

Estudio

IV Mapa AXA del Fraude en España
Febrero 2017

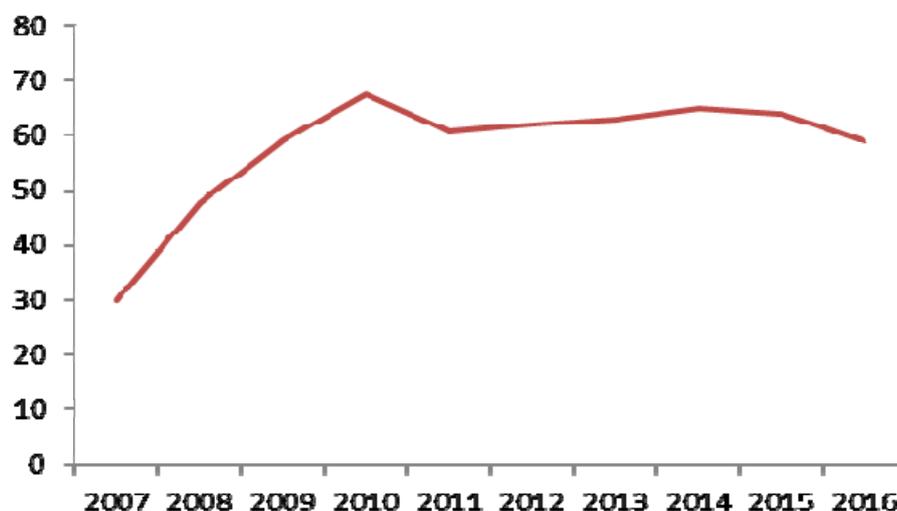
El presente informe tiene por objetivo transmitir y concienciar a la sociedad española del grave perjuicio que suponen los casos de fraude en el sector asegurador. Un perjuicio que, de forma directa, tiene efectos en el precio de los seguros; pero que además puede generar otros perjuicios directos a aquellas personas que los cometen, como es la comisión de un delito punible.

La coyuntura económica de los últimos años ha podido llevar a algunas personas a verse tentadas a cometer un delito de fraude al seguro, desconociendo las graves consecuencias que estos hechos pueden acarrearle.

AXA se rige por el principio de tolerancia cero frente al fraude. Por esa razón, lleva años invirtiendo importantes recursos en la prevención, detección y persecución del fraude; adaptando las últimas tecnologías y formando a las personas en las nuevas técnicas que emplean los defraudadores en sus prácticas delictivas.

Durante el año 2016, AXA evitó pagos indemnizatorios fraudulentos en todos sus ramos –Vida y No Vida, Particulares y Empresas– por un importe total de 59 millones de euros, lo que supone una caída de casi un 8% respecto del año anterior. Desde 2007 estos pagos se han multiplicado por dos, pasando de 30 millones de euros a los actuales 59 millones.

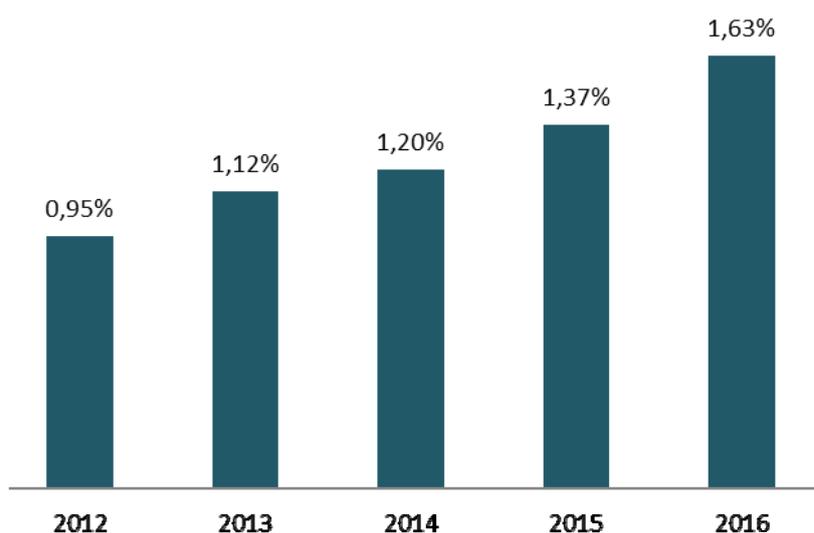
Fraude detectado en AXA (en millones de €)



Las causas de este incremento habría que buscarlas no solo en el contexto socioeconómico que ha vivido el país en los últimos años, sino también en el mayor esfuerzo e inversión que AXA ha realizado en la lucha contra el fraude y la voluntad de actuar frente a un problema de carácter global.

Cabe destacar que el aumento del número de siniestros fraudulentos en 2016 hasta los 18.300 (frente a los 17.500 de 2015), unido a la reducción de la siniestralidad, explica el aumento de la tasa de fraude, entendida como el cociente de siniestros fraudulentos entre siniestralidad. El IV Mapa AXA del Fraude en España ha extrapolado y ponderado los datos de la compañía por su cuota de mercado geográfica y de este análisis se puede inferir que la tasa de fraude nacional continúa creciendo, pasando de menos del 1% en 2012 al 1,63% del año pasado.

Tasa de fraude en España (casos de fraude/siniestralidad)



En conclusión, se puede decir que el volumen de clientes tentados a cometer un fraude es muy reducido. La gran mayoría de los siniestros son reales y reflejan las situaciones de riesgos normales que se producen en la vida cotidiana, siendo solo una minoría quienes tratan de obtener una indemnización ilícita a través del engaño.

1. Fraude evitado por línea de negocio

Casi seis de cada 10 siniestros fraudulentos se producen en el ramo de Auto, donde se observa una ligera caída. Aunque mantiene su hegemonía, año tras año

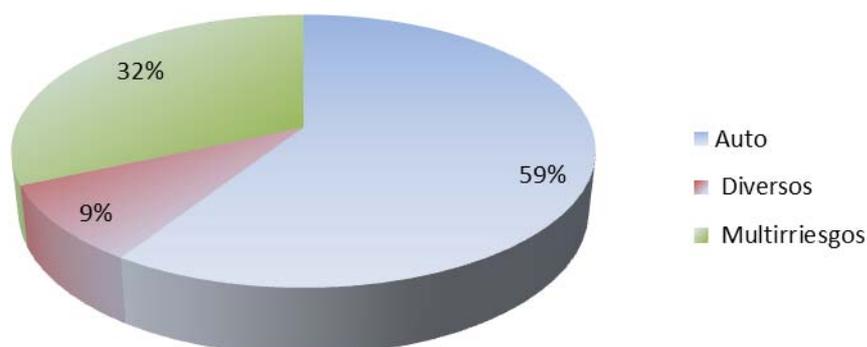
y de forma constante, Automóvil está viendo reducida su relevancia como ramo más empleado para cometer fraude. En 2013, el porcentaje de fraude en el que intervenía un vehículo era de 68,6%, frente al 59% de 2016.

Por su parte, en el ramo de Multirriesgos (Hogar, Comercio y Oficinas, y Comunidades) observamos un fuerte crecimiento del fraude. En cuatro años, ha aumentado en ocho puntos porcentuales (pasando de representar el 24% del total en 2013, a casi el 32% en 2016). Sin duda los casos de fraude en este ramo están ganando peso debido a la mayor versatilidad, imaginación y técnicas para delinquir. Estos ramos ofrecen la posibilidad de una mayor creatividad en la preparación de situaciones irregulares. Por ejemplo, los casos de fraudes con ocasión de la ocurrencia de tormentas, fraudes en daños eléctricos, los derivados de un robo o los relacionados con el mantenimiento del hogar y los daños por agua. Las opciones son múltiples.

Finalmente, Diversos (RC, Transporte, Industrias, Salud, Accidentes y Vida), ha aumentado su porcentaje en los casos de fraude hasta representar más del 9% del total, frente al 7,3% que suponía hace solo tres años.

En conclusión, no hay ninguna línea de negocio que se libre de la acción del defraudador. Multirriesgos, a través de la realización de fraudes cada vez más especializados, es la que está mostrando un mayor aumento en el número de casos. Auto, que concentra menos de seis casos de cada 10 intentos de fraude, muestra un descenso reiterado. La intervención de técnicas periciales y un cierto envejecimiento en las metodologías del fraude está llevando al defraudador a ampliar sus miras.

Distribución del fraude por ramos



2. Tipología de fraude

Las aseguradoras se enfrentan a tres grandes tipos de fraudes.

- **El fraude ocasional u oportunista**

Es aquel en el que se aprovecha la realidad de un siniestro para introducir daños preexistentes o anteriores. Por cuarto año consecutivo, observamos un descenso de este tipo de casos. También denominado fraude masa, representaba en 2016 el 52% de los casos, frente al 57% de 2014. Se trata de un importante descenso que, según nuestro análisis, se debe en parte a una situación económica que paulatinamente mejora, además de al hecho de que este fraude genera un retorno económico moderado. El número de personas que potencialmente se sentían tentadas a cometer un fraude por una situación económica van descendiendo paulatinamente. El 63% de las ocasiones se trata de un fraude inferior a 600€.

- **El fraude premeditado**

Se trata de casos en los que los daños reclamados son reales o ficticios, pero todos han sido planificados con antelación. En ellos se suelen ver implicadas varias personas y suponen el 45% de los casos de fraude evitados durante 2016 (frente al 42% de hace dos años). Hay por tanto una basculación del fraude ocasional hacia el premeditado. Su coste medio es sensiblemente mayor que el del fraude ocasional, y quien lo perpetra trata de obtener el máximo beneficio económico, lo que eleva la indemnización media a casi 3.900€ (frente a los 4.400€ que de media trataban de defraudar en 2015).

- **El fraude organizado**

Es sin duda el más peligroso. Se trata de bandas o tramas organizadas, y ocasionalmente apoyadas por profesionales que buscan la industrialización de su proceso delictivo, lo que supone un fuerte perjuicio económico. Representa un gran riesgo por su profesionalización. Los casos detectados han pasado de los 7 en 2013, a los 71 en 2016, con un repunte muy importante en 2015, cuando neutralizaron más de 80 tramas. Lo que cabe destacar del año pasado es que, pese a verse reducido el número de tramas organizadas respecto a 2015, el número de siniestros fraudulentos llevados a cabo por estas tramas han aumentado un 40%. Del mismo modo, el importe medio a defraudar por las grandes tramas ha caído de 5.500€ en 2015, a 2.950€ en 2016; lo que indica que el fraude organizado ha tratado de cometer mayor número de delitos por un importe menor. El empleo de herramientas tecnológicas está favoreciendo la detección de este tipo de situaciones, al permitir combinar grandes volúmenes de

datos y tratarlos a través de metodologías matemáticas avanzadas. El incremento de una criminalidad organizada y compleja, que en ocasiones se suma a otras actividades delictivas, complica el reto para el mercado asegurador y exige un mayor esfuerzo y *expertise* para afrontarlo, así como una estrecha colaboración con los Cuerpos y Seguridad del Estado para evitarlo.

Dentro del fraude organizado observamos un amplio y variado rango de tipologías de trama. Por un lado se encuentran las tramas sencillas. Básicamente, en ellas, una o varias personas encuentran un método de poner en marcha un fraude y lo reproducen. Es el caso, por ejemplo, de una señora que obtenía información de sus amigas para generar partes falsos en sus aseguradoras.

Por otro lado estarían las tramas de carácter profesional. Son aquellas en las que existe toda una jerarquía, con un cerebro, unos “captadores” y, finalmente, aquellos que llevan a cabo los siniestros fraudulentos para lograr la indemnización. Se califican como “profesionales” porque suelen contar con algún experto, buen conocedor de los procesos de las compañías. Por ejemplo, es el caso del letrado que llevaba una organización para generar siniestros de lesiones.

También existen las tramas criminales. Se caracterizan porque tienen una pirámide de mando criminal, y en ellas intervienen personas cuyo *modus operandi* está basado en la comisión de delitos. Son menos frecuentes, pero son las que entrañan mayor peligro, dado el perfil de estas personas. Cabe destacar que para su tramitación se cuenta con protocolos de trabajo internos que evitan el contacto directo con un investigado, así como con el total apoyo de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

Finalmente estarían las tramas tecnológicas. Son aquellas en las que existe la repetición sistemática de un fraude empleando una tecnología desarrollada. Aquí se encuadrarían, por ejemplo, los casos de suplantación de identidad.

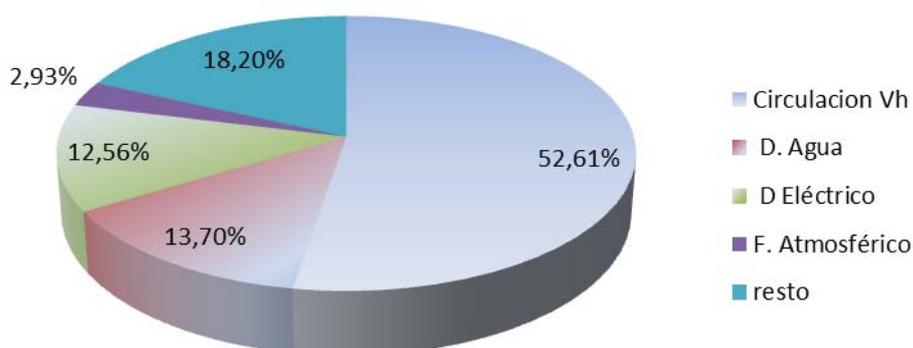
3. Fraude por causas

De todos los casos de fraude en Auto, el 88% tienen que ver con la conducción del vehículo. A penas uno de cada 10 fraudes contiene una versión que no afecta a la conducción y que está relacionada con otras situaciones como robo del vehículo, rotura de lunas, incendio, asistencia o incluso daños atmosféricos.

Multirriesgos ofrece una mayor diversificación en las casuísticas del fraude. Cabe destacar que los fraudes relacionados con los daños por agua han superado por primera vez a aquellos que afectan a los daños eléctricos. Los primeros suponen el 40% del total, frente al 35% que representan los daños eléctricos. Éstos últimos

suelen estar vinculados al actual ciclo de vida de los aparatos y las nuevas tecnologías, donde son recurrentes los intentos de lograr la renovación de aparatos a través del fraude al seguro.

Distribución del fraude por causas



Finalmente en el ramo de Diversos son las garantías de Responsabilidad Civil y Accidentes las que más se emplean para tratar de acometer fraudes.

También sería importante destacar que las cantidades que se tratan de defraudar al seguro han disminuido en el último año en los tres ramos. El importe medio de Auto descendió más de un 7%, el de Multirriesgos más de un 35% y el importe medio de Diversos más de un 33%.

Ejemplos de fraude por causas

- AUTO

Daños anteriores no causados en el siniestro real en cuestión. Es el típico caso de asegurados con pólizas a terceros que tiene un siniestro real. Lógicamente son inocentes, pero aprovechan el siniestro para tratar de incorporar daños anteriores incluso con versiones, en ocasiones, un tanto rocambolescas, como rebotes contra algún objeto, doble golpe del vehículo contrario o similar.

- MULTIRRIESGOS

Daño eléctrico. Casuística en la que el asegurado trata de dar cobertura a un hecho que no lo tiene. Por ejemplo, aparatos eléctricos muy antiguos que se

rompen y se aduce una sobretensión para su sustitución.

Daños anteriores a la Contratación. *El asegurado sufre un daño sin tener seguro alguno y lo contrata con posterioridad para que la compañía repare el daño ocasionado a él mismo o a un tercero.*

Daños por agua. *El asegurado tiene un siniestro real en su casa derivado, por ejemplo, de una fuga de agua que daña el parqué. Se le indemniza, y al tiempo vuelve a declarar otro siniestro, esta vez falso, aduciendo que ha tenido la misma fuga, cuando realmente no lo había reparado en un primer momento.*

- **DIVERSOS**

Exageración en la reclamación en cualquier garantía directa: *Se aprovecha la ocurrencia de un siniestro real para incluir bienes no sustraídos o dañados. En ocasiones se intenta utilizar la póliza para llevar a cabo el mantenimiento de la empresa, y cuando hace falta renovar alguna instalación se inventan un siniestro que afecte supuestamente a la misma.*

Atendiendo al análisis del fraude por su naturaleza; es decir; si afecta solo a daños materiales o si persigue obtener indemnizaciones fingiendo daños corporales, concluimos que los primeros suponen el 77% casos. Sin embargo, en el 23% restante de fraudes corporales concentran el 61% del total del importe que se intenta defraudar al seguro. El importe medio del fraude corporal en 2016 fue de 8.000€, significativamente inferior al fraude material, cuyo importe medio fue de 1.600€. La fuerte intensidad del fraude corporal hace que sea muy atractivo para quien está dispuesto a cometerlo. En cualquier caso, e igual que ocurre en el análisis por ramos, el importe medio de lo defraudado al seguro en 2016 se redujo respecto al año anterior. En el caso de corporales en un 40%, y en materiales, en un 13%

La principal metodología que se emplea en el Fraude corporal es la simulación del daño. En más del 70% de las ocasiones el fraude se apoya en una desproporción entre el daño real y el daño reclamado.

4. Tolerancia cero contra el fraude y nuevas tecnologías

AXA lleva años realizando un esfuerzo de inversión en nuevas tecnologías y formación con el fin de reducir al máximo los casos de fraude. Y está comenzando a dar sus primeros frutos. Se estima que el uso de estas herramientas tecnológicas ayuda a detectar más de un 20% de los siniestros fraudulentos, cuando hace dos años apenas suponían un 5%, lo que le convierte en un canal de detección cada vez más importante.

La inversión recurrente se mantiene en los 3,2 millones de euros. En 2016 AXA lanzó un programa para testar las soluciones más relevantes del mercado e identificar su eficacia en materia de lucha contra el fraude, y puso en marcha una iniciativa con el equipo de científicos de datos para elaborar modelos predictivos de detección de fraude. Aunque las iniciativas están en un estado embrionarias, permite tener una visión sobre las nuevas técnicas de detección, que ayudarán sin duda a distinguir mejor los casos sospechosos de los denominados falsos positivos.

Además, dentro de los equipos de investigación, AXA ha creado un Master de Fraude con el fin de mejorar para mejorar las aptitudes de sus investigadores.

La política es de tolerancia cero frente a cualquier tipo de fraude. Por ello, AXA ha puesto en marcha un programa de formación continua también a proveedores y mediadores para facilitar la detección de situaciones sospechosas. Algunas de las aplicaciones de detección interna consisten en reglas de negocio automáticas que permiten identificar situaciones sospechosas que requiere de un mayor análisis.

Las nuevas fórmulas de peritación, a través de técnicas avanzadas, permiten controlar con mayor precisión los elementos mecánicos del vehículo en los casos de Auto, así como la obtención de toda la información digital de su utilización.

Los sistemas van, desde los más tradicionales, basados en la detección de anomalías en documentación; hasta la grafología o cotejo documental digital que permite identificar anomalías en la documentación; pasando por entrevistas telefónicas orientadas o la intervención de detectives.

Como no puede ser de otra forma, AXA observa un escrupuloso cumplimiento a la Ley, y en particular a la que afecta a la protección de datos personales, y mantiene unas magníficas relaciones de colaboración con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en la persecución y lucha contra el fraude.

5. Las consecuencias del fraude

La detección de los casos de fraude tiene un impacto importante en la prima que pagan los asegurados por sus pólizas. El año pasado los pagos evitados por casos de fraude y que no fueron repercutidos en el resto de asegurados supusieron un ahorro del 5% en el seguro de Auto o del 19% en los casos de Responsabilidad Civil.

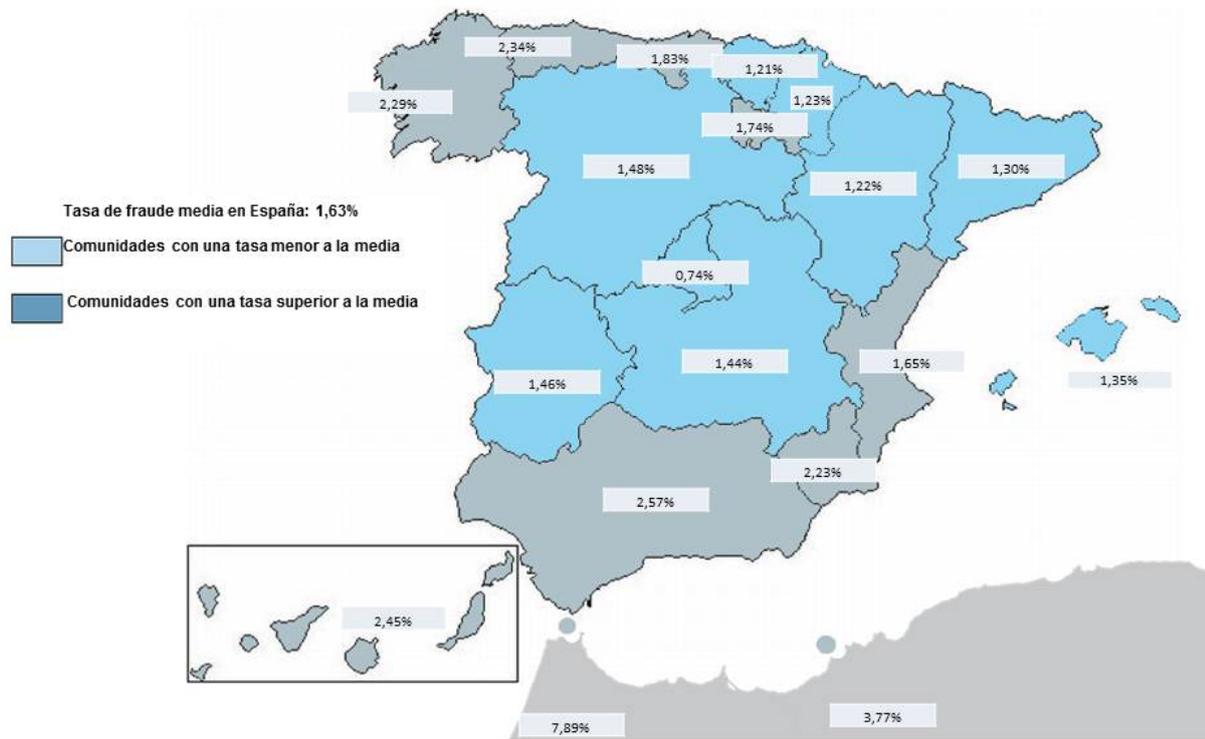
Efecto fraude 2016 sobre Primas	s/prima
Auto	5%
Hogar	3%
Industrias	6%
Comercio	7%
Comunidades	4%
Responsabilidad Civil	19%
Accidentes	19%
Oficinas	6%
Robo	2%
Transporte/Embarcaciones	2%
Incendios	3%
Técnicos (C/Maq)	4%

Por otro lado, las consecuencias penales como resultado del fraude al seguro se han incrementado significativamente en 2016. Las condenas de cárcel declaradas por los tribunales por casos de fraude a AXA aumentaron el año pasado un 40% después de que en 2015 se incrementaran en un 90%. Dos de las principales razones de este incremento son el avance y las mejoras para probar y verificar la comisión de estos delitos, por un lado, y el acuerdo firmado por la Guardia civil y UNESPA en 2015 para mejorar la colaboración operativa en la lucha contra el fraude, por otro.

El objetivo principal es establecer un modelo de colaboración entre Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y las entidades aseguradoras habilitadas para operar en territorio nacional para facilitar la prevención e investigación de las acciones encaminadas a defraudar a algún tipo de seguro.

6. Tasa de fraude por Comunidad Autónoma

La tasa de fraude aumentó el año pasado en todas las Comunidades Autónomas, a excepción de Cantabria y Extremadura, hasta situar la media nacional en el 1,63%. La Ciudad autónoma de Ceuta, con el 7,9%; Melilla, con 3,8% y Andalucía, con el 2,6%, son las Comunidades con mayores tasas de fraude al seguro.



Por el contrario, las Comunidades Autónomas con menor tasa de fraude al seguro son Madrid, País Vasco, Aragón y Navarra.

En los últimos cuatro años la tasa de fraude nacional ha aumentado 0,7%, siendo Canarias, Andalucía y Galicia las que más han crecido desde 2012.

7. Nuevas tipologías del fraude en España

En los últimos años se han destapado nuevas tipologías de fraude al seguro en España, como el empleo inadecuado de pólizas de concesionarios de coches.

Son casos en los que una o varias personas físicas se dan de alta como profesionales de la compraventa de vehículos y ofertan a través de Internet seguros de Auto a menor precio haciendo pasar el vehículo de un tercero por vehículo de su flota. Esta contratación es fraudulenta porque las pólizas Global Concesionario únicamente dan cobertura a la Responsabilidad Civil básica de los vehículos de la flota del concesionario (siempre que fuera conducido por personal autorizado, con limitación en un radio de kilómetros y en horario comercial).

También sus cada vez más recurrentes los casos de turistas que vienen a pasar unos días a España y, una vez en sus países de origen, reclaman a los Tour Operadores con quien contrataron el viaje una indemnización por intoxicaciones alimentaria durante su estancia en el hotel. Además está operativa fraudulenta obtiene apoyo de la legislación de algunas países en la que la demostración y prueba del daño sufrido y la acreditación del nexo causal, es menos exigente que en España.

8. El fraude en Vida

Vida es uno de los ramos que mayor crecimiento ha experimentado en 2016 tanto en el sector asegurador como en AXA. Un hecho que ha llevado aparejado un incremento también de los casos de fraude. AXA contabilizó el año pasado 73 casos de fraude por un valor total de 6,3 millones de euros; lo que significa un 35% más de casos y un 11,5% de cuantía.

Este tipo de seguros no cubren únicamente el fallecimiento del tomador de la póliza, sino que también contemplan la cobertura de situaciones de invalidez con el fin de atenuar sus consecuencias económicas tanto en los enfermos como en los familiares que se tienen que hacer cargo de sus cuidados y tratamientos médico que ayuden en la curación.

Habitualmente, este tipo de casos están relacionados con la ocultación de patologías previas a la contratación de la póliza. Son situaciones en las que, en el momento de suscribir la póliza, el tomador no declara su situación real, de modo que cuando sobreviene la muerte o la incapacidad, la compañía descubre que la enfermedad preexistía.

También son numerosos los casos de invalideces obtenidas de manera fraudulenta. Se trata de personas que simulan sufrir enfermedades y, en ocasiones, con la complicidad un informe médicos, exageran sus dolencias obteniendo de la seguridad Social invalideces que no son reales o no tan grave. En estos casos nos encontramos ante un doble fraude, a la Seguridad Social y a las propias aseguradoras.

Otra forma de proceder en este ramo es fingiendo su propia muerte con la intención de que sus familiares cobren la indemnización; o haciéndose pasar por el tomador, ya fallecido, y poniéndose como beneficiario de la póliza, falsificando fechas de certificados de fallecimiento para obtener el pago.