que deben suscitar el error en el sujeto pasivo, el engaño o ardid utilizados deben estar orientados a crear un error patrimonialmente relevante, además el medio utilizado debe ser idóneo, por lo que si estos logran el objetivo pretendido no se podrá dudar de la idoneidad

Deberá haber, además, relación de causalidad entre el fraude del agente y el error de la víctima y entre el error y la disposición patrimonial perjudicial.

3 – Consumación y Tentativa

A diferencia de lo que ocurre con la estafa de seguro, en la que el tipo penal específico no requiere que el sujeto pasivo incurra en una disposición patrimonial perjudicial, sino que el delito queda consumado cuando se produce el incendio o la destrucción de la cosa asegurada con la finalidad de un aprovechamiento ilegal, en la estafa simple el delito se consuma cuando se produce el beneficio perseguido por el agente.

Habrá estafa simple siempre que la compañía aseguradora (en este caso) pague efectivamente la indemnización reclamada. La entrega de la cosa es el instante en el que se materializa el menoscabo a la propiedad ajena. Se trata este de un delito de daño efectivo y no de peligro como en el caso visto más arriba.

Se sigue de ello que, para tener por configurado este ilícito, resulta imprescindible acreditar la existencia de un perjuicio patrimonial efectivo sufrido por la víctima, o, cuando menos, que este se ha intentado y no se logró por causas ajenas a la voluntad del autor (por ej., por haberse descubierto la maniobra) (Bosch, 1995).

Entonces en lo que a la tentativa se refiere, en los casos de fraude de seguro, la denuncia de siniestro o la presentación del reclamo ante el ente asegurador por parte del sujeto activo constituirá el comienzo de la ejecución típica de la estafa en grado de tentativa, todos los hechos que se realicen previo a la denuncia o interposición del reclamo aludido serán meros actos preparatorios, quedando el delito consumado con el pago de la indemnización.

D – Tipo Subjetivo

La estafa es un delito doloso e intencionalmente dirigido hacia aquel a quien se persigue defraudar. El conocimiento del autor debe abarcar la relación entre el ardid o el engaño y el error entre este y la disposición patrimonial del mismo engañado o un tercero. De ello resulta que el ardid o engaño deben ser tales, no solo objetivamente, sino también subjetivamente considerados. La acción dolosa supone el propósito de inducir a otro y tal propósito no puede imaginarse en quien ignora la falsedad de la idea que transmite (Fontan Balestra, 2008).

Si bien la figura no requiere la intención de lograr un beneficio indebido, está de acuerdo la doctrina en que el proponerse un beneficio ilegítimo como resultado de la acción estafadora es un requisito subjetivo de ella ya que se trata de una exigencia propia de la noción de defraudación.

CAPITULO III

SEGURO AUTOMOTOR Y ESTAFAS AL SEGURO Y ESTAFAS SIMPLES

SUMARIO: 1. Introducción. 2. El seguro automotor. 3 Coberturas de seguro automotor – riesgos cubiertos. 4 Estafas al seguro y estafas simples más usuales. 5. Fraude organizado y fraude circunstancial. 6. Defraudaciones más usuales. 7.

CAPITULO III “SEGURO AUTOMOTOR. ESTAFAS AL SEGURO Y ESTAFAS SIMPLES MAS USUALES”

1 - INTRODUCCIÓN

Si bien el fraude en los seguros es una práctica harto extendida en todas las ramas, ninguna resulta tan afectada como el ramo automotor.

Las compañías aseguradoras que se dedican al rubro de automóviles deben, especialmente, destinar recursos significativos para prevenir el fraude y eventualmente para paliar las consecuencias del mismo.

Las estafas en materia de seguros se encuentran tan naturalizadas que muchos individuos ni siquiera consideran que se trate de un delito, empleados de las mismas aseguradoras, médicos e incluso profesionales del derecho son parte de la estafa presentando reclamos parcial o completamente falsos una y otra vez sin que se encuentren con consecuencia alguna para sus acciones.

Veremos ahora los componentes básicos de un contrato de seguro automotor, las coberturas más comunes y luego analizaremos los fraudes más frecuentes a través del análisis de algunos casos.

2- EL SEGURO AUTOMOTOR

A – Introducción

Como ya se dijo todo lo concerniente al ámbito de los seguros se encuentra regulado en la Ley 17.418, la misma establece que habrá contrato de seguro cuando el asegurador se obliga, mediante una prima o cotización, a resarcir un daño o cumplir la

prestación convenida si ocurre el evento previsto y, según el Art. 2 de la mencionada norma el contrato de seguro puede tener por objeto toda clase de riesgos si existe interés asegurable, salvo prohibición expresa de la ley.

Cuando hablamos de seguro automotor el objeto de dicho contrato será entonces un automóvil y el riesgo asumido por el asegurador podrá ser de distintas categorías según la clase de póliza que se contrate, cabe destacar que en nuestro país la cobertura de responsabilidad civil contra terceros es obligatoria conforme al Art. 68 de la Ley 24.449 (Ley de tránsito).

B – Coberturas Seguro Automotor – Riesgos Cubiertos

De acuerdo a los riesgos que asuma el asegurador podremos encontrar, por regla general, las siguientes coberturas en todas las compañías aseguradoras.

I – Cobertura A: Cubre daños ocasionados a terceros.

II – Cobertura B: Además de daños a terceros, cubre robo total, incendio total y destrucción total del vehículo por accidente.

III – Cobertura C: Además de daños a terceros, incluye robo total y/o parcial, incendio total y/o parcial y destrucción total del rodado por incendio o por accidente.

IV – Cobertura D: demás de daños a terceros, cubre robo total y/o parcial, incendio total y/o parcial y destrucción total y/o parcial (según franquicia) de un vehículo por incendio o por accidente.

I – Cobertura A

Este tipo de cobertura es la que se conoce vulgarmente como “contra terceros”, es aquella en la que se encuentra amparada la responsabilidad civil.

Según el Art. 109 de la Ley de Seguros el asegurador se obliga a mantener indemne al asegurado por cuanto deba a un tercero en razón de la responsabilidad prevista en el contrato, a consecuencia de un hecho acaecido en el plazo convenido.

Entonces solo quedan amparados aquellos daños, muerte o lesiones que se provoquen por el automóvil asegurado a personas o cosas de terceros, siempre y cuando el contrato se encuentre vigente y no exista causal de rechazo.

