

LA PELIGROSIDAD DEL CONCEPTO DE PEQUEÑO FRAUDE

Se ha vuelto un preocupante lugar común el encontrar en casi cualquier tipo de reclamación ante las aseguradoras, algún nivel de intento de fraude. En los próximos números del Boletín nos referiremos a los más comunes, con el propósito de alertar a las compañías de seguros y a los ajustadores, sobre el incremento de esta modalidad delictiva. Sobre sus razones y estrategias de combate nos extenderemos más adelante.

I. Incremento artificial de las pérdidas o daños sufridos.

Este es el tipo más común de fraude, hasta el punto de haber sido dejado de considerarse como tal por aseguradores, ajustadores y autoridades. Cuando se trata de asegurados, no de terceros afectados, el reclamante se encuentra en la mejor posición para informar a la aseguradora acerca del valor de sus bienes, tanto al momento de asegurarlos, como en el proceso de reclamación. Puede afirmarse que se ha vuelto una práctica generalizada el incremento del valor de los bienes

perdidos o dañados, con el propósito de obtener una indemnización superior a la pérdida por la cual se reclama.

En los reclamos presentados por pérdidas amparadas bajo los seguros de Incendio, Sustracción o en las pólizas modulares de "todo riesgo", se ha vuelto común hallar facturas o cotizaciones falsas, amañadas o infladas; entregadas de manera consciente y voluntaria por empresas o personas naturales, con el propósito de defraudar a las aseguradoras. Cuando los ajustadores ponen en evidencia tales situaciones, deben proceder a recomendar la objeción de la **totalidad** del reclamo, no solo de la parte falsa. Ello produce airadas protestas de los reclamantes, quienes alegan que sólo se les retire de su reclamo la parte ilegal. Ignoran que las condiciones de los contratos de seguro establecen que cualquier intento de fraude produce la nulidad total del reclamo, no solo de la parte fraudulenta.

La compañía aseguradora tiene el derecho, y el deber, de objetar de manera formal y completa cualquier reclamación, cuando se compruebe lo siguiente:

- El incremento artificial de la reclamación.
- La falsedad de los documentos o declaraciones de soporte del reclamo.

Resulta indispensable poder probar que el incremento artificial es consciente y deliberado por parte del asegurado. En un reciente caso, una empresa presentó reclamo por el daño de un computador, solicitando le fuese indemnizado por el valor de compra del mismo. En las labores de ajuste de pudo determinar que el precio de un equipo nuevo era casi la mitad del valor que se estaba reclamando. Sin embargo, en este caso no se debió a un intento de fraude por parte del asegurado, sino a una rebaja en los precios del mercado, debida al abaratamiento de estos equipos. Por el contrario, en el caso de una persona que reclama la suma de \$ 5.000.000, por el hurto de una pintura que tenía en su casa, acompañada de una supuesta cotización, hallamos que dicha obra de arte no cuesta más de \$ 200.000, según lo certificó el propio artista. Aquí sí hay intento de engañar, y la aseguradora debería, no solo objetar la reclamación en su totalidad, sino denunciar el intento de fraude ante las autoridades competentes.

Mucho más difícil aun es el hallar pruebas de incremento artificial de reclamos, cuando se trata de lesiones personales. Un alto porcentaje de los reclamos por

lesiones o incapacidades contienen pretensiones exageradas de dinero. En este tipo de fraude intervienen asesores de seguros y abogados deshonestos, quienes fomentan falsas expectativas en sus clientes, alentándolos a presentar enormes demandas de dinero, con la promesa de una fácil y jugosa indemnización. Muchas veces, las comisiones de estos abogados superan el 30% de los valores reclamados. En el siguiente número nos extenderemos sobre este tipo de fraude.

Si Usted conoce algún esquema de defraudación parecido, por favor escríbanos a nuestro e-mail

asr@epm.net.co