

Fraude de seguro por indemnización laboral: es real

A continuación se incluye un ejemplo de declaración de política que puede personalizarse en función de sus necesidades y capacidades empresariales.

El fraude de seguro por indemnización laboral es real y le cuesta a la industria una cantidad estimada de 7,5 mil millones de dólares al año, según la Oficina Nacional de Fraudes de Seguro (NICB, por sus siglas en inglés). Este coste se traslada a los asegurados en forma de primas de seguro más caras, pérdida de empleo e ingresos, salarios y prestaciones inferiores y un mayor coste de bienes y servicios.

Las Aseguradoras CopperPoint ejercitan activamente acciones penales contra todos los sospechosos involucrados en el fraude de seguro por indemnización laboral.

La NICB caracteriza el fraude de seguro por indemnización laboral como el “segmento con mayor crecimiento en el ámbito de los fraudes de seguro” en el país.

La NICB también señala que los que cometen fraude de seguro por indemnización laboral pueden ser desde grupos de crimen organizado, médicos, abogados y empresarios hasta empleados y personas corrientes.

En general, existen tres tipos de fraude de seguro por indemnización laboral:

- **Fraude del demandante:** lesiones falsas o exageradas: lesiones que no se produjeron en el trabajo o personas que reciben prestaciones por indemnización laboral mientras trabajan por cuenta propia o por cuenta ajena “cobrando en negro”.
- **Fraude de la prima del seguro:** tiene que ver con clasificar erróneamente las categorías de empleados (dar de alta a los obreros como administrativos, por ejemplo), no declarar el total de las nóminas, manipular la calificación de riesgo o contratar de forma indebida a autónomos o empresas de arrendamiento de empleados.

- **Fraude del proveedor:** en el que se involucran médicos, abogados, hospitales, clínicas y farmacias, así como empresas y proveedores de equipos médicos duraderos, representantes farmacéuticos y laboratorios de ensayos médicos.

En el fraude del proveedor se incluyen prácticas como la sobrefacturación o facturar tratamientos o servicios que nunca se realizaron, o derivar a los pacientes a otros médicos para que reciban tratamientos innecesarios.

El fraude del demandante, que representa en torno a un 20% de todas las demandas de indemnización laboral, tiene un gran impacto en el empleador, resultando en:

1. un aumento de los siniestros en el expediente de la empresa;
2. un posible aumento de la prima del seguro por indemnización laboral de la empresa;
3. un incremento de los costes que podría impactar en los ingresos netos de la empresa, lo cual podría desembocar en un aumento de precios, recorte de salarios o despido de trabajadores, por ejemplo.

Qué hace CopperPoint para combatir el fraude

CopperPoint pretende proteger a los asegurados (y a todo el mundo) de los efectos del fraude de seguro por indemnización laboral. Nuestros empleados están capacitados para detectar potenciales infracciones y para asistir a nuestro departamento legal cuando se da un supuesto caso.

La Unidad de Investigaciones Especiales de CopperPoint recoge pruebas y las remite al Departamento de Seguros (DOI, por sus siglas en inglés).

El fraude de seguro por indemnización laboral es un delito. Si un acusado es declarado culpable, las sentencias podrán incluir sanciones económicas, servicios comunitarios, condenas de libertad condicional, condenas de prisión y órdenes judiciales de restitución para aseguradoras y empleadores.

¿Qué puede hacer para ayudar?

Si sospecha de un caso de fraude, llame a la línea directa de fraudes de CopperPoint, disponible las 24 horas, en 800.526.5226.

La proactividad es la mejor forma de prevenir el fraude de seguro por indemnización laboral:

- Contrate a trabajadores del más alto nivel: averigüe si son honestos en sus referencias.
- Explique las consecuencias del fraude a sus empleados.
- Adopte una política de “tolerancia cero” frente al fraude.
- Conozca a sus empleados. Escúchelos e investigue los rumores sobre trabajadores descontentos.
- Mantenga positivamente motivados y contentos a sus trabajadores.
- Pregúnteles sobre sus lesiones.
- Reconstruya e investigue a fondo todos los casos de lesiones laborales.
- No deje que sus empleados trabajen solos

Señales de alarma que debe conocer:

Esté atento: aprenda a reconocer las “señales de alarma” de fraude de seguro por indemnización laboral:

- Un lunes por la mañana alguien presenta una reclamación al seguro por una lesión que supuestamente ocurrió el lunes a primera hora o el viernes a última hora.
- No hay testigos del accidente, y la versión del empleado no justifica razonablemente la causa de la lesión.
- Hay versiones contradictorias de los acontecimientos. Por ejemplo, la versión del empleado contradice el informe médico o testifical, o incluso su primer informe de lesiones.
- El demandante tiene un historial de reclamaciones cuestionables o litigiosas.
- El empleado tardó en presentar la reclamación sin una explicación razonable.
- El empleado rechaza el tratamiento médico o se niega a someterse a un diagnóstico para confirmar la naturaleza o la gravedad de las lesiones.
- Resulta difícil contactar con el demandante cuando está en casa.
- Sus proveedores médicos o legales tienen antecedentes de haber gestionado indemnizaciones sospechosas.
- El momento en que se produce la lesión es cuestionable: ocurre inmediatamente antes o después de una huelga, cese de empleo, despido o al final de un gran proyecto o trabajo de temporada.

Si sospecha de un caso de fraude de seguro por indemnización laboral, llame a la línea directa de fraudes: 800.526.5226.

La identidad del llamante será anónima.

