

XXIV Concurso sectorial de detección de fraudes

El seguro recupera 48 euros por cada euro que dedica a investigar estafas

- ICEA premia ocho casos investigados por PELAYO, MAPFRE, CASER, AXA, GENERALI y FIATC
- Las 38 entidades participantes en el estudio destapan cerca de 166.000 intentos de fraude

19/04/18 Las aseguradoras recuperan 48,10 euros por cada euro que destinan a investigar posibles casos de fraude. Esta es una de las conclusiones que arroja el informe *El fraude al seguro español. Año 2017* que acaba de publicar Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras (ICEA).

El estudio ha sido realizado con la información remitida por 38 aseguradoras. Estas entidades, que reúnen una cuota de mercado del 54,5%, detectaron 165.959 intentos de estafa el pasado año. Esta cifra no corresponde al número total de fraudes ocurridos en España el pasado año, sino estrictamente a los reportados a ICEA por parte de los participantes en el estudio. Su elevada representatividad permite, no obstante, obtener diversas conclusiones sobre este fenómeno en el país. Es importante destacar que el fraude al seguro es un delito que perjudica a la sociedad en su conjunto. Las aseguradoras resuelven los problemas de la gente con el dinero que le pagan sus clientes. Por lo tanto, cuando un defraudador plantea una reclamación indebida o exagerada lo que hace es tratar de enriquecerse a costa del resto de asegurados.

Uno de las tendencias más llamativas de los últimos años es el crecimiento de los intentos de fraude de pequeño importe. En 2017, un 38% de los casos detectados respondían a este perfil. En comparación, en 2011 eran sólo el 29%. Desde el comienzo de la década se ha producido un crecimiento sostenido de las estafas de pequeña cuantía al seguro. Esta dinámica denota un incremento de los intentos no profesionales de fraude. Con todo, continúa habiendo redes delictivas organizadas que simulan siniestros. Sobre todo en el seguro del automóvil.

Los datos de ICEA muestran cómo un 63,6% de los casos de fraude detectados se da en el seguro del automóvil. El predominio de este ramo se debe a su elevada presencia. No en vano, es obligatorio que los vehículos a motor circulen con seguro. Las líneas de diversos abarcan otro 29,4% de los intentos de estafa. Bajo esta categoría se encuentran las pólizas de hogar, comercio, comunidades, pymes y responsabilidad civil. Otro 5,9% de los intentos de fraude se produce en los ramos de vida, accidentes y salud. Es decir, en los llamados seguros personales. El 1% restante corresponde a otras líneas de negocio.

La inversión media que hace una aseguradora en la investigación de un fraude es de 54 euros. Sin embargo, esta partida varía algo de una línea de negocio a otra. En el ramo de automóviles el gasto medio es de 42,40 euros. Mientras, en los seguros diversos asciende a 78,30 euros. Las pesquisas de intentos de fraudes en seguros personales conlleva una inversión de 46,30 euros. Por último, en la categoría "Otros ramos" esta partida asciende a 119 euros.

El retorno medio por investigación, como se indica al inicio de la presente nota de prensa, es de 48,10 euros ahorrados por cada euro invertido. Pero también aquí hay variaciones en función de qué tipo de fraude se analice. Mientras que en los seguros personales se evita el pago de 126,90 euros por cada euro dedicado a investigar, en la categoría “Otros” esta cuantía es significativamente menor: 27 euros.

El tipo de fraude que se intenta cometer también varía en función del tipo de seguro. En automóviles, por ejemplo, el intento de estafa más habitual son las reclamaciones desproporcionadas. En concreto, esto ocurrió en un 38,5% de fraudes analizados. Le siguen en importancia la ocultación de las lesiones o daños preexistentes. Esta se da en otro 19,5% de los casos.

Entre las pólizas de diversos, categoría que engloba los seguros de multirriesgos, lo más frecuente son los siniestros simulados (28,1%). Mientras tanto, los intentos de estafa en seguros personales (vida, accidentes o salud) suelen conllevar la ocultación de lesiones o daños preexistentes. Así ocurre en un 52,2% de los intentos de fraude en esta categoría. En la categoría “Otros” destacan las reclamaciones desproporcionadas (46,2%).

Entidades galardonadas

El *XXIV 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: Dos Hermanas. Sevilla)

Amanece en Dos Hermanas (Sevilla) y parece que será uno de esos días que se tuercen. Todavía con el pijama puesto, el asegurado se entera por un vecino de que alguien le ha dado un golpe a su Volkswagen Polo blanco, que estaba aparcado en la calle. Para colmo se ha dado a la fuga. Al recibir la noticia llama a su aseguradora para dar parte. Su vehículo tiene marcas de una colisión fuerte en la parte frontolateral derecha. Su reparación rondará los 3.500 euros. Pueden verse fragmentos de plástico rojo, que parecen ser del piloto trasero de otro coche, así como una letra “S” que se ha debido desprender del vehículo huido. El perito que analiza los desperfectos concluye que es posible que el choque haya sido con un Ford Focus. Modelo de 2001, para más señas. El análisis de los daños también desvela otro dato interesante: el pretensor del cinturón de seguridad del conductor estaba activado, algo que no debía ocurrir pues, según relata el cliente, la colisión se produjo sin haber nadie dentro del coche y estando este estacionado.

El perito comenzó a recorrer varios talleres preguntando si, recientemente, alguien había mandado a reparar un Ford Focus de 2001 de color rojo. En un concesionario le comentan que la Policía anda buscando un vehículo que ha golpeado a tres coches y que se ha dado a la fuga. Le indican la calle donde ha ocurrido el suceso, que era distinta de donde estaba aparcado el Volkswagen Polo del asegurado. En esa dirección el perito se encuentra con un Renault Megane rojo con un fuerte golpe en la parte trasera izquierda. En un comercio próximo le confirman, además, que el vehículo que busca la Policía es un Volkswagen Polo de color blanco. El perito logra contactar con el propietario del Renault Megane Rojo y este le confirma que su coche estaba estacionado y que, frente a él, había aparcado un Ford Focus de color blanco que también resultó impactado. A continuación, el dueño del Megane lleva al perito a ver el estado en que ha quedado el Focus.

El misterio queda así aclarado: el propietario del Volkswagen Polo blanco fue quien colisionó contra el Renault Megane rojo, el Ford Focus blanco y un tercer vehículo, y quien luego se dio a la fuga para evitar la sanción

correspondiente por parte de las autoridades. El relato del asegurado era falso. No era el perjudicado, sino el culpable.

Automóviles. 2º premio. Entidad: MAPFRE ESPAÑA. (Lugar: Las Palmas de Gran Canaria)

Una ambulancia lleva a un anciano de vuelta a casa desde el servicio de Urgencias de un hospital (Hospital 1). En el camino colisiona con otro vehículo y el paciente, que va en camilla, se cae y resulta lesionado. De vuelta en Urgencias se le diagnostica una fractura de pelvis y queda ingresado. El percance, de partida, resulta algo extraño. Por un lado, el centro médico apenas colabora con la aseguradora y se limita a remitir un parte de Urgencias donde se diagnostican lesiones leves (en concreto, policontusiones y erosiones) que no coinciden con las aparentemente sufridas en el accidente de tráfico. Por otra parte, el anciano es una persona que está en una situación personal complicada: se encuentra solo, dependiente y, además, el matrimonio que le cuidaba hasta la fecha le ha dejado.

Cuando el anciano acude a la consulta valorativa con el perito médico de la aseguradora presenta un informe médico de un nuevo hospital (Hospital 2) donde, esta vez sí, se le diagnostica una fractura de pelvis con una radiografía. Nada que ver con el informe de urgencias anterior. Desde el Hospital 2 tratan de que sea la aseguradora quien asuma la asistencia que requiere el anciano atribuyendo las lesiones a un accidente de circulación, en lugar de ser tratado como un “caso social”.

El asunto queda atascado y acaba en manos del servicio jurídico de Servicios Sociales. Este asigna al anciano un abogado de oficio para que reclame a la aseguradora. El letrado desconoce todos los antecedentes y las maniobras del Hospital 2 para hacer recaer sobre el seguro la asistencia del anciano. Se le informa al abogado de que los centros médicos no han aportado las pruebas diagnósticas y que, probablemente, se trate de un caso social que deben asumir el Servicio Canario de Salud y los Servicios Sociales. Cuando el abogado facilita informes y CD con imágenes, aparecen unas radiografías de una fractura de pelvis realizadas a las 10.00h de la mañana del mismo día del accidente de tráfico. Es decir, antes de la colisión de la ambulancia, que ocurrió a las 16.00h de la tarde.

A pesar de todo, el anciano decide acudir a los tribunales y reclama a la aseguradora 325.870 euros. Las resoluciones judiciales, tanto en primera como segunda instancia, fueron favorables a la posición de la aseguradora. Su lesión no había sido causada por el accidente de tráfico.

Automóviles. 3º premio. Entidad: PELAYO. (Lugar: San Cristovo de Ribadavia. Orense)

Un conductor entra en el aparcamiento de un centro comercial en Orense, arranca su coche y al dar marcha atrás lentamente... ¡paf! Ha golpeado algo. Al salir, se encuentra a un hombre tendido en el suelo. Le ayuda a levantarse, este le dice que se encuentra bien y se despiden. Por prudencia, el conductor avisa a su aseguradora y le deja los datos y el número de teléfono del hombre al que había golpeado con el coche. Al ponerse la entidad en contacto con él, este se queja de dolores en el hombro, lumbares, mano y rodilla. Además, solicita autorización para una intervención quirúrgica por una hernia discal y espondilolistesis. Cuando el perito médico reconoce al lesionado y revisa la documentación que le aporta descubre que las dolencias que declara corresponden a una patología preexistente. El lesionado reclama 24.000 euros a la aseguradora y el pago de los gastos médicos.

La entidad decide ponerse en contacto con la Guardia Civil al tener indicios de un posible fraude. La benemérita investiga al individuo y a su entorno. Finalmente, decide detener al lesionado, a su mujer y a otros dos miembros de su familia por presuntos delitos de estafa continuada y falsedad documental. El lesionado había simulado ser atropellado en, al menos, cuatro ocasiones y su esposa había hecho lo propio otras dos. El *modus operandi* era siempre el mismo y respondía al descrito más arriba. En los accidentes no

se requerían atestados de la Policía y la Guardia Civil porque los defraudadores siempre declaraban tener dolores al día siguiente del atropello, no en el momento del golpe. También merece la pena destacar que, además de reclamar al seguro del conductor, los detenidos complementaban la indemnización que recibían con un seguro de accidentes que suscribían ellos directamente.

El caso que aquí se narra se destapó en 2014, aunque los implicados llevaban varios años simulando accidentes. La comandancia de la Guardia Civil en Orense emitió un comunicado en su día informando de las detenciones. El caso tuvo una importante cobertura por parte de los medios de comunicación. El procedimiento penal contra los detenidos sigue hoy su curso.

Diversos. 1º premio. Entidad: CASER. (Lugar: Océano Atlántico. Costa de Cádiz).

Un empresario asegura su barco de pesca y, apenas cinco meses después, este se hunde frente a la costa de Cádiz. La aseguradora sospecha que el infortunio podría haber sido provocado por varios motivos: la embarcación no activó las señales habituales de alarma y, además, quien acudió en su auxilio fue una embarcación propiedad del sobrino del empresario. Además, apenas unos días antes del hundimiento, el pesquero había recibido permiso para navegar 30 millas mar adentro, cuando antes sólo podía hacerlo hasta 10 millas. El lugar del suceso era, por lo tanto, una zona mucho menos transitada y las posibilidades de que hubiera testigos de lo sucedido eran más bajas.

La aseguradora trató de localizar el buque. Para ello, recurrió a una empresa especializada en investigaciones subacuáticas, así como a expertos del Ministerio de Fomento. El asegurado afirmaba que el barco se hundió cuando tenía las redes extendidas. Sin embargo, esto no concordaba con la información emitida por la caja azul del barco. De acuerdo con este aparato, la embarcación iba despacio (1,9 nudos), pero estaba en movimiento a pesar de que las redes deberían haber actuado como ancla y haberla inmovilizado. Otro dato resultaba sospechoso: el barco del sobrino estaba al lado del pesquero malogrado cuando se produjo el hundimiento. Es decir, no acudió a su rescate al recibir una llamada de auxilio. Su tripulación debería ver perfectamente lo que pasaba y no necesitaba haber sido avisada por radio.

La embarcación hundida jamás fue encontrada, pero todos los indicios apuntaban a un posible fraude. El asegurado reclamaba el pago de 325.000 euros por la vía judicial. Finalmente, el juez dio la razón en sentencia firme a la aseguradora. No había ni rastro del buque, pero era claro que este no se podía haber hundido en las circunstancias descritas. Tenía que haber habido una actuación dolosa o imprudente.

Diversos. 2º premio. Entidad: AXA SEGUROS GENERALES. (Lugar: Valencia. Comunidad Valenciana).

Cae una lluvia torrencial sobre la ciudad de Valencia. En una nave industrial, el agua se filtra por diferentes puntos y causa daños en las existencias situadas en estanterías y palés. Los peritos de la aseguradora realizan varias visitas al lugar, pues los clientes reclaman ser indemnizados por los daños sufridos en unas cajas que no estaban situadas en la misma zona por donde se filtró el agua de lluvia. Llamaba la atención que algunas mercancías seguían mojadas tres meses después de que cayeran las lluvias torrenciales. Este hecho genera sospechas y la aseguradora decide investigar más a fondo. Se toman muestras del agua acumulada y se analiza en un laboratorio. El resultado es concluyente: se trata de agua de grifo, no de agua de lluvia.

La aseguradora efectúa una oferta de indemnización de 3.800 euros. Los asegurados reclaman 230.587 euros. Las partes van a juicio. Finalmente, el juez condena a la aseguradora a pagar 12.000 euros y desestima el resto de la reclamación.

Diversos. 3º premio. Entidad: MAPFRE ESPAÑA. (Lugar: Madrid. Comunidad de Madrid).

La aseguradora recibe un parte por el incendio de una pizzería situada en la ciudad de Madrid. El local tenía un seguro desde hacía sólo dos meses y, cuando el perito va al lugar a determinar las causas del fuego, descubre la presencia de 14 focos así como restos de gasolina vertida para acelerar la combustión. Estos indicios apuntan a que el incendio era provocado.

La entidad decide investigar más y descubre que el dueño del local es un empresario italiano que atraviesa problemas económicos. A la aseguradora le reclamaba una indemnización de 68.816 euros. Además, en el transcurso de las investigaciones, la Policía Nacional contacta con la aseguradora al existir unas diligencias contra el asegurado porque en un hospital se había detenido a una persona con quemaduras en el cuerpo y se había declarado autor material del incendio del restaurante, junto con otro compinche. Ambos habrían sido contratados por el propietario de la pizzería. En el intento de fraude también estaba implicada la pareja sentimental del empresario italiano.

La aseguradora se persona en el juzgado con las pruebas que pudo reunir y, a la vista de las mismas, el juez decidió enviar a prisión al empresario italiano ante el riesgo de que se fugase a su país de origen. El proceso penal duró dos años, tiempo que permaneció en prisión. Finalmente, la Audiencia Provincial de Madrid dictó sentencia condenatoria contra el autor intelectual del incendio y el Tribunal Supremo rechazó el recurso de casación interpuesto. El empresario italiano fue condenado a seis años de cárcel.

Personales. 1º premio. Ex aequo. Entidades: GENERALI y AXA (Lugar: C. Valenciana y Venezuela).

El protagonista es un hijo de españoles nacido en Venezuela, donde se crio y formó una familia, hasta que, en 2005, decidió venir a España para iniciar una nueva vida en una localidad de la provincia de Castellón. Empezó a trabajar como fontanero e instalador de aparatos de aire acondicionado hasta que, en 2009, perdió su empleo. En este contexto y como en otros años, decide hacer una visita a su país de origen con su mujer. Pero en esta ocasión, contrata cinco seguros de vida y accidentes con unos capitales asegurados particularmente elevados. En marcado contraste, su mujer sólo suscribe un seguro de accidentes con una suma asegurada de 30.000 euros para ese mismo desplazamiento.

Así, en febrero de 2009, el matrimonio aterriza en Venezuela. Tras pasar varias semanas en el país, un día de marzo el asegurado es atracado mientras conducía un coche. Dos individuos tratan de robarle los 7.000 bolívares que lleva consigo a punta de pistola. En el forcejeo con los asaltantes, el arma que llevaba uno de ellos se dispara y le causa la amputación de varios dedos al asegurado, así como parte de las palmas de sus dos manos. Estas lesiones constituyen una incapacidad permanente total. Ya no podrá volver a ejercer su profesión

Las aseguradoras implicadas empiezan a analizar el caso y descubren que no hay documentación acreditativa de lo sucedido a pesar de la gravedad de los acontecimientos. El perito médico determina, además, que la naturaleza de las lesiones es incompatible con la narración de los hechos que hacen los implicados. Si el asegurado, como declaraba, de verdad tenía sujeta el arma con las dos manos mientras forcejeaba con su asaltante, la bala no podía haberle impactado en ninguna de ellas. De hecho, parece un milagro que no resultara herido en otras partes de su cuerpo.

El supuesto lugar donde ocurrió el atraco también resulta sospechoso para las aseguradoras. Varios detalles no coinciden con la realidad. Para colmo, el asegurado declaró haber conducido con las manos gravemente heridas 16 kilómetros hasta un hospital. Esto llama la atención no sólo por la proeza física que entraña, sino porque además había dos centros médicos a apenas cuatro kilómetros de donde fue atacado.

Por todo lo expuesto, las dos aseguradoras premiadas deciden no abonar la indemnización. El asegurado presentó las correspondientes demandas contra ellas y los procesos judiciales duraron siete años. En este tiempo, alguna de las otras entidades que aseguraron a esta persona sí pagó. Finalmente, la Audiencia Provincial de Castellón reconoció las anomalías del caso y los cambios en las narraciones de los hechos realizadas por el asegurado y su esposa. En opinión del juez, no estaba suficientemente acreditado cómo se produjo el atraco ni, sobre todo, que este fuera ajeno a la intencionalidad del asegurado. AXA eludió el pago de 717.159 euros, mientras GENERALI evitó el desembolso de otros 276.822 euros.

Personales. 2º premio. Entidad: FIATC (Lugar: Gerona. Cataluña).

A mediados de diciembre de 2016 la aseguradora recibe una comunicación de un cliente en la que solicitaba la indemnización por invalidez permanente por un trastorno bipolar. El caso resulta extraño desde un principio por varias cuestiones. El asegurado mantiene un tono desafiante desde el inicio (amenaza con acciones legales desde el primer minuto); entrega una documentación muy completa y debidamente compulsada por un organismo oficial; el seguro había sido contratado en fechas muy próximas a la solicitud de la indemnización; y, por último, la existencia de dos informes médicos demasiado perfectos. Estos informes, de hecho, ofrecían más detalles de los que en un principio son habituales en este tipo de documentos.

La aseguradora decide investigar más a fondo y descubre que este vecino de Figueres (Gerona) tiene contratados varios seguros. Juntos, estos seguros suman un capital cubierto de 1,7 millones de euros. En este momento la entidad decide contratar los servicios de un detective privado que averigua más cosas. En concreto, descubre que el cliente está en teoría divorciado, que su vivienda habitual se la quedó su ex mujer y que ya no tiene propiedades a su nombre. Sin embargo, hay cargas importantes sobre las propiedades que estuvieron vinculadas a él en el pasado. En concreto, tiene dos hipotecas. Una por 526.000 euros y otra de 200.000 euros con distintas entidades bancarias. A esto se suman diversas deudas con la Seguridad Social y Hacienda. Todo esto hace sospechar que, fácilmente, las deudas del asegurado pueden superar 1 millón de euros.

Un análisis más exhaustivo de los informes médicos desvela que los documentos son falsificaciones de gran calidad. Los facultativos que, en teoría, los habían suscrito reconocen su firma, pero niegan haber realizado esos trabajos. De hecho, en uno de ellos figura citado un jefe de servicio que hacía años que no trabajaba en el centro médico donde, supuestamente, se había atendido al asegurado.

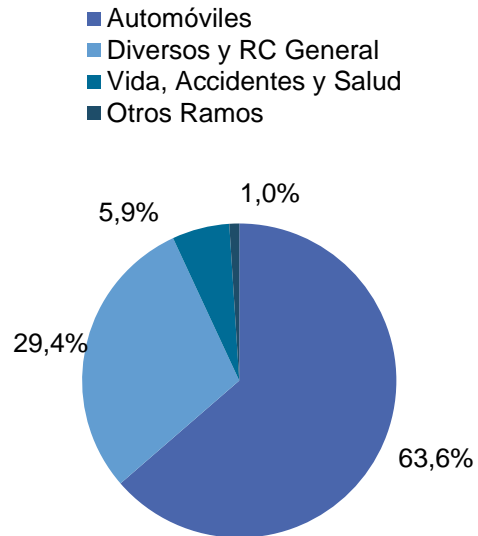
Entre tanto, la supuesta abogada del reclamante envía cartas a las aseguradoras sin membrete de su bufete ni número de colegiado. Cuando la aseguradora investiga el número de móvil desde el que llama descubre que corresponde a una mujer con un nombre distinto del de la letrada. De hecho, la titular del móvil es, ni más ni menos, que la ex esposa del asegurado, que se hace pasar por su abogada.

Todos estos hechos se ponen en conocimiento de los Mossos d'Esquadra, que proceden a detener al asegurado por falsear su historial médico e intentar estafar a varias compañías de seguros. La aseguradora rehúsa la reclamación y evita el pago de 250.000 euros. Los Mossos publicaron una nota de prensa informando del arresto.

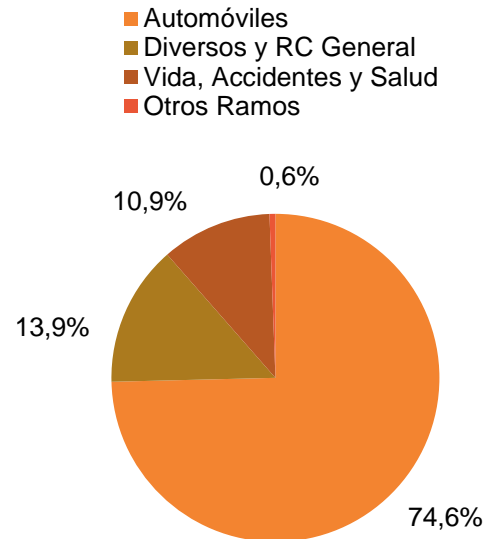
Anexo

Tabla/Gráfico 1: Distribución de los fraudes, su coste y el fraude evitado

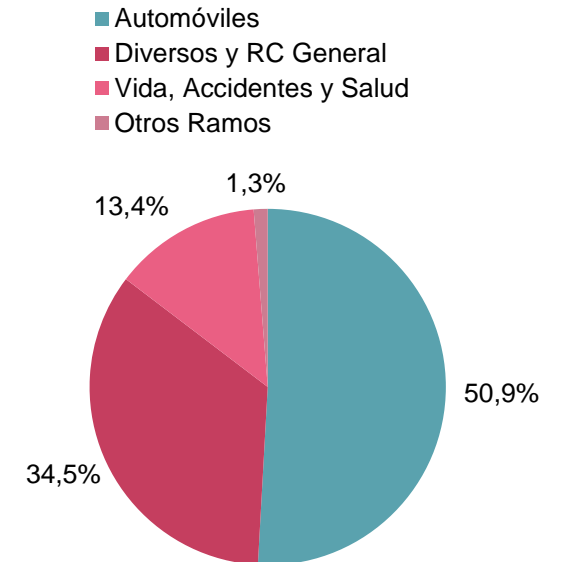
Distribución de fraudes por productos



Distribución del coste pagado



Distribución del fraude evitado



Tabla/Gráfico 2: Distribución de los fraudes por provincias y comunidades autónomas.

Provincia/Comunidad Autónoma. Datos muestrales.	Ramos Afectados				
	Automóviles	Diversos y R.C General	Vida, Accidentes y Salud	Otros Ramos	Total
Almería	9,24%	9,01%	10,56%	8,19%	9,19%
Cádiz	16,81%	12,27%	8,15%	12,07%	15,30%
Córdoba	7,26%	8,29%	3,52%	8,11%	7,43%
Granada	9,89%	10,15%	8,06%	11,37%	9,94%
Huelva	4,78%	4,72%	2,87%	5,37%	4,73%
Jaén	6,38%	8,54%	3,98%	10,22%	6,96%
Málaga	21,17%	28,16%	42,59%	23,35%	23,58%
Sevilla	24,47%	18,87%	20,28%	21,32%	22,87%
Andalucía	24,84%	19,92%	13,34%	21,55%	22,78%
Huesca	17,33%	19,53%	12,06%	14,67%	17,38%
Teruel	11,59%	7,29%	5,09%	25,00%	10,25%
Zaragoza	71,08%	73,18%	82,84%	60,33%	72,37%
Aragón	1,94%	2,54%	4,61%	3,49%	2,29%
Asturias	2,18%	1,80%	1,45%	1,90%	2,03%
Baleares	2,21%	2,31%	7,08%	1,73%	2,46%
Las Palmas	61,86%	63,18%	52,55%	52,83%	61,46%
S.C. Tenerife	38,14%	36,82%	47,45%	47,17%	38,54%
Canarias	4,94%	3,34%	4,11%	4,03%	4,41%
Cantabria	1,50%	1,43%	0,56%	1,61%	1,43%
Albacete	16,36%	13,52%	15,77%	14,00%	15,42%
Ciudad Real	23,81%	24,13%	25,68%	23,50%	23,96%
Cuenca	10,07%	8,01%	4,95%	10,00%	9,27%
Guadalajara	13,69%	16,70%	7,66%	21,50%	14,63%
Toledo	36,07%	37,65%	45,95%	31,00%	36,73%
Castilla-La Mancha	3,79%	4,01%	2,74%	3,80%	3,80%

Ávila	6,67%	8,16%	6,25%	5,63%	7,05%
Burgos	13,85%	20,20%	17,65%	19,72%	16,04%
León	19,58%	18,83%	20,59%	17,96%	19,33%
Palencia	6,80%	6,50%	4,41%	7,04%	6,64%
Salamanca	12,64%	12,58%	14,34%	10,21%	12,60%
Segovia	7,39%	5,62%	5,88%	4,93%	6,74%
Soria	3,48%	2,58%	0,00%	1,06%	3,01%
Valladolid	23,36%	19,87%	25,74%	23,94%	22,43%
Zamora	6,25%	5,66%	5,15%	9,51%	6,15%
Castilla y León	4,96%	5,11%	3,36%	5,39%	4,94%
Barcelona	73,84%	72,38%	80,25%	73,93%	73,62%
Gerona	8,67%	8,26%	8,23%	6,52%	8,45%
Lérida	5,74%	5,22%	3,98%	4,64%	5,49%
Tarragona	11,75%	14,14%	7,54%	14,91%	12,44%
Cataluña	13,04%	13,82%	9,01%	15,15%	13,13%
Alicante	37,53%	40,95%	60,20%	41,08%	40,08%
Castellón	9,87%	11,44%	9,64%	12,64%	10,50%
Valencia	52,60%	47,61%	30,16%	46,28%	49,41%
Comunidad Valenciana	8,76%	12,87%	11,02%	8,41%	10,02%
Badajoz	69,31%	72,87%	74,03%	69,54%	70,34%
Cáceres	30,69%	27,13%	25,97%	30,46%	29,66%
Extremadura	2,60%	2,23%	0,95%	2,87%	2,42%
La Coruña	39,99%	36,63%	42,37%	39,34%	39,05%
Lugo	9,26%	17,94%	11,32%	19,26%	12,16%
Orense	8,48%	9,50%	11,32%	11,89%	8,96%
Pontevedra	42,27%	35,94%	35,00%	29,51%	39,83%
Galicia	6,50%	6,81%	4,70%	4,63%	6,44%
Madrid	13,14%	15,04%	30,77%	11,13%	14,47%
Murcia	3,92%	3,35%	2,51%	2,96%	3,66%
Navarra	1,09%	0,88%	0,83%	1,56%	1,03%

Álava	15,63%	14,47%	6,59%	13,64%	14,92%
Guipúzcoa	28,35%	27,26%	41,92%	41,23%	29,14%
Vizcaya	56,03%	58,27%	51,50%	45,13%	55,93%
País Vasco	3,39%	3,41%	2,06%	5,85%	3,41%
La Rioja	0,59%	0,63%	0,27%	0,87%	0,59%
Ceuta	0,14%	0,05%	0,02%	0,04%	0,10%
Melilla	0,23%	0,12%	0,12%	0,13%	0,19%
Sin Provincia	0,27%	0,34%	0,48%	2,90%	0,38%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla/Gráfico 3: Grandes fraudes y pequeños fraudes. Cuantía habitual de los intentos de estafa.

■ Fraudes con Importe <500 ■ Fraudes con Importe >500

