

COMUNICACIÓN SSN 5 6 8 1

29 DIC 2016

Circular SSN MIX 7 8 4

SINTESIS: SÍNTESIS: Resultados del cuestionario sobre Fraudes de Seguro 2016
(relativo Circulares SSN N° 10080 del 14/10/2016 y N° 10109 del 28/10/2016)

A las Entidades y Personas sujetas a la supervisión de la Superintendencia de Seguros de la Nación

Tengo el agrado de dirigirme a Ustedes a los efectos de poner en vuestro conocimiento la información relativa a las mediciones producidas por este Organismo, a tenor de las respuestas proporcionadas por las entidades aseguradoras y reaseguradoras respecto del cuestionario sobre el fraude en el seguro, conforme se les solicitara mediante las Circulares SSN N° 10080 del 14/10/2016 y N° 10109 del 28/10/2016.

Introducción

La Superintendencia de Seguros de la Nación cuenta con una larga experiencia respecto de la lucha contra el fraude en los seguros, sin perjuicio de que en los últimos años ha mejorado y sistematizado sus herramientas a tal fin, de modo que por un lado instituyó un área específica orientada a la coordinación mancomunada de esfuerzos públicos y privados para combatir este flagelo, y por el otro consagró un régimen reglamentario antifraude.

Todo esto en la inteligencia de dotar al mercado de instrumentos hábiles para minimizar su vulnerabilidad frente al fraude.

La información que se difunde por la presente, surge del procesamiento de las respuestas recabadas respecto del Cuestionario circularizado a la plaza mediante un Formulario integrado por dos (2) partes.

Por una parte se dispuso implementar una compulsa de autoevaluación de todas las entidades (aseguradoras y reaseguradoras) frente a la normativa consagrada por la Resolución SSN N° 38.477, y por la otra producir un diagnóstico actualizado mediante un Ejercicio de Medición respecto del fraude que se dirige contra las entidades aseguradoras.

La actualización del diagnóstico elaborado a tenor de la información oportunamente difundida a través de la Comunicación SSN 2942 del 9/9/2011, persigue constatar datos de la realidad que enfrentan las entidades aseguradoras, en cuanto revisten relevancia para adoptar mecanismos de corrección, reajuste u otras medidas conducentes para enervar posibles nuevas tendencias, y/o compartir buenas prácticas orientadas a combatir el fraude en el sector seguros.

LA PRESENTE COMUNICACIÓN CONTIENE 2 PÁGINA/S Y 1 ANEXO/S EN 19 PÁGINA/S.
CIRC. ANT. IDENT. N° 1 0 2 6 8

Ello a más del valor que refleja el ejercicio de autoevaluación que asimismo se llevara a cabo respecto de todas las entidades aseguradoras y reaseguradoras frente a la normativa reglamentaria antifraude consagrada por la Resolución SSN N° 38.477.

Metodología de captura del dato

Tanto el ejercicio de autoevaluación como el de medición fueron de participación obligatoria, pero las respuestas al Cuestionario se recibieron de forma anónima a través de un aplicativo por Internet especialmente diseñado por el área de sistemas del Organismo, de suerte tal que no es posible individualizar la autoría de los documentos con la información aportada por las entidades.

Síntesis

Sin perjuicio de la pormenorización que surge del Anexo que integra la presente, por su especial significación corresponde destacar que en orden al ejercicio de autoevaluación orientado a medir la adecuación de las entidades (aseguradoras y reaseguradoras) frente a la normativa consagrada por la Resolución SSN N° 38.477, se advierten notables progresos relativos al fortalecimiento de los mecanismos que aquéllas están adoptando para combatir el fraude en los seguros.

En otro orden, respecto del ejercicio de medición efectuado acorde a la visión de las aseguradoras frente al fraude que las afecta, y sin perjuicio del análisis que ameritan las mediciones practicadas, como también teniendo en cuenta que participó el 90.3 % de las entidades; cabe ponderar la calidad de la información proporcionada y el valor de las experiencias, tácticas y estrategias que compartieron, así como el de las propuestas con las que espontáneamente contribuyeran.

Asimismo, debe resaltarse que el presente es un ejercicio de medición del fraude acorde a la visión de las entidades, en tanto sólo es posible medir los casos detectados, siendo que conforme es usual en todas las manifestaciones de delincuencia económica, y a diferencia de otras afectaciones del bien jurídico propiedad (v.gr., el daño o el robo), el delito en análisis no tiene una clara apariencia en el mundo exterior, a más de que se considera particularmente exitoso cuando pasa desapercibido, en especial, para la propia víctima, que ni siquiera percibe la maniobra.

En este sentido, las mediciones recabadas no implican que se haya podido acceder al universo de los fraudes en los seguros, dato que por otra parte viene a respaldar el alto porcentaje de entidades que no han detectado caso alguno en los últimos dos años, de modo que en consecuencia, nada pudieron consignar en sus respectivas Memorias de casos investigados por sospecha de fraude o tentativa de fraude.



Dr. Guillermo Héctor Bolado
Vice Superintendente de Seguros
A/C de la Superintendencia de Seguros de la Nación
(Decreto N° 4/2016)

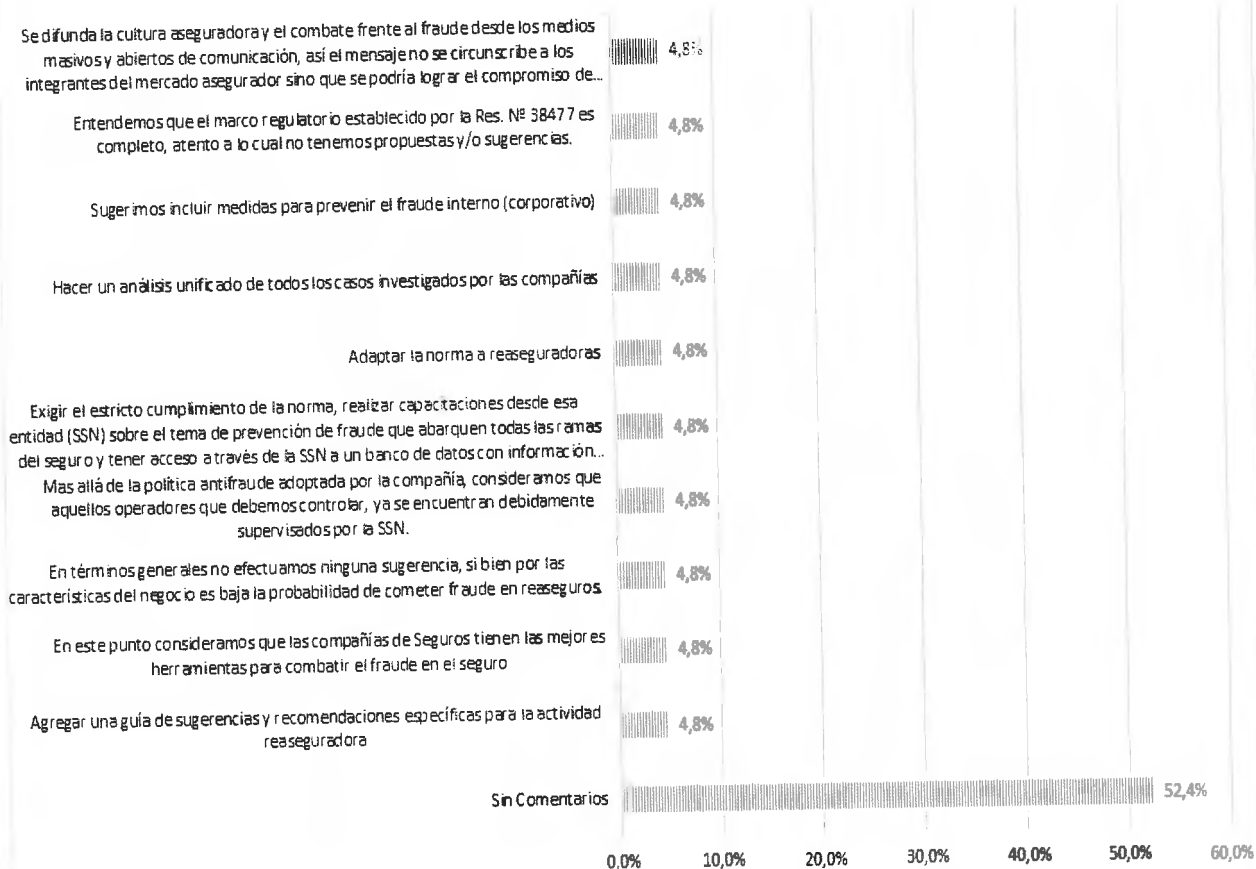
ANEXO

El ejercicio de autoevaluación frente a la normativa reglamentaria antifraude (Resolución SSN N° 38.477)

De conformidad a la normativa de referencia, todas las entidades aseguradoras y reaseguradoras dictaron, bajo responsabilidad y por intermedio de su Órgano de Administración, las "Normas sobre Políticas, Procedimientos y Controles Internos para Combatir el Fraude", acorde a distintas pautas que fueron objeto de un ejercicio de autoevaluación, conforme los guarismos a continuación desarrollados.

Reaseguradoras:

En el marco de su actuación como entidad reaseguradora, agregue su comentario, propuesta o sugerencia para contribuir a mejorar el Régimen Reglamentario Antifraude consagrado por la Resolución N° 38.477



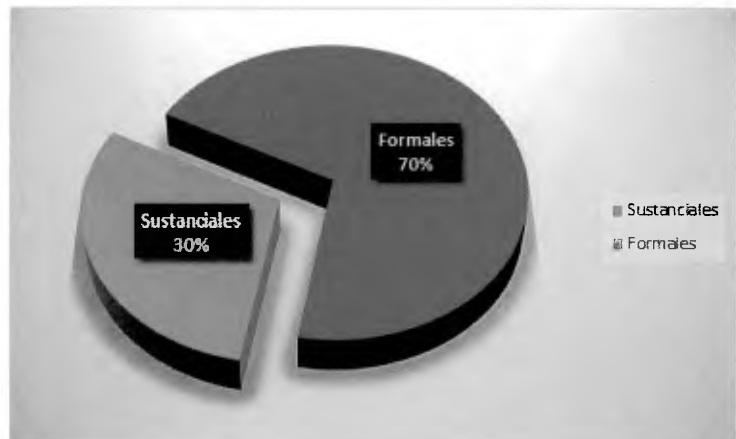
Aseguradoras:



■ Si ■ No

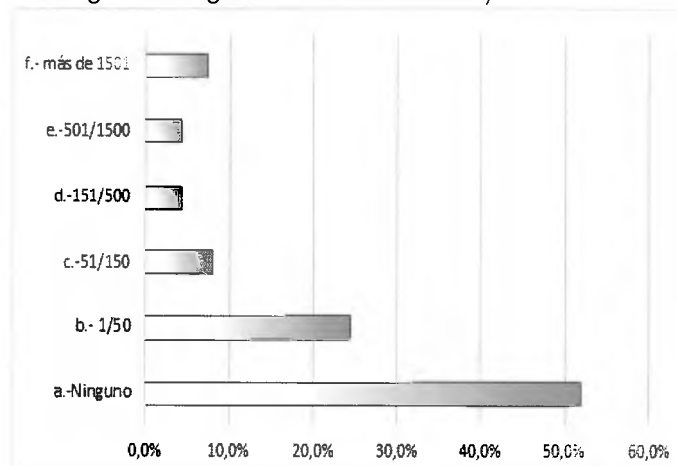
¿Mantiene a la fecha la versión original que aprobara de sus "Normas sobre Políticas, Procedimientos y Controles Internos para combatir el fraude" (Artículo 1º, Resolución N° 38.477)?

Detalle cambios producidos respecto de sus "Normas sobre Políticas, Procedimientos y Controles Internos para combatir el fraude" (Artículo 1º, Resolución N° 38.477) en el campo que corresponda

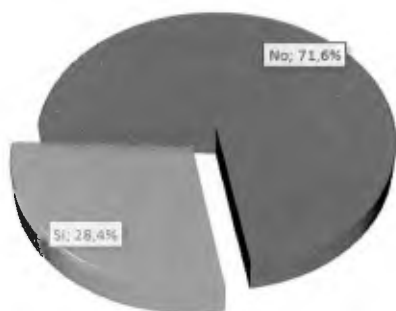
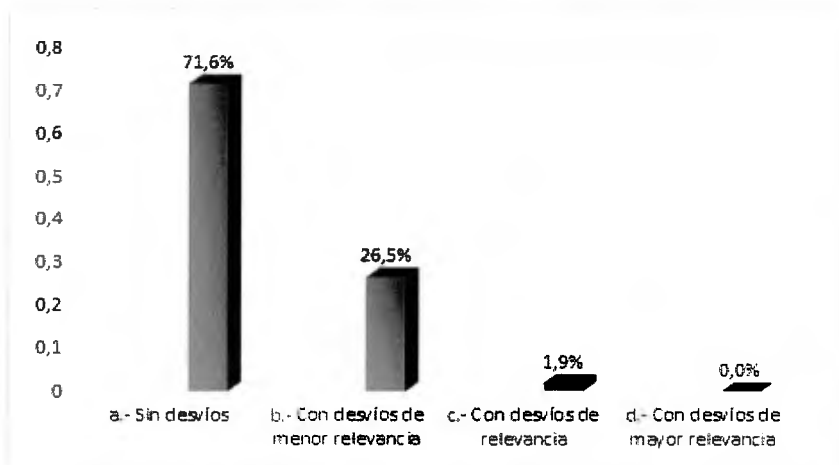


■ Sustanciales
■ Formales

Marcar el rango que corresponda según cantidad de casos incluidos en su Memoria por haber sido investigados bajo sospecha de fraude de seguros o tentativa (Artículo 3, inciso c, Resolución N° 38.477 – Régimen Reglamentario Antifraude)

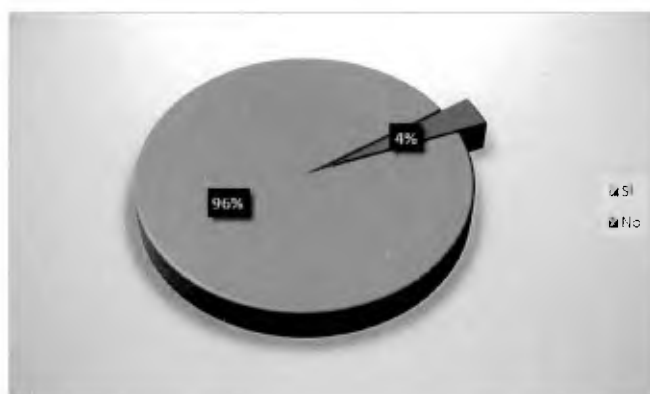


Marcar el rango que corresponda según el resultado de la ejecución de su programa de verificación de cumplimiento de las políticas y procedimientos (Artículo 3, inciso d, Resolución N° 38.477)

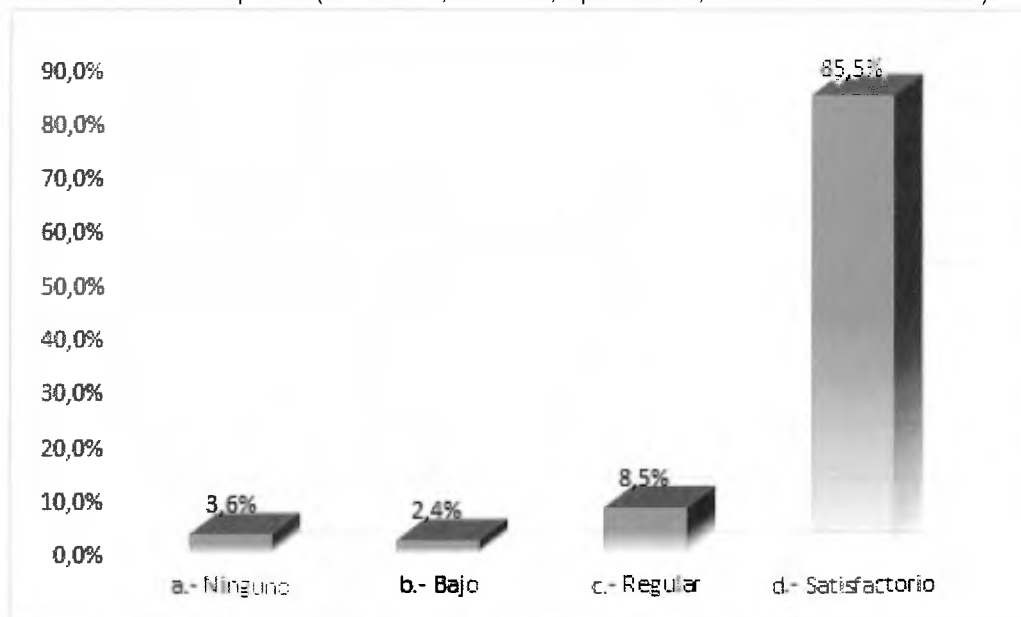


¿Fueron acatadas y/o implementadas las RECOMENDACIONES y ACCIONES DE SEGUIMIENTO que eventualmente se produjeron en razón de posibles desvíos detectados?