II - Cobertura B

Aquí el riesgo cubierto será la responsabilidad civil obligatoria del Art. 68 de la ley de tránsito, más robo total, incendio total y destrucción total.

Se le suma entonces a la cobertura A las coberturas mencionadas precedentemente, en el caso de robo total, el asegurador indemnizará al asegurado por el robo o hurto del vehículo objeto del seguro, para determinar la existencia de robo o hurto, se estará a lo establecido en el Código Penal. Además, se adiciona la cobertura por los daños materiales que sufra el vehículo objeto del seguro por la acción directa o indirecta del fuego; explosión o rayo, aún de cualquier otro agente externo y ajeno al mismo vehículo, ya sea que esté circulando, fuere remolcado, se hallare estacionado al aire libre o bajo techo, o durante su transporte terrestre, fluvial o lacustre. Los daños por incendio enunciados precedentemente incluyen los ocasionados por terceros.

Por último, se cubre la destrucción total del automóvil asegurado por los daños materiales que sufra el vehículo objeto del seguro por vuelco, despeñamiento o inmersión; roce o choque de o con otros vehículos, personas, animales, o cualquier otro agente externo y ajeno al mismo vehículo, ya sea que esté circulando, fuere remolcado, se hallare estacionado al aire libre o bajo techo, o durante su transporte terrestre, fluvial o lacustre. Los daños enunciados precedentemente incluyen los ocasionados por terceros.

Habrá daño total en la medida que el valor de realización de los restos de la unidad siniestrada no supere el 20% del valor de venta al público al contado en plaza del vehículo asegurado, al momento del siniestro.

III - Cobertura C

A las coberturas A y B se adiciona el robo parcial y el incendio parcial, es decir que ya no son necesarios los requisitos del apartado anterior, respecto de que porcentaje del rodado debe haberse incendiado o haber sido sustraído para solicitar la indemnización correspondiente.

IV - Cobertura D:

Se adiciona a las anteriores coberturas la de daño parcial a la cosa asegurada (automóvil), es la cobertura que vulgarmente se conoce como “todo riesgo”, cubriendo responsabilidad civil hacia terceros, robo total y parcial, incendio total y parcial, destrucción total y daños parciales con franquicia, generalmente fija.

Es dable destacar que la franquicia La franquicia es la forma en que las compañías de seguro han encontrado el equilibrio entre reducir el riesgo de siniestro y el interés de los asegurados en pagar lo menos posible por la prima del seguro.

Consiste en un porcentaje o cantidad fija que la aseguradora pacta con el asegurado en el contrato de seguro. En caso de siniestro, la cuantía que la aseguradora no deberá pagar es la establecida por esta cantidad, que deberá ser satisfecha por el asegurado. (Mapfre, s.f.)

3 – ESTAFAS AL SEGURO Y ESTAFAS SIMPLES MAS USUALES

A Introducción

Existen gran diversidad de estafas al seguro y estafas simples, la creatividad humana es de fuente inagotable a la hora de cometer ilícitos, sin embargo, a los fines meramente metodológicos, se pueden agrupar según el tipo de fraude que se cometa.

En los siniestros que se denuncian las compañías aseguradoras suele notarse que hay determinados hechos que, en mayor o menor medida, son los que se denuncian con mayor asiduidad.

A lo dicho anteriormente, debe agregar que existen dos tipos de persona que cometen fraudes contra un ente asegurador, aquel que lo hace de manera asidua e intencional formando parte, muchas veces, de verdaderas organizaciones criminales y quien usualmente no se vería involucrado en un acto doloso de los tipos descriptos en el capítulo anterior, sino que lo hace de manera circunstancial.

No se debe dejar de lado que el fraude contra las aseguradoras no necesariamente es de fuente externa, también puede ser cometido por los mismos empleados, funcionarios o dependientes de las compañías aseguradoras.

B – Fraude organizado y fraude circunstancial

El fraude organizado es aquel que se da cuando un grupo organizado simula deliberadamente un evento o pérdida, o se exageran las pérdidas o daños para procurar obtener un aprovechamiento ilegítimo a través del cobro de la indemnización por parte de la aseguradora.

Estos delitos, debido en parte a la falta de especialización de los organismos judiciales y la escasa relevancia que se le ha dado al tema, son difíciles de demostrar y existen pocas condenas judiciales.

Las organizaciones anteriormente descritas por lo general funcionan a través de la distribución de roles, donde algunos serán las víctimas, otros los testigos, habrá un médico que otorgue certificado para acreditar las supuestas lesiones, en ocasiones, dependiendo de la magnitud del hecho que se pretende simular también se requiere la participación de otro tipo de profesional o funcionario público y un abogado que presente el reclamo, la participación del asegurado en estos hechos no siempre es voluntaria. Lo que aquí se ve es un hecho completamente inventado o provocado deliberadamente.

El provecho económico, suele ir a parar a los bolsillos de los organizadores del hecho que casi nunca son los supuestos damnificados.

De más está decir que la complejidad de los hechos que se denuncian es de lo más variada, habrá fraudes pergeñados con la mayor de las habilidades lo que lo hacen casi indetectable, hasta aquellos sumamente burdos y obvios.

En lo que se refiere al fraude circunstancial, también llamado fraude blando, es aquel que se produce cuando una persona incurre en declaraciones inexactas o falsas al momento de denunciar un siniestro que realmente ha ocurrido, este tipo de defraudación suele ser cometida por persona que no se verían normalmente involucradas en este tipo de hechos, pero la sensación de sentir que no hay consecuencias ni perjudicados directos por sus acciones los alientan a cometer este tipo de hechos-

Un ejemplo claro de fraude circunstancial se daría en el caso en el que un asegurado sufre un accidente de tránsito y como consecuencia de este su vehículo resulta con daños, sin embargo, el rodado presentaba daños pre existentes por un hecho anterior del cual el asegurado no tenía conocimiento, por lo que se “aprovecha” el hecho de real ocurrencia para reclamar una indemnización que no le correspondería en razón de las reales circunstancias del siniestro.

