

14ta ASAMBLEA LEGISLATIVA

6ta SESION ORDINARIA

LEY NUM.: 18

APROBADA: 8 DE ENERO DE 2004

(P. de la C. 3179)

LEY

Para enmendar los Artículos 11.090, 27.190 y 27.200, adicionar los Artículos 27.210, 27.220, 27.230, 27.240, 27.250, 27.260, 27.270; eliminar las disposiciones del Artículo 27.280, reenumerar los Artículos 27.290, 27.300, 27.310, 27.320, 27.330 y 27.340, como 27.280, 27.290, 27.310, 27.320 y 27.330 y reenumerar los Artículos 27.300 y 27.400 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, conocida como "Código de Seguros de Puerto Rico", a los fines de definir claramente lo que constituirá fraude en los seguros; requerir una participación activa de los Aseguradores y Organizaciones de Servicios de Salud en la lucha contra el fraude; y establecer una Unidad de Investigaciones Especiales Antifraude dentro de la estructura organizativa de la Oficina del Comisionado de Seguros.

EXPOSICION DE MOTIVOS

El fraude en los seguros es una actividad ilegal multimillonaria que afecta a los aseguradores, al gobierno, a los consumidores de seguros y al público en general. Esta actividad abarca un sinnúmero de prácticas. Por un lado, la destrucción voluntaria de la propiedad asegurada, las reclamaciones falsas o infladas, el alegado hurto o destrucción de vehículos inexistentes o inservibles, los accidentes y caídas fingidos en establecimientos comerciales y el cobro de procedimientos y servicios que nunca fueron brindados, entre otras. De igual manera, se desarrollan otras prácticas dentro de la propia industria, tales como la apropiación ilegal de dinero correspondiente a primas de seguros, venta de seguros y ajuste de pérdidas por personas no autorizadas, la imposición de seguros no deseados y muchas otras más. El costo de tales actos recae en última instancia sobre los hombros del consumidor puertorriqueño, quién sufre los efectos a través de la imposición de primas más altas en los seguros.

Hoy día el negocio de seguros es un servicio de primera necesidad en la sociedad moderna. Con la aprobación de una ley de seguro de responsabilidad obligatorio para vehículos de motor en Puerto Rico, se agudiza aún más la necesidad de establecer medidas que tiendan a desalentar las reclamaciones y otros actos igualmente fraudulentos en el negocio de seguros; de suerte que se puedan mantener tarifas razonables sin que resulte necesario elevar su costo.

La presente medida tiene 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 los seguros; establecer una unidad de investigaciones especiales antifraude en la Oficina del Comisionado de Seguros; requerir a la Junta de directores de los Aseguradores y Organizaciones de Servicios de Salud adoptar un plan de acción para detectar, prevenir y combatir actos fraudulentos en el negocio de seguros; otorgar inmunidad civil a los aseguradores u otras personas que provean información sobre supuestos actos fraudulentos en el negocio de seguros; e imponer penalidades mayores por la incursión en actividades fraudulentas en el negocio de seguros.

DECRETASE POR LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO:

Sección 1.-Se enmienda el inciso (1) del Artículo 11.090 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, y se elimina el inciso (3) de dicho Artículo, para que lea como sigue:

“Artículo 11.090.- Solicitud como prueba

- (1) Toda solicitud de seguro se hará formar parte de la póliza. Ninguna solicitud de póliza de seguro será admisible como prueba en ninguna acción o procedimiento en relación con tal póliza, a menos que copia fiel y exacta de la solicitud fuera adherida a la póliza o de otro modo hecha formar parte de la misma al tiempo de expedirse y entregarse; si copia fiel y exacta de la solicitud es suministrada al asegurado luego de los treinta (30) días de haber sido entregada la póliza, siempre y cuando se trate de cualquier otra clase de seguro que no sea seguro de vida. Una copia fotostática, o cualquiera otra copia o reducción fotográfica o por algún otro procedimiento, de la solicitud o del examen médico, si lo hubiere, podrá usarse al efecto, si es claramente legible.
- (2) . . .”

Sección 2.- Se enmienda el Artículo 27. 190 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, para que lea como sigue:

"Artículo 27.190.-Informes y declaraciones falsos para obtener seguros.

Un agente, corredor, solicitador, médico o cualquier otro proveedor de servicios de salud, u otra persona que a sabiendas rindiere un informe falso, hiciera una falsa representación de hechos, alterare u omitiera información o insertare en una solicitud de seguro o en un informe o declaración en relación con dicho seguro cualquier cosa que dicha persona sepa que no es cierta, o cualquier persona que ayudare o participare en rendir un informe falso, hacer una falsa representación de hechos, someter información incompleta, alterar u omitir información o insertar en una solicitud de seguro o en un informe o declaración en relación con dicho seguro cualquier cosa que dicha persona sepa que no es cierta o cualquier persona que ayudare o participare en rendir un informe falso, hacer una falsa representación de hechos, someter información incompleta, alterar u omitir información o insertar en una solicitud de seguro o en un informe o declaración en relación con dicho seguro cualquier cosa que dicha persona sepa que no es cierta se considerará que ha cometido fraude para los efectos de este Capítulo."

Sección 3.-Se enmienda el inciso (1) del Artículo 27.200 de la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, se añade un nuevo inciso (2), se enmienda y reenumera el actual inciso (2) como tres (3) y se añaden los incisos 4 y 5, para que lean como sigue:

"Artículo 27.200.- Reclamaciones o pruebas falsas:

Se considerará que cualquier persona ha cometido fraude si a sabiendas y con la intención de defraudar:

- (1) Presentare, o hiciere presentar, una reclamación falsa o fraudulenta, o alterare u omitiera información o cualquier prueba en apoyo de la misma, para el pago de una pérdida con arreglo a un contrato de seguro; o
- (2) Ayudare o participare en la presentación de una reclamación fraudulenta, o alterare u omitiera información o cualquier prueba en apoyo de la misma, para el pago de una pérdida con arreglo a un contrato de seguro; o
- (3) Prepare, hiciere, o suscribiere o alterare u omitiera o ayudara o participara en preparar, hacer o suscribir o alterar u omitir cualquier cuenta, certificado, declaración jurada, prueba de pérdida u otro documento o escrito falso con intención de que el mismo se presente o utilice en apoyo de dicha reclamación.
- (4) Presentare una reclamación que afecte el derecho de subrogación que posea un asegurador para recobrar cantidades pagadas con arreglo a un contrato de seguro. Se entenderá por derecho de subrogación, el derecho que tiene un asegurador de recobrar los daños que ha sido llamado a pagar a un asegurado bajo su póliza. Dicho derecho surge por operación de ley cuando el asegurador hace un pago al asegurado.

Presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida sobre la misma propiedad asegurada.”

Sección 4.-Se adicionan los Artículos 27.210, 27.220, 27.230, 27.240, 27.250, 27.260 y 27.270 a la Ley Núm. 77 de 19 de junio de 1957, según enmendada, para que lean como sigue:

"Artículo 27.210.- Preparación y/o Presentación de Escritos Falsos; Apropiación Ilegal

Además de los actos o conductas descritas en los Artículos 27.190 y 27.200 de este Código, se considerarán delitos.

La preparación y/o presentación de estados económicos falsos por cualquier persona sobre la situación económica de un Asegurador u Organización de Servicios de Salud o cualquier persona o entidad obligada bajo las disposiciones de este Código a presentar estados de cuenta sobre su situación económica.

Artículo 27.210A.- Apropiación Ilegal

La malversación o apropiación ilícita por cualquier persona, de dinero correspondiente a primas recibidas en el curso del negocio de seguros.

Artículo 27.220.- Penalidades por Fraude

Cualquier persona que haya cometido fraude, según definido en los Artículos 27.190, 27.200 y 27.210 de este Capítulo, incurrirá en delito grave y convicta que fuere será sancionada por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (5,000) dólares, ni mayor de diez mil (10,000) dólares, o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años. Además de las penalidades provistas en este Capítulo, cualquier persona que como resultado del fraude cometido se beneficie de alguna forma en la obtención de un seguro, o en el pago de una pérdida con arreglo a un contrato de seguro, se le impondrá la restitución de la cantidad de dinero resultante del fraude.

Toda violación a las disposiciones de los Artículos 27.190, 27.200 y 27.210 tendrán un término prescriptivo de (5) cinco años.

Artículo 27.230.-Solicitud de seguro como prueba.

- (1) Las disposiciones del Artículo 11.090 de este Código , referentes a la admisibilidad de la solicitud de seguro como prueba serán aplicables a este Capítulo.
- (2) Para propósitos de este Capítulo, se considerarán alteraciones de una solicitud de seguro aquellas establecidas en el Artículo 11.080 de este Código.
- (3) Para propósitos de este Capítulo, se considerarán como representaciones falsas en una solicitud de seguro aquellas establecidas en el Artículo 11.100 de este Código.

Artículo 27.240.-Unidad de Investigaciones Especiales Antifraude.

El Comisionado, dentro de su estructura organizativa, establecerá una Unidad de Investigaciones Especiales Antifraude, cuyo propósito principal será detectar e investigar actividades o prácticas que constituyen fraude en los seguros.

Artículo 27.250.-Facultades adicionales

Además de las facultades conferidas por las disposiciones del Código de Seguros de Puerto Rico y su Reglamento, el Comisionado de Seguros tendrá las siguientes facultades:

- a) Iniciar y conducir investigaciones de individuos y entidades cuando haya querrela, confidencia, información o comunicación

que brinde a establecer de que se ha violado, se va a violar o -se está violando alguna disposición de este Capítulo.

- b) Acudir al Tribunal en coordinación con el Departamento de Justicia y/o la Policía de Puerto Rico para obtener y diligenciar órdenes de registro, allanamiento y arresto por violaciones a los Artículos 27.190, 27.200 y 27.210.
- c) Intercambiar información, expedientes y evidencia recopilada con el Departamento de Justicia, las agencias federales y estatales pertinentes. Colaborar con unidades de investigaciones de fraude en el negocio de seguros de otras jurisdicciones.
- d) Ofrecer adiestramientos y talleres sobre fraude en el negocio de seguros al personal de la unidad especializada y al personal que los aseguradores y organizaciones de servicios de salud determinen para laborar en este campo.
- e) Inspeccionar, copiar y recopilar archivos y evidencia; diligenciar citaciones; tomar juramentos o afirmaciones; y referir investigaciones a fiscalía. Si la información que la unidad necesita se encuentra fuera de la jurisdicción del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, la unidad podrá investigar la misma en el lugar donde está la información ubicada.

Artículo 27.260.- Requisito de informar actos fraudulentos en el negocio de seguros.

Cualquier asegurador, organización de servicios de salud, agente general, agente, corredor, solicitador, ajustador o persona que tenga conocimiento motivos fundados de que un acto de los descritos en los Artículos 27.190, 27.200 y 27.210 ha sido cometido, se está cometiendo o se va a cometer, vendrá obligado a someter al Comisionado la información que tenga disponible sobre dicho acto para realizar una investigación y en cualquier forma facilitar la misma. Todo asegurador, organización de servicios de salud, agente, agente general, corredor, solicitador o ajustador que incumpla con esta disposición será sancionado con multa no menor de mil (1,000) dólares, ni mayor de cinco mil (5,000) dólares.

Artículo 27.270.- Requisito de proveer información de reclamaciones a un banco de información central.

Todo asegurador autorizado deberá proveer a un banco de información central. Reconocido por el Comisionado, información relacionada con las reclamaciones que reciba en la forma que el Comisionado, de tiempo en tiempo, prescriba. Este requisito no es aplicable a aquellos aseguradores que suscriban seguros de vida e incapacidad.

Sección 5. -Se eliminan las disposiciones del Artículo 27.280 y se reenumeran los Artículos 27.290, 27.300, 27.310, 27.320, 27.330 y 27.340 como los Artículos 27.280, 27.290, 27.310, 27.320 y 27.330, para que lean de la siguiente manera:

"Artículo 27.280.-Derecho a no auto incriminarse

Toda persona en la que se centre una Investigación relacionada a la posible violación de los artículos 27.190,27.200 y 27.210, tendrá el derecho a guardar silencio ya no autoincriminarse. Las disposiciones del artículo 2.210 del Código de Seguros no le serán de aplicación.

Artículo 27.290-Confidencialidad.

Toda información recibida por el Comisionado, o toda información que surja como resultado de una investigación de actos de fraude en el negocio de seguros será estrictamente confidencial y no podrá divulgarse, excepto en un procedimiento administrativo adjudicativo o judicial criminal, o a agencias del gobierno federal o estatal incluyendo a la Asamblea Legislativa, involucradas en la investigación de actos fraudulentos de seguros.

Artículo 27.300.-Frivolidad.

- (1) Toda persona que suministre información verbalmente o por escrito u ofrezca cualquier testimonio sobre actos impropios o ilegales que por su naturaleza constituyen actos de fraude en el negocio de seguros, a sabiendas de que los hechos son falsos, o cuando dichas declaraciones sean de carácter difamatorio, infundadas o frívolas, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (5,000) dólares ni mayor de diez mil (10,000) dólares, o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años, de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.

- (2) Toda persona que suministre información verbalmente o por escrito, u ofreciere cualquier testimonio sobre actos impropios o ilegales que por su naturaleza constituyen actos de fraude en el negocio de seguros, a sabiendas de que los hechos son falsos, o cuando dichas declaraciones sean difamatorias, infundadas o frívolas, estará sujeto a responsabilidad civil extra contractual en su carácter personal.

Artículo 27.310.0.- Plan de Acción

La Junta de Directores de cada asegurador del país y de cada organización de servicios de salud adoptará un plan de acción, por escrito, en un término de tres (3) meses luego de aprobada esta Ley para detectar, prevenir y combatir actos fraudulentos en el negocio de seguros.

Este plan de acción deberá contener al menos lo siguiente:

- (1) Una descripción de los procedimientos establecidos para cumplir con la obligación de detectar e investigar los posibles actos de fraude en el negocio de seguros y para informar dichos actos a la Unidad de Investigaciones Especiales Antifraude de la Oficina del Comisionado de Seguros.
- (2) Una descripción del plan de educación y adiestramiento de su personal.
- (3) Una descripción del personal contratado o empleado para ejecutar los procedimientos establecidos para detectar e investigar actos de fraude y las funciones asignadas a cada uno de estos.

Artículo 27.320.- Aviso

Los aseguradores y organizaciones de servicios de salud estarán obligados a incluir en todo formulario de solicitud de seguro y en todo formulario de reclamación de seguro un aviso de forma conspicua y legible con la siguiente información:

"Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (5,000) dólares, ni mayor de diez mil (10,000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años."

El incumplimiento de las disposiciones de este Artículo conllevará la imposición de una multa administrativa que no será menor de (1,000) mil dólares ni mayor de (5,000) cinco mil.

La no inclusión de este aviso en los formularios indicados no constituirá defensa para que el asegurado o tercero reclamante no cumpla con las disposiciones de este Capítulo.

Artículo 27.330.-Penalidades adicionales

Además de las penalidades por fraude provistas en el Artículo 27.220, cualquier persona que viole las disposiciones de los Artículos 27.190, 27.200 y 27.210 estará sujeta a cualquiera de las siguientes penalidades:

- a) Suspensión o revocación por el Comisionado de cualquier licencia o certificado de autoridad;
- b) Multa administrativa que no excederá de veinticinco mil (25,000) dólares, por cada violación;
- c) Cualquier persona convicta por violación a las disposiciones de los Artículos 27.190, 27.200 y 27.210 quedará indefinidamente descalificada para dedicarse al negocio de seguros."

Sección 6.-El Comisionado podrá contratar los servicios profesionales, consultivos e investigativos que sean necesarios para llevar a cabo los propósitos de esta Ley.

Sección 7.-Esta Ley no pretende limitar la jurisdicción de cualquier otra agencia para investigar y procesar cualquier, violación de ley o limitar o prohibir el que una persona divulgue voluntariamente información relacionada a fraude de seguros o a cualquier otra agencia fiscalizadora o limitar los poderes o facultades que se le ha conferido al Comisionado de Seguros o a la unidad antifraude a través del Código de Seguros de investigar posibles violaciones de ley y de tomar acción en contra de aquellos que violen dichas disposiciones.

Sección 8. -Se le concede a los aseguradores y organizaciones de servicios de salud autorizados, el término de (6) seis meses, contado a partir de la fecha de aprobación de esta Ley, para someter a la Oficina del Comisionado de Seguros el plan de acción que requiere el Artículo 27.310 de este Capítulo. Asimismo se les concede un término de noventa (90) días para cumplir con el aviso que dispone el Artículo 27.320.

Sección 9.-Se reenumeran los Artículos 27.300 y 27.400 como Artículos 27.350 y 27.360, respectivamente.

Sección 10.-En un término de noventa (90) días, el Comisionado de Seguros promulgará la reglamentación necesaria para la implantación de esta Ley.

Sección 11.-Cláusula de Separabilidad

Si alguno de los artículos, secciones, párrafos, oraciones, frases o disposiciones de esta Ley fuera declarado inconstitucional por un tribunal con autoridad para ello, las restantes disposiciones permanecerán con toda fuerza y vigor.

Sección 12.-Vigencia

Esta Ley comenzará a regir noventa (90) días después de su aprobación.

Presidente de la Cámara

Presidente del Senado

DEPARTAMENTO DE ESTADO

CERTIFICO: Que es copia fiel y exacta del original aprobado y firmado por la Gobernadora del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

A la fecha de: 20 de enero de 2004

GISELLE ROMERO GARCÍA
AUXILIAR DE SERVICIOS