

Cuadernos

Académicos *No. 01*

UNA APROXIMACIÓN **AL FENÓMENO DEL FRAUDE** EN LOS SEGUROS



Cra. 7 No. 26 – 20, pisos 11 y 12
Teléfono: (571) 3443080
Fax: (571) 2107041
Bogotá – Colombia
[www. Fasecolda.com](http://www.Fasecolda.com)

Presidente ejecutivo
Miguel Gómez Martínez

**Centro de Información y
Memoria Aseguradora CIMA**
Maria Camila Valenzuela

Autor:
**Profesional de la Dirección de
Gestión Institucional Contra el
Fraude**
Lorena Paola Ayala Cubillos

Revisión técnica:

Vicepresidente Técnico
Carlos Varela

**Comunicaciones y Asuntos
Corporativos**
Ingrid Vergara Calderón

Coordinación de diseño gráfico
David Doncel
ddoncel@fasecolda.com

Diseño, diagramación, portada
Julie León
julieleon.dg@gmail.com

Imágenes
Archivo Fasecolda
Shutterstock.com
Freepik.es

Impresión
Icolgraf impresores S.A.S.
www.icolgrafimpresores.com

Prohibida su reproducción total
y parcial, sin autorización de los
editores.

Año: 2021

Cuadernos

Académicos *No. 01*

UNA APROXIMACIÓN
AL FENÓMENO
DEL FRAUDE
EN LOS SEGUROS

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7	4.1.2	Dobles Cobros	27
1. METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DEL FRAUDE	11	4.1.3	Exceso de protocolos	29
2. ASIMETRÍA DE LA INFORMACIÓN, INCERTIDUMBRE Y DIVERGENCIA DE INTERESES	15	4.1.4	Inadecuado uso de los recursos	31
2.1 ASIMETRÍA DE LA INFORMACIÓN	15	4.1.5	Póliza prestada	33
2.2 INCERTIDUMBRE	16	4.1.6	Simulación de accidente de tránsito	34
2.3 DIVERGENCIA DE INTERESES - RIESGO MORAL	16	4.1.7	Sobre costos de material de osteosíntesis	36
3. EL FRAUDE EN LAS DIFERENTES ETAPAS DEL CONTRATO DE SEGURO	19	4.1.8	Asociación de placas o víctimas con el mismo PSS	38
3.1 ETAPA PRECONTRACTUAL	19	4.1.9	Habilitación	40
3.2 TAPA DE SUSCRIPCIÓN	20	4.2 VIDA Y SEGURIDAD SOCIAL		42
3.3 ETAPA POSCONTRACTUAL	21	4.2.1	Simulación de incapacidad total y permanente	42
4. EL FRAUDE EN LOS RAMOS DE SEGUROS	23	4.2.2	Falsificación de exámenes médicos	45
4.1 SOAT	24	4.2.3	Cotizaciones irregulares a seguridad social	47
4.1.1 Georreferenciación	24	4.2.4	Pago de siniestros a través de tutela	49
		4.2.5	Siniestros prematuros	52
		4.2.6	Lugar de calificación diferente al lugar de residencia	54





4.3	AUTOMÓVILES	56
4.3.1	Siniestro oportunista	56
4.3.2	Siniestro ficticio	58
4.3.3	Siniestro prematuro o cerca al final de vigencia de la póliza	63
4.3.4	Siniestro planeado	65
4.3.5	Suscripción	67
4.3.6	Suplantación de la marca de una compañía de seguros o la del gremio	70
4.4	RIESGOS LABORALES	72
4.4.1	Afiliación irregular	72
4.4.2	Incapacidad temporal recurrente	76
4.4.3	Simulación de invalidez	78
4.4.4	Falsificación de fórmulas médicas ...	81
4.5	PROPIEDAD E INGENIERÍA	83
4.6	OTROS	85

5. GESTIÓN DE FASECOLD: HERRAMIENTAS SEGUROS PARA ENFRENTAR EL FENÓMENO DEL FRAUDE 89

5.1	LA DENUNCIA	89
5.2	USO DE MACRODATOS, APRENDIZAJE AUTOMÁTICO E INTELIGENCIA DE NEGOCIOS	90
5.3	LA CORRECTA ORIENTACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO DURANTE EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN	92
5.4	GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	93
5.5	CONFORMACIÓN EN LAS COMPAÑÍAS DE UN ÁREA DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL FRAUDE	93

6. BIBLIOGRAFÍA 97





INTRODUCCIÓN

El objetivo de este documento es contextualizar al lector sobre los aspectos básicos que debe considerar en el proceso de estructuración y gestión para la lucha contra el fraude en los seguros.

El documento inicia exponiendo la metodología para el análisis del fraude, planteada por el criminólogo Donald R. Cressey (1961), que incluye los tres elementos que a menudo están presentes en la ocurrencia de fraudes, los cuales se deben tener en cuenta para el diseño de las estrategias de identificación, detección y control.

En la segunda sección se analiza el impacto que tienen la asimetría de la información, la incertidumbre y la divergencia de intereses en la materialización del fraude en los seguros, se presentan algunos ejemplos de posibles fraudes que le permitirán al lector comprender cómo se materializa el riesgo moral ex post en los seguros.

En el tercer capítulo se describen los aspectos claves que se deben considerar en las diferentes etapas del contrato de seguros (precontractual, suscripción y poscontractual) para prevenir y detectar el fraude.

En la cuarta sección se presentan algunas de las tipologías de fraude identificadas en los ramos de autos, vida y personas, seguridad social y el SOAT, conforme a los diagnósticos construidos en conjunto con las compañías de seguros.

Finalmente, se presentan algunas herramientas que pueden utilizar las compañías para gestionar el fenómeno del fraude y la manera en que algunas de ellas están siendo implementadas por Fasecolda para el sector asegurador.

PALABRAS CLAVES

FRAUDE

Es toda acción provocada intencionadamente, simulada o exagerada que busca obtener un beneficio económico a partir de un contrato de seguros.

COEXISTENCIA DE SEGUROS

Se presenta cuando un interés asegurable es asegurado por más de una compañía de seguros.

INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Es un método de análisis que permite identificar patrones y tendencias para predecir comportamientos a partir de un gran volumen de datos.

BIG DATA

Hace referencia a un gran conjunto de datos que puede estar compuesto por diferentes fuentes de información estructurada o no estructurada, pero que requiere de herramientas tecnológicas para su procesamiento y análisis.





DATOS ESTRUCTURADOS

Corresponde a toda la información almacenada en una estructura definida y organizada, como las tablas.

DATOS NO ESTRUCTURADOS

Corresponde a toda la información que no cuenta con un formato específico, como imágenes, PDF y audios.

INTELIGENCIA DE NEGOCIOS

Es el conjunto de metodologías, aplicaciones y tecnologías que permiten reunir, depurar y transformar datos de los sistemas transaccionales e información desestructurada (interna y externa a la compañía) en información estructurada, para su explotación directa.¹

CADENA DE CUSTODIA

Es el conjunto de procedimientos encaminados a asegurar y demostrar la autenticidad de los elementos materiales probatorios y evidencia física.²

CONVENIO DE COOPERACIÓN

Documento celebrado entre dos o más entidades con un propósito específico.

FIBROMIALGIA

Es una afección en la cual una persona tiene dolor prolongado que se propaga por todo el cuerpo. El dolor casi siempre está relacionado con fatiga, problemas de sueño, dolores de cabeza, depresión y ansiedad.³

¹¿Qué es Business Intelligence?. (2020). Recuperado el 31 de enero de 2020, de https://www.sinnexus.com/business_intelligence/

²(2020). Recuperado el 31 de enero de 2020, de <http://www.cortesuprema.gov.co/corte/wp-content/uploads/relatorias/pe/spa/CONCEPTO.pdf>

³Fibromialgia: MedlinePlus enciclopedia médica. (2020). Recuperado el 31 de enero de 2020, de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000427.htm>



1.

METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DEL FRAUDE

El sector asegurador es fundamental para la actividad económica en casi todo el mundo, toda vez que los seguros son un mecanismo efectivo para la mitigación de riesgos, y un componente imprescindible e inherente a toda clase de negociaciones que se desarrollan en el ámbito empresarial. Sin embargo, los seguros ya no se limitan a las actividades comerciales para el aseguramiento de los bienes, como los seguros tradicionales de incendio y terremoto, transporte, automóviles, agropecuario, entre otros, sino que hoy en día existen diversas opciones para otros sectores como el gubernamental, que buscan mitigar riesgos al contratar, administrar y ejecutar proyectos financiados con dineros públicos. En el mercado también existen otros seguros que ya hacen parte de la vida cotidiana de las personas, como las pólizas para celulares, bicicletas y mascotas, cuyo fin es el mismo, contar con un mecanismo efectivo que permita resarcir un perjuicio o recibir una compensación si ocurre un determinado evento.

Así como los seguros han evolucionado para mitigar de una forma más efectiva los riesgos a que se ven expuestos los asegurados, de la misma forma las modalidades de fraude en los seguros se han ido transformando. En la antigua Roma los fraudes conocidos estaban relacionados, por ejemplo, con historias de naufragio de barcos, que nunca sucedieron, y usaban pequeñas cargas sin valor, para luego incrementar su precio y obtener beneficio⁴, hoy en día los fraudes hacen uso de medios tecnológicos y son mucho más elaborados y complejos desde el punto de vista jurídico y financiero, lo que hace más difícil su detección⁵, por ello se hace necesario contar con metodologías y herramientas más robustas.

Una de las metodologías más conocidas es el modelo del triángulo del fraude, propuesto por el criminólogo Donald R. Cressey (1961), el cual señala que deben existir tres elementos básicos para que el fraude se materialice: la presión, la oportunidad y el razonamiento.

⁴Marco Simón, F., Pina Polo, F., & Remesal Rodríguez, J. (2014). *Fraude, mentiras y engaños en el mundo antiguo* (1a ed., pp. 139-140). Barcelona: Universitat de Barcelona.

⁵Asociación ICEA. (1997). *Manual de medidas contra el fraude en los seguros de riesgos diversos* (pp. 9-13). Madrid.

El primer elemento del triángulo del fraude es la presión, hace referencia a las razones que motivan a cometer el fraude como, por ejemplo, problemas económicos, de juego o drogas, el interés por mantener un estatus social o el deseo de multiplicar rápidamente los ingresos, lo cual solo puede ser identificado mediante una investigación exhaustiva del asegurado, que se hace mucho más efectiva si se recurre a las bases de datos que tienen terceros y que permiten identificar variables que puedan dar cuenta de una situación de presión del asegurado.

El segundo elemento es la oportunidad, esta corresponde a las circunstancias que propician el fraude, es decir, las situaciones a través de las cuales las personas consideran que pueden obtener un beneficio mayor abusando de su posición, con una baja probabilidad de ser descubiertas.

El último elemento del triángulo del fraude es el razonamiento, hace referencia a la justificación que construye el defraudador sobre sus actos, con el objetivo de intentar excusar sus acciones, por ejemplo, crear

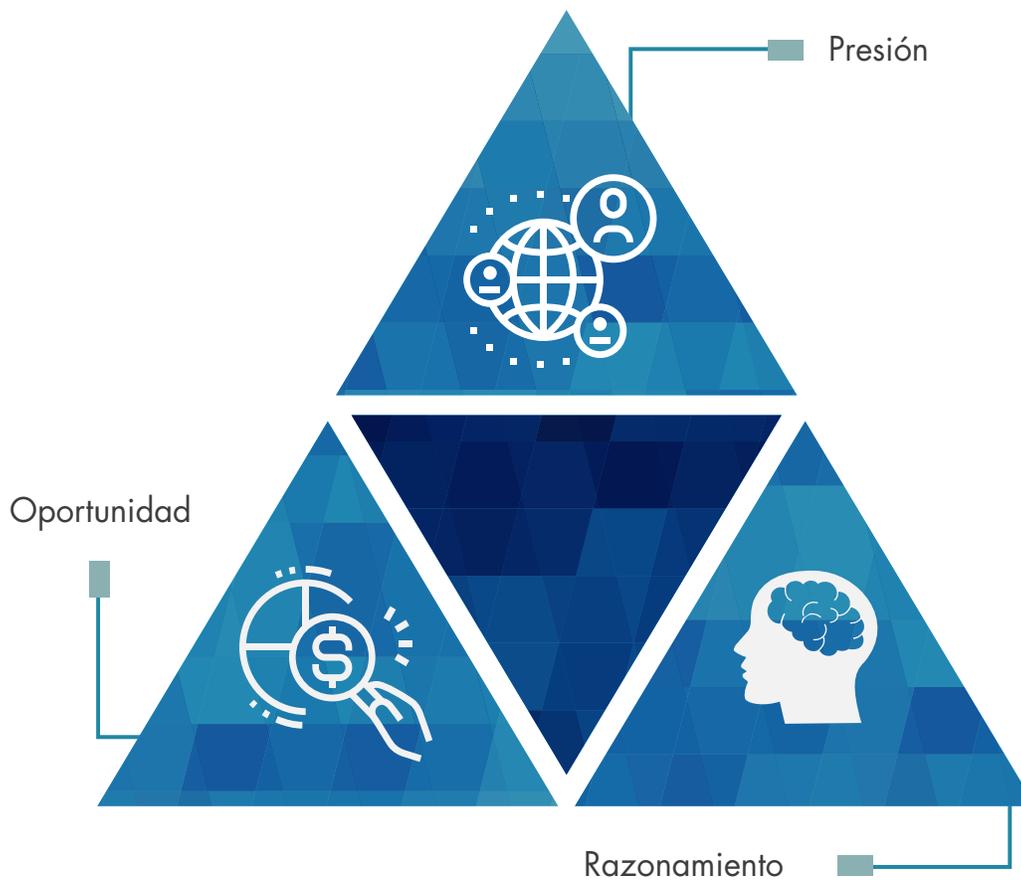


Figura 1. Triángulo del Fraude.

sentimientos de merecer beneficios sin importar los medios por los cuales los obtenga, abusar de la confianza planteando que sus acciones corresponden a un préstamo temporal o justificándose en las necesidades familiares.

El triángulo del fraude, como metodología, no solo ayuda a identificar y analizar si las acciones presentadas corresponden a un posible fraude, sino que permite estructurar y enfocar las estrategias de mitigación. En el sector asegurador el fraude no solo se manifiesta en una reclamación por siniestro como, por ejemplo, aumentado los precios de los bienes o servicios, simulando accidentes o enfermedades, alterando información sobre los hechos ocurridos para lograr el reconocimiento de la indemnización, entre otros, sino que puede comenzar mucho antes, es decir, desde que se toma la decisión de suscribir un seguro, ocultando condiciones que aumentan el riesgo, siniestros anteriores, pólizas adquiridas con otras compañías que otorgan una cobertura para el mismo riesgo o declaración de valores excesivos en los bienes asegurados⁶. Es ahí donde el triángulo del fraude resulta útil, porque a partir de la información disponible y las herramientas adecuadas, que permitan el tratamiento de los datos, es posible realizar una identificación anticipada, lo que se traduce en menos costos para las empresas y en una ayuda para la prevención del delito.

El sector asegurador se ve expuesto a que, como en cualquier otra empresa, inescrupulosos busquen beneficios indebidos, e incluso lleguen a cometer delitos. Para realizar un análisis adecuado que permita prevenir o investigar un fraude se deben tener en cuenta otras variables, más allá de las que plantea el triángulo, una de las que resulta fundamental es el origen.



EL SECTOR ASEGURADOR SE VE EXPUESTO A QUE, COMO EN CUALQUIER OTRA EMPRESA, INESCRUPULOSOS BUSQUEN BENEFICIOS INDEBIDOS.

El fraude puede tener un origen externo o interno. En el de origen externo intervienen terceros, como clientes o proveedores, que buscan obtener un beneficio económico vulnerando la operación o procesos de la empresa como, por ejemplo, la presentación de situaciones ficticias. El fraude de origen interno se presenta cuando un empleado, gerente, o ejecutivo comete acciones en contra de su empleador, con el objetivo de obtener un beneficio para sí o para otros⁷, es decir, se convierte en la fuente y medio para un fraude aprovechando la posición dentro de una organización y la posibilidad de acceder a información o alterar datos⁸.

Las organizaciones deben implementar estrategias diferentes para combatir el fraude interno y el externo; aunque en ambos casos se busca aprovechar vulnerabilidades de las organizaciones, tales como la falta de automatización, interoperabilidad entre sistemas, deficiencias en la información, entre otros, resulta imprescindible que se implementen metodologías que se complementen y se actualicen continuamente a través del uso de diversas herramientas que permitan el análisis masivo de información externa e interna y la identificación oportuna de fraudes, e incluso que puedan anticiparse a ellos.

⁶Asociación ICEA. (1997). *Manual de medidas contra el fraude en los seguros de riesgos diversos* (pp. 9-13). Madrid.

⁷Asociación ICEA. (1997). *Manual de medidas contra el fraude en los seguros de riesgos diversos* (pp. 9-13). Madrid.

⁸IDEM



2.

ASIMETRÍA DE LA INFORMACIÓN, INCERTIDUMBRE Y DIVERGENCIA DE INTERESES

La teoría de los contratos, estructurada por los dos ganadores del premio Nobel de Economía 2016, Oliver Hart y Bengt Holmström, contiene elementos que son totalmente aplicables al contrato de seguros, toda vez que se presentan múltiples situaciones que no es posible detallar en los términos del contrato, porque

obedecen a situaciones cuya dificultad de identificar o prever no brindan la posibilidad de establecer cláusulas o condiciones que puedan prevenir el fraude. Existen tres (3) factores para tener en cuenta: i) la asimetría de la información, ii) la incertidumbre y iii) la divergencia de intereses (O. Hart, B. Holmström, 1987)⁹.

2.1 ASIMETRÍA DE LA INFORMACIÓN

La asimetría de la información hace referencia a la posición desigual en cuanto a la cantidad y a la calidad de la información disponible para las partes que intervienen (Stiglitz, 1979)¹⁰. En cualquier contrato, cuando uno de los agentes tiene más información que el otro se puede crear una seria distorsión en detrimento del equilibrio.

Así, la asimetría de la información que se encuentra entre la aseguradora y el asegurado, donde cada uno

de estos agentes tiene información diferente, es un factor que propicia la generación del fraude; la aseguradora conoce claramente el servicio que ofrece, respaldado en un contrato de seguros con cláusulas que se convierten en información de difícil interpretación, por su extensión y lenguaje técnico, y el asegurado claramente conoce su comportamiento e intenciones y es quien al final conoce los hechos por los cuales se presentó el siniestro.

⁹Hart, O., & Holmstrom, B. (1987). *Theory of Contracts* [Ebook] (pp. 71-155). Cambridge: Cambridge University Press. Recuperado de <https://economics.mit.edu/files/12133>

¹⁰Catalunya, U. (2019). Información asimétrica. Recuperado el 1 de septiembre, de 2019 de <https://comein.uoc.edu/divulgacio/comein/es/numero64/articles/informacion-asimetrica.html>

2.2 INCERTIDUMBRE

La incertidumbre se presenta cuando los contratos se encuentran incompletos, en ellos no se especifican totalmente las acciones de las partes (es decir, contienen «brechas»), esto en ocasiones obedece a las limitaciones que la misma legislación de un país impone, por lo que situaciones externas como la costumbre o la reputación pueden volverse importantes (O. Hart, B. Holmström, 1987); precisamente estos vacíos son los que se convierten en una oportunidad para el fraude. También genera incertidumbre el hecho de que se requiera la participación de terceros para, a través de interpretaciones y análisis, completar las disposiciones faltantes del contrato y resolver las ambigüedades que permitan comprobar el fraude o la intención de realizarlo; estas situaciones se traducen en costos que se trasladan al valor de la prima de un seguro, haciendo mucho más onerosa la adquisición del mismo.



2.3 DIVERGENCIA DE INTERESES-RIESGO MORAL

Finalmente, las divergencias de intereses que pueden tener los agentes (aseguradora y el asegurado) afectan el equilibrio contractual que la actividad aseguradora supone; es allí donde el riesgo moral cobra importancia, por el impacto económico que tiene la compensación. Un siniestro debería solo presentarse bajo ciertas circunstancias que han sido estudiadas y medidas a través de los registros históricos, el análisis y la estadística, pero se puede presentar de forma atípica, debido a la falta de previsión del asegurado, quien, luego de adquirir la protección, decide tomar riesgos, que no asumiría de no contar con la póliza. Aquí es donde aparece el riesgo moral, el cual lleva a que las aseguradoras implementen acciones que pueden incrementar el costo de sus pólizas o determinar que para ciertos riesgos existan condiciones adicionales para ser asegurables.

Es importante diferenciar entre el riesgo moral ex ante y ex post; el primero hace referencia al cambio de comportamiento del asegurado, que lo lleva a tomar mayores riesgos durante el tiempo de vigencia del contrato de seguro, por considerar que su riesgo está cubierto por el mismo. Por ejemplo, una persona que tiene un vehículo con seguro puede ser más arriesgada en su forma de conducir o menos precavida en cuanto a utilizar y estacionar su vehículo en zonas inseguras, por considerar que su riesgo está cubierto por la póliza contratada. El riesgo ex post se genera por la limitación de las compañías de seguros para observar y verificar el comportamiento del asegurado luego de que ocurre el siniestro¹¹, esta es la principal fuente de generación de fraudes en los seguros.

¹¹Fraude en seguros. Una aproximación al caso colombiano - PDF Descarga gratuita (2012). Recuperado el 19 de enero de 2020, de <https://fasecolda.com-Fraude-en-seguros-una-aproximacion-al-caso-colombiano.html>

Por ejemplo, en el seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) en Colombia, el riesgo moral ex post se presenta en los casos en donde se evidencia que algunos prestadores de servicios de salud (PSS) malversan los recursos destinados a cubrir los gastos médicos o de transporte, realizan procedimientos que no son pertinentes (exponiendo también la vida del paciente) o cobran por servicios que nunca fueron prestados a las víctimas de accidentes de tránsito. Adicionalmente, se pueden presentar casos en los cuales no solo hacen inadecuado uso de los recursos, sino que realizan dobles cobros por servicios pagados anteriormente, simulan víctimas y accidentes de tránsito, o incrementan los costos de material de osteosíntesis que se cobran a la aseguradora.

Otro ejemplo de riesgo moral ex post se puede evidenciar en el amparo de responsabilidad civil extracontractual (RCE) de los seguros de automóviles, cuando ocurre un accidente de tránsito en donde un conductor que iba manejando bajo los efectos del alcohol lesiona a un tercero y rápidamente realiza el cambio de conductor con el fin de evitar que la aseguradora ejerza su derecho de repetición por conducta dolosa.

Para los seguros de vida, seguro previsional y renta vitalicia, el riesgo moral ex post se puede presentar, por ejemplo, en la simulación de los siniestros por incapacidad total y permanente (ITP) o invalidez, al identificar diagnósticos médicos con enfermedades musculoesqueléticas como la fibromialgia, pero acompañadas de un porcentaje significativo de enfermedades



LAS DIVERGENCIAS DE INTERESES QUE PUEDEN TENER LOS AGENTES (ASEGURADORA Y EL ASEGURADO) AFECTAN EL EQUILIBRIO CONTRACTUAL QUE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA SUPONE

psiquiátricas sin el debido sustento, logrando así la indemnización del seguro de vida o la pensión de invalidez al obtener más del 50% de pérdida de la capacidad laboral.

El reto para el sector asegurador está en generar cada vez más acciones orientadas a la prevención temprana del fraude, es decir, antes de la suscripción de un contrato de seguro, de tal forma que se desincentiven aquellas prácticas que encuentran formas de aprovechar los vacíos que existen. Por esta razón es necesario recurrir a herramientas tecnológicas con capacidad de procesar grandes volúmenes de registros, realizar analítica de datos y compartir información, incluso en tiempo real, de tal forma que se mitiguen algunos de los riesgos asociados a la asimetría de la información, la incertidumbre y las divergencias de intereses.



3.

EL FRAUDE EN LAS DIFERENTES ETAPAS DEL CONTRATO DE SEGURO

La contratación es el punto de partida para prevenir la materialización del fraude, pero su efectividad depende de la rigurosidad y calidad de los controles implementados durante el desarrollo del proceso.

Generalmente, quienes intervienen activamente en la materialización de los fraudes son los asegurados, pero esto depende de la naturaleza de cada uno de los seguros y de la motivación delictiva, puede tratarse de delincuentes primerizos o de estructuras organizadas en las que participan el tomador, el asegurado, el beneficiario o terceros interesados.

Es por ello que no solo basta con aplicar el formulario de conocimiento del cliente, sino que se debe ir más allá de

lo que se consigna en ese documento, contar con otro tipo de información como, por ejemplo, la relacionada con los siniestros anteriores, posible coexistencia de seguros, condiciones económicas, motivaciones por las cuales adquiere el seguro y cambios frecuentes de vivienda y trabajo, lo cual puede contribuir a la detección de un posible engaño a la aseguradora para obtener un provecho ilícito de un contrato de seguros, para beneficio propio o de un tercero.

Si bien la buena fe es una característica fundamental implícita en el diseño, perfeccionamiento y ejecución del contrato de seguros, eso no impide que la compañía implemente controles dentro de cada una de las etapas de construcción del contrato.

3.1 ETAPA PRECONTRACTUAL

En la declaración o solicitud del seguro se presume la buena fe, pero eso no impide que el asegurador practique inspecciones, exámenes médicos o disponga de un investigador antes de asegurar el riesgo. Por ejemplo, en los seguros de vida, la compañía de seguros, dependiendo de la cuantía a asegurar, puede solicitar la práctica de algunos exámenes médicos como requisito para expedir la póliza, pero este tipo de controles pueden

llegar a ser de alto costo si su implementación se realiza de forma masiva. Por esta razón, las compañías, en el momento de la suscripción del seguro, han optado por exigir una declaración de asegurabilidad, la cual se revisa en caso de presentarse el siniestro; si se encuentra reticencia e inexactitud en la declaración, esto podría llevar a la nulidad del contrato de seguros.

3.2 ETAPA DE SUSCRIPCIÓN

Durante el proceso de suscripción es muy dispendioso revisar toda la información y, aún más complejo, encontrar las relaciones con otros actores, pero si dentro del proceso se involucran herramientas que aprovechen el big data, es decir, que sean capaces de procesar miles e incluso millones de datos en poco tiempo, y si ello se complementa haciendo uso de inteligencia artificial, es posible contar con modelos predictivos para determinar la probabilidad de que el riesgo que se espera asegurar corresponda a una posible intención de fraude. Así el proceso de suscripción será más riguroso, asertivo y con una

respuesta en muy corto tiempo, se facilitará la toma de decisiones sobre el riesgo a asegurar y la tarificación de los riesgos para la prevención y detección del fraude.¹²

Pero no solo desde la etapa pre-contractual se deben implementar los controles para mitigar el fraude. Durante el desarrollo de la etapa contractual, en donde el tomador o asegurado debe informar a la aseguradora de todos los cambios que presente el riesgo¹³, es importante analizar bajo qué contexto se generó esa modificación y qué situaciones anteceden la novedad, con el fin

de determinar si existe un interés particular que pueda desencadenar en un siniestro atípico. Por ejemplo, comportamientos en los cuales se presentan intereses repentinos por parte del tomador, asegurado o beneficiario por coberturas específicas o incremento de los valores asegurados a pocos meses de vencer la póliza pueden llegar a convertirse en una señal de alerta en caso de materializarse el siniestro.

¹²Ortega Giménez, A. (2019). *Las aplicaciones del Big Data en el ámbito asegurador y el tratamiento legal de sus datos* (p. 42). Madrid: Fundación Mapfre.

¹³Universidad Externado de Colombia. (2008). *Memorias del V seminario internacional de prevención del fraude en seguros* (p. 121). Bogotá

3.3 ETAPA POSCONTRACTUAL

Finalmente, en la etapa poscontractual, donde el siniestro se materializa, algunos intentan obtener un beneficio de manera ilícita; los defraudadores se pueden clasificar en tres (3) tipos:

01 El primero corresponde al defraudador oportunista, aquella persona que se aprovecha de las circunstancias, a pesar de que nunca contempló la posibilidad de cometer un fraude; por ejemplo, el asegurado que sufre un siniestro real, pero lo aprovecha para incluir daños que tenía su vehículo antes del accidente.

02 El segundo tipo de defraudador es el aficionado, quien tiene un perfil similar al del oportunista, pero comienza a participar en otros actos delictivos en los que se involucran más personas. Por ejemplo, el asegurado presenta un siniestro por hurto de su bolso y observa que los controles aplicados y requerimientos solicitados para realizar la reclamación ante la aseguradora son sencillos y fáciles de conseguir, por lo cual comienza a simular falsos hurtos del bolso de diferentes beneficiarios, para que la compañía asuma los gastos de reposición.

03 Finalmente, existe el defraudador profesional, el cual es parte de estructuras criminales que usan empresas legalmente constituidas en las que se involucran profesionales especializados y expertos en los diferentes seguros, quienes se encargan de diseñar estrategias robustas y de difícil detección para lograr obtener el mayor provecho de las indemnizaciones. Recordemos el caso que se conoció en medios de comunicación como la operación Frenocomio (año 2018), algunos médicos y abogados expertos en el proceso de reclamaciones de pensiones asesoraban a los beneficiarios no solo para obtener de forma fraudulenta la pensión por invalidez, sino para sacar un mayor provecho de los seguros, a través de la solicitud de créditos que luego serían condonados por el amparo de seguros de deudores, al simular la pérdida de capacidad laboral (PCL).



4.

EL FRAUDE EN LOS RAMOS DE SEGUROS

Aunque el fraude es un fenómeno presente en todos los ramos de seguros, las vulnerabilidades del producto y de los riesgos que se cubren son particulares para cada uno, lo que conlleva tener múltiples modalidades de fraude que en algunos casos logran replicarse por la similitud de los amparos.

Para identificar las tipologías de fraude es indispensable construir para cada uno de los ramos un diagnóstico que permita no solo establecer las debilidades del producto y las amenazas para el sector, sino determinar las fortalezas en cuanto a regulación y respaldo de las autoridades, con el fin de establecer las tipologías, priorizar el fenómeno que se quiere mitigar y, finalmente, definir las estrategias a implementar.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, a continuación, presentamos un análisis general de algunas tipologías identificadas para los ramos de SOAT, vida y personas, seguridad social, autos, riesgos laborales y hogar.

4.1 SOAT

4.1.1 GEORREFERENCIACIÓN

SECTOR REPORTANTE

Asegurador



DESCRIPCIÓN

Corresponde a los casos en los cuales se identifican irregularidades en distancias recorridas o servicios de transporte prestados, durante el traslado inicial de la víctima desde el sitio del accidente de tránsito hasta el prestador de servicios de salud (PSS) en donde recibirá la atención médica.

La información que permite esta georreferenciación proviene de los reportes que las instituciones prestadoras de servicios de salud suministran al Sistema de Información de Reportes de Atención en Salud a Víctimas de Accidentes de Tránsito (SIRAS), del Ministerio de Salud.



SEÑALES DE ALERTA

1

Una ambulancia trasladada, en una misma fecha e intervalo de tiempo, a dos o más víctimas involucradas en accidentes de tránsito diferentes.

2

Se identifican traslados de las víctimas a PSS más lejanos del lugar del accidente, a pesar de que existen prestadores con el mismo nivel de complejidad más cercanos al lugar de ocurrencia del siniestro.

3

Empresas de ambulancias que remiten lesionados a PSS específicos de forma recurrente.

EJEMPLO 1



El vehículo 1 atropella a una persona en el centro de la ciudad a las 21:21 horas, la ambulancia identificada con placas AAA llega al lugar del accidente a las 21:40 horas y traslada a la víctima # 1 al PSS nro.1, entrega el paciente a la institución a las 22:00 horas, pero a las 21:22 horas, en el sur de la ciudad, el vehículo 2 tuvo un accidente de tránsito

y la misma ambulancia, identificada con placas AAA, llega al lugar del accidente a las 21:40 horas y traslada a la víctima # 2 al PSS nro. 1, la entrega la institución a las 22:10 horas.

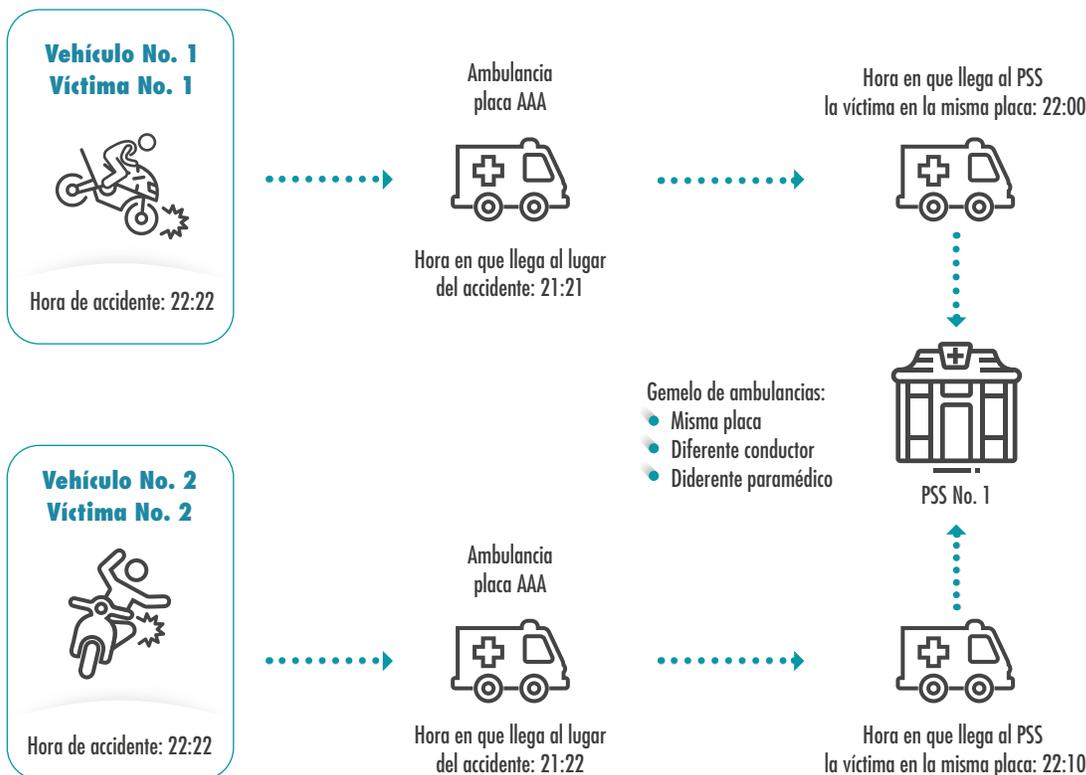
La aseguradora, por medio de una serie de investigaciones, establece lo siguiente:

LA HOJA DE TRASLADO DE LAS DOS VÍCTIMAS CONTIENE

- > Diferente lugar de accidente
- > Diferente conductor y paramédico
- > Misma placa de ambulancia
- > Misma fecha de accidente
- > Misma hora de traslado



ESQUEMA DE LA OPERACIÓN



EJEMPLO 2

“

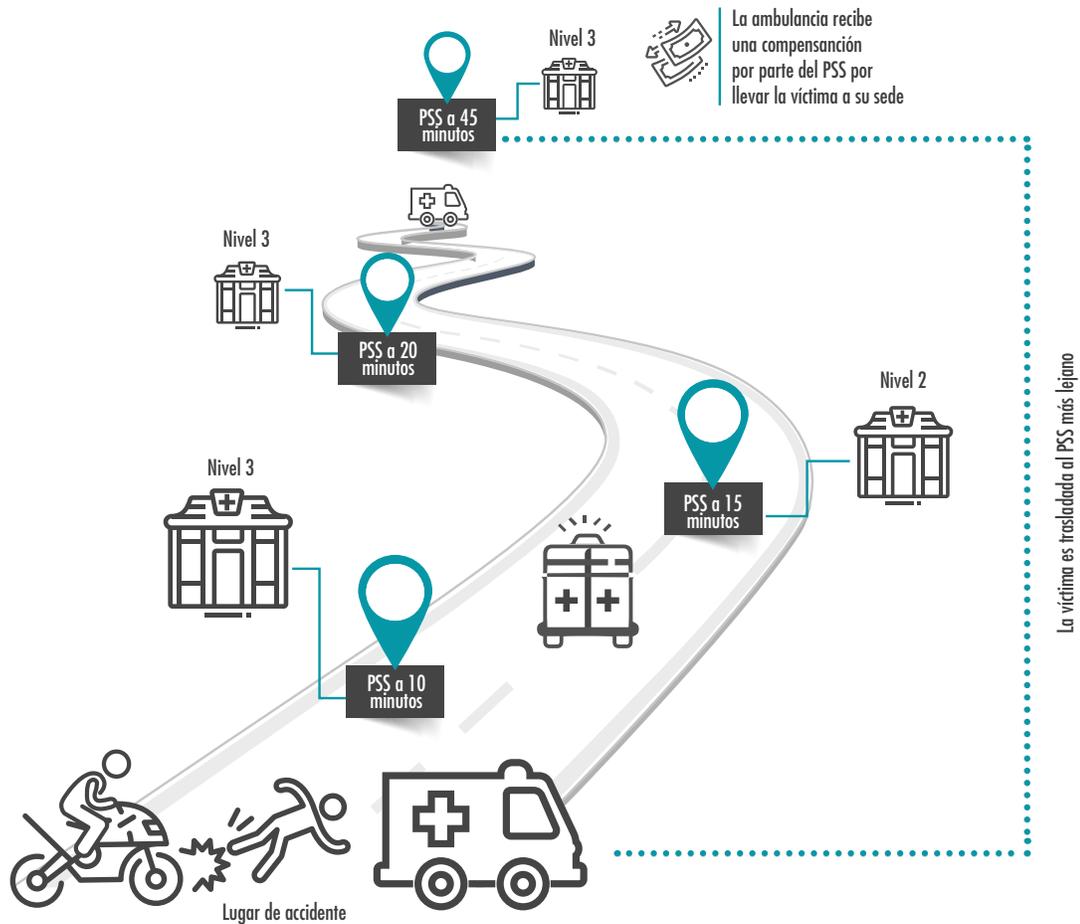
El vehículo 1 atropella a una persona en el centro de la ciudad, la ambulancia identificada con placas AAA llega al lugar del accidente y traslada a la víctima al PSS nro. 1, ubicado al norte de la ciudad, a 45 minutos del lugar del accidente.

La aseguradora, por medio de una serie de investigaciones, establece lo siguiente:

- > Conforme a la descripción de los hallazgos de la hoja de traslado, la víctima pudo ser atendida en otro PSS con menor nivel de complejidad.
- > Se identificó que solo a diez minutos del lugar del accidente había un PSS con el mismo nivel de complejidad del PSS al que fue trasladada la víctima.
- > Se determinó que en el trayecto realizado por la ambulancia desde el lugar del accidente hasta el PSS donde fue atendida la víctima se ubicaban 2 PSS con el mismo nivel de complejidad.
- > Se identificó que la empresa de ambulancias frecuentemente lleva a las víctimas de accidente de tránsito a un mismo PSS sin importar dónde ocurre el accidente.



ESQUEMA DE LA OPERACIÓN



4.1.2 DOBLES COBROS

SECTOR REPORTANTE
Asegurador



DESCRIPCIÓN

Esta modalidad de fraude tiene dos puntos de acción, el primero se presenta cuando las reclamaciones asociadas a un accidente de tránsito se realizan a varias compañías de seguros o a la ADRES, relacionando el siniestro a pólizas diferentes o a vehículos fantasmas.

Se han encontrado casos en donde la víctima falleció por causa del accidente de tránsito y la reclamación de la indemnización por muerte

es realizada a varias compañías y a la ADRES de forma simultánea. La particularidad en estos casos es que los reclamantes esperan un tiempo para solicitar la indemnización a las otras entidades involucradas.

El segundo punto está relacionado con los casos en los cuales los mismos servicios médicos o de transporte que fueron prestados a la víctima son reclamados en más de una oportunidad.



SEÑALES DE ALERTA

1

En el siniestro están involucradas dos o más víctimas, solo una ambulancia realizó el traslado, pero existen cuentas de cobros diferentes.

2

La fecha de presentación de la reclamación se realiza bastante tiempo después de transcurrido el accidente.

3

Más de dos vehículos involucrados en un accidente de tránsito, por lo cual se presentan reclamaciones simultáneas a dos compañías de seguros o a la ADRES.

4

Un PSS realiza, en fechas diferentes, reclamaciones asociadas a una misma víctima de accidente de tránsito, para ello presenta un soporte con la misma atención de urgencias, modifica historias clínicas, agrega traumas y compromisos diferentes.

5

La reclamación realizada por gastos de transporte fue reconocida por otro PSS.

6

Nuevamente realizan el cobro por el traslado, en el que incluyen un nuevo rubro en otra factura, con el concepto de cobro de transporte.

7

Los servicios son nuevamente cobrados a través de la emisión de una nueva factura.

EJEMPLO



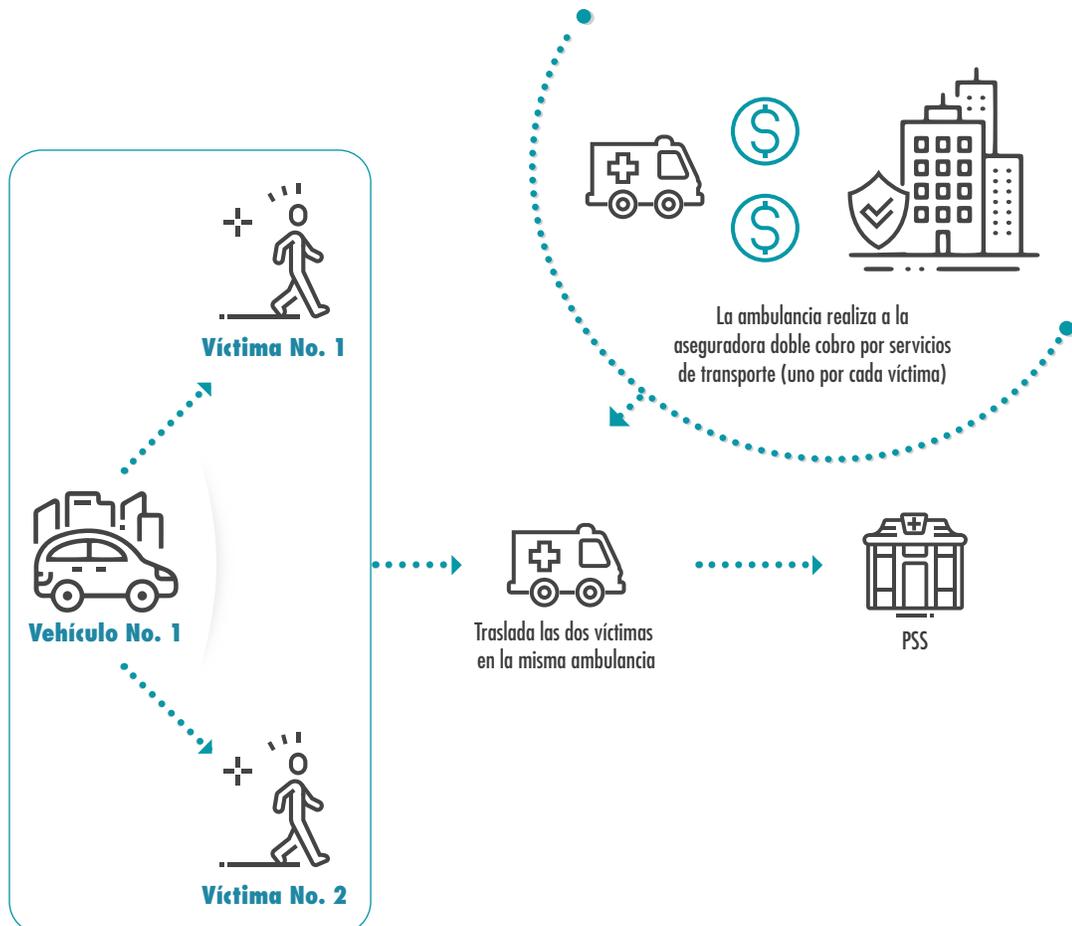
El vehículo 1 sufre un accidente de tránsito, el conductor y el pasajero resultan lesionados. Al lugar del accidente llega una sola ambulancia y traslada a las dos víctimas al PSS más cercano, pero cuando se realiza el cobro a la aseguradora por los servicios de transporte se hacen dos reclamaciones, una por cada víctima.

La aseguradora, por medio de una serie de investigaciones, establece lo siguiente:

- La hoja de traslado de las dos víctimas contiene:
 - Mismo lugar de accidente.
 - Mismo conductor y paramédico.
 - Misma placa de ambulancia.
 - Misma fecha de accidente.
 - Misma hora de traslado.
- Se presentaron dos facturas diferentes
- En el *Formulario único de reclamación de las instituciones prestadoras de servicios de salud por servicios prestados a víctimas de eventos catastróficos y accidentes de tránsito (FURIPS)* se evidencia que el lugar del accidente de las dos víctimas es el mismo.



ESQUEMA DE LA OPERACIÓN



4.1.3 EXCESO DE PROTOCOLOS

SECTOR REPORTANTE

Asegurador



DESCRIPCIÓN

Se refiere a los casos en donde se evidencia que posiblemente existe abuso de protocolos médicos en la atención al paciente por parte del PSS, se practican exámenes o procedimientos que no son necesarios para determinar el diagnóstico y el plan quirúrgico.



SEÑALES DE ALERTA

1

Se practican exámenes o procedimientos que no son necesarios para determinar el diagnóstico y el plan quirúrgico.

2

Ayudas diagnósticas no pertinentes.

3

Se evidencia estancia no pertinente.

4

Se evidencia sobrecosto en medicamentos.

5

Se evidencia interconsulta con especialistas sin justificación.

6

Se evidencia cobro de interconsulta no facturable.

7

Procedimiento realizado sin agotar posibilidades de tratamiento.

EJEMPLO



A una víctima de accidente de tránsito con trauma en el pie izquierdo le practican RX de rodilla, tobillo y pie, TAC de cabeza, adicionalmente le practican estudios radiológicos que posiblemente no están relacionados con la lesión descrita inicialmente.

La aseguradora, por medio de una serie de investigaciones, establece lo siguiente:

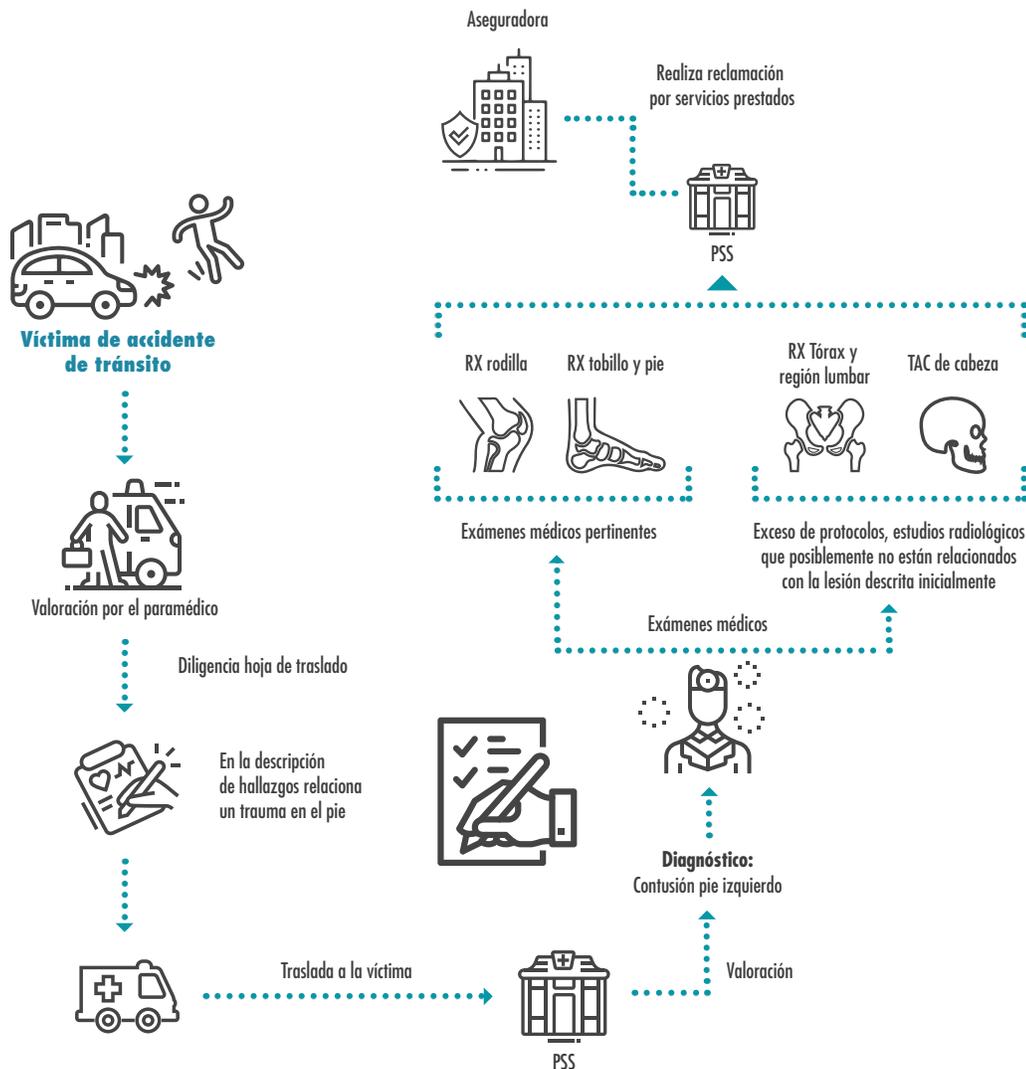
En la descripción de los hallazgos solo se hace referencia a lesiones del pie derecho, no se tuvo pérdida de conocimiento ni golpes en la cabeza.

Según la historia clínica, el diagnóstico de ingreso solo corresponde a contusiones en el pie.

En la auditoría realizada por la aseguradora se confirma con la víctima que las lesiones fueron menores y nunca tuvo golpes o dolores en el cráneo.



ESQUEMA DE LA OPERACIÓN



4.1.4 INADECUADO USO DE LOS RECURSOS

SECTOR REPORTANTE
Asegurador



DESCRIPCIÓN

Se refiere a los casos en los cuales se evidencia que el PSS hace una malversación de los recursos destinados a cubrir los gastos médicos o de transporte, se realizan procedimientos que no son pertinentes o se cobran servicios que nunca fueron prestados.



SEÑALES DE ALERTA

- 1 Costos no pertinentes y servicios no prestados.
- 2 Efectuar cobros con datos inexactos o inexistentes.
- 3 Se evidencian registros de la historia clínica completamente idénticos en diferentes pacientes, diferentes fechas de atención y diferentes reclamaciones.
- 4 En algunos casos la firma del médico corresponde a la misma imagen (considerando que los trazos son exactamente iguales)
- 5 Servicios prestados y montos facturados exactamente iguales.
- 6 Realizan prueba de embarazo a paciente después de realizar exámenes diagnósticos como rayos X.
- 7 Realizan exámenes a las víctimas a pesar de no presentar ninguna lesión según valoración inicial.

EJEMPLO



La aseguradora recibe del PSS una reclamación por servicios médicos prestados a una supuesta víctima de accidente de tránsito.

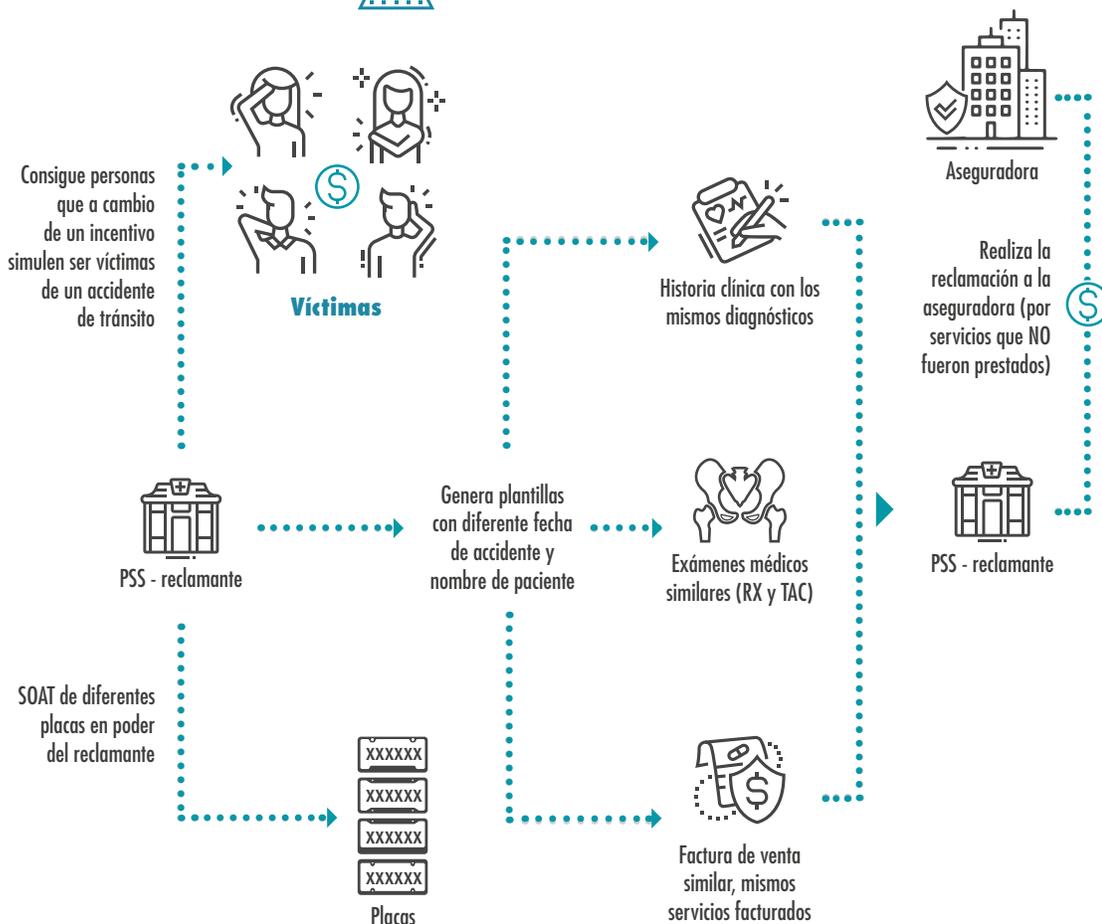
El diagnóstico médico corresponde a trauma en una rodilla, le practican exámenes médicos (RX de rodilla, tobillo y pie, estudios radiológicos en la cabeza, región lumbar, tórax y TAC.)

La aseguradora, por medio de una serie de investigaciones, establece lo siguiente:

- Las historias clínicas remitidas con las reclamaciones son similares a las de otros casos y solamente difieren en los registros de datos generales, fecha y hora de la atención, nombre del médico responsable, registro y firma.
- Se trata de una plantilla y adulteración de los registros de un documento con reserva legal, la historia clínica, lo cual constituye una grave inconsistencia por servicios presentadamente no prestados.
- Con respecto a los soportes de radiología, tomografía y registro de administración de medicamentos, se observa inconsistencia y posible adulteración en los reportes al identificar que solamente cambian los datos del usuario y se conserva exactamente el mