

## XXV Concurso de detección de fraudes de ICEA

# El seguro ahorra 48 euros a sus clientes por cada euro dedicado a parar fraudes

- Premiados nueve casos de AXA, FIATC, MAPFRE, MUTUA MADRILEÑA, PELAYO y REALE SEGUROS
- Las 41 entidades participantes en el estudio destapan cerca de 176.000 intentos de estafa

**25/4/19** Las aseguradoras ahorran a sus clientes 47,90 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 2018* que acaba de publicar Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras (ICEA).

El estudio ha sido realizado con la información remitida por 41 aseguradoras. Estas entidades, que reúnen una cuota de mercado del 52%, detectaron 175.777 intentos de estafa el pasado año, 20 cada hora. Esta cifra no corresponde al número total de fraudes ocurridos en España en 2018, 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 honrados.

Desde 2011 y hasta 2017, los pequeños fraudes venían ganando presencia. Esta dinámica denotaba un incremento de los intentos no profesionales de fraude. Pero en 2018 los pequeños fraudes se han estabilizado. Actualmente, algo más de un tercio (36,2%) de los intentos de engaño detectados conllevaban reclamaciones inferiores a los 500 euros y los dos tercios restantes (63,8%) implicaban el pago de importes más elevados.

Los datos de ICEA muestran cómo un 62,8% 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 30,3% de los intentos de estafa. Bajo esta categoría se encuentran las pólizas de hogar, comercio, comunidades, pymes y responsabilidad civil. Otro 5,8% de los intentos de fraude se produce en los ramos de vida, accidentes y salud. Es decir, en los llamados seguros personales. El 1,2% restante corresponde a otras líneas de negocio.

La inversión media que hace una aseguradora en la investigación de un fraude es de 247,90 euros. Sin embargo, esta partida varía algo de una línea de negocio a otra. En seguros personales (vida, salud, etc.) el gasto medio es de 591,10 euros. Mientras, en los seguros de automóviles asciende a 379,50 euros. Las pesquisas de intentos de fraudes en seguros patrimoniales y de responsabilidad civil conllevan una inversión de 153,80 euros. Por último, en la heterogénea categoría "Otros ramos" esta partida asciende a 475,90 euros.

El retorno medio por investigación, como se indica al inicio de la presente nota de prensa, es de 47,90 euros 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 181,60 euros por cada euro dedicado a investigar, en la categoría "Otros" esta cuantía es significativamente menor: 38 euros.

El tipo de fraude que se intenta cometer también varía en función del tipo de seguro. En automóviles, por ejemplo, las reclamaciones desproporcionadas constituyen el tipo de fraude más habitual. En concreto, esto ocurrió en un 37,4% de fraudes analizados. Le siguen en importancia la ocultación de las lesiones o daños preexistentes. Esta se da en otro 19,4% de los casos.

Entre las pólizas de diversos, categoría que engloba los seguros de multirriesgos, lo más frecuente son los siniestros simulados (28,2%). 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 51,9% de los casos de fraude de esta categoría. En la categoría "Otros" destacan la ocultación de daños preexistentes (26,7%) y las reclamaciones desproporcionadas (25,1%)

### Entidades galardonadas

El *XXV Concurso sectorial de detección de fraudes* organizado por ICEA reconoce las labores de investigación de alguna compañía concreta en tres categorías de seguros: automóvil, diversos y personales. El tribunal premia 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 estas tres categorías individuales se suma por primera vez este año un galardón sectorial para aquellos casos en los que han intervenido varias aseguradoras. En esta edición, este reconocimiento ha sido otorgado *ex aequo* a dos expedientes.

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

**Automóviles. 1º premio.** Entidad: MUTUA MADRILEÑA (Benidorm. Alicante).

El asegurado denuncia que le han robado un vehículo en Alicante. Llama la atención que el coche lleva solo tres meses asegurado y que el cliente, residente en la Comunidad de Madrid, ha tenido en el pasado varios siniestros de alta cuantía. El vehículo había sido adquirido en un desguace, donde había ido a parar tras haber sufrido una salida de vía. El coche era propiedad de una conocida empresa de alquiler de vehículos y, tras quedar siniestrado, habría comprado los restos por un bajo importe una mujer, que se habría prestado a ello a cambio de algún beneficio. Posteriormente, ésta se lo habría revendido por 17.000 euros al asegurado que denuncia el robo del coche.

El coche en cuestión es un modelo muy nuevo y, por lo tanto, de alto valor venal. La aseguradora no logra localizar la peritación que justifique por qué el coche acabó en un desguace, aunque el taller sí aporta fotos que demuestran que el vehículo estaba inservible. La situación levanta sospechas que el asegurado intenta disipar con documentos que, aparentemente, demuestran que el coche sí estaba operativo: una multa por aparcar en zona ORA, el resguardo de un aparcamiento, un cambio de aceite...