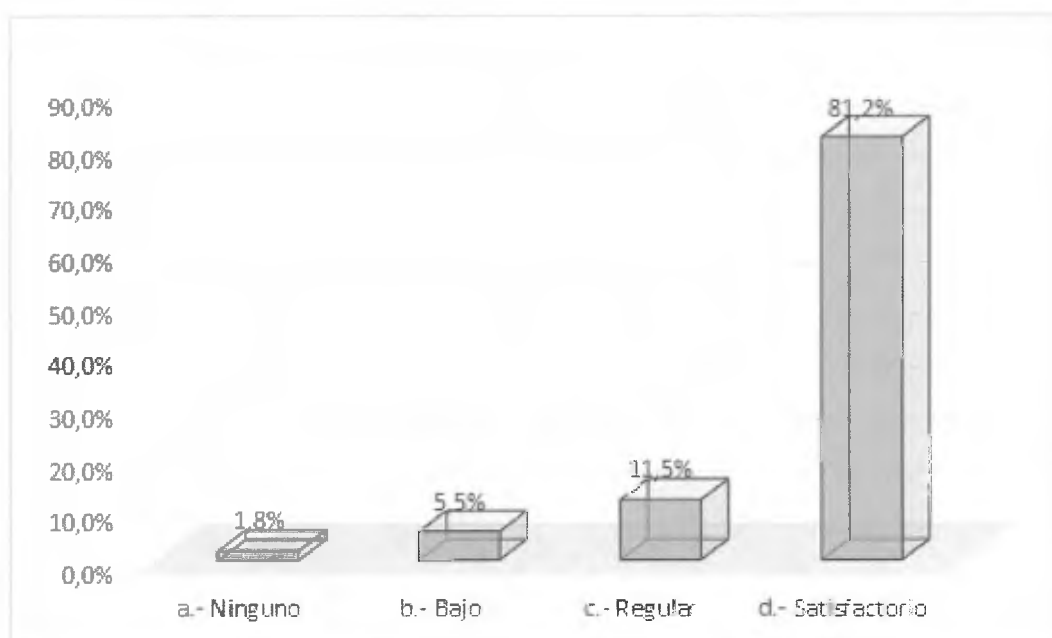
¿Considera que el régimen de contratación de personal adoptado garantiza adecuadamente su idoneidad y probidad (Artículo 3, inciso e, Resolución N° 38.477)?



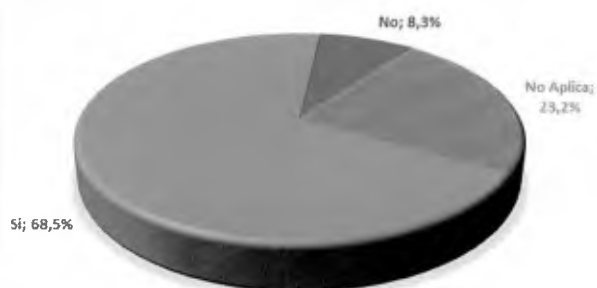
Marcar el rango que corresponda según el grado de acatamiento al régimen de resolución de conflicto de intereses adoptado (Artículo 4, inciso d, apartado 6, Resolución N° 38.477)



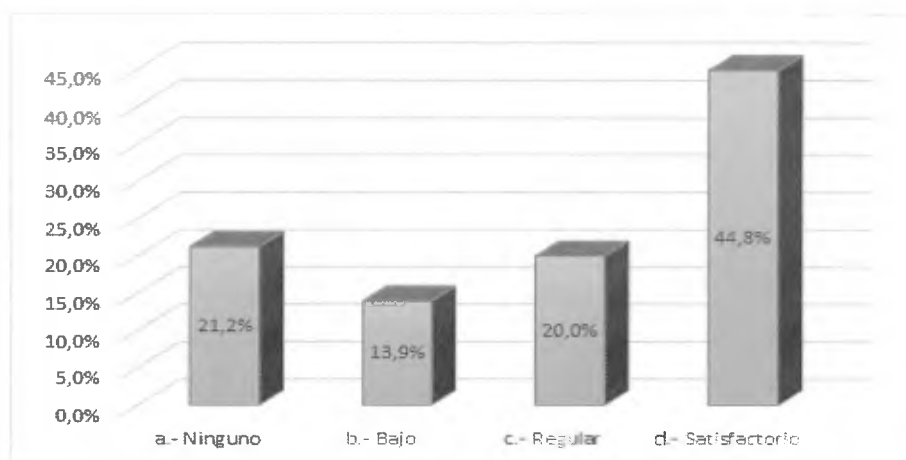
Marcar el rango que corresponda según el grado de avances producidos con motivo del cumplimiento del plan de capacitación para todos los empleados y funcionarios de la entidad, respecto de los objetivos del combate al fraude en los seguros (disuadir, prevenir, detectar, reparar, denunciar)



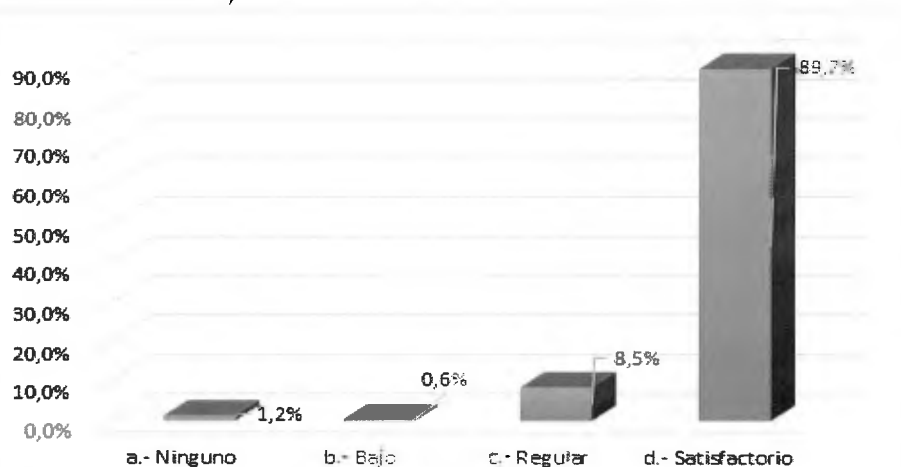
¿Mantiene la versión original del documento de recomendaciones proporcionado a sus intermediarios y agentes institorios (Artículo 3, inciso f, Resolución N° 38.477)?



Marcar el rango que corresponda con respecto a la percepción de esa entidad en relación con la colaboración de los auxiliares de la actividad aseguradora (Artículo 55 Ley N° 20.091, ej. ej. PAS, Agentes, Liquidadores, etc.) frente al Régimen Reglamentario Antifraude consagrado por la Resolución N° 38.477

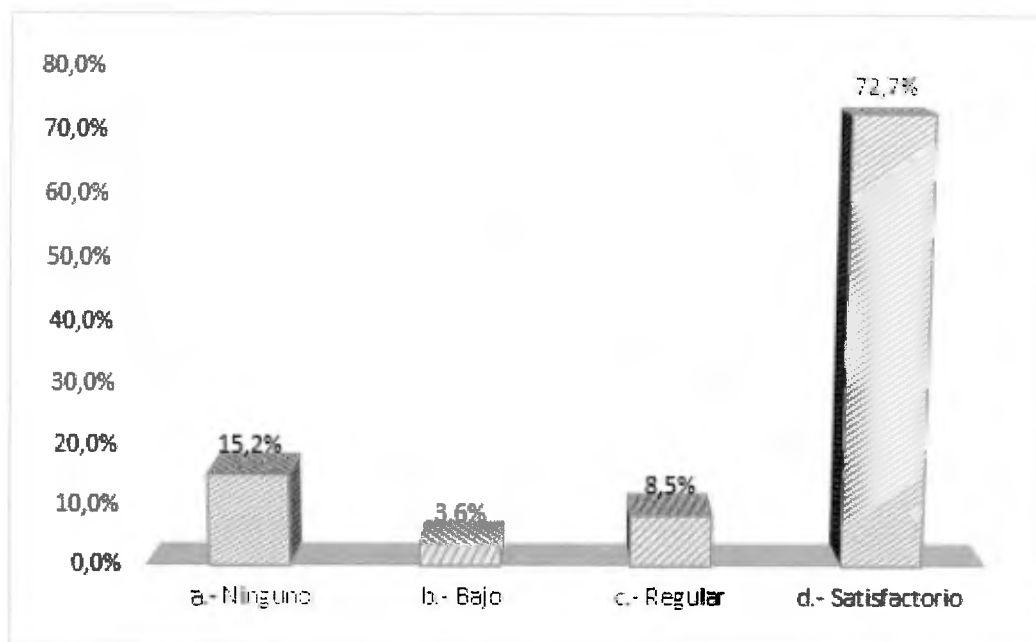


¿Cómo considera su grado de acatamiento frente al Decálogo de Desafíos Éticos (Artículo 4, inciso b, Resolución N° 38.477)?

