



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

16 de diciembre de 2004

**CARTA NORMATIVA NUM.: N-I-12-55-2004**

**A TODOS LOS ASEGURADORES Y ORGANIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD DEL PAÍS**

**ASUNTO: ORIENTACIÓN SOBRE LA APROBACIÓN DE LA LEY NÚM. 18 DEL 8 DE ENERO DE 2004**

El fraude en los seguros es una actividad multimillonaria que afecta tanto a la industria de seguros como al público en general. Con el propósito de facilitar la investigación y procesamiento de actividades fraudulentas en el negocio de seguros mediante la prohibición de prácticas específicas que constituyen fraude en seguros se aprobó la Ley Núm. 18 del 8 de enero de 2004.

Dicha ley requiere, entre otras cosas, a cada asegurador del país y cada organización de servicios de salud participar activamente para detectar, prevenir y combatir el fraude en los seguros. A estos efectos, el Artículo 27.260 del Código de Seguros de Puerto Rico obliga a todo asegurador, organización de servicios de salud, agente general, agente, corredor, ajustador o solicitador a ofrecer información a la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico, en adelante "la OCS", sobre cualquier acto de fraude de los descritos en los Artículos 27.190, 27.200 y 27.210 del Código de Seguros de Puerto Rico. De igual forma, el Artículo 27.270 del Código de Seguros de Puerto Rico establece como requisito el que todo provea información relacionada con las reclamaciones que estos reciban a un banco de información central.

Por su parte, el Artículo 27.310 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A. sec. 2731, requiere que la Junta de Directores de todo asegurador u organización de servicios de salud adopte un plan de acción para detectar, prevenir y combatir el fraude. También el Artículo 27.320 del Código de Seguros de Puerto Rico, obliga a todo asegurador y organización de servicio de salud a incluir en todo formulario de solicitud de seguros y en todo formulario de reclamación, un aviso para advertir a los asegurados y reclamantes sobre las consecuencias de, a sabiendas, presentar información falsa en una solicitud de seguro o presentar una reclamación fraudulenta.

Apartado 8330 • San Juan, Puerto Rico 00910-8330

Tel. (787) 722-8686 • Fax (787) 722-4400

[www.ocs.gobierno.pr](http://www.ocs.gobierno.pr)

Respecto al requisito de adoptar un plan de acción, el referido Artículo 27.310 establece en términos generales lo que debe contener el mismo. A modo de guía, a continuación disponemos lo que, como mínimo, debe contener el plan de acción:

- a) Los indicadores de fraude por cada línea de negocio suscrita.
- b) El procedimiento interno que se utilizará para el referido de casos a las unidades de investigaciones especiales o al personal designado para realizar esta tarea.
- c) Metodología a utilizarse y las herramientas de trabajo disponibles para llevar a cabo la investigación.
- d) Mecanismos de capacitación que se establecerán para permitir que el personal interno, productores, ajustadores e investigadores especiales reciban el entrenamiento necesario para la detección y prevención del fraude.

Por otro lado, sobre el requisito dispuesto por el referido Artículo 27.320, sectores de la industria de seguros han expresado inquietud sobre la forma en que deberá divulgarse el Aviso requerido en el referido Artículo 27.320. Con el propósito de aclarar dudas y crear uniformidad en la implantación del Aviso, impartimos las siguientes directrices:

- Tanto en la solicitud de seguro, como en el formulario de reclamación se incorporará en un lugar visible, en letra tamaño 12, el Aviso que el Artículo 27.320 del Código de Seguros de Puerto Rico 26 L.P.R.A. sec. 2732, exige colocar. En aquellos casos en que el asegurador reciba reclamaciones por correo o teléfono, será en la notificación del acuse de recibo de la reclamación que se incorporará el Aviso antes mencionado.
- En el caso de las organizaciones de servicios de salud, el texto del Aviso se incorporará tanto en la evidencia de cubierta que se le entrega al suscriptor como en el contrato entre la organización de servicios de salud y el proveedor de servicios de salud.

De otra parte, y con el propósito de hacer el mejor uso de los recursos tanto de la OCS como de los aseguradores u organizaciones de servicios de salud, a continuación se establecen los criterios que éstos deberán considerar para referir casos a la Unidad de Investigaciones Especiales Antifraude de la OCS.

- A la OCS se podrán referir aquellos casos que las unidades, áreas o divisiones de investigaciones especiales antifraude de los aseguradores u organizaciones de servicios de salud, hayan previamente investigado, y de las cuales surja que en efecto existe motivo fundado para creer que se ha cometido, se está cometiendo, o se va a cometer un delito de los establecidos en la nueva Ley Núm. 18, supra.
- Asimismo se podrán referir a la OCS aquellos casos que por su naturaleza, y luego de haber desplegado diligencia razonable, el asegurador u organización de servicios de salud no pueda completar la investigación de forma adecuada.


- Aquellas reclamaciones presentadas y para las cuales existía fundamento para creer que era fraudulentas, y posteriormente sean retiradas por los asegurados o terceros reclamantes antes de resolverse las mismas, no se referirán a la OCS, sino que se deberán ingresar al banco de información central, según requerido por el Artículo 27.270 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 L.P.R.A. sec. 2727.
- Todo asegurador u organización de servicios de salud dentro de su investigación realizará aquellas pruebas científicas necesarias para determinar que en efecto existe el motivo fundado para referir la reclamación a la OCS.
- En aquellos casos referidos a la OCS que eventualmente fueren radicados ante los Tribunales de Justicia, las unidades, áreas o divisiones de investigaciones especiales de los aseguradores u organizaciones de servicios de salud, participarán activamente con el Fiscal Designado del Departamento de Justicia en la obtención de la evidencia pertinente y en la asignación del personal necesario, cuando éste así lo solicite.

Todo asegurador y organización de servicios de salud, cuyo plan de acción no cumpla con lo aquí dispuesto, tendrá un término de 60 días, contado a partir de la fecha de esta Carta Normativa, para corregir el mismo y someterlo nuevamente a la consideración de la OCS. Luego de transcurrido dicho término, cualquier plan de acción que no cumpla con lo aquí establecido se le requerirá corregirlo y estará sujeto a las sanciones que en derecho procedan.

Por último, se requiere a todo asegurador u organización de servicios de salud que presente a la OCS un informe que recoja las estadísticas sobre el fraude. Dicho informe se presentará en el formulario que para dicho propósito adopte la OCS junto con el estado anual, requerido respectivamente por el Artículo 3.310 y 19.090 del Código de Seguros de Puerto Rico.

Se ordena, por la presente, el cumplimiento estricto con las disposiciones de esta Carta Normativa.

Cordialmente,

  
Dorelisse Juarbe Jiménez  
Comisionada de Seguros



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
OFICINA DEL COMISIONADO DE SEGUROS

AL CONTESTAR,  
FAVOR DE REFERIRSE A: IEA-163(C)

3 de marzo de 2005

Sra. Betsy Barbosa  
Directora Ejecutiva  
Asociación de Compañías de  
Seguros de Puerto Rico  
P.O. Box 363395  
San Juan, Puerto Rico 00936-3395

**Carta Normativa N-I-12-55-2004 del 16 de diciembre de 2004 y  
Carta Circular C-I-12-1724-2004 del 17 de diciembre de 2004**

Estimada señora Barbosa:

El día 16 de noviembre de 2004, la Oficina del Comisionado de Seguros en adelante "la OCS", emitió la Carta Normativa N-I-12-55-2004, mediante la cual se establecieron las guías necesarias para lograr la radicación efectiva del Plan de Acción, requerido mediante la Ley Núm. 18 del 8 de enero de 2004.

La Carta Normativa destacó, como medida principal, la necesidad de que se establecieran indicadores de fraude por línea de negocio suscrito por cada asegurador y organización de servicios de salud. Además, exhortaba la capacitación y adiestramiento continuo del personal de las aseguradoras y organizaciones de servicios de salud. Además, en cuanto al aviso que debe estar contenido en toda solicitud de póliza y hoja de reclamación, se requirió como mínimo que el mismo fuera impreso en letra tamaño 12. Por otro lado, se solicitó que todo caso de investigación de los aseguradores y organizaciones de servicios de salud que fuera a ser referido a la Unidad de Investigaciones Antifraude de la OCS viniera acompañado de toda la información de la investigación realizada y debidamente completada.

Al día siguiente, 17 de diciembre de 2004, la OCS emitió la Carta Circular C-I-12-1724-2004, mediante la cual se le solicitó a los aseguradores y organizaciones de servicios de salud que rindieran información estadística sobre las reclamaciones sospechosas que hubieran surgido durante el año 2004, la cual debía ser sometida a la OCS en o antes del 31 de marzo de 2005.

Se envió una carta  
igual a esta a todos  
los aseguradores y  
organizaciones de salud

Apartado 8330 • San Juan, Puerto Rico 00910-8330

Tel. (787) 722-8686 • Fax (787) 722-4400

[www.ocs.gobierno.pr](http://www.ocs.gobierno.pr)

El día 10 de febrero de 2005, la Asociación de Compañías de Seguros de Puerto Rico, en adelante "ACODESE", se reunió con la Comisionada de Seguros a los fines de exponerle ciertas inquietudes relacionadas con la Carta Normativa y la Carta Circular de referencia. En dicha reunión se acordó lo siguiente:

Carta Normativa N-I-12-55-2004

- (1) Indicadores de Fraude - En cuanto a los indicadores de fraude, no se exigirá que los mismos sean exhaustivos, ni taxativos. Se podrán agrupar por sectores o áreas de seguro, de suerte que cada asegurador u organización de servicios de salud conozca su exposición a riesgos mediante sus propios indicadores de fraude.
- (2) Capacitación - cada asegurador y organización de servicios de salud deberá capacitar a sus empleados, en especial a los investigadores especiales de fraude.
- (3) Aviso - El requisito del tamaño de la letra será de doce (12) puntos. No obstante, cada asegurador u organización de servicios de salud podrá demostrar a la OCS que en aquellos documentos donde se ha incorporado el aviso en un tamaño de letra distinto al recomendado, el mismo aparece en una forma destacada, conspicua y legible. A esos fines, deberá someter a la atención de la Lcda. Solange De Lahongrais copia de los documentos en cuestión lo antes posible para su revisión.<sup>1</sup> Una vez revisado el mismo será aprobado por la OCS a tenor con dicha Carta Normativa.
- (4) Referidos - Los días 24 y 25 de febrero de 2005 y 1ro. de marzo de 2005, la OCS se reunió con diversos sectores de la industria de seguros y ACODESE, a los fines de establecer el formato modelo que se utilizaría para referir los casos sospechosos de fraude a la Unidad de Investigaciones Especiales Antifraude de la OCS. El modelo aprobado se incluye como parte de esta carta. En dicho modelo se incluye una sección sobre observaciones donde los aseguradores y organizaciones de servicios de salud tendrán que detallar las razones por las cuales una investigación no se ha podido terminar, de darse el caso.
- (5) Período de Gracia - Dado que cualquier enmienda al Plan de Acción, según contenido en la Carta Normativa aquí reseñada, vencía el 14 de febrero de 2005, hemos resuelto extender dicho término por sesenta (60) días adicionales, contados a partir de la notificación de esta carta, de suerte que todo asegurador y organización de servicios de salud pueda realizar las modificaciones a su Plan de Acción, a tenor con esta misiva, y pueda reunirse la Junta de Directores en pleno

---

<sup>1</sup> Sólo se deberá enviar copia de la página donde aparece el aviso.

de cada asegurador y organizaciones de servicios de salud, para la aprobación de las enmiendas al Plan de Acción correspondiente.

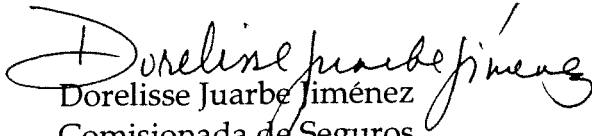
Carta Circular C-I-12-1724-2004

- (1.) Término - La Carta Circular requiere que todo asegurador u organización de servicios de salud complete, en o antes del 31 de marzo de 2005, la tabla estadística para reclamaciones sospechosas. Consciente de la prontitud con que se ha requerido la información y de que muchos aseguradores y organizaciones de servicios de salud no tienen toda la data solicitada debidamente recopilada, sólo se les requerirá que completen la tabla con la información que tengan disponible. No obstante, la misma deberá radicarse el 31 de marzo de 2005.

Los aseguradores y organizaciones de servicios de salud deberán recopilar la data necesaria para someter la información estadística que se les ha solicitado en la forma requerida en la Carta Circular para el 31 de marzo de 2006.

Esperamos que los comentarios que preceden ayuden a esclarecer cualquier duda surgida en cuanto a la Carta Normativa N-I-12-55-2004 y la Carta Circular C-I-12-1724-2004 del 16 y 17 de diciembre de 2004, respectivamente.

Cordialmente,

  
Dorelisse Juarbe Jiménez  
Comisionada de Seguros