Tras analizar los medios de diagnosis del vehículo, se comprueba que el coche ha realizado 5.503 kilómetros. Pero esto no casa porque, en la factura del cambio de aceite, consta que el vehículo tenía 18.300 kilómetros. Claramente, no se corresponde con el vehículo sustraído. Además, tampoco casa la descripción del vehículo en la denuncia de robo (se declara que era negro) con la realidad (era marrón).

**Automóviles. 2º premio.** Entidad: PELAYO (Valencia).

Una tarde el asegurado llama a la compañía porque ha sufrido una salida de carretera en una vía secundaria de una zona de montaña. A pesar del incidente, se muestra tranquilo al explicar lo ocurrido. Su narración de cómo el vehículo se ha golpeado en sus cuatro planos resulta chocante. El relato es insistente e inverosímil. También es extraño que el asegurado se empeñe en que el coche debe ser reparado en un taller concreto y solo en ese taller.

La aseguradora comienza las indagaciones. Comprueba que el seguro se había suscrito apenas un mes y medio antes. Se contacta con la grúa que recogió el coche y se descubre que realizó el servicio un domingo, cuando la llamada de auxilio se produjo un jueves. Una inspección ocular del lugar del accidente reafirma las sospechas, pues evidencia que la descripción del accidente no tiene sentido.

En este contexto el asegurado aporta un presupuesto de reparación con piezas nuevas por importe de 22.265 euros. Esta cuantía superaba el valor venal del vehículo y llevaría a declararlo siniestro total. Además, el taller donde ha llevado el vehículo no puede justificar la adquisición de esas piezas de forma alguna a la aseguradora. En una entrevista personal, el asegurado se muestra esquivo. Las comprobaciones efectuadas llevan a la aseguradora a rehusar el siniestro y no pagar. En paralelo llega por esas fechas una petición de la Guardia Civil solicitando información del vehículo porque se está investigando al taller reparador.

El resultado es que se destapó una trama en la que resultaron condenados por estafa siete personas por defraudar 153.000 euros a siete aseguradoras a través de la simulación de 11 accidentes de tráfico. La operativa era sencilla: disponían de dos vehículos de un mismo modelo, uno accidentado y otro nuevo. Ponían las piezas dañadas en el coche nuevo, daban el parte al seguro y “reparaban” el coche recolocando sus piezas originales, que estaban en perfecto estado.

**Automóviles. 3º premio.** Entidad: PELAYO (Lugar. Eslovaquia).

Un hombre denuncia que le han robado su vehículo, un Ford C-Max, una noche en una localidad de Eslovaquia. Se alojaba en un hotel y, al despertar, el coche ya no estaba en el aparcamiento. El caso es aparentemente normal, pero hay algunos elementos que llaman la atención en la aseguradora. Por un lado, se trata de un vehículo prácticamente nuevo, que sigue en garantía del fabricante pero que, sin embargo, ha tenido tres propietarios. Además, entre uno y otro han transcurrido periodos de varios meses sin aseguramiento. También choca la actitud esquivada del cliente.

Para la aseguradora no resulta rentable enviar un profesional a Eslovaquia a realizar indagaciones, por lo que trata de celebrar una entrevista personal con el cliente. Sin embargo, este responde con continuas evasivas. Se le consulta por qué transcurrieron tres meses entre la fecha en que compró el vehículo y cuando lo aseguró y responde que lo condujo sin seguro durante ese tiempo. Aunque presta pocas explicaciones de por qué se encontraba en Eslovaquia, reclama a la aseguradora que le reembolse los gastos de viaje. La aseguradora accede y le reclama documentos que acrediten dichos gastos: facturas del alojamiento, las comidas, los peajes, repostaje en estaciones de servicio...

En paralelo, la aseguradora descubre que su cliente se dedica a la compra-venta de vehículos y que realiza transacciones comerciales entre Reino Unido, Polonia y España. El asegurado aporta tickets de gasolineras de toda Europa y, aunque están en otros idiomas, queda clara una cosa: no corresponden al vehículo asegurado. Son facturas por cargar gasolina cuando el Ford C-Max sustraído era diésel. Las gestiones van más allá y se logra averiguar que el coche en cuestión había sufrido un accidente previo que lo había dejado en situación de siniestro total.