C – Estafas más usuales

Si bien, como ya se dijo, la forma en la que se puede engañar a una aseguradora para hacerse de un provecho indebido son numerosas, a continuación, se agrupan

en cuatro categorías los hechos más comunes en materia de seguros de automóviles, a saber, “autorrobo”, “autoincendio”, simulación de lesiones, hechos enteramente simulados y hechos provocados.

I) Autorrobo

El autorrobo es uno de los fraudes al seguro más usuales, quien denuncia el hecho simulado suele ser el propio asegurado y pueden darse diversos supuestos, aquellos en los que se denuncia la sustracción de la unidad o la de algunas partes de la misma como puede ser las ruedas, la batería u otros elementos.

La tasa de fraude del robo de rueda representa para las compañías un número altísimo. Según estadísticas informadas por CESVI, de los robos de tres o más ruedas, el 30% aproximadamente son hechos de fraude, principalmente auto robos. Se trata asimismo de un fraude que no cuenta con relación alguna con las clases sociales ni la condición económica del asegurado, ya que se han descubierto casos tanto en vehículos de bajo costo como en autos importados y de alta gama. (Álvarez, 2017)

Los motivos por los que se comete esta clase de fraude son de lo más variados, debiéndose hacer la distinción entre los hechos de los denominados circunstanciales o los cometidos por bandas organizadas, en este último el fraude se puede dar desde antes de solicitar la indemnización, al momento de suscribir la póliza, asegurándose, por ejemplo, un vehículo que en realidad no existe.

Los casos de “autorrobo” encuadran dentro del delito tipificado en el Art. 172 del Código Penal, es decir estafa simple.

Veamos el ejemplo de un caso detectado por la compañía aseguradora “Bernardino Rivadavia”, en fecha 15-09-2020 el Sr. M.A.Y denunció ante la mencionada aseguradora que durante la madrugada del día anterior había sufrido la sustracción de las cuatro ruedas de su vehículo marca Fiat Ducato, el cual había quedado estacionado en la vía pública. Posteriormente se determinó a través de fotografías enviadas por el propio asegurado (se realizó análisis sobre las imágenes digitales para obtener los metadatos de las mismas) del vehículo sin ruedas que el hecho en realidad había ocurrido 02-06-2020 fecha en la que el rodado no se encontraba asegurado.

II) Autoincendio

Esta clase de hechos guarda relación con los descriptos en el apartado anterior, pero en lugar de “hacer desaparecer” el vehículo asegurado, se provoca un foco ígneo que resulta con la destrucción de mismo por la acción del fuego. Esta clase de hechos suelen suceder en lugares remotos, con poca circulación de personas, por lo general en zonas rurales y en muchas ocasiones se denuncia, previamente, el robo del automóvil.

Esta clase de hechos encuadra con el tipificado en el Art. 174 inc. 1° del Código Penal, tratándose entonces de una estafa al seguro.

En el mes de Marzo del año 2019 el Sr. M. F. G aseguró un vehículo Renault Clio 2 año 2005 en Seguros Rivadavia. El día 22 de Julio del mismo año denunció que dando un paseo por la zona rural de la localidad de Lucio V. López el rodado se incendió espontáneamente no estando a su alcance la posibilidad de ejercer acción de salvamento debido a las características del lugar en el que se encontraba. Como consecuencia de lo ocurrido el rodado resultó con destrucción total. Tras la intervención del área de prevención de fraude de la mencionada aseguradora se determinó que el rodado se había “fundido” en el año 2018, permaneciendo el mismo en un galpón propiedad del asegurado hasta que el mismo provocó el incendio del rodado con el fin de hacerse de la indemnización correspondiente.

III) Simulación de Lesiones

Aquí lo que claramente se da es una simulación relativa a las lesiones que se reclaman al ente asegurador, dicha simulación puede darse luego de un hecho de ocurrencia real, cuyas consecuencias se exageran o en los casos de siniestros provocados o inventados. La metodología cambia según el caso que se trate, suele haber complicidad de un profesional de la salud que extiende certificado médico de atención en el que deja constancia de diversas lesiones, o casos de reclamantes que efectivamente se encuentran lesionados pero dicha lesión no surge como consecuencia del hecho que se denuncia, sino que es anterior hasta

casos en los que directamente las lesiones han sido provocadas con la finalidad de hacer el reclamo ante la compañía de seguros.

Estas conductas se encuadran dentro de la estafa simple del Art. 172 del Código Penal.

A continuación, se transcribe a modo de ejemplo un caso ocurrido y juzgado en la ciudad de Rosario, que también servirá de ejemplo al momento de explicar los hechos enteramente simulados.

La cuestión se inició en fecha 06 de octubre del año 2011 cuando se presenta en Segurometal la Sra. M. L G a denunciar que su pareja, el Sr. O.A.S había embestido con su motocicleta Yamaha YBR 125 a un hombre de nombre C.D.P que circulaba en bicicleta en la intersección de las calles Pasco y Corrientes de la ciudad de Rosario. Es dable destacar que la motocicleta en cuestión estuvo asegurada en dicha compañía solo por un mes.

Posteriormente presentó reclamo por el hecho en cuestión el abogado F. T del fuero local, para sostener su pretensión acompañó fotocopias certificadas de historia clínica del Hospital de Emergencias Clemente Álvarez, dando cuenta que el día 04 de octubre el Sr. D.C.P. había sido ingresado en dicho nosocomio y que había sido diagnosticado con la fractura de uno de sus brazos.

Para evitar un largo juicio Segurometal suscribió con el abogado un acuerdo conciliatorio por 30 mil pesos en concepto de capital reclamado y 6 mil pesos por honorarios profesionales que le correspondieron al patrocinante.

Una pesquisa encarada por asesores de Segurometal encontraron inconsistencias en cada tramo del caso. D.C.P.. fue ubicado aseguró haber tenido un accidente, pero no en octubre de 2011 sino en abril de ese año, al ser atropellado cuando iba en su bicicleta por Santiago al 1300. Por eso estuvo cuatro días en el Heca, con lesiones varias, entre ellas la fractura del brazo izquierdo. Afirmó que estando internado el abogado F.T. apareció por intermedio de un amigo y se ofreció para tramitar el reclamo. Por esa gestión el abogado inició un pedido de indemnización contra la compañía San Cristóbal aunque luego habría desistido.

Más tarde en Tribunales D.C.P. declaró que empleados de Segurometal le mostraron papeles que señalaban que T. había cobrado por el accidente del 4 de octubre de 2011. Perplejo, dijo que ni lo habían atropellado en esa fecha ni mucho menos había cobrado

un peso. Cuando le mostraron su rúbrica en el recibo indemnizatorio sostuvo: "No firmo así y nunca lo hice". (Capital, 2018)

IV) Hechos simulados

Estos hechos se dan cuando no existió siniestro alguno, tanto la parte asegurada como las víctimas se encuentran en connivencia, con participación de médicos y abogados patrocinantes, estos últimos suelen ser los organizadores.

Por lo general el hecho fraudulento se da de la siguiente forma, se asegura un vehículo en alguna de las aseguradoras del mercado, se espera un tiempo prudencial y denuncian un siniestro con clara culpabilidad del asegurado y con lesiones. Las víctimas suelen concurrir a consultorios privados donde se extienden certificados médicos por lesiones y con todo esto se presenta el reclamo solicitando la correspondiente indemnización.

Esta clase de hechos se encuentran penados por el Art. 172 del Código penal.

En fecha 06 de marzo del año 2020 la compañía aseguradora Rivadavia recibe denuncia administrativa por un siniestro ocurrido en fecha 04-03-2020 por parte del Sr. J.M.E. quien era conductor de un rodado Fiat Palio propiedad de una empresa de la cual era empleado, de acuerdo a las circunstancias del hecho el vehículo asegurado había embestido a una motocicleta en la que circulaban dos personas.

Posteriormente se recibe reclamo por daños materiales y lesiones presentado por la abogada M.Y.

Personal de la mencionada aseguradora se pone en contacto con las supuestas víctimas N.A.A. y M.J.A. quienes les brindan un número telefónico de contacto de su abogado un masculino de nombre H.

El personal de investigaciones designado por la aseguradora se pone en contacto con quien supuestamente era el representante letrado de los reclamantes y este en lugar de atender el teléfono responde a través de un mensaje de texto de una aplicación en cuya foto de perfil se observa al "abogado" parado en la puerta de la empresa asegurada.

Luego, se determina que quien se presentaba como profesional en realidad no lo era sino que el mismo trabajaba para un abogado de nombre M.C. (con antecedentes negativos en distintas aseguradoras) quien a su vez era empleador de la abogada patrocinante, M.Y., lográndose como resultado determinar la ocurrencia no real del hecho denunciado.

V) Hechos provocados.

Situaciones en las que no hay complicidad por parte del asegurado, sino que aquí las supuestas víctimas provocan deliberadamente un accidente de tránsito con la finalidad de realizar un reclamo al ente asegurador. Esta forma de comisión puede verse combinada con la de lesiones provocadas ya que, como suelen ser hechos de poca magnitud no suelen resultar lesionados realmente por lo que, a los fines de engrosar la eventual indemnización pretendida, suelen autolesionarse.

En estos hechos el objetivo suelen ser mujeres que circulan sola o personas de edad avanzada, quienes se encuentran ante un mayor estado de indefensión y suelen intervenir supuestos testigos casuales que hacen de “apretadores” a los fines de que los asegurados brinden sus datos con mayor celeridad sin solicitar los datos de los supuestos damnificados.

Esta clase de hechos son de extrema dificultad probatoria.

Nuevamente aquí nos encontramos en el terreno de las estafas simples del Art. 172 del Código Penal.

A continuación, se describen dos hechos relacionados entre sí que fueron reclamados ante la misma cooperativa de seguros.

En una misma compañía aseguradora se recibe una denuncia administrativa por un hecho ocurrido en la zona sur de la ciudad de Rosario en fecha 18 de febrero del año 2020, en circunstancias en que la asegurada N.P.T circulaba a bordo de su vehículo sola, estando detenida en la intersección de las calles Sarmiento y Regimiento 11, cuando retoma la marcha para tomar calle Regimiento 11 comienza a escuchar gritos provenientes de la una moto que había intentado sobrepasarla por la izquierda, se detiene y toma fotos de la motocicleta, supuestamente siniestrada, de una supuesta constancia de seguro de

motocicleta y datos de los ocupantes de la misma quienes eran los llamados J.L.B. de sexo masculino y N.S.B. de sexo femenino.

Días más tarde reciben otra denuncia de siniestro, esta vez por parte de la asegurada S.M.C. también ocurrida en la zona sur de Rosario y con una forma de ocurrencia muy similar al hecho anteriormente relatado. En este caso, nuevamente, la asegurada tomó fotos de la motocicleta y datos de los ocupantes del rodado, Srs. D.A.O y M.P.P.

En el mes de Julio se reciben reclamos por lesiones para ambos siniestros, en ambos casos las supuestas víctimas se encontraban representadas por la misma abogada M.E.C quien solo reclama lesiones y no brinda dato alguno sobre el rodado en el que los terceros circulaban.

La compañía aseguradora compara las fotografías tomadas por ambas aseguradas y nota que tanto la motocicleta como la documentación exhibida por las supuestas víctimas era la misma.

VI) Otras estafas simples.

Además de los hechos anteriormente mencionados existe toda otra cantidad de hechos fraudulentos, que ingresan dentro del tipo penal, estafa simple, brevemente se pueden mencionar los “cambios de fecha” y “préstamos de póliza”.

En el caso del cambio de fecha lo que ocurre es lo siguiente, o bien el siniestro ocurre antes de la entrada de vigencia de la póliza en cuestión u ocurre cuando la vigencia de la misma se encuentra suspendida, por lo que se altera la fecha y hora de ocurrencia del hecho con, por lo general, la connivencia del damnificado.

Otra situación diferente es la del préstamo de póliza, aquí el vehículo asegurado no se ha visto involucrado en accidente de tránsito, sino que simplemente se “presta” a denunciar un evento de ocurrencia no real para que el damnificado pueda hacerse de una indemnización. Esta clase de eventos suele darse entre amigos, familiares o conocidos, aunque esto no es siempre así, ya que en ocasiones el asegurado recibe una contraprestación por su “préstamo”.

CAPITULO IV

COMO PREVENIR EL FRAUDE EN LOS SEGUROS

SUMARIO: 1. Introducción. 2. Resolución n° 38477 SSN. 3 Algunas consideraciones sobre la Rs. 38477. Herramientas para prevenir el fraude.

