

¿Qué es el fraude de seguros?

En esencia, el fraude es un engaño intencional o tergiversación que un individuo o entidad hace, sabiendo que la misma podría dar lugar a la recepción de un beneficio no autorizado, no cubierto, de los hechos que rodean a una determinada circunstancia. En el fraude de seguros, el "beneficio no autorizado" por lo general es el dinero o el control del dinero sobre el cual el reclamante no tiene derecho.

¿Cuáles son algunos ejemplos de fraude de seguros?

- Presentar reclamos por siniestros falsos.
- La facturación de servicios que no se otorgaron, que no están cubiertos, o por importes más costosos que los previstos.
- Magnificación de daños.
- Alterar la fecha del siniestro para que quede dentro del período de cobertura.
- Presentación de documentación adulterada.
- Alterar certificados de cobertura y/o emitir contratos nulos.

¿Cómo afecta el fraude en los asegurados?

Como resultado del fraude en seguros, la industria de seguro se ve afectada directamente. Los distintos agentes de la misma, como ser: asegurados, aseguradoras, tomadores, beneficiarios, intermediarios y otros proveedores, se verán asumiendo:

- Primas más altas.
- Aumento de costo de distintos bienes ya que el perjuicio económico generado por el fraude se traslada a la sociedad.
- Pérdidas financieras en las compañías de seguro a consecuencia de reclamaciones fraudulentas que impactan en los costos, la oferta de coberturas y la cantidad de competidores en el mercado.
- La pérdida de acceso a la cobertura o disminución de los beneficios de las mismas.

El fraude que se dirige contra el asegurador causa daños a toda la comunidad, incide en los costos de las primas, y ocurre cuando las personas engañan a la compañía (y/o al productor asesor de seguros) para cobrar dinero u obtener alguna otra ventaja a la que no tiene derecho. Recuerde que 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.

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.

Seguros Médicos S.A. está comprometido con prevenir y/o disminuir las consecuencias que el fraude tiene para el mercado asegurador, la sociedad en general y la entidad en particular. El costo que implica para las compañías de seguros y para la sociedad no solo se representa en la pérdida monetaria por un hecho fraudulento, sino también en la adopción de mecanismo de auditoría y detección, teniendo en cuenta que dicho costo podría ser transferido al valor de la prima, el consumidor honesto es quien asume ese sobrecosto y se convierte también en una víctima del delito. Por lo tanto la lucha contra el fraude se ha convertido en uno de los principales retos de la industria aseguradora mundial y Seguros Medicos S.A. no está ajeno a este desafío.