En este momento, la aseguradora rehúsa pagar el siniestro. El cliente anuncia que emprenderá acciones legales contra la aseguradora en respuesta y, efectivamente, 30 meses después llega la demanda, previa solicitud del beneficio de justicia gratuita. Durante el pleito el asegurado reconoce que es cierto que compró el coche siniestrado y presentó la factura por su valor de restos. Pero alegó que lo llevó a reparar a Polonia y, como prueba, presentó dos fotos. A pesar de ello, su relato carece de detalles y de documentación que acrediten su versión. Al actuar como demandante, recae sobre él la carga probatoria. Ante esta situación, los jueces se alinean con el relato descrito por la defensa de la aseguradora y desestiman íntegramente la demanda. Tanto en primera como en segunda instancia.

**Patrimoniales. 1º premio.** Entidad: REALE SEGUROS (Muxía. La Coruña).

Una persona pasea por una feria. La mala suerte hace que resbale frente a un puesto de churros y rosquillas y que, en un acto reflejo para evitar la caída, se agarre al recipiente lleno de aceite hirviendo. El accidente le produce quemaduras por buena parte de su cuerpo y, por eso, demanda al seguro del puesto de churros una indemnización por responsabilidad civil.

La investigación que abre la aseguradora desvela que el lesionado trabaja en otro puesto de la misma feria. En concreto, en uno que sirve pulpo y que es propiedad de la hermana del churrero. El accidente había ocurrido, además, a las seis de la mañana. Una hora improbable para andar preparando raciones de pulpo y más propia del trabajo en una churrería.

El reclamante llega a dar hasta cinco versiones diferentes sobre cómo ocurrió el accidente. Una al hospital donde le atendieron de urgencia. Otra al médico a la aseguradora. Otra en las diligencias previas. Una cuarta en la demanda que interpuso contra la aseguradora en el juzgado. Y la quinta, cuando solicitó la asistencia de un abogado de oficio.

El informe pericial confirma que el puesto de churros se encontraba en perfectas condiciones materiales. Más adelante, una reconstrucción en 3D demuestra que era imposible que el contenido de la freidora saltara hacia el exterior del puesto de churros y generara al demandado las lesiones que ha sufrido. La única manera de que se podía haber dado el accidente era si el demandante se encontrase dentro del puesto de churros, trabajando. Se trata, pues, de un accidente laboral y no de un siniestro de responsabilidad civil frente a terceros. En el juicio subsiguiente, la sentencia desestima la demanda y reconoce que se trata de un accidente laboral.

**Patrimoniales. 2º premio.** Entidad: REALE SEGUROS (Rubí. Barcelona).

Una empresa que se dedica al transporte internacional de mercancías denuncia a finales de octubre que dos semanas antes uno de sus camiones y su carga, con destino Italia, han sido sustraídos. La maquinaria transportada tenía un valor aproximado de 150.000 euros, a lo que hay que sumar la cabeza tractora y el tráiler. Según el relato de la compañía asegurada, el camión habría sido parado por un monovolumen del que descendieron tres individuos quiénes, a punta de pistola, habrían obligado al camionero a abandonar el vehículo.

A la aseguradora le llama la atención el importe del siniestro, el tipo de mercancía transportada, la tardanza en reportar en delito (dos semanas) y las circunstancias del robo. En este contexto, comienza la investigación y se reclama a la empresa asegurada que aporte más detalles. Sin embargo, no proporciona documentación que acredite los hechos: no hay albaranes ni valoración de la mercancía. A esto se suma que la firma tiene deudas por más de 200.000 euros y que el semirremolque había sido embargado apenas cinco días antes de su presunto robo.

Las indagaciones logran discernir que la presunta mercancía robada era maquinaria de segunda mano adquirida en subastas de activos de empresas quebradas, que fue pagada en metálico y que no había facturas que acreditasen la compraventa. Para colmo, tanto la empresa griega que, presuntamente, iba a recibir este material en última instancia, como la compañía italiana que hacía de intermediaria negaron tener relaciones comerciales con la empresa española remitente.

Destapado el montaje, la aseguradora denuncia el caso ante los Mossos d'Esquadra que abren diligencias policiales, imputan a dos personas por delito de falsificación en documento mercantil, intento de estafa, denuncia falsa y simulación de delito.

**Patrimoniales. 3º premio.** Entidad: MAPFRE ESPAÑA (Ferrol. La Coruña).

Un buque pesquero parte en enero de 1992 del puerto de Avilés (Asturias) acompañado de otras cinco embarcaciones. Sin embargo, no llegará a su destino. Naufragará en las inmediaciones del Cabo Prior, frente a las costas de Ferrol.

El dueño del pesquero había firmado un seguro apenas dos semanas antes del hundimiento del barco. La suma asegurada contratada por pérdida total ascendía a 45 millones de pesetas (270.455 euros). En el seguro se designaba a una caja de ahorros como beneficiaria de los derechos en caso de siniestro en base a un préstamo hipotecario suscrito por el armador.

El asegurado alega que el buque arrastraba problemas en su motor principal desde el inicio. Por eso, a bordo solo iban el patrón y el maquinista. Por precaución habían solicitado, además, a una de las embarcaciones de la flota que permaneciera cerca de ellos y su tripulación atenta a la radio. Según el relato, un día de la travesía, a primerísima hora de la mañana, el pesquero habría chocado con algo. El maquinista bajó a inspeccionar la sala de máquinas y, según declararía a la aseguradora, vio que, a proa, en el costado de babor, se había producido un agujero por donde manaba muchísima agua. Alarmado, subió a cubierta a toda prisa, echó el bote salvavidas al mar y llamó de viva voz al capitán. El patrón pidió ayuda por radio, tomó los papeles del buque a toda prisa y saltó por la borda. En menos de 15 minutos, el pesquero se hundió, concluye el relato, y sus dos tripulantes esperarían en la balsa a ser rescatados una hora hasta que llegó una embarcación procedente de Ferrol en su auxilio.

La aseguradora decidió comprobar la veracidad de la historia. A tal efecto, contrató a un equipo de buzos para inspeccionar el pecio. La inspección permitió averiguar que la embarcación se encontraba en perfecto estado, salvo por un agujero localizado en la zona de popa del costado de babor. El agujero tenía forma rectangular y unos 25 centímetros de largo. Las cuadernas que delimitaban el agujero estaban intactas y, además, el astillado apuntaba hacia el exterior de la embarcación. Es decir, el boquete se produjo por un golpe o explosión realizado desde el interior. No por una colisión con un objeto situado fuera del barco.

La aseguradora inició diligencias por delito de tentativa de estafa. El armador llegó a reclamar a la aseguradora hasta 1,2 millones de euros en las sucesivas demandas de conciliación en concepto de intereses legales. Finalmente, la audiencia provincial dio la razón a la aseguradora y dictó que había sido el propio empresario quien había provocado el hundimiento del buque para que la aseguradora saldase la hipoteca que tenía con la caja de ahorros.

**Personales. 1º premio.** Entidad: AXA AURORA VIDA (Castellón y Cambridge (Reino Unido)).

Una mujer de nacionalidad venezolana contrata un seguro de vida con garantías de fallecimiento e invalidez absoluta. La asegurada padece un accidente de circulación en 2009 que le produce un esguince cervical, cervicobraquialagia, discopatía cervical y lumbalgia. En 2010, padece otro accidente y solicita un posible

síndrome de fatiga crónica y fibromialgia. Desde ese año y por indicación de la unidad del dolor de Castellón, se encuentra en seguimiento en la unidad de algias crónicas. A principios de 2011 declara tener alteraciones de la atención, con deterioro cognitivo grave. En 2014, la aseguradora recibe notificación de que su clienta ha recibido la gran invalidez por fibromialgia y fatiga crónica con trastornos cognitivos y que le demanda la correspondiente indemnización del seguro de vida.

La asesoría médica revisa todos estos informes y concluye que existe la posibilidad de que todo sea una simulación. Al indagar más sobre la asegurada, se descubre que tanto ella como su marido tienen apremios por impago de deudas. El marido, además, padece una discapacidad.

La aseguradora contrata un detective. Este descubre que la pareja ya no reside en Castellón, sino que se ha mudado a Cambridge (Reino Unido), donde se encuentran escolarizados sus tres hijos. Los investigadores se desplazan a la localidad británica donde pueden comprobar que la asegurada hace vida normal (visita centros comerciales, realiza gestiones en bancos...) y que es capaz de conversar en inglés con fluidez. En paralelo se confirma que había contratado numerosas pólizas de vida, aun cuando para pagar la prima mensual necesitaba apoyo económico de su hermana.

La aseguradora reclama a la mujer que se someta a pruebas por parte de médicos especialistas en medicina legal. Los resultados que obtiene son tan bajos que corresponden, no a alguien con deterioro cognitivo grave, sino a una persona que se encuentra en coma. Queda patente que la mujer está simulando y se rehúsa pagar el siniestro. En el juicio posterior, la sentencia absuelve a las aseguradoras que rehusaron pagar las indemnizaciones. Actualmente, se está tramitando un procedimiento penal contra la asegurada por posible delito de estafa.

**Personales. 2º premio.** Entidad: FIATC (Alicante, El Salvador y Guatemala).

La aseguradora recibe en junio de 2010 la notificación por teléfono de que uno de sus asegurados de vida ha fallecido. Al revisar la documentación llaman la atención varias cosas. El seguro había sido contratado en enero de aquel año y el fallecimiento se produce muy poco tiempo después: en abril. Además, se contrata una cobertura de 100.000 euros y tan solo se protege a la persona frente a fallecimiento. La causa de la muerte fue un disparo por arma de fuego y el cuerpo fue incinerado de forma casi inmediata. En una primera comunicación, la beneficiaria del seguro declara que la muerte ha sido en El Salvador, cuando en la documentación que aporta consta que el crimen tuvo lugar en Guatemala.

La abogada de la reclamante hace entrega de varios documentos: partida de nacimiento, informe de necropsia, certificado de defunción, permiso de residencia y trabajo en España, documento de identidad de la República de El Salvador, y una foto de un cadáver que no guarda parecido físico con el supuesto fallecido cuando se compara su aspecto con la foto del DNI que obra en poder de la aseguradora.

La aseguradora decide investigar el caso más a fondo y descubre que el asegurado tiene otra póliza de vida contratada con otra aseguradora por el mismo capital y cobertura, y en fechas muy próximas. También se averigua que el muerto regentaba un bar en España y que, al ir mal el negocio, decidió volver a América. La beneficiaria, entre tanto, rehúsa entregar copia de la autopsia realizada al cadáver y se remite a la documentación médica aportada hasta la fecha. Los pocos datos físicos que se tienen del asegurado no parecen coincidir con el muerto: las caras son distintas; uno mide 168 centímetros y, el otro, 160 centímetros; uno tiene unos 34 años y el otro roza los 40...

Se contacta con el cónsul honorario de Guatemala en Barcelona para tratar de verificar si la documentación recibida es verdadera o si ha sido falsificada. El cónsul traslada sus dudas sobre la autenticidad de los papeles. En unos documentos faltan sellos. En otros, sobran. Se contacta con la comisaría de policía de Jutiapa

(Guatemala) e informan de que no existe registro alguno relacionado con el asegurado. Otro tanto ocurre al contactar con el ayuntamiento de Jiquilisco (El Salvador). Ante estas averiguaciones, la aseguradora rehúsa pagar la indemnización.

La beneficiaria de los seguros interpuso una demanda civil y la aseguradora le respondió con una demanda por estafa. Finalmente, la presunta estafadora retiró su demanda y puso tierra de por medio. No se supo más de ella.

**Personales. 3º premio.** Entidad: AXA AURORA VIDA (Ferrol. La Coruña).

En mayo de 2011, la aseguradora recibe una reclamación por 600.000 euros por una incapacidad permanente total por parte de un asegurado que contrató una póliza de vida en junio de 2009. La incapacidad se deriva de dos accidentes de tráfico leves, ocurridos en los veranos de 2009 y 2010, y lo más importante: viene avalada por una resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

La concatenación y similitud de los accidentes de tráfico (ambos, golpes traseros por alcance ocurridos en rotondas), la repetición de las lesiones (esguince cervical, en los dos casos) y que éstas hubieran desembocado en un supuesto trastorno depresivo, hacen sospechar a la aseguradora.

La compañía se pone a investigar más allá de la póliza de vida. Se contacta con los conductores implicados en los accidentes de tráfico y las aseguradoras de estos para conocer lo ocurrido de primera mano. Se analiza el historial de tráfico del cliente y se comprueba que es víctima de varios accidentes de tráfico. Alguno se remonta, incluso, a 1998. Fruto de estos incidentes padece bajas de casi un año que, en ningún momento, reportó al suscribir el seguro de vida.

Se acumula la documentación para rebatir la concesión de la incapacidad permanente que le ha otorgado el INSS: informes médicos, laborales, ingresos declarados... Se contrata a unos detectives que filman al presunto depresivo haciendo vida social. Va aseado, elegante y practica con asiduidad su afición favorita: la caza. Un deporte que sólo se puede practicar si se tiene permiso de armas. Es decir, una licencia que exige pasar un reconocimiento psicotécnico periódico en el que se evalúan los estados mental y físico del cazador.

En este momento se decide hacer entrega al INSS de la documentación recabada y poner fin, así, al fraude al que estaban siendo sometidas las arcas públicas. Ante la solidez de la documentación, el INSS revoca la incapacidad permanente total en vía administrativa.

El presunto incapaz demanda a la aseguradora para cobrar el seguro ante el juzgado de Ferrol y, más adelante, ante la Audiencia Provincial de La Coruña. Su empeño no cesa ahí y remite el caso al Tribunal Supremo. Es esta instancia la que, finalmente, inadmite su recurso y le cierra tanto la vía judicial como la administrativa.

**Premio especial sectorial. Caso Aerolíneas. Ex Aequo.** Entidades: AIG, AXA SEGUROS GENERALES, GENERALI, MAPFRE ESPAÑA Y LIBERTY SEGUROS (Las Palmas de Gran Canaria, Reino Unido y EEUU).

En 2012, un grupo de 11 aseguradoras empieza a investigar una trama especializada en cometer fraudes en el seguro de transporte e interponen una denuncia al año siguiente. En la demanda conjunta se acusa a cinco personas por delito de estafa. El modus operandi era el siguiente: los acusados empleaban sociedades mercantiles para remitirse mercancías entre sí de un país a otro a través de aerolíneas. La mercancía iba distribuida en varios bultos y siempre se perdía el paquete que contenía los componentes de mayor valor. La trama reclamaba una indemnización entonces tanto a la aerolínea, por su responsabilidad civil al perder el paquete, como a la aseguradora que protegía la carga en sí.

Las aseguradoras detectaron varios presuntos fraudes ocurridos en 2007, 2008, 2012... Los artículos transportados variaban. Unas veces eran componentes de aeromodelismo, otras juguetes, vaqueros, artículos de perfumería, gafas de sol, baterías de cocina... Las indemnizaciones reclamadas en cada ocasión a las aerolíneas por la pérdida de estos objetos oscilaban entre los 30.000 y los 90.000 euros.

Desde 2013, las pesquisas de las aseguradoras se centraron en localizar siniestros ocurridos fuera de España. Se identificaron casos en Estados Unidos y Reino Unido. Se alertó a las aerolíneas perjudicadas. Llamaba la atención que la mercancía viajaba siempre a valor asegurado con lo que, en caso de pérdida, la indemnización a percibir era mayor de lo que se estipula por defecto según el Convenio de Montreal sobre transporte aéreo.

Aunque el fraude ha sido destapado por aseguradoras radicadas en España, la trama ha afectado a compañías de seguros radicadas en Estados Unidos, Reino Unido, Alemania... Es destacable que la trama continuaba operando en diciembre de 2016, cuando los cinco presuntos defraudadores ya habían sido demandados judicialmente y se encontraban en libertad bajo fianza. El juicio se celebró en 2017 en la Audiencia Provincial de Las Palmas.

**Premio especial sectorial. Caso manco de Nules. Ex Aequo.** Entidades: AXA SEGUROS GENERALES, LIBERTY SEGUROS, MAPFRE ESPAÑA, MAPFRE VIDA, REALE SEGUROS, SANTALUCÍA (Nules. Castellón).

Un hombre reclama a varias aseguradoras el pago de las pólizas de accidentes que había contratado con ellas por incapacidad absoluta permanente. Realiza esta gestión pocas semanas después de haber sufrido un accidente de circulación en el que ha perdido una mano y antes de que el INSS le haya concedido la incapacidad. Llama la atención la insistencia con la que su abogado reclama el abono de las indemnizaciones.

El asegurado alega que el sol le deslumbró mientras conducía por el camino viejo que une Nules con Moncofar (Castellón). Creyó ver una sombra que tomó por un ciclista o un animal, dio un volantazo y se precipitó con su vehículo por un terraplén. En el accidente, argumenta, una barra de hierro le amputa la mano y su coche se incendia porque llevaba varios bidones con gasolina destinada para tareas agrícolas.

Se encomienda la investigación a un despacho de detectives y se solicita al laboratorio de automóviles de la Universidad de Valencia que reconstruya el accidente. Se concluye que el siniestro es simulado. La amputación es real, pero no puede ser resultado del accidente de tráfico porque no presenta aplastamiento en la parte frontal. Además, tampoco hay marcas de derrape sobre el asfalto tras el volantazo, la barra de hierro no pudo atravesar el parabrisas como alega el asegurado y, finalmente, resulta improbable el incendio accidental del vehículo. Las pesquisas también sacan a relucir que la víctima del accidente atravesaba problemas económicos.

En realidad ocurrió que el asegurado procedió a amputarse la mano él solo, se hizo un torniquete, condujo hasta un lugar apartado donde nadie le viera y pudiera simular el accidente, depositó su mano recién amputada a los pies del asiento del conductor y prendió fuego al vehículo. Luego llamó al 112 y esperó la ayuda de los servicios de emergencia fumando un cigarrillo.

El caso alcanzó mucha repercusión mediática en su momento y fue recogido por una gran cantidad de medios de comunicación. El Tribunal Supremo condenó al hombre a tres años y seis meses de prisión por un delito continuado de estafa y a devolver las indemnizaciones que llegó a percibir de algunas aseguradoras.