CAPITULO IV: “CÓMO PREVENIR EL FRAUDE EN LOS SEGUROS”

1 -INTRODUCCIÓN

Hasta aquí se ha caracterizado a los delitos de estafa y estafa de seguro, haciendo un análisis pormenorizado de los mismos y luego se ha pretendido acercar dichos conceptos a la realidad agrupando los fraudes que con mayor asiduidad se ven en el mercado asegurador incluyendo ejemplos de casos reales.

Se ha visto como todos estos hechos aumentan considerablemente la siniestralidad, lo que provoca, inexorablemente, un aumento en las primas de los seguros, aumento que es soportado por el bolsillo de todos los asegurados independientemente de sus antecedentes.

Para disminuir la siniestralidad se debe, si o si, combatir el fraude. Pues bien, con saber qué debemos hacer no es suficiente, además es necesario conocer cómo hacerlo.

2 – RESOLUCION N° 38.477 DE LA SSN

En el mes de Julio del año 2014 la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN) emitió la resolución N° 38.477 sobre normas, procedimientos y controles internos para combatir el fraude, la misma insta a todas las entidades aseguradoras del país a aprobar lo que se conoce como manual antifraude en el mismo se contendrán las normas sobre políticas procedimientos y controles internos para combatir el fraude y a estas normas deberán, obligatoriamente, ajustarse.

La citada resolución contiene normas de carácter mínimo y obligatorio, las entidades deberán complementarlas en funcionan las distintas coberturas que ofrezcan, en la medida de su extensión o complejidad, con el propósito de conformar un ambiente de control conducente para combatir el fraude en el sector seguros, que se corresponda con la naturaleza de sus actividades, propios parámetros y prácticas (SSN, Resolución 38.477, 2014).

En su Art. 3 se establece que las entidades aseguradoras deberán adoptar una política para combatir el fraude que como mínimo, observe los siguientes aspectos:

a) La elaboración de un manual que contemple los mecanismos y procedimientos para luchar contra el fraude de seguros.

b) La designación de un responsable de contacto que deberá adecuarse a los recaudos previstos en el Artículo 2º, párrafo segundo, de la presente Resolución.

c) La elaboración de una memoria de casos investigados por sospecha de fraude de seguros, en la que se registre 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. Querella 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.

d) Determinación de un programa de verificación de cumplimiento de las políticas y procedimientos acorde al manual elaborado por la entidad para luchar contra el fraude, indicando periodicidad, modalidades y consecuentes informes, incluyendo un régimen de recomendaciones y acciones de seguimiento frente a desvíos significativos.

e) Régimen específico para la contratación del personal que garantice su idoneidad y probidad, y un plan de capacitación continua para todos los empleados y funcionarios de la entidad, incluyendo los niveles ejecutivos y gerenciales.

f) Si la entidad opera con intermediadores o agentes institorios, deberá proporcionarles 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.

A – Algunas consideraciones sobre la Res. 38.477

Cuando la norma fue dictada provocó que lo que era un mero procedimiento que llevaban a cabo algunas aseguradoras, se convierta en una verdadera política corporativa generalizada a los fines de lograr, a través del control interno y la prevención, que se minimicen los riesgos de fraude.

A través de la mencionada resolución se pretende ejercer no solo un control hacia afuera, sino también interno, el fraude no llega a la puerta de una compañía de seguros solo a través de asegurados y terceros, en ocasiones, más de las que suponemos, se gesta directamente en sus oficinas, a través del obrar de empleados o dependientes, como en el caso de los productores asesores de seguros, desleales, quienes aprovechando el conocimiento sobre el manejo del ente asegurador cometen (o ayudan a cometer) fraude contra el mismo.

Entonces el objetivo es combatir el fraude en su conjunto, involucrando a todos los actores del sector para lograr combatirlo.

3 – HERRAMIENTAS PARA PREVENIR EL FRAUDE

Ahora bien, la SSN emitió la resolución 38.477 con el objetivo de prevenir el fraude, las compañías aseguradoras debieron elaborar un manual antifraude y ajustar sus funcionamientos internos al mismo, pero ¿de qué manera se materializa todo esto en la práctica?

Por un lado, se encuentra la capacitación que las empresas deben brindarle a sus empleados a los fines de que estos puedan reconocer distintos indicadores o indicios de que podrían estar frente a un siniestro fraudulento.

Son importantes, también, las acciones de disuasión y prevención que deben difundirse a todos los tomadores y asegurados, a quienes deberá advertirse sobre, por ejemplo, los siguientes puntos:

- Nunca firmar en blanco formularios de reclamos o denuncias de siniestros.
- Nunca aceptar dinero, o suscribir documentos o acordar apoderamientos cuyos alcances y efectos no comprendan, como tampoco reconocer hechos que no han sucedido.
- No modificar el estado de las cosas dañadas por el siniestro (con excepción de la obligación de salvamento) como tampoco exagerar fraudulentamente

los daños; emplear pruebas falsas; o proporcionar información complementaria falsa

- Nunca cooperar en la realización de una maniobra de fraude.
- Nunca 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.
- Procurar obtener datos de testigos reales y documentar, acorde a sus posibilidades, las circunstancias del siniestro, mediante fotografías, filmaciones, etc. para evitar que aquéllas sean distorsionadas en su contra.
- Formular la denuncia del siniestro en tiempo y forma (3 días desde acontecido el hecho).

A-La previa

Una de las formas más eficaces a la hora de prevenir la mayoría de los siniestros que se denuncian es a través de lo que se conoce como “previa”, esta consiste en la revisión pormenorizada de la cosa que será objeto del contrato de seguros, como en el caso de los automotores.

Ya sea que quien concurre a asegurar un automóvil o una moto lo haga de forma directa en la aseguradora o a través de uno de sus productores asesores, en cualquiera de los casos se deberá realizar una inspección del bien mueble registrable de que se trate, tomar los números de chasis y motor y tomar fotografías, con la finalidad de determinar en primer lugar que el rodado existe, en segundo lugar que coinciden los datos del mismo con los de la cedula de identificación del vehículo y por último el estado en el que se encuentra al momento de asegurar.

B - Sistema Sofía Cesvi Argentina

El sistema “Sofía” es un software diseñado por Cesvi, permite detectar indicadores de fraude a las aseguradoras mediante el procesamiento de las pólizas y de la totalidad de los siniestros de más del 60% del mercado asegurado, opera mediante una plataforma online, realizando cruces de información para generar indicadores de fraude entre las bases y otros productos diseñados por Cesvi.

Si una aseguradora se encuentra asociada podrá visualizar a través del número de dominio de un vehículo o el DNI de una persona información de importancia vital como por ejemplo si tiene pólizas vigentes, en cuyo caso en qué compañía, si ha tenido siniestros, si en estos hechos actuó como asegurado o tercero, si se realizó reclamo, etc.

Es dable destacar que debido al tratamiento que se le brinda a la información contenida en dicha base datos no se transgreden normas relativas a la privacidad y difusión de datos personales.

C – Investigación de Siniestros.

Otra herramienta con la que cuentan las compañías aseguradoras es la posibilidad de tercerizar la investigación de siniestros a través de estudios de investigación y liquidación.

En primer término y a través de un análisis interno la aseguradora determina si un hecho es de dudosa ocurrencia, luego puede decir si se le brinda un tratamiento por parte de sus empleados o en su defecto se lo remite a un estudio liquidador el cual realizará la correspondiente investigación de los hechos a los fines de determinar si el mismo ocurrió tal y como fue denunciado o si, efectivamente, se trata de un fraude.

En caso de que el estudio contratado determine que se está ante un hecho fraudulento el mismo podrá, de acuerdo a lo que requiera la aseguradora, procurar obtener el desistimiento del reclamo o de la denuncia administrativa o, si cuenta con pruebas suficientes, remitirá las mismas para que la compañía aseguradora rechace el siniestro de acuerdo a la normativa vigente, esta última podrá también realizar la correspondiente denuncia penal por estafa o estafa a los seguros según el tipo penal de que se trate.

Dentro del marco de las investigaciones de siniestros la aseguradora, sus dependientes o personal designado por la misma deberá, a los fines de determinar las reales circunstancias del hecho cuestionado, entrevistar al asegurado, a testigos, si los hubiese, a anteriores propietarios de los vehículos intervinientes, inspeccionarlos, peritar daños, visitar el lugar del siniestro, realizar consultas en distintas dependencias públicas o privadas como comisarías, hospitales, clínicas, municipalidades, etc, también deberá solicitar imágenes de cámaras de seguridad, o realizar cualquier otra diligencia que pudiera surgir.

1 – Dificultades para llevar a cabo una correcta investigación.

Pese a los esfuerzos que se destinan en la lucha antifraude, lo cierto es que las dificultades y trabas con las que una aseguradora suele encontrarse son numerosas.

En nuestros días el uso de cámaras de seguridad por parte del estado con supuestos fines preventivos, se encuentra generalizada, es relativamente sencillo, especialmente en las grandes ciudades, encontrar cámaras de seguridad, por lo que determinar si un accidente de tránsito ocurrió o no en una intersección en las que se encuentran instaladas no debería revestir mayores inconvenientes, sin embargo para una aseguradora es imposible lograr acceder a dichos registros, de la única forma en que pueden obtenerse es a través de un oficio judicial, lo que no hace la tarea más sencillo, sino muy por el contrario lo transforma en algo imposible, ya que debido a la características de dichas cámaras, poseen un disco duro 1 TB y con el modo de registro continuo (24 horas) permiten almacenar imágenes por un lapso aproximado de tan solo 20 o 25 días.

Otro inconveniente común es la imposibilidad de acceder a ciertos registros que se encuentran en poder de instituciones públicas como es el caso de las licencias de

conducir. De acuerdo al Art. 56 de la Ley de Seguros el asegurador tiene un plazo de 30 días para expedirse respecto al siniestro, la omisión de pronunciarse es considerada aceptación, por lo tanto, si un asegurado omite hacer entrega de su registro de conducir con diferentes excusas, ya que no lo posee, dilatando los tiempos con la finalidad de que se cumpla el plazo de ley, al ente asegurador no le quedará más remido que aceptar el siniestro. De solicitarse copia de registro de conducir a cualquiera de las comunas o municipios de la provincia, dicha solicitud tiene una demora considerable, no menor a los quince días, siempre y cuando acepten la solicitud y acepten responderla, pero esto no es lo único a considerar, sino, que además las respuestas suelen darse de manera verbal, lo que no le es útil a una aseguradora para poder rechazar el siniestro.

Se suscita también la dificultad para poder consultar los ingresos a los nosocomios públicos, la asistencia de los servicios de emergencia, los informes de la intervención de bomberos e intervención policial. Aquí los inconvenientes son de distinta índole y merecen ser analizados separadamente.

Ingresos a nosocomios públicos: Sin necesidad de invadir el ámbito privado de un paciente, ni requerir información personal sensible, es en extremo necesario que la compañía aseguradora pueda acceder a conocer si un tercero que se presenta a reclamar fue atendido o no en la institución donde refiere haberlo hecho, ya que son numerosos los casos en los que se presentan certificados médicos o historias clínicas apócrifas.

Asistencia de los servicios de emergencia: Otra información que es de suma importancia es la proveniente de los servicios de emergencia, en reiteradísimas ocasiones se presentan reclamos y se alega que al lugar acudió ambulancia, sin embargo, no se acredita dicha información con documentación alguna o se lo hace con, nuevamente, con certificados o constancias de atención falsificadas. Si desde la seguradora se pudieran lograr el acceso a datos que permitan determinar si el servicio de emergencias se hizo efectivamente presente, a qué hora, cuáles fueron las circunstancias del hecho, a quienes se atendió, si se realizó alcoholemia, etc, posibilitaría la detección de varios fraudes.

Intervención de bomberos e intervención de personal policial: En cuanto a los bomberos, ya sean voluntarios como zapadores, estos solo acceden a informar, en algunos casos, si asistieron al lugar, pero no brindan mayores datos, solo remiten mayor información

a través de un oficio judicial. Misma consideración debe realizarse en relación a la intervención policial.

Por lo expuesto, entonces es necesario reflexionar respecto al rol que ocupa el estado en lo que a fraude a los seguros se refiere, si se piensa en la cantidad de trabas y dificultades que se le impone a una aseguradora por parte de los organismos del estado para acceder a información de gran importancia para nada menos que, detectar un ilícito, no podemos hacer otra cosa que concluir en que existe cierta complicidad por parte del mismo para facilitar la comisión de hechos defraudatorios.

