

XXIII Concurso sectorial de detección de fraudes

Aumentan los intentos de engaño en las líneas de seguros de particulares

- ICEA otorga el primer premio de cada categoría a PELAYO, REALE y GENERALI
- El coste de las estafas disminuye en todos los ramos, salvo vida, subsidios, decesos y diversos
- Las aseguradoras evitan el pago de 35 euros por cada euro invertido en investigar casos sospechosos

20/04/17 En 2016 hubo más intentos de fraude al seguro, pero su impacto económico fue menor. Esa es la principal conclusión que se obtiene del sondeo realizado por UNESPA entre sus entidades asociadas y dado a conocer con motivo de la entrega de los premios del *XXIII Concurso sectorial de detección de fraudes* que organiza Investigación Cooperativa de Entidades Aseguradoras (ICEA).

En concreto, las aseguradoras estiman que el pasado año aumentaron los intentos de fraude en las líneas de negocio de mayor capilaridad o popularidad social. En el ramo de automóviles repuntaron los casos detectados en percances de responsabilidad civil con personas lesionadas y en los partes por robo. Prácticamente todas las líneas de multirriesgo (los seguros de hogar, de comunidades de vecinos y de industrias) notaron un incremento de las reclamaciones ilegítimas al seguro. Lo mismo se puede decir de otros negocios con amplia presencia entre las familias como los seguros de vida, accidentes, decesos y subsidios. Sólo algunas coberturas de automóviles (responsabilidad civil por daños materiales y otras garantías), los seguros de comercios y las pólizas de salud anotaron una caída de los intentos de estafa.

El ramo de autos continúa siendo el epicentro de los intentos de engaño. En concreto, seis de cada 100 lesiones por accidente de circulación esconden un fraude. Ya sea por una simulación del siniestro o por una exageración del daño padecido. Destaca también la incidencia entre los seguros de vida. En ese caso, en dos de cada 100 ocasiones hay algún engaño en la reclamación que recibe la entidad aseguradora. Subsidios y decesos se encuentran parejas, con 1,5 intentos de fraude por cada 100 expedientes.

Si en lugar de analizar los casos de fraude se fija la vista en las cuantías reclamadas, el panorama es distinto. Bajo este prisma, llama la atención que en prácticamente todas las líneas de seguro cae el impacto económico de los fraudes. Las excepciones son los ramos de vida, subsidios y seguros diversos. Esta última categoría es una suerte de cajón de sastre que engloba distintas modalidades de pólizas de industrias y otros negocios con una presencia más limitada.

Tabla 1. Impacto del fraude por número de percances declarados. En % sobre el total de problemas resueltos.

	2015	2016
Autos Responsabilidad Civil Daños Corporales	5,35%	6,01%
Autos Responsabilidad Civil Daños Materiales	1,80%	1,31%
Autos Robo	3,79%	4,30%
Autos resto de garantías	0,39%	0,17%
Multirriesgo hogar	0,68%	0,74%
Multirriesgo comunidad	0,62%	0,64%
Multirriesgos comercio	1,04%	0,80%
Multirriesgo industrial	0,74%	0,82%
Otros ramos diversos	0,35%	0,52%
Transportes	0,40%	0,51%
Responsabilidad Civil	1,00%	1,01%
Decesos	0,60%	1,48%
Accidentes	0,55%	0,63%
Seguro de vida	0,86%	1,99%
Seguro de salud	0,43%	0,10%
Subsidios	0,77%	1,50%
Asistencia	0,01%	0,00%
Protección de pagos	0,01%	0,20%

Fuente: UNESPA

Tabla 2. Impacto del fraude por importes reclamados. En % sobre las prestaciones e indemnizaciones pagadas.

	2015	2016
Autos Responsabilidad Civil Daños Corporales	6,31%	6,19%
Autos Responsabilidad Civil Daños Materiales	2,60%	2,06%
Autos Robo	6,61%	5,03%
Autos resto de garantías	0,90%	0,43%
Multirriesgo hogar	2,04%	1,91%
Multirriesgo comunidad	2,21%	2,04%
Multirriesgos comercio	4,95%	2,28%
Multirriesgo industrial	3,35%	2,49%
Otros ramos diversos	1,13%	1,75%
Transportes	3,95%	2,16%
Crédito		
Responsabilidad Civil	5,45%	4,67%
Decesos	0,47%	1,17%
Accidentes	2,55%	2,22%
Seguro de vida	2,52%	2,69%
Seguro de salud	0,50%	0,23%
Subsidios	1,71%	2,84%
Asistencia	0,02%	0,00%
Protección de pagos	0,02%	0,25%

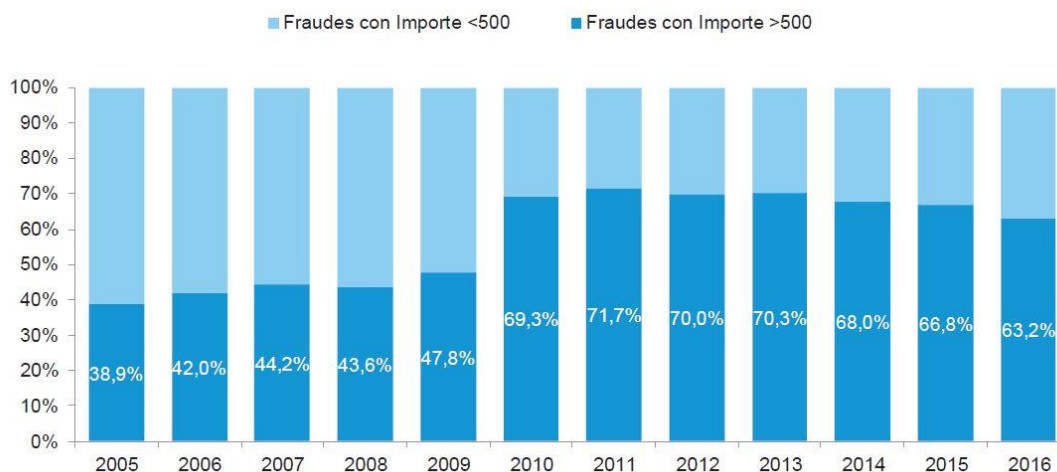
Fuente: UNESPA

Las estimaciones de fraude aquí expuestas han sido elaboradas a partir de las estimaciones trasladadas a UNESPA por parte de las entidades asociadas. Los datos representan la suma de siniestros simulados, inducidos e inventados, así como de los incidentes fortuitos en los que los perjuicios padecidos fueron exagerados. La cuantía de estos porcentajes evidencia que los fraudes son obra de una minoría que busca lucrarse ilícitamente a costa del resto de asegurados.

Una cuestión importante al analizar las magnitudes del fraude al seguro es la eficiencia que tienen las medidas que adoptan las entidades para combatirlo. Un informe recién publicado por ICEA y titulado *El fraude en el seguro español. Año 2016* muestra cómo, por cada euro invertido en investigar casos sospechosos, las aseguradoras logran evitar el pago de 34,70 euros en indemnizaciones indebidas.

Este estudio de ICEA confirma la creciente importancia de los fraudes de pequeña cuantía. Es decir, aquellos en los que la cantidad reclamada no alcanza los 500 euros. Este tipo de engaños detectados muestra una senda creciente en los últimos cinco años y constituye en la actualidad un 37% de los fraudes.

Tabla 3. Tipología de los intentos de fraude al seguro por cuantía individual del importe reclamado.



Fuente: ICEA

Entidades galardonadas

El *XXIII Concurso sectorial de detección de fraudes* organizado por ICEA reconoce las labores de investigación en tres categorías de seguros: automóvil, diversos y personales. Estos galardones premian los esfuerzos realizados por los profesionales del sector para detectar y combatir estafas que perjudican a todos los asegurados y a la sociedad en su conjunto.

A continuación se resumen los casos galardonados en la presente edición:

Automóviles. 1º premio. Entidad: PELAYO. (Lugar: Zaragoza)

Un grupo de cuatro amigos va en un coche. El chico quiere impresionar al volante a las tres chicas que le acompañan y conduce de manera temeraria. El turismo colisiona y todos resultan lesionados. Su novia, Silvia (nombre ficticio), es la que está más grave. Sufrir traumatismo craneoencefálico severo. Pasa varios días en coma. Cuando sale, sus habilidades cognitivas se

han visto afectadas: presenta un coeficiente intelectual límite, muestra dificultades importantes para la comunicación, no sabe manejar el dinero ni ubicar el tiempo... Todos los médicos que valoran el caso pronostican una futura dependencia. No obstante, la gente joven es susceptible de mejorar algo. Pero Silvia no mejora nada y, en una revisión a solas, uno de los médicos nota cambios en su actitud. No se encuentra dirigida en sus respuestas, como cuando va acompañada: reconoce ir a veces sola a rehabilitación, utilizar el transporte público...

Investigadas las redes sociales, se confirman las sospechas del médico que la revisó a solas. En sus perfiles en tres redes distintas se ve que hace vida normal: tiene nuevo novio, queda con los amigos, publica fotos con frecuencia, emplea dobles sentidos en su lenguaje... Esta información y el seguimiento posterior de un detective, demuestran que hace vida normal: transita sola por la calle, entra en comercios y paga por sí misma, etc. Las consecuencias reales del accidente, aun existiendo, no han sido tan graves como ella simula.

El expediente llega al juzgado. El fiscal, a la vista del informe forense, reclama una indemnización próxima a los 750.000 euros. El abogado de Silvia, va más allá, y pide ante el juez una indemnización de más de 1 millón de euros. Las pruebas que presenta la aseguradora desmontan la tesis de la accidentada, según la cual Silvia depende totalmente de sus familiares. La indemnización final queda en unos 230.000 euros. La sentencia reconoce una incapacidad permanente total. Pero no otorga compensación por ayuda de tercera persona ni por daño moral de los familiares. Tampoco se produce desembolso alguno por gastos ni por intereses.

Automóviles. 2º premio. Entidad: MAPFRE ESPAÑA. (Lugar: Toledo)

La historia empieza en una pequeña localidad de la provincia de Toledo. Manuela (nombre ficticio) saca adelante a su familia barriendo calles y cuidando jardines a través de los planes de empleo del ayuntamiento de un municipio próximo a su localidad. Cada día va a trabajar en coche con su amiga y compañera Eugenia (nombre ficticio). Una jornada tienen mala suerte y colisionan con otro coche. En él viaja Luisa (nombre ficticio) quien, casualmente, es la siguiente persona en la lista de empleo del consistorio para el que trabajan.

El caso resultaba extraño porque el golpe se produjo fuera del trayecto natural que une los domicilios de las implicadas con su lugar de trabajo. También llamaba la atención la vinculación entre las accidentadas. Sus familias mantenían una cercana amistad y habían tenido en el pasado negocios en común. Pero lo más destacado era que, para colmo, los dos vehículos involucrados en la colisión iban al máximo de su capacidad. Además de las tres mujeres, estaban sus maridos y toda la progenie en los coches. Y eso a pesar de que los hijos de una de las implicadas vivían en Sevilla. ¡A más de 600 kilómetros del lugar del accidente! Familia que circula unida...

Las pesquisas efectuadas por la compañía de seguros acumulan indicios suficientes para que la juez encargada de dilucidar lo ocurrido apruebe un interrogatorio de todos los implicados. Las declaraciones de las presuntas víctimas del accidente y sus contradicciones hicieron el resto. No se ponían de acuerdo en cuántos y quiénes iban en cada coche, quién conducía en cada caso, en qué lugar fue la colisión... La colaboración entre la aseguradora y el juzgado desenmascaró este intento de fraude.

Automóviles. 3º premio. Entidad: PELAYO.

Una pareja joven se va de escapada de fin de semana al volante de un Porsche Caimán. El plan se tuerce cuando, circulando por carreteras sinuosas y difíciles, el vehículo se sale de la carretera y colisiona contra la mediana. Un corte marca todo el lateral derecho de la carrocería. ¡14.000 euros de daños! Menudo disgusto. Afortunadamente, para estas cosas está el seguro a todo riesgo. Llamada a la grúa, nerviosismo. Siete minutos de conversación con la operadora. Así hasta que en un momento de espera, de fondo, se oye la frase: “y en el último tramo...”.

¡¿Tramo?! La palabra despierta las sospechas de los tramitadores. Ese es un término que se emplea en una competición, no cuando uno hace escapadas bucólicas con su pareja. Comienza así la investigación por internet de rallies celebrados por la zona en las mismas fechas en que ocurrió el accidente. El proceso es arduo. Efectivamente, hubo un rally. Pero no aparece mención alguna a la salida de pista de un Porsche. Toca acudir a los expertos. ¡¿Y quién sabe más de rallies que los foreros?! La consulta tiene éxito. A través de un hilo de conversaciones sobre seguros para competiciones deportivas se averigua que, efectivamente, hubo un accidente en el rally localizado. ¿Pero se vio afectado el mismo coche? Sí, un Porsche Caimán se salió de pista. ¿Y hay pruebas? Gracias a un aficionado que sube una imagen al foro, también. Ahí estaba el Porsche Caimán con los mismos daños que los declarados. Eso sí, este vehículo iba trufado de pegatinas de la competición y de los patrocinadores de turno.

El seguro de un automóvil excluye explícitamente los accidentes producidos en eventos deportivos. El dueño del Porsche lo sabía. Por eso, retiró todos los distintivos de la carrocería que delataban su participación en una carrera. Luego, volvió a colocar el coche en el mismo punto donde se salió de pista y llamó al seguro alegando que la colisión había sido producto de un accidente de circulación ordinario. La jugada no le salió.

Diversos. 1º premio. Entidad: REALE SEGUROS. (Lugar: Las Palmas de Gran Canaria).

La entidad recibe una reclamación por daños en el muro perimetral de una vivienda de la provincia de Las Palmas por derrumbe como consecuencia de las lluvias. Se abrió oportunamente el expediente del siniestro y se designó un perito. Tras el cierre de la verificación técnica, se envió un burofax rehusando el siniestro debido a que no se produjo a consecuencia de las lluvias sino por un defecto de la construcción de la vivienda.

Paralelamente a todas estas gestiones se recibió una carta del asegurado en la que se adjuntaba un informe pericial y un nombramiento de perito conforme el artículo 38 de la *Ley de Contrato de Seguro*. El documento recibido resultaba inusual y, por eso, se decidió analizar con más detalle. Fruto de ese análisis se identificó la misma firma del asegurado en otra designación reciente de perito para otro siniestro del mismo ramo y otra póliza de distinta titularidad. La comprobación permitió certificar que la firma que acompañaba la documentación era falsa.

El trabajo de la investigación permitió determinar de igual forma que la firma del perito de dicha designación también era falsa y se logró demostrar relación directa entre las tres figuras (persona que firma la designación con grandes conocimientos sobre seguros, perito y asegurado). A la vista de lo averiguado, se mantuvo una entrevista con el asegurado, que terminó firmando su renuncia expresa a la designación contemplada en el mencionado artículo 38 de la *Ley de Contrato de Seguro* y a los 156.000 euros que reclamaba.

Diversos. 2º premio. Entidad: AIG. (Lugar: Valencia. España / Tamaulipas. México)

Una empresa de fertilizantes y agroquímicos de la provincia de Valencia envía dos contenedores a Jalisco (México). El cargamento llega al puerto de Altamira, en el Estado de Tamaulipas (México) y es depositado en su correspondiente trailer. Pero el conductor no llegará a su destino. En el camino, varios individuos secuestran el camión. La aseguradora española cubría el transporte hasta el puerto de México y el posible impago de la factura por el comprador. El siniestro, sin embargo, no es comunicado a la aseguradora española hasta pasados siete meses del suceso. La empresa justifica el retraso argumentando que había reclamado primero la indemnización a la aseguradora del transportista mexicano. Sin embargo, las sospechas se acumulan a partir de ahí.

La empresa no aporta prueba de haber hecho gestión alguna con una aseguradora mexicana. El camión en el que se transportó la mercancía carecía de sistema de geoposicionamiento (GPS) y, por tanto, incumplía las medidas de seguridad. El asegurado en España reclama una indemnización cercana a los 115.000 euros alegando que el comprador no le había pagado. Pero el comprador era una filial suya, casi al 100%. Se trata, pues, de una operación intragrupo. No de un negocio con terceros. El asegurado, además, no aporta documentación que demuestre el motivo del impago.

Llama la atención también el estado del contenedor. Había sido llenado en Valencia y debía vaciarse en Jalisco. Es decir, no era necesario trasvasar la carga en momento alguno. La naviera que hizo el traslado informa, en cambio, que los dos contenedores empleados le fueron devueltos vacíos al día siguiente del robo en perfectas condiciones. Ninguno de ellos presentaba señales de haber sido forzado. Además, aunque la empresa declaró que sólo le robaron el cargamento de uno de los contenedores, reclamaba que se le indemnizara por la pérdida de toda la carga.

La investigación sobre el terreno en México despierta más sospechas. La comisaría donde se interpuso la denuncia del secuestro era una oficina desierta. Ya no estaba operativa. Tanto el nombre del conductor como el del dueño de la empresa de transportes eran identidades ficticias. Para más inri, el agente de aduanas de Tamaulipas no conocía las empresas transportistas implicadas. Igualmente, la zona donde supuestamente se produjo el secuestro estaba altamente vigilada tanto por la Policía como por el Ejército mexicanos por ser un lugar donde su personal almuerza habitualmente. Además, se logra confirmar que la mercancía robada había sido vendida por el 50% de su valor en algunos pueblos de la zona y que la filial sí había pagado a su matriz el cargamento. Se rechaza entonces el siniestro. La empresa valenciana trataba de cobrar dos veces por la misma mercancía presentando un siniestro falso.

Diversos. 3º premio. Entidad: MAPFRE ESPAÑA. (Lugar: Tarragona).

Una empresa tarraconense se dedica a la pesca y el marisqueo. Debido a sus actividades de acuicultura, dispone de instrumentos de recarga de botellas de aire comprimido. Un día uno de sus empleados fallece en las instalaciones a consecuencia de una explosión mientras rellenaba, precisamente, botellas de buceo. La aseguradora no tiene constancia de la desgracia hasta un año después, cuando la familia del empleado fallecido demanda a la empresa. Reclamaba el pago de 90.000 euros y alegaba incumplimiento grave de la compañía en materia de seguridad e higiene. Apuntan al deficiente estado del compresor como causa del accidente laboral.

En una entrevista personal, la dirección de la empresa advierte que no comparte la versión de los demandantes. Argumenta que el siniestro se produjo fuera del horario de trabajo. Añade que el empleado fallecido accedió a las instalaciones sin consentimiento para hacer un uso privado de las mismas. De hecho, el trabajador tenía un negocio propio de inmersión deportiva. Así lo probaban varios vídeos y fotografías colgadas en internet. Un análisis técnico de las circunstancias permitió demostrar que, efectivamente, el fallecido realizaba un uso particular del material de la empresa y que, además, la muerte se debió a un error humano durante la recarga de las bombonas. Dos sentencias judiciales (primera y segunda instancia) fallaron a favor de la aseguradora y constató el intento de engaño.

Personales. 1º premio. Entidad: GENERALI (Lugar: Navarra, España / Colombia).

Un hombre treintañero suscribió en Navarra una póliza de vida con un capital asegurado de 150.000 euros en caso de muerte. Designaba a su padre como beneficiario. Medio año después, el asegurado fallecía en Colombia. El tramitador del siniestro solicita la documentación oportuna para la gestión del expediente y la familia aporta todo mediante fotocopias autenticadas por notarios del país sudamericano, por el consulado español y por un notario español. Lo que más sorprende al tramitador es la rapidez y facilidad con la que la familia reúne todos los documentos. Sobre todo porque algunos no son los habituales y porque todos ellos venían debidamente certificados. Demasiado perfecto para ser verdad.

Surge así la sospecha de que la documentación podría ser falsa y que estaba preparada de antemano. Se contrata entonces a un gabinete de detectives que procede a rastrear el origen y verificar la validez de la documentación. El resultado de las pesquisas apunta a que el asegurado, realmente, no ha fallecido y que los documentos han sido manipulados. El padre del fallecido, finalmente, renuncia a la indemnización. La investigación logró destapar la existencia de una trama organizada que operaba en varios países, que reunía documentación y certificados originales para simular el fallecimiento de personas y reclamar así indemnizaciones por seguros de vida en España.

Personales. 2º premio. Entidad: MAPFRE VIDA. (Lugar: Valencia)

Un autónomo que trabajaba como agente de seguros en la provincia de Valencia contrató una póliza de baja laboral un 30 de diciembre. Emitió la póliza con su propia clave. En septiembre del año siguiente afirmó estar de baja. Cuando le telefoneó la aseguradora para ver qué tal se encontraba y tramitar el expediente, resultó estar en su puesto de trabajo “haciendo unos trámites”, en lugar de en su domicilio recuperándose. Justo después de la llamada, cesó la baja.

Transcurrido medio año volvió a ponerse enfermo. En esta ocasión el motivo de la baja era que lo había arrollado un autobús de la EMT cuando iba conduciendo su moto. Las lesiones eran una contusión craneal y policontusionado. La aseguradora volvió a ponerse en contacto con él para solicitarle la información médica correspondiente a este percance. Pasan los días y no remitía los documentos, si bien sí leía su correo electrónico de su empresa (la propia aseguradora a la que reclama la indemnización). En ese momento, el asegurado empieza a reclamar anticipos con cargo a su indemnización final.

La entidad contrata un detective que puede constatar que el presunto lesionado no sufre las lesiones ni los mareos de los que se queja: conduce su automóvil, sale a correr, se ejercita realizando flexiones... La aseguradora corrobora con su jefe que, efectivamente, ha estado trabajando los días en que alegaba haber estado de baja. Su intención era compaginar sus ingresos habituales con una suerte de sobresueldo del seguro fingiendo bajas falsas por enfermedad.

La compañía de seguros finalmente rehúsa proceder al pago de indemnización alguna y, además, prescinde de sus servicios como colaborador.

Personales. 3º premio. Entidad: REALE SEGUROS. (Lugar: Zaragoza)

La aseguradora recibe noticia del fallecimiento de su asegurado en su centro de trabajo y durante su horario laboral. La única información que recibe de la causa de la muerte era que se había caído de una azotea. Se recaba el informe del médico forense que determina que se trata de un suicidio. El juzgado acuerda sobreseimiento del caso, pero la familia del fallecido recurre la resolución solicitando que se tome declaración a los testigos y que se informe de la inspección de trabajo.

Aunque la policía tiene claro que fue un suicidio por las manifestaciones que le aportan testigos en relación a que el asegurado había padecido episodios de depresión en el pasado y que se encontraba medicado, la aseguradora realiza sus propios informes con peritos e investigadores que terminarán siendo determinantes para la resolución. No se trató, por lo tanto, de un accidente laboral como confirmó en su sentencia el Tribunal Superior de Justicia de Aragón.

Premios a los mejores casos		
Ramo	Premio	Entidad
Autos	1º	PELAYO
Autos	2º	MAPFRE ESPAÑA
Autos	3º	PELAYO
Diversos	1º	REALE
Diversos	2º	AIG
Diversos	3º	MAPFRE ESPAÑA
Personales	1º	GENERALI
Personales	2º	MAPFRE VIDA
Personales	3º	REALE

Premios al mérito profesional		
Profesional	Grupo	Entidad
Tramitador	A	MAPFRE ESPAÑA
Verificador técnico	A	ZURICH
Perito	A	MAPFRE ESPAÑA
Abogado	A	AXA SEG. GENERALES
Médico	A	MAPFRE ESPAÑA
Detective	A	GENERALI
Técnicos de investigación	A	AXA SEG. GENERALES
Tramitador	B	REALE
Verificador técnico	B	REALE
Perito	B	LIBERTY
Abogado	B	REALE
Médico	B	VACANTE
Detective	B	CASER
Técnicos de investigación	B	REALE
Tramitador	C	PELAYO
Verificador técnico	C	PELAYO
Perito	C	PELAYO
Abogado	C	PELAYO
Médico	C	PELAYO
Detective	C	PELAYO
Técnicos de investigación	C	FIATC

Premios al reconocimiento de participación		
Ramo	Grupo	Entidad
Autos	A	MAPFRE FAMILIAR
Autos	A	GENERALI
Autos	B	LÍNEA DIRECTA
Autos	B	LIBERTY
Autos	C	PELAYO
Autos	C	FIATC
Personales	A	GENERALI
Personales	A	MAPFRE FAMILIAR
Personales	B	REALE
Personales	B	LIBERTY
Personales	C	FIATC
Personales	C	BANKIA MAPFRE ESPAÑA
Diversos	A	ZURICH
Diversos	A	AXA
Diversos	B	REALE
Diversos	B	LIBERTY
Diversos	C	VERTI
Diversos	C	FIATC

Nota al editor: Las 22 entidades participantes del XXIII Concurso sectorial de fraudes en seguros han sido AEGON, AIG EUROPE LIMITED, AXA GLOBAL DIRECT, AXA SEGUROS GENERALES, BANKIA MAPFRE VIDA, CASER SEGUROS, CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS (CCS), FIATC, GENERALI, LIBERTY SEGUROS, LÍNEA DIRECTA ASEGURADORA, MAPFRE ESPAÑA, MAPFRE VIDA, MGS, MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, MUTUALIDAD DE LEVANTE, PELAYO MUTUA DE SEGUROS, RACC/AMGEN, REALE SEGUROS GENERALES, SEGUROS LAGUN ARO, VERTI y ZURICH ESPAÑA.