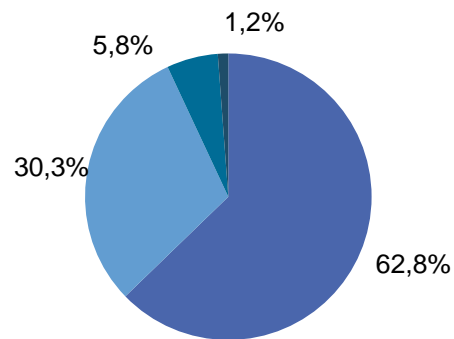


## Anexos

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

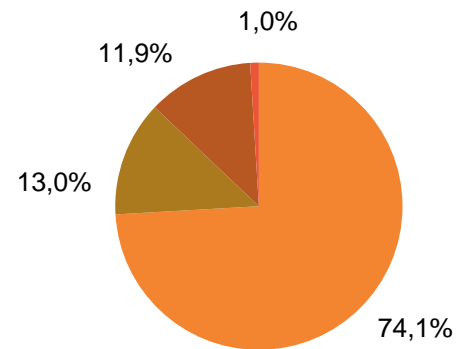
### Distribución del fraude por tipos de seguros

- Automóviles
- Diversos y RC General
- Vida, Accidentes y Salud
- Otros Ramos



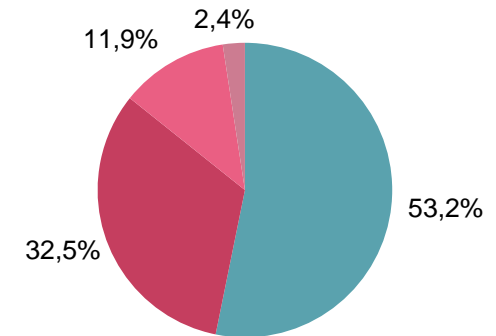
### Distribución del coste pagado

- Automóviles
- Diversos y RC General
- Vida, Accidentes y Salud
- Otros Ramos



### Distribución del fraude evitado

- Automóviles
- Diversos y RC General
- Vida, Accidentes y Salud
- Otros Ramos



*Tabla/Gráfico 2: Distribución de los fraudes por provincias y comunidades autónomas.<sup>1</sup>*

Provincia/Comunidad Autónoma	Ramos Afectados				Total
	Automóviles	Diversos y R.C General	Vida, Accidentes y Salud	Otros Ramos	
Almería	9,27%	8,55%	16,24%	10,23%	<b>9,32%</b>
Cádiz	15,58%	13,17%	8,30%	12,79%	<b>14,65%</b>
Córdoba	6,69%	8,07%	3,06%	8,71%	<b>7,00%</b>
Granada	10,97%	10,85%	8,73%	12,63%	<b>10,93%</b>
Huelva	4,93%	4,79%	1,75%	6,39%	<b>4,85%</b>
Jaén	6,73%	9,10%	3,06%	9,91%	<b>7,33%</b>
Málaga	22,22%	26,12%	39,91%	17,83%	<b>23,60%</b>
Sevilla	23,62%	19,35%	18,95%	21,50%	<b>22,32%</b>
<b>Andalucía</b>	<b>23,82%</b>	<b>19,51%</b>	<b>13,94%</b>	<b>19,23%</b>	<b>21,94%</b>
Huesca	17,74%	19,79%	10,00%	18,50%	<b>17,91%</b>
Teruel	9,75%	9,12%	2,07%	10,40%	<b>8,98%</b>
Zaragoza	72,51%	71,09%	87,93%	71,10%	<b>73,11%</b>
<b>Aragón</b>	<b>1,86%</b>	<b>2,66%</b>	<b>3,53%</b>	<b>2,66%</b>	<b>2,20%</b>
<b>Asturias</b>	<b>1,98%</b>	<b>2,11%</b>	<b>0,97%</b>	<b>2,18%</b>	<b>1,98%</b>
<b>Baleares</b>	<b>2,07%</b>	<b>2,15%</b>	<b>7,34%</b>	<b>3,53%</b>	<b>2,39%</b>
Las Palmas	63,16%	62,68%	43,77%	63,30%	<b>62,05%</b>
S. C. Tenerife	36,84%	37,32%	56,23%	36,70%	<b>37,95%</b>
<b>Canarias</b>	<b>4,43%</b>	<b>2,56%</b>	<b>4,40%</b>	<b>4,56%</b>	<b>3,89%</b>
<b>Cantabria</b>	<b>1,43%</b>	<b>1,56%</b>	<b>0,44%</b>	<b>1,51%</b>	<b>1,43%</b>
Albacete	18,35%	11,65%	23,94%	15,35%	<b>16,18%</b>
Ciudad Real	22,06%	23,79%	27,13%	31,50%	<b>23,12%</b>
Cuenca	11,62%	8,52%	12,23%	11,42%	<b>10,61%</b>
Guadalajara	14,08%	17,12%	5,85%	15,35%	<b>14,91%</b>
Toledo	33,88%	38,92%	30,85%	26,38%	<b>35,19%</b>
<b>Castilla-La Mancha</b>	<b>3,76%</b>	<b>4,47%</b>	<b>2,29%</b>	<b>3,90%</b>	<b>3,90%</b>

<sup>1</sup> El estudio ha sido realizado con la información remitida por 41 aseguradoras, que representan el 52% del mercado asegurador. Juntas detectaron 175.777 intentos de estafa en 2018.