C- El desistimiento

Cuando una compañía aseguradora logra determinar que un hecho es simulado o ha sido exagerado en sus consecuencias, ya sea que se llegue a esa conclusión por la investigación realizada por el estudio liquidador o por la intervención de algún empleado de la misma, un recurso muy utilizado por estas a los fines de darle un cierre al siniestro, es el del *desistimiento*.

El desistimiento es un documento, por lo general pre impreso, en el que constan los datos del hecho y el motivo por el cual, quien lo suscribe, decide desistir.

El referido documento, es utilizado por las aseguradoras para poder dar por terminado un reclamo ya sea porque el tercero ha desistido de reclamar o el asegurado a desistido de la denuncia realizada oportunamente.

Cuando un supuesto damnificado o el asegurado desisten, reconociendo la causal de tal decisión, no hacen otra cosa que poner de manifiesto la tentativa de estafa o la consumación de una estafa al seguro, en aquellos casos contemplados por el Art. 174 inc 1° del código penal, sin embargo, las compañías aseguradoras lejos de recurrir a la justicia para denunciar el ilícito del que resultaron “víctimas”, optan por no hacerlo.

D – La rescisión unilateral de póliza

Otra herramienta utilizada por las aseguradoras a la hora de prevenir el fraude es la rescisión unilateral de póliza, la misma se encuentra regulada en el Art. 18 de ley de seguros y esta refiere que cualquier de las partes podrá rescindir el contrato en cualquier momento y sin expresión de causa.

Suele darse el caso en el que ente asegurador tiene indicios suficientes para creer que el asegurado ha incurrido en fraude, sin embargo estos no son suficientes ni para recurrir a la justicia, ni para rechazar el siniestro, por lo que se le brinda la cobertura solicitada y con posterioridad se rescinde el contrato de seguro, de esta forma se evita que esta persona vuelva a cometer fraude contra dicha empresa.

E – El rechazo

Todas las pólizas de seguro cuentan entre sus cláusulas con las denominadas, exclusiones de cobertura, las que establecen entre otras cuestiones que si el riesgo fue producido o agravado por culpa grave del asegurado no brindaran la cobertura contratada, en otras palabras, rechazará el siniestro.

Algunas causas de exclusión son las siguientes: falta de pago de las primas, falta de licencia de conducir habilitante, circular en contramano, exceder el límite de velocidad de manera grosera, utilizar el vehículo con un fin distinto al declarado, conducir bajo el efecto del alcohol u estupefacientes, no declarar GNC, etc.

Por lo tanto, si la aseguradora detecta que un asegurado ha omitido, dolosamente, informar cualquiera de las circunstancias descriptas anteriormente se encuentra facultado para rechazar el siniestro, siempre y cuando no haya transcurrido el plazo estipulado en el art 56 de la citada norma, plazo de 30 días, prorrogable por 30 más, por lo tanto, la celeridad con la que el ente asegurador pueda realizar todas las diligencias necesarias para poder expedirse es crucial.

F – Las Redes Sociales

Otra herramienta que se transformó en sorprendentemente útil durante los últimos años para la detección del fraude han sido las redes sociales.

Las personas, en general, suelen volcar todos los menesteres de su vida en Internet y especialmente las redes sociales.

Los mismos usuarios realizan publicaciones constantes de fotos y videos que incluyen variados acontecimientos de su vida privada, a los que, de otra manera, no podría acceder una aseguradora.

Además, las personas utilizan las redes justamente para socializar. Se trata de fenómenos de gran recepción en la vida de gran parte de las personas, pues permiten la vinculación e interacción sin necesidad de la presencia física.

El límite entre lo público y lo privado es cada vez más insignificante, lo que ha resultado ventajoso en la lucha antifraude.

CAPITULO V

PROPUESTA DE INCORPORACION DE UN SISTEMA INTEGRADO ENTRE LAS ASEGURADORAS Y SERVCIOS DEL ESTADO

SUMARIO: 1. Propuesta. 2. Conclusiones finales.

CAPITULO V: PROPUESTA DE INCORPORACIÓN DE UN SISTEMA INTEGRADO ENTRE LAS ASEGURADORAS Y SERVICIOS DEL ESTADO A LOS FINES DE PREVENIR EL FRAUDE

Para concluir este trabajo, el cual tuvo como objetivo no solo realizar un análisis de los delitos de estafa a los seguros y estafas simples, sino también exponer las dificultades a las que se enfrentan las aseguradoras al momento de luchar contra el fraude.

Como ya se dijo las empresas se encuentran con varios obstáculos a la hora de realizar la investigación de un siniestro, si bien poco se puede hacer respecto a algunas cuestiones, otras serían de sencilla solución si se lograra un trabajo articulado entre las aseguradoras y el estado municipal, provincial o nacional.

De la misma forma que cualquier persona puede consultar a través de la administración provincial de impuestos (API) si determinado vehículo posee o no deudas de patente o hacer lo mismo a través de la página de la municipalidad de Rosario en lo que respecta a las multas realizadas a personas o automóviles, debería ser posible para, al menos, el ente asegurador, consultar si determinada persona se encuentra, o no, habilitada para conducir de acuerdo a las normativas vigentes. Dicho sistema deberá ser articulado de manera tal que no sea posible consultar datos personales ni invadir la privacidad de quien se trate.

Se propone que el mismo funcione de la siguiente manera, a cada una de las compañías aseguradoras se le brindará un nombre de usuario y de contraseña la cual será usada por un número limitado de empleados, teniendo en cuenta la cantidad de pólizas emitidas por la empresa, este o estos empleados deberán estar correctamente identificados en el sistema de manera tal, que si se realiza un uso indebido de los datos e información allí contenidos se pueda identificar rápidamente al responsable.

El sistema deberá ser financiado con un aporte por parte de cada una de las compañías aseguradoras que deseen participar, de forma tal que el mismo no resulte en un gasto para el estado.

Además, se propone la coordinación entre empleado o empleados de las aseguradoras que integran el mercado con pólizas vigentes en la ciudad de Rosario y el Centro Integrado de Operaciones Rosario (CIOR) a los fines de que se logre obtener de manera rápida las imágenes de videovigilancia en los casos de siniestros de dudosa ocurrencia o de controvertida responsabilidad.

Funcionaría de la siguiente forma, se designará a uno o varios empleados de las aseguradoras para que tengan contacto directo con funcionario del CIOR a los fines de que se le puedan solicitar las imágenes del accidente de tránsito de que se trata, en caso de que en el lugar haya instaladas cámaras de videovigilancia.

Si el sistema requiere para su puesta en marcha de recursos, los mismos deberán ser aportados por las entidades aseguradoras que deseen participar.

En caso de un mal uso de las imágenes obtenidas o estas se difundirán deberá hacerse responsable la compañía aseguradora de donde ha surgido la filtración.

CONCLUSIONES FINALES

El fraude a los seguros de automóviles a menudo es visto como un delito sin víctimas, se asume que la aseguradora debe pagar porque puede hacerlo, sin embargo, lo cierto es que, a mayor siniestralidad, mayor necesidad de recursos y estos recursos se obtienen a través del aumento de las primas, es decir de las cuotas del seguro.

Cuando una compañía de seguros posee una alta siniestralidad, sin duda poseerá un alto porcentaje de fraudes, porcentaje que se ve acrecentado en lo que respecta a los seguros de automóviles.

Si bien desde la SSN se han realizado esfuerzos por luchar contra el fraude y las empresas de seguros destinan amplios recursos en lo mismo, lo cierto es que los casos de fraude que resultan judicializados son escasos y mucho más escasos son aquellos que tienen como resultado final una condena penal.

Resulta menester lograr las condiciones necesarias para que aseguradoras logren luchar contra el fraude de modo tal que esto impacte de manera positiva en sus finanzas y se evite el aumento de las primas por el excesivo gasto que les significa el fraude, o en el peor de los casos que la empresa ingrese en proceso de liquidación por imposibilidad de hacer frente al pago de las indemnizaciones debidas.

No es imposible lograr la cooperación por parte de los distintos niveles del estado, solo es necesario un poco de voluntad, los recursos para lograr tal coordinación deberían salir de las mismas aseguradoras, y estas no deberían ver a esto como un gasto sino como una inversión.

Obtener pruebas fehacientes que permitan, no solo el no abonar indemnizaciones indebidas, sino también lograr condenas penales en contra de ciertos actores que desde años viven de cometer fraudes, perdiendo de vista que la verdadera damnificada no es la empresa, sino la sociedad toda.

Referencias

1. Bibliografía

- 1) Alonso Diego Andrés - Gramblicka, E. (2018). *Compliance en el ámbito de los seguros*. Thompson Reuters.
- 2) Álvarez, D. G. (2017). *El robo de ruedas es número uno en el ranking de fraudes a las compañías en “Revista Digital Informes operadores de Mercado”* url.: <http://www.informeoperadores.com.ar>
- 3) Bosch, F. (1995). *El delito de estafa de Seguro*. Hamurabbi.
- 4) Creus, C./. (2007). *Derecho Penal parte especial*. Ciudad de Buenos Aires: Astrea.
- 5) Fontan Balestra, C. (2008). *Derecho Penal Parte Especial*. Buenos Aires: Abeledo Perrot.
- 6) Traverso A.E. (2014) “*Los indicios y presunciones en el Seguro y en el delito de estafa al seguro*”. *Revista Digital “El Seguro en Acción”*. url.: <https://www.elseguroenaccion.com/>
- 7) Núñez, R. (1999). *Manual de Derecho Penal*. Editora Córdoba.
- 8) SSN. (2019). *Evolución del mercado asegurador*.
- 9) Zaffaroni, R. (2007). *Manual de Derecho Penal Parte General*. Buenos Aires. Ediar.

2. Legislación

- 1) *Código Penal de la República Argentina Arts. 172 y 174 inc 1°*
- 2) *Código Civil y Comercial de la República Argentina*.
- 3) *Ley de Seguros n° 17.418 Argentina, 30 de Agosto de 1967*
- 4) *Ley de Entidades de seguros y su control n° 20.091 Argentina, 11 de enero de 1973*
- 5) *Ley de Régimen de productores asesores de seguros n° 22.400 Argentina, 11 de febrero de 1981*

6) *Resolución n° 38.477 de la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN) Argentina,
11 de Julio de 2014*

Índice

Resumen.....	3
Marco teórico.....	4
El estado de la cuestión.....	5
Justificación.....	6
Objetivos.....	7

CAPITULO PRIMERO

La estafa de seguros.....	8
Sujeto activo.....	9
Sujeto pasivo.....	10
Acciones típicas.....	11
Objeto.....	12
Consumación.....	13
Tentativa.....	14
El dolo.....	14
Elemento subjetivo distinto del dolo.....	15

CAPITULO SEGUNDO

La estafa simple.....	18
Sujeto activo.....	18
Sujeto pasivo.....	19
Tipo objetivo.....	19

El perjuicio.....	20
El ardid y el engaño.....	20
Consumación y tentativa.....	21
Tipo subjetivo.....	22

CAPITULO TERCERO

Seguro automotor. Estafas al seguro y estafas simples más usuales.....	24
Introducción.....	24
El seguro automotor.....	24
Coberturas de seguro automotor. Riesgos cubiertos.....	25
Cobertura A.....	25
Cobertura B.....	26
Cobertura C.....	27
Cobertura D.....	27
Estafas al seguro y estafas simples más usuales.....	28
Fraude organizado y fraude circunstancial.....	28
Estafas más usuales.....	29
Autorrobo.....	30
Autoincendio.....	31
Simulación de lesiones.....	33
Hechos simulados.....	34
Hechos provocados.....	35
Otras estafas simples.....	35

CAPITULO IV

Compro prevenir el fraude en los seguros.....	37
---	----

Introducción.....	37
Resolución n° 38.477 SSN.....	37
Algunas consideraciones sobre la Res n° 38.477.....	40
Herramienta para prevenir el fraude.....	41
La previa.....	42
Sistema “Sofía” Cesvi Argentina.....	43
La investigación de siniestros.....	43
Dificultad para llevar a cabo una investigación.....	44
El desistimiento.....	46
La rescisión unilateral de póliza.....	47
El rechazo.....	47
Las redes sociales.....	48

CAPITULO V

Propuesta.....	50
Conclusiones finales.....	52

REFERENCIAS

Bibliografía.....	53
Legislación.....	53