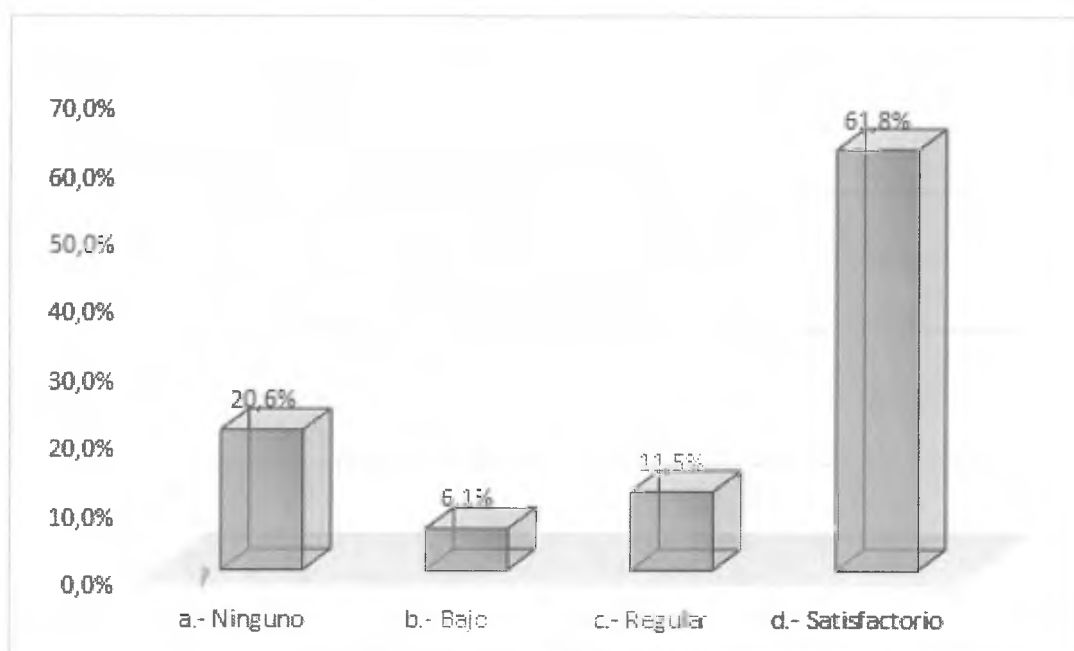


[Handwritten signature]

Marcar el rango que corresponda con respecto a la colaboración que esa entidad brinda a sus colegas acorde a la Política de Colaboración con entidades colegas, (Artículo 4, inciso d, apartado 7, Resolución N° 38.477)

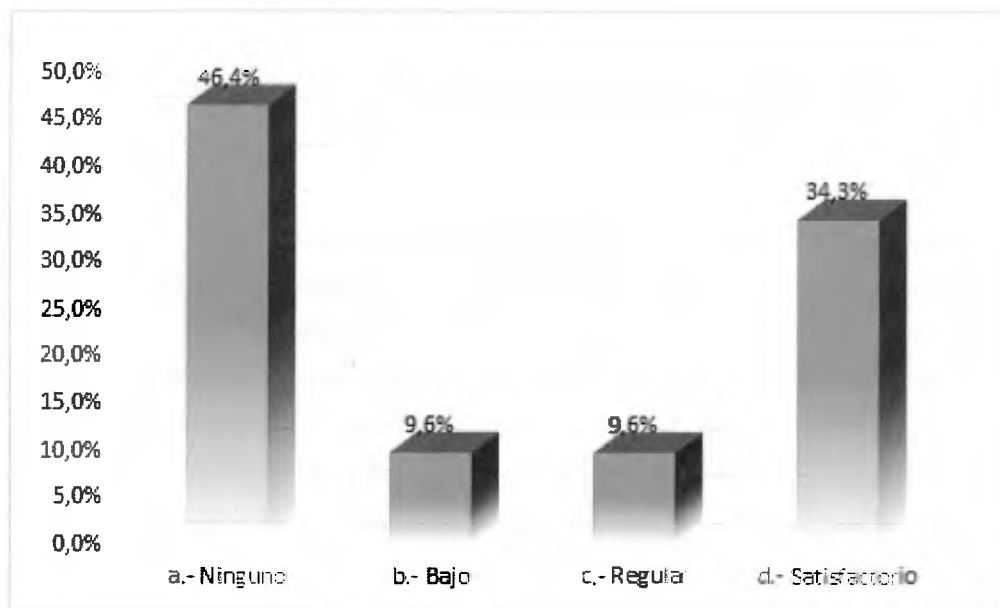


Marcar el rango que corresponda con respecto a la colaboración que esa entidad ha recibido de sus colegas acorde a la Política de Colaboración con entidades colegas (Artículo 4, inciso d, apartado 7, Resolución N° 38.477)

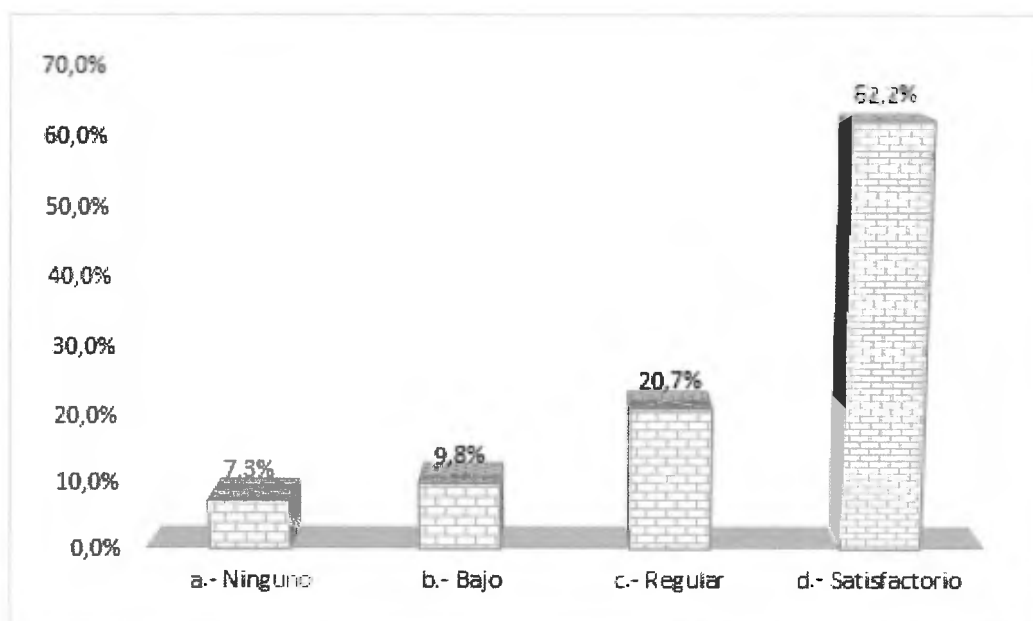


d

Marcar el rango que corresponda con respecto a sus prácticas en relación con la Política de Denuncia Penal y/o administrativa ante Colegio, Asociación o Consejo para el caso de que algún profesional esté involucrado (Artículo 4, inciso d, apartado 1, Resolución N° 38.477)



Marcar el rango que corresponda con respecto a sus prácticas en relación con la Política de Difusión de Medidas Antifraude hacia usuarios (Artículo 4, inciso d, apartado 2, Resolución N° 38.477)



Del análisis de la información aportada por las entidades que participaron de la encuesta, por su particular significación, debe destacarse que:

- el 100% de las reaseguradoras mantienen la versión original de sus Normas sobre Políticas, Procedimientos y Controles Internos para combatir el Fraude. Por su lado, el 88,1% de las aseguradoras mantienen su versión original, siendo que las modificaciones que al respecto se introdujeran, en un 70% refieren a cuestiones relativas a aspectos formales.
- el 51,8% de los encuestados manifiesta no haber incluido en su Memoria ningún caso investigado bajo sospecha de fraude de seguros o tentativa.
- el 26,5% declara haber detectado desvíos de menor relevancia como resultado de la ejecución de su programa de verificación de cumplimiento de las políticas y procedimientos, siendo que solo el 28,4% informa haber acatado y/o implementado las RECOMENDACIONES y ACCIONES DE SEGUIMIENTO producidas en razón de dichos desvíos. Asimismo cabe destacar que ninguna entidad detectó desvíos de mayor relevancia, en tanto sólo el 1,9% manifestó haber detectado desvíos de relevancia.
- el 85,5% informa haber alcanzado un grado satisfactorio de acatamiento al régimen de resolución de conflictos de intereses adoptado (Artículo 4, inciso d, apartado 6, Resolución N° 38.477). Dicha circunstancia revela una evolución de las aseguradoras en el grado de compromiso en la lucha contra el fraude en los seguros cuando refiere al denominado "fraude interno" (pues de esta temática trata precisamente el régimen de resolución de conflictos de intereses), teniendo presente las primeras tendencias detectadas en las inspecciones *in situ* destacadas por la Coordinación Antifraude de Seguros en relación con la adecuación de las entidades al Régimen Reglamentario Antifraude.
- Sólo el 44,8% de las aseguradoras encuestadas percibe una colaboración satisfactoria por parte de los auxiliares de la actividad aseguradora (Artículo 55 Ley N° 20.091, ej. PAS, Agentes, Liquidadores, etc.) frente al Régimen Reglamentario Antifraude consagrado por la Resolución N° 38.477.
- Entre el 15% y el 20% de las entidades manifiesta no brindar ni recibir ningún tipo de colaboración con sus entidades colegas.
- El 46,4% de los encuestados manifiesta que no mantiene práctica alguna en relación con la Política de Denuncia Penal y/o administrativa ante Colegio, Asociación o Consejo para el caso de que algún profesional esté involucrado (Artículo 4, inciso d, apartado 1, Resolución N° 38.477).
- El 62,2% informa contar con prácticas satisfactorias en relación con la Política de Difusión de Medidas Antifraude hacia usuarios (Artículo 4, inciso d, apartado 2, Resolución N° 38.477). Dicha circunstancia revela una evolución de las aseguradoras en el grado de compromiso en la lucha contra el fraude en los seguros en comparación con las primeras tendencias detectadas en las inspecciones *in situ* destacadas por la Coordinación Antifraude de Seguros, en tanto de dichas verificaciones resultó que sólo el 16% contaba con prácticas acordes.

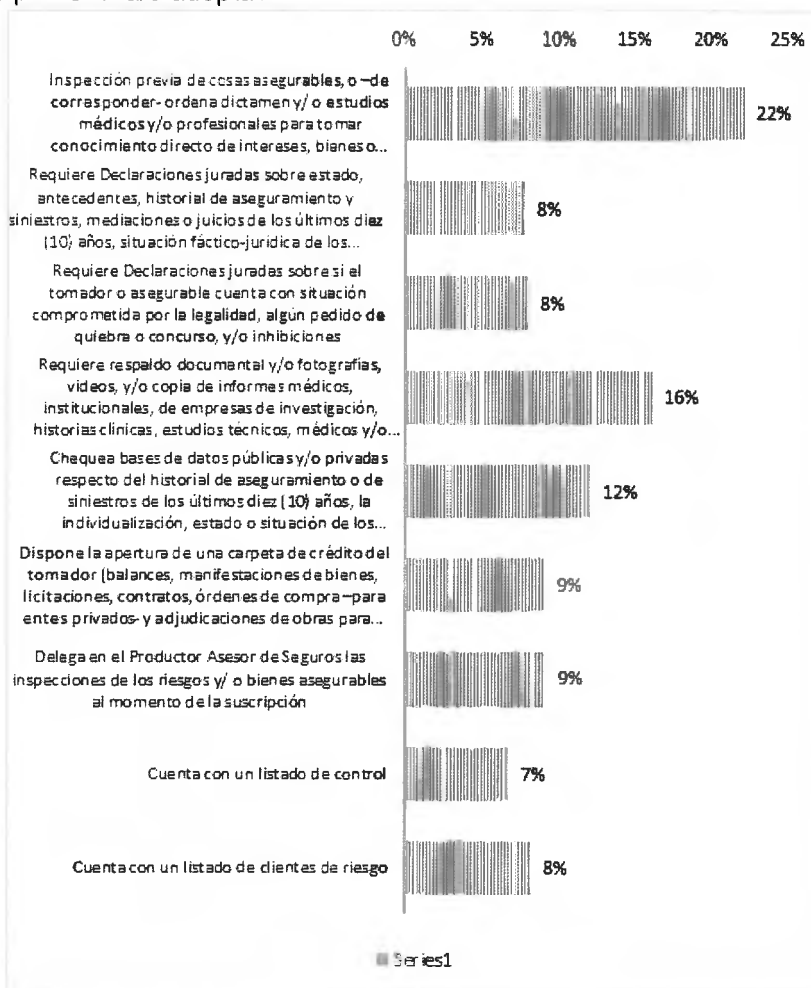


El ejercicio de medición del fraude en los seguros acorde a la visión de las entidades aseguradoras

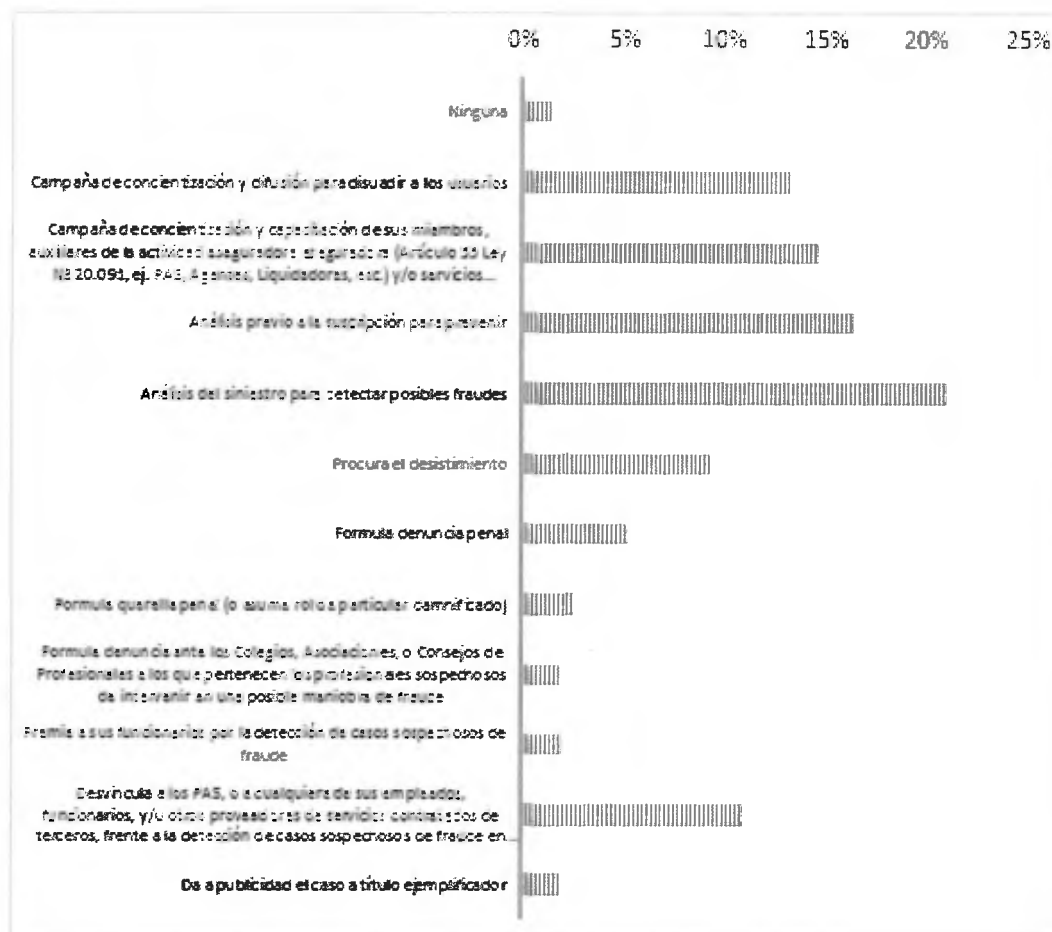
¿La entidad adopta alguna medida antifraude de prevención en instancias previas a la suscripción del riesgo?



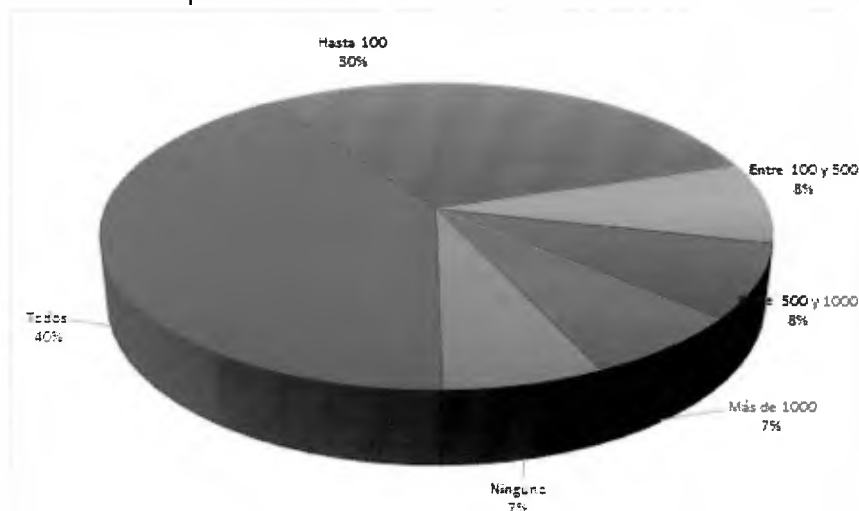
¿Qué medida/s preventiva/s adopta?



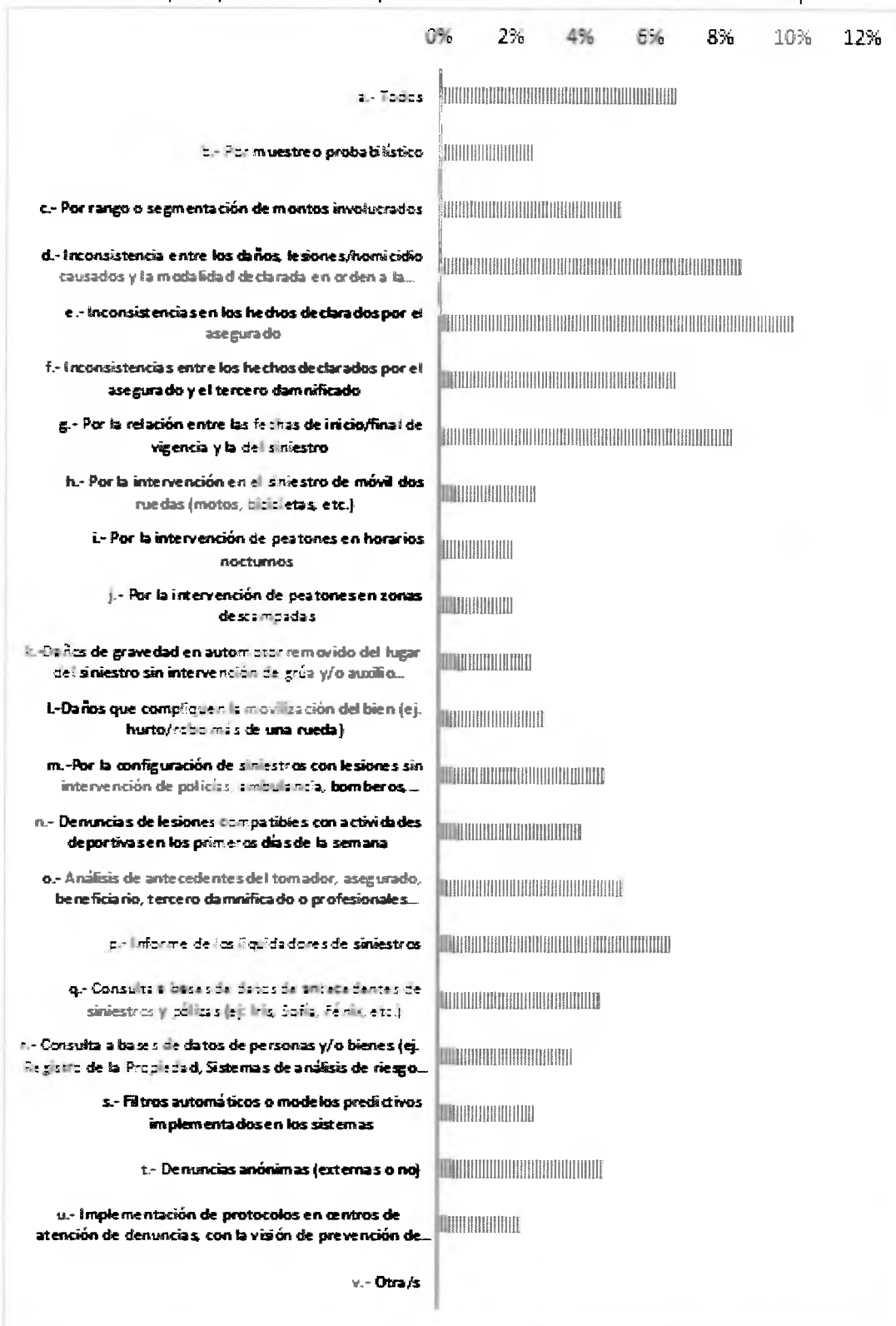
¿La entidad ha adoptado alguna/s política/s particular/es para combatir el fraude de seguros?



¿Cuántos siniestros analiza por mes?



Indicar los criterios que aplica la entidad para seleccionar los casos de siniestros que analiza



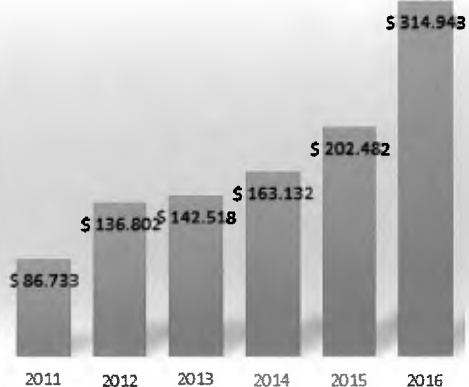
¿La entidad ha detectado alguna situación o caso sospechoso de fraude o tentativa de fraude que pudiera afectarla en los últimos dos (2) años?



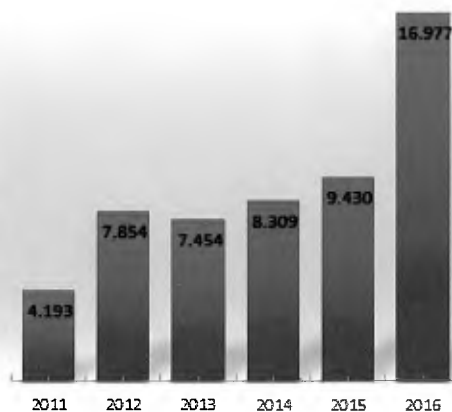
¿La entidad ha tomado conocimiento indirecto (ej. informe de entidad colega, Intermediario, pedido de informes de operadores del sistema judicial, medios de comunicación, etc.) de alguna situación o caso sospechoso de fraude o tentativa de fraude que pudiera afectarla en los últimos dos (2) años?

Indicar cuántos casos sospechosos de fraude o de tentativa de fraude detectó la entidad y el monto estimativo anual involucrado (conforme ejercicio económico cerrado al 30 de Junio de cada año)

Evolución del Monto Estimado de los casos detectados (en miles de pesos)



Evolución de la cantidad de casos detectados

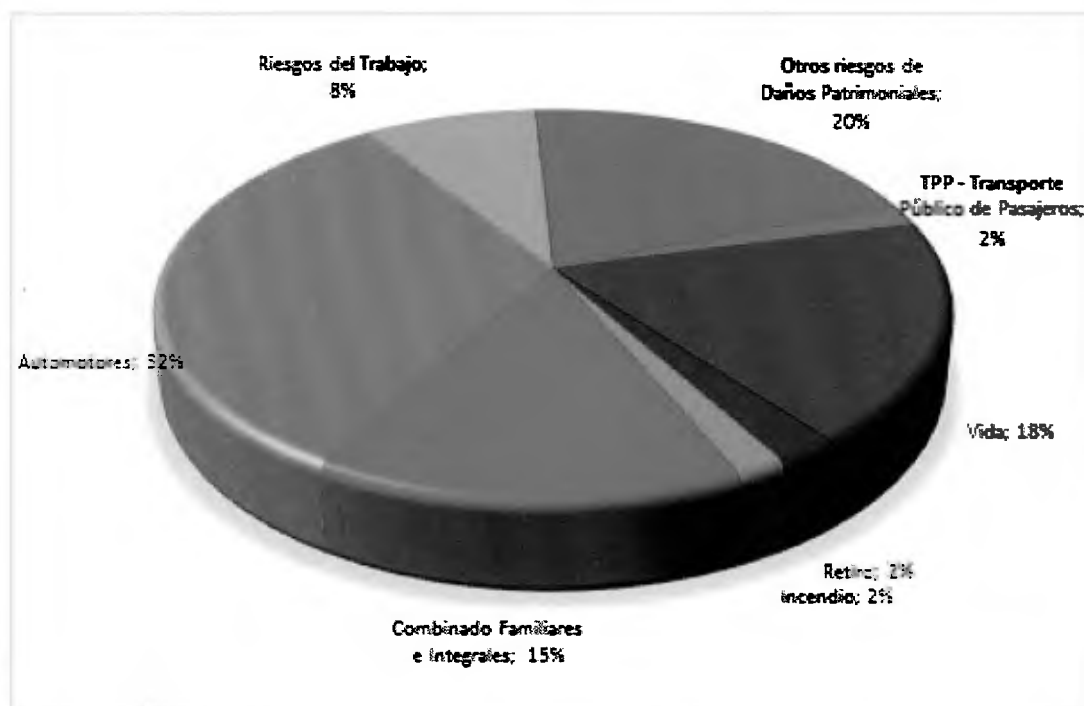


Índice que refleja la evolución de la cantidad de casos detectados y de los importes involucrados

Año	Cantidad de Casos	Monto Estimado
2011	100,00	100,00
2012	187,31	157,73
2013	177,77	164,32
2014	198,16	188,09
2015	224,90	233,45
2016	404,89	363,12

Año	Cantidad de Casos	Monto Estimado
2011		
2012	87%	58%
2013	-5%	4%
2014	11%	14%
2015	13%	24%
2016	80%	56%

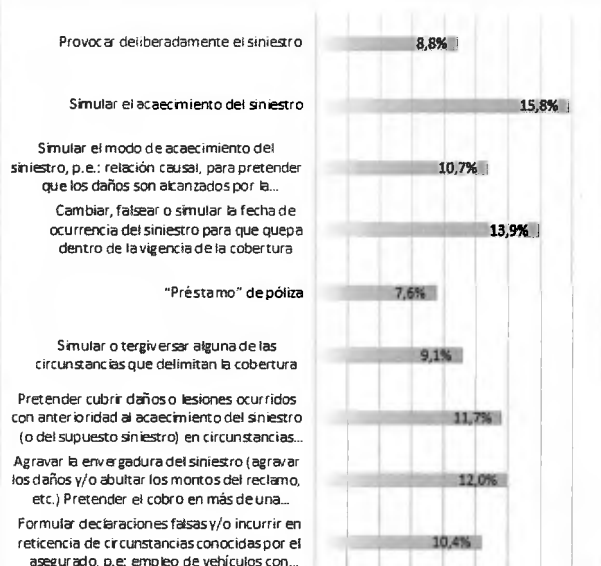
Ramos más afectados



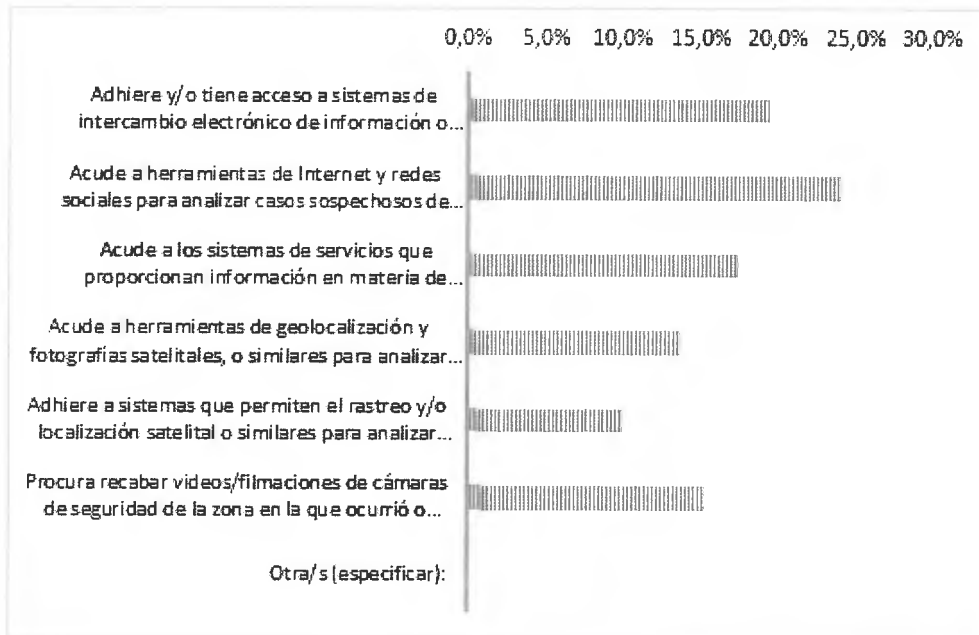
Tomando en cuenta los años 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, indicar para cada ítem, la proporción de casos (en porcentaje del total de los detectados) de sospecha de fraude (o tentativa)

En los que se advierte la intervención (por posible connivencia) de alguna persona vinculada a la entidad (personal propio o tercerizado) – (fraude interno) por oposición a la intervención de persona No vinculada a la entidad	11,50
En los que se advierte la intervención (por posible connivencia) de un productor asesor de seguros/sociedad de productores/organizador/agente Institorio, por oposición a la intervención de ningún agente del seguro	19,64
En los que se advierte la intervención (por posible connivencia, autoría o apoyatura) de profesionales .p.e.: médicos, enfermeros, ortopedistas, abogados, etc., por oposición a la intervención de ningún profesional.	26,15
En los que se advierte la intervención (por posible connivencia, autoría o apoyatura) de agentes de policía y/u otros funcionarios públicos, por oposición a la intervención de privados.	21,58
Cometidos o tentados por sujetos OCASIONALES (por oposición a Reiterantes, o sea, sujetos que NO hacen de esta modalidad delictiva una práctica habitual)	54,76
Cometidos a través de o por una organización (de tres o más personas involucradas), por oposición a la NO intervención de este tipo criminal.	22,50
Cometidos con antecedente en daños o lesiones reales pero ocasionadas con anterioridad en circunstancias ajenas a la cobertura, (por ej. en oportunidad de actividades deportivas, otro siniestro anterior, etc.), por oposición a otro tipo de maniobra.	31,61
Cometidos con intervención de menores o jóvenes adultos (hasta 25 años), por oposición con la intervención de personas de 25 años o más	24,30

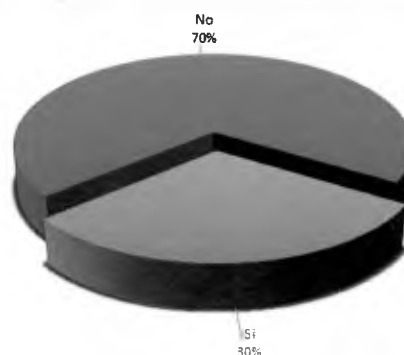
Especificar cuáles son las modalidades o tipologías más usuales de fraude de seguros



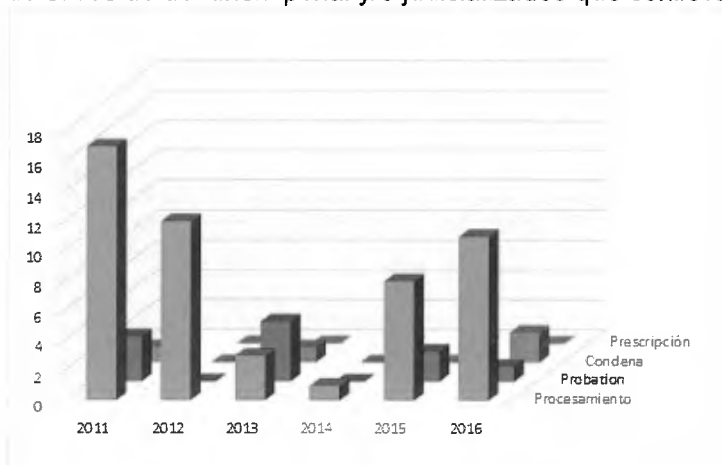
La entidad



¿Ha tenido alguna dificultad para iniciar una denuncia penal por sospecha de fraude o tentativa de fraude de seguros?



Indicar la cantidad de casos de denuncia penal y/o judicializados que conllevaron a:



¿La entidad cuenta con una división/departamento/ área especializada antifraude?



¿Ha recibido reclamos o denuncias de siniestros relativos a pólizas, certificados de cobertura, recibos u otros instrumentos falsificados con la apariencia de pertenecer a esa entidad (iguales o similares logos, firmas, sellados, membretes, etc.)?

¿Ha recibido reclamos o denuncias de siniestros cuya contratación fue realizada por comercializadores NO AUTORIZADOS (pseudo aseguradoras, seguros pirata, empresas o intermediarios no autorizados, dateros, truchos, etc.)?



¿Ha podido contar con la asistencia técnica y/o de información especializada de alguna empresa comercial o industrial o institución ajena al seguro, (ej. fábrica de neumáticos o de automotores, autopartistas, laboratorios, etc.)?

Cuadro comparativo ejercicio 2011/ejercicio 2016

Situación objeto de medición	Ejercicio año 2011	Ejercicio año 2016
La entidad NO registra haber sido víctima de fraude o tentativa de fraude	62%	56 %
La entidad adopta medidas antifraude de prevención	42%	83%
Ramos más afectados	Automotores, Combinado familiar y Vida	Automotores, Otros Riesgos de Daños Patrimoniales, Combinados Familiares e Integrales y Vida.
Fraude interno	13%	11,5%
Ocasionales vs Reiterantes	56% vs 44%	55% vs 45%
Intervención Profesionales	43%	26%

Principales consideraciones

Del análisis de las respuestas brindadas por el mercado en orden a su experiencia frente al fraude en los seguros, por su particular significación, merecen destacarse las siguientes consideraciones:

Persiste un elevado porcentaje de entidades que NO REGISTRA haber sido víctima de fraude o tentativa de fraude, de manera similar a cuanto surgiera del ejercicio de medición elaborado en el año 2011, siendo que sólo el 44% de aquéllas refieren haber detectado casos en los últimos dos años, sin perjuicio de que el 34% de las entidades ha tomado conocimiento indirecto (ej. informe de entidad colega, Intermediario, pedido de informes de operadores del sistema judicial, medios de comunicación, etc.) de alguna situación o caso sospechoso de fraude o tentativa de fraude que pudiera afectarla en los últimos dos (2) años.

Los ramos más afectados son automotores con el 32%; otros riesgos de daños patrimoniales con el 20%; vida con el 18%; combinado familiar e integrales con el 15%; y riesgos del trabajo con el 8%; mientras que incendio revela el 2%, al igual que transporte público de pasajeros y retiro que reflejan el mismo guarismo.

Constituye un aspecto sensible cuanto hace al grado de realización de los objetivos de la lucha contra el fraude en los seguros (disuadir, prevenir, detectar, remediar y denunciar las conductas fraudulentas), conforme los señalamientos que a continuación se producen.

En primer lugar, se aprecia un alto nivel de desarrollo en materia de detección. Un especial foco se ha puesto en la utilización de instrumentos de perfil tecnológico, por ejemplo filmaciones de cámaras de seguridad, rastreo satelital, etc., como también acudir a profesionales de especial

experticia, y/o la mejor utilización de las redes sociales, a más del acceso a sistemas de intercambio electrónico de información, o a bases de datos comunes con otras entidades colegas para la detección de posibles vínculos entre los involucrados en una posible maniobra de fraude.

También se observan progresos relevantes relativos a la adopción de mecanismos de prevención, muy especialmente en el análisis previo a la suscripción, siendo las medidas más utilizadas la Inspección previa, la solicitud de dictámenes y/ o estudios médicos y/o el requerimiento de informes profesionales para tomar conocimiento directo del estado de intereses, bienes o personas asegurables; como también la solicitud de respaldo documental y/o fotografías, videos, y/o copia de informes médicos, institucionales, de empresas de investigación, historias clínicas, estudios técnicos, médicos y/o profesionales de distintas disciplinas, balances, estados contables, etc.

En otro orden, se observa la adopción de medidas antifraude de especial firmeza, tales como la desvinculación de los PAS, o de cualquiera de sus empleados, funcionarios, y/u otros proveedores de servicios contratados de terceros, frente a la detección de casos sospechosos de fraude en los que pudieran haber participado por connivencia (fraude interno) con el objetivo de remediar los fraudes en los seguros.

Por otra parte, las entidades manifiestan encontrarse satisfechas a tenor de los resultados que habrían arrojado las medidas orientadas a implantar una política de disuasión de cara a la comunidad.

Ello constituye un punto de especial interés, teniendo presente que a la luz de las primeras inspecciones *in situ* que se practicaran por la Coordinación Antifraude de Seguros para constatar el grado de adecuación de las entidades al Régimen Reglamentario Antifraude, en este aspecto se advirtieron resultados negativos. Extremo que oportunamente generara particular preocupación al Organismo de Control, considerando el escaso reproche social que la conducta del fraude en los seguros merece por parte de la sociedad, de suerte tal que se propició y se propicia una campaña de difusión y esclarecimiento orientada a consolidar una cultura antifraude como contra cara de una adecuada cultura aseguradora.

Pero además, en el mismo sentido, persiste la falta de compromiso para procurar la denuncia (judicial o administrativa) del fraude. Notamos que las entidades persiguen el desistimiento, pero no hay guarismos de importancia en materia de denuncia, y -en consecuencia- escasa cantidad de procesamientos, probation y condenas. Tal circunstancia reviste gravedad porque el mero desistimiento no es suficientemente desmotivador frente a la conducta futura del defraudador, ni mucho menos ejemplificador. Todo esto sin perjuicio del guarismo que la encuesta arroja en relación con las dificultades expresadas por las entidades frente a los operadores del sistema penal en instancias de intentar producir una denuncia penal, y que necesariamente guardan relación con esta problemática.

A propósito de la importancia que conlleva la denuncia de casos sospechosos de fraude o tentativa de fraude, es oportuno advertir los relevantes progresos que revelan las entidades que explotan el ramo de riesgos del trabajo. Nótese que a tenor del ejercicio de medición practicado en el año 2011, el ramo ocupaba el segundo lugar de los más afectados con un guarismo del 22%, en tanto del ejercicio objeto del presente informe surge que su afectación alcanza al 8%.

Tal resultado se condice con el alto nivel de profesionalidad que se advierte vienen practicando las aseguradoras de riesgos del trabajo en la lucha contra el fraude, conforme se observara en distintas actividades de capacitación y difusión en las que participara este Organismo, pero que

además se pusieron de manifiesto con una singular firmeza en instancias de decidir llevar adelante acciones penales que no sólo fueran exitosas, sino que por otra parte fueran objeto de público y notorio conocimiento a través de los medios de comunicación.

En este sentido, y teniendo presente la especificidad que reviste la lucha contra el fraude por parte de las aseguradoras de riesgos del trabajo a mérito de la naturaleza del subsistema de la seguridad social que inviste su actividad, es ponderable el trabajo y el esfuerzo con el que han encarado la temática, resaltando tanto el apoyo de la Asociación que las agrupa como la colaboración mutua que cultivan entre sí.

Con respecto a esta cuestión, y teniendo en cuenta que todas las entidades deberían reforzar la política de colaboración como herramienta elemental en el combate al fraude en los seguros, cabe mencionar que trascendiendo el esfuerzo que realizan las distintas cámaras y asociaciones representativas de la industria que las agrupan y que promueven dicha práctica, se advierte alguna deficiencia a tenor de cuanto surge del ejercicio de autoevaluación ya analizado en el apartado anterior, tanto en orden a la colaboración que las entidades brindan como a la que reciben.

Otro aspecto de especial interés, es el número de casos detectados y que refleja un crecimiento sustancial en instancias de tornarse exigible el Régimen Reglamentario Antifraude consagrado por la Resolución N° 38.477. Ello con el consecuente impacto en materia de montos involucrados en las maniobras detectadas.

Racconto propuestas espontáneas

Las entidades han expresado:

- ***La necesidad de contar con una Memoria de casos investigados por sospecha de fraude unificado para todo el mercado asegurador y controlado por la SSN.***
- ***La generación de un espacio común para que la industria pueda compartir sus conocimientos, experiencias y buenas prácticas, permitiendo así una actualización permanente en relación con la realidad que se sufre en materia de fraude en los seguros.***
- ***Contar con una guía antifraude por cada ramo de seguros.***
- ***Con respecto a la base de datos IRIS que incluye todos los siniestros de cascos del ramo automotor, promueven mejorar el nivel de detalle de la información que se vuelca, y ampliar los ramos alcanzados.***
- ***Incrementar la responsabilidad/colaboración de los auxiliares de la actividad aseguradora.***