Ávila	6,11%	7,99%	10,63%	8,75%	<b>6,90%</b>
Burgos	14,06%	16,23%	10,14%	14,06%	<b>14,65%</b>
León	22,50%	19,51%	22,22%	25,94%	<b>21,68%</b>
Palencia	6,71%	5,80%	3,86%	5,00%	<b>6,30%</b>
Salamanca	11,12%	13,75%	7,73%	13,13%	<b>11,93%</b>
Segovia	6,93%	8,28%	8,21%	3,75%	<b>7,27%</b>
Soria	3,70%	2,22%	2,90%	2,81%	<b>3,19%</b>
Valladolid	21,81%	18,64%	28,99%	19,69%	<b>20,91%</b>
Zamora	7,06%	7,59%	5,31%	6,88%	<b>7,17%</b>
<b>Castilla León</b>	<b>5,00%</b>	<b>5,40%</b>	<b>2,52%</b>	<b>4,92%</b>	<b>5,00%</b>
Barcelona	76,99%	71,81%	87,94%	75,57%	<b>75,71%</b>
Gerona	8,13%	9,42%	4,26%	9,20%	<b>8,45%</b>
Lérida	4,73%	4,68%	3,24%	6,73%	<b>4,76%</b>
Tarragona	10,15%	14,09%	4,56%	8,51%	<b>11,08%</b>
<b>Cataluña</b>	<b>13,45%</b>	<b>13,64%</b>	<b>8,28%</b>	<b>15,54%</b>	<b>13,34%</b>
Alicante	38,40%	39,83%	59,77%	44,06%	<b>40,22%</b>
Castellón	9,39%	12,61%	7,03%	11,15%	<b>10,35%</b>
Valencia	52,21%	47,56%	33,20%	44,78%	<b>49,43%</b>
<b>Comunidad Valenciana</b>	<b>9,40%</b>	<b>11,17%</b>	<b>11,77%</b>	<b>8,54%</b>	<b>9,99%</b>
Badajoz	66,55%	67,42%	65,15%	71,20%	<b>66,95%</b>
Cáceres	33,45%	32,58%	34,85%	28,80%	<b>33,05%</b>
<b>Extremadura</b>	<b>2,29%</b>	<b>2,43%</b>	<b>0,80%</b>	<b>1,92%</b>	<b>2,25%</b>
La Coruña	41,24%	36,89%	47,93%	37,97%	<b>39,86%</b>
Lugo	9,98%	13,79%	11,57%	16,27%	<b>11,54%</b>
Orense	8,32%	10,79%	9,64%	8,14%	<b>9,22%</b>
Pontevedra	40,46%	38,53%	30,85%	37,63%	<b>39,38%</b>
<b>Galicia</b>	<b>5,68%</b>	<b>7,35%</b>	<b>4,42%</b>	<b>4,53%</b>	<b>6,06%</b>
<b>Madrid</b>	<b>15,25%</b>	<b>16,20%</b>	<b>32,17%</b>	<b>11,03%</b>	<b>16,16%</b>
<b>Murcia</b>	<b>4,16%</b>	<b>2,87%</b>	<b>2,06%</b>	<b>2,31%</b>	<b>3,62%</b>
<b>Navarra</b>	<b>1,04%</b>	<b>0,89%</b>	<b>0,51%</b>	<b>1,01%</b>	<b>0,97%</b>

Álava	13,98%	15,36%	5,26%	10,04%	<b>14,03%</b>
Guipúzcoa	26,52%	21,30%	36,84%	35,14%	<b>25,51%</b>
Vizcaya	59,51%	63,34%	57,89%	54,83%	<b>60,46%</b>
<b>País Vasco</b>	<b>3,22%</b>	<b>3,55%</b>	<b>1,62%</b>	<b>3,98%</b>	<b>3,27%</b>
La Rioja	0,48%	0,92%	0,18%	0,49%	0,59%
Ceuta	0,12%	0,06%	0,07%	0,08%	0,10%
Melilla	0,23%	0,08%	0,15%	0,11%	0,18%
Sin provincia	0,33%	0,42%	2,53%	7,96%	0,74%
<b>Total</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

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

