

LOS LOCOS ADAMS

Ramo Involucrado: Automotor
Vigencia de póliza: 10-2-2020 al 10-2-2021
Fecha de Siniestro: 26/02/2021
Fecha de ingreso Denuncia: 02/03/2021

Hechos denunciados:

Circulando por calle 8 frena un camión delante mío, miro por el espejo retrovisor y me abro para esquivar el camión, pero no me doy cuenta que una camioneta pasa por al lado mío y la toco.

A partir del hecho, ingresan dos reclamos por lesiones, siendo que la forma de ocurrencia no revestía magnitud, ni había declaración del asegurado al respecto.

Investigación producida:

Durante un relevamiento general iniciado por el área de Auditoría, se detectaron múltiples reclamos por lesiones con inconsistencias relevantes, especialmente por la ausencia de informes médicos periciales y la intervención recurrente de los mismos abogados patrocinantes, atendidos por un mismo trámite interno.

Se detectó que en todos los casos se repetía el mismo patrón, que primero se presentaba un reclamo por daños materiales de forma directa, sin mencionarse la existencia de lesionados, y a los pocos días ingresaban reclamos por lesiones de supuestos acompañantes representados por estos abogados. Al analizar las lesiones reclamadas, se advierte que las mismas no guardaban relación con la mecánica de los siniestros. En todos los casos, las sumas ofrecidas para conciliar se hacían en el límite máximo de autonomía del trámite.

La atención de los reclamos en muchos casos se hacía sin pericia médica, mientras que, en otros, la pericia realizada no advertía las inconsistencias. Personal de la aseguradora realizó verificaciones de forma directa con los diferentes hospitales públicos intervenientes, además se tomó testimonio de los médicos que firmaban los supuestos certificados de atención médica presentados.

Se pide colaboración a entidades bancarias para poder obtener copia de los cheques entregados a los lesionados en concepto de indemnización y poder comparar las firmas de los mismos. Se contactó a los terceros lesionados a fin de interrogarlos respecto a las lesiones presentadas, y cómo conocieron a los abogados patrocinantes. Se llevaron adelante reuniones con el trámite de reclamos que concluyeron con la desvinculación del mismo, así también como del perito médico. Se inició la denuncia penal correspondiente.

Elementos de prueba recabados:

- Informes de hospitales públicos que constaban en los certificados médicos negando la atención de los pacientes.
- Declaraciones de médicos firmantes desconociendo los sellos y firmas que constaban en la documentación acompañada por los patrocinantes.
- Copias originales de cheques aportados por la entidad bancaria donde consten los endosos de todos los terceros reclamantes a un mismo destinatario.

- Declaración testimonial de los abogados patrocinantes exponiendo la misma maniobra denunciada por la aseguradora en la ampliación realizada en 2024. Hechos descubiertos de manera clara y concisa.

Se descubrió una organización que estaba conformada por un empleado del área de reclamos de terceros, quien junto a su esposa y un socio de ella, se dedicaban a realizar fraudes de forma reiterada y continua en contra de la aseguradora, buscando pacientes de diferentes hospitales públicos que presentaban diversas lesiones ajenas a un accidente de tránsito, a los cuales les abonaban sumas ínfimas de dinero a cambio de documentación necesaria para luego poder ingresar reclamos por lesiones ante la aseguradora.

Utilizando un grupo de abogados, quienes se quedaban con el 50% de los honorarios liquidados para que sean la cara visible ante la compañía, y certificados médicos apócrifos para hacer coincidir las fechas de las supuestas atenciones con las de algún siniestro real existente que era informado por el empleado, quien a su vez luego tramitaba el reclamo, sacando los pagos de manera inmediata, en los límites máximos posibles dentro de su autonomía y sin que deban pasar por ningún tipo de control interno de la compañía.

Conclusión del caso:

En el año 2024 la causa iniciada contra un grupo de abogados reclamantes dio un giro de 180° grados, denunciando penalmente por primera vez en la aseguradora, a un empleado. Lo acusaron de una asociación ilícita que actuaba en contra de la propia aseguradora, ampliando a su vez los hechos denunciados, de 11 reclamos a 185 y se procedió a celebrar un acuerdo con uno de los abogados que habían sido primeramente denunciados, obteniendo no solo pruebas, y testimonios que ayudaron al esclarecimiento de los hechos, sino también el recupero de \$15.000.000 por las sumas abonadas en los 58 casos que él patrocinaba. A su vez, este caso hizo que se modifique totalmente la estructura de atención de reclamos de la aseguradora. Por otra parte, gracias a este resultado, la causa hoy continúa contra el empleado, su esposa quien también es abogada, su socio, y los dos abogados que utilizaban como cara visible ante la aseguradora.

Propuestas y mejoras de procedimientos:

A raíz de este hecho y de propuestas realizadas, la empresa adoptó diferentes medidas que generaron cambios de gran impacto para evitar este tipo de acciones:

- 1- Se realizaron modificaciones en el sistema de tramitación de reclamos de terceros para que no se pueda iniciar una negociación sin previa vinculación del informe médico, impidiendo la carga manual de puntos de incapacidad desde los centros de atención.
- 2- Se reestructuró todo el procedimiento de atención de reclamos de terceros, no permitiendo que un tramitador pueda manejar más los reclamos de la zona en la que trabaja, ni de una zona específica, sino que cada reclamo procede a asignarse de forma automática y aleatoria en diferentes grupos de tramitadores que no correspondan a la zona del siniestro.
- 3- Desde el inicio de la investigación, se aportó información de estos abogados al sector de análisis y prevención de fraude, para que sean incorporados en el listado de abogados conflictivos y se proceda con la incorporación de una alerta en el sistema, por intermedio del cuit, para que cada caso que ingrese de alguno de éstos pase por dicho sector para ser investigado.

4- A partir de este hecho, se creó un sistema para auditar las pericias médicas.

Fecha de cierre e instancia: 02/07/2024 con la firma del acuerdo y recuperación de las sumas abonadas en los reclamos presentados por uno de los abogados que primeramente habían sido denunciados.

NOVELADO

Debido a una investigación donde se habían detectado irregularidades en la atención de reclamos de terceros iniciados por abogados patrocinantes, desde el sector de auditoría se encontraban realizando un relevamiento a nivel general en donde se analizaron los reclamos de terceros ingresados en cada uno de los centros de atención, tratando de verificar si existían reclamos de lesiones que se encuentren atendiendo sin que haya un informe del perito médico de la aseguradora que constate las mismas.

En el marco de este relevamiento se detectaron irregularidades en los reclamos presentados por dos abogados de la localidad de La Plata, quienes también habían figurado en un relevamiento anterior que detallaba los abogados reclamantes con mayor cantidad de reclamos conciliados, en donde la indemnización abonada representaba el 80% o más de la estimación judicial.

A consecuencia, se procedió a realizar un análisis de todos los reclamos presentados por estos dos abogados en un período determinado, advirtiendo que todos los casos eran atendidos por un único trámite de la compañía Pablito. A su vez, se advierte que en la mayoría de los casos los reclamos de lesiones eran presentados por estos abogados dentro de los 20 días posteriores a la atención de un reclamo previo por daños materiales, y siempre los reclamos materiales eran ingresados de forma directa.

Es decir que el tercero damnificado ingresaba el reclamo por daños materiales de forma directa, y pocas semanas después, ingresaban los reclamos por sus lesiones de sus supuestos acompañantes con patrocinio de alguno de estos dos abogados Ramiro y Pedro.

Al analizar el caso en profundidad, se advierte que las lesiones reclamadas no coinciden con la mecánica del siniestro, sumado a que dichos reclamos se cerraban abonando sumas cercanas al límite máximo de autonomía del trámite Pablito. En muchos casos, cargando puntos de incapacidad manualmente sin realizarse la pericia médica correspondiente, mientras que, en otros, la pericia médica no advertía la incompatibilidad entre las lesiones reclamadas y la mecánica del siniestro.

En virtud de los resultados obtenidos, se hizo foco en el trámite, realizando un análisis de todos los reclamos atendidos por éste, encontrando otros 17 casos de otra abogada de nombre Melina, con las mismas irregularidades.

Al investigar respecto a quiénes eran estos abogados o qué relación tenían, se advierte que los tres habían trabajado juntos en un mismo estudio jurídico, y tenían una amistad con el trámite y/o su esposa.

En consecuencia, desde el sector de Auditoría elevaron el caso al área de Asesoría Legal a fines de realizar un análisis del caso, y definir si había necesidad de obtener nuevas pruebas antes de proceder con alguna decisión, además de analizar la posibilidad de iniciar una denuncia penal en caso de encontrarse más irregularidades que configuren algún delito.

Posterior al análisis, desde el área legal se procede a contactar a cada uno de los hospitales públicos que constaban en las certificaciones médicas presentados, a fines de que éstos informen si las personas reclamantes en los siniestros identificados, se habían atendido en dichos nosocomios en las fechas acreditadas. Se obtuvo una respuesta unánime, informando en todos los casos que no se registraba atención médica de las personas reclamantes.

Por otro lado, se contactó a cada uno de los médicos firmantes, los cuales en todos los casos manifestaron que dichos certificados eran apócrifos ya que los sellos y firmas que presentaban no correspondían con los propios.

Por otra parte, se solicitó a la entidad bancaria que entregaba los cheques a cada uno de los lesionados, que remita la copia de los cheques cobrados y firmados, a fin de poder comparar la firma de los mismos, con las de los reclamos firmados, y las que constaban en los DNI acompañados. Advirtiendo que en la gran mayoría los damnificados endosaban sus cheques a una misma empresa de la localidad de Rosario, Santa Fe.

Se realiza un análisis de esta empresa, que resultaba ser un frigorífico. Se logra contactar a la misma pudiendo hablar con el contador, quien informa que todos los cheques identificados le habían sido entregados en concepto de pago de mercadería por un mismo cliente, una carnicería de la localidad de La Plata.

Es decir que más de 100 personas reclamantes, que no tienen relación entre sí, habían entregado sus cheques a una carnicería de la zona, sin dejar registros de dicha cesión, y endoso de forma directa al frigorífico que sería proveedor de esta carnicería.

Finalmente, desde el sector de asesoría legal, proceden a contactar telefónicamente a los terceros damnificados, a fin de consultarles respecto a los reclamos indicados a Seguros Rivadavia, y el cobro de los mismos. Declarando que ellos nunca habían realizado ningún reclamo a la aseguradora, que no conocían a los abogados que los estaban patrocinando en los escritos presentados, que no se habían atendido nunca en los hospitales cuyos certificados médicos indicaban, y que no habían cobrado indemnización alguna de parte de la aseguradora.

En primer lugar, se hizo una reunión con el empleado Pablito en la que éste afirmó que hizo mal en no mandar a verificar las lesiones con el perito médico de la aseguradora, pero que lo hizo en virtud de que conocía a estos abogados, y que confiaba mucho en ellos, por lo cual quería hacerles un favor agilizándoles el proceso, sin saber que se encontraban realizando reclamos con documentación médica apócrifa, y que estaba muy arrepentido ya que se sentía traicionado por ellos.

Posteriormente se realizó la denuncia penal correspondiente contra estos tres abogados patrocinantes y que realizaban reclamos por lesiones falsas, con personas que no habían tenido ningún siniestro con asegurados de Rivadavia, y que respaldaban con documentación apócrifa, abusándose de la confianza del tramitador de reclamos quien no analizaba las mismas, para luego cobrar no solo sus honorarios, sino que también se estaban cobrando indemnizaciones correspondientes a los lesionados, que nunca era entregada a las supuestas víctimas.

Dos años después, a principios del año 2024, con el avance de la investigación en instancia penal, desde la fiscalía notifica a los abogados denunciados de la causa existente en su contra, uno de ellos, Pedro, inmediatamente se contacta con la aseguradora, solicitando una reunión urgente con el área de asesoría legal, manifestando desconocer toda la operatoria denunciada, y deseaba exponer cómo era la realidad de los hechos en los cuales él también se consideraba una víctima.

En el marco de la reunión mantenida con Pedro, éste manifestó no haber tenido conocimiento de la maniobra fraudulenta perpetrada en perjuicio de la aseguradora y solicitó alcanzar un acuerdo que permitiera su exclusión inmediata del proceso penal, en virtud de que la misma podría arruinar de forma definitiva su carrera política.

A partir de su relato, las pruebas aportadas y el ofrecimiento realizado, tanto económico como en calidad de imputado arrepentido, se comprometió a brindar información relevante sobre los hechos investigados e identificar a los supuestos autores intelectuales de la organización, en julio de 2024 se arribó a un acuerdo con Pedro. En virtud del mismo, se resolvió eximirlo de responsabilidad penal a cambio de su declaración en la causa y la restitución total de las sumas abonadas por la aseguradora (incluyendo capital, honorarios e intereses) en los reclamos en los que intervino como abogado patrocinante.

En la declaración Pedro expone que él no conocía a los lesionados, que nunca había tenido contacto con ellos, desconocía el origen de la documentación como también desconocía que se trataba de documentos apócrifos. Que no tenía conocimiento de que las personas realmente no habían tenido dicho siniestro, como tampoco que las víctimas nunca habían cobrado la indemnización abonada por la aseguradora. En su lugar, manifiesta que todos los casos le eran suministrados por la esposa del empleado Pablito, quien era amiga de él de la facultad, que los lesionados en verdad eran clientes de ella, pero que ella, Melina, le había indicado que no podía presentarlos de manera directa contra Rivadavia, por una cuestión ética ya que su esposo trabajaba allí, por lo cual le había manifestado que los casos que eran contra Rivadavia, necesitaba que sean firmados por alguien más. Ella le suministraba una carpeta armada con el escrito del reclamo y toda la documentación adjunta, para que él solo envié la misma a la casilla de mail donde la aseguradora recepcionaba los reclamos. En el momento del pago realizaba las facturas correspondientes a sus honorarios, obteniendo a cambio el 50% de los honorarios.

A su vez manifiesta, tener una amiga en común, con la esposa del empleado “Pablito”, ya que había trabajado algunos casos con ella, y pide que también la aseguradora la contacte ya que podía llegar a aportar mucha más información como testigo.

Al entrevistar a la amiga de “Pedro” esta declara conocer a “Melina”, quien era la esposa de “Pablito”, y confirmaba que había trabajado con ella en algunos casos, por lo que estaba en conocimiento que “Melina” trabajaba para una persona de nombre “Francisco”, que decía ser abogado y tener un estudio jurídico para captar clientes, pero que en verdad no lo era, y que era “Melina” quien realmente ejercía como abogada en el estudio. “Francisco” por su parte, se encargaba de recorrer hospitales diariamente, captando personas de muy bajos recursos que se acercaban a atenderse por diversas lesiones que no tenían relación a accidentes de tránsito, sino que podrían tratarse de accidentes domésticos, deportes, accidentes en la vía pública en donde no había participado ningún vehículo, etc. Y que les ofrecía medicamentos o darle alguna suma ínfima de dinero para que puedan comprar analgésicos o realizar curaciones, a cambio de que se acerquen a su oficina, en donde se encontraba “Melina” y le entreguen los informes médicos, radiografías, resonancias, fotos de las heridas, etc. Junto a las fotos de su DNI.

Por otro lado “Francisco” tenía a su esposa e hijos trabajando en diferentes hospitales públicos de la ciudad de la plata, por lo que conseguía copiar sellos médicos, que luego utilizaba para realizar certificados médicos apócrifos, a tal fin de poder hacer coincidir la fecha de la supuesta atención médica, con la fecha de algún siniestro automotor. Fecha que podía obtener “Melina” a través de su esposo “Pablito”, quien le daba los datos de los siniestros en los que solo se habían reclamado daños materiales, o existía un solo conductor en una moto, para que luego Melina haga pasar a las personas que conseguía Francisco, como supuestos acompañantes, Y así poder

presentar los reclamos ante la aseguradora con certificados médicos apócrifos, respaldado con las imágenes de las placas o lesiones aportadas por las víctimas, junto con las fotos de los DNI que le solicitaban a las mismas. A su vez, repartía estos casos entre tres abogados amigos de ella "Pedro, Ramiro, y Camila" para no verse involucrada en la maniobra, y que no levantase sospechas en la aseguradora.

Por consiguiente, el 2 julio de 2024 el área de asesoría legal realiza una reunión con el fiscal que llevaba la causa, donde se lo informa de todo lo sucedido y se acuerda realizar una ampliación por parte de la aseguradora en la causa penal, en la que se aporta el acuerdo donde se eximia de responsabilidad a Pedro, y se suministra al expediente, toda la información que él había aportado junto con su amiga, por lo cual se procede a redirigir la causa penal, identificando a Pablito, su esposa Malena y su socio Francisco, como organizadores de una asociación ilícita, que tenía a su vez como partícipes necesarios a los abogados Ramiro y Camila, a los que utilizaban para cometer defraudaciones en contra de la aseguradora.

Posteriormente, se sumó la declaración en la causa de Ramiro y Camila, que dieron un relato similar al de Pedro, manifestando también haber sido engañados por Malena para que presenten los reclamos, desconociendo la real operatoria que había detrás. Acompañan prueba donde muestran que transferían el 50% de los honorarios que percibían a una cuenta a nombre de la madre de Malena.

A su vez, se continúa investigando, cómo podían retirar los cheques correspondientes a las víctimas de una sucursal del banco, para luego entregar los mismos a una persona que se los compraba y luego los utilizaba para cambiarlos por mercadería al frigorífico, falsificando nuevamente la firma de los lesionados para realizar los endosos.

Esto da un cierre a los reclamos presentados por Pedro como el supuesto abogado patrocinante, no obstante, la causa continúa contra los otros dos abogados Ramiro y Camila que, si bien indican que también se consideran víctimas de las maniobras de la esposa del empleado Pablito, esta parte los sigue considerando partícipes necesarios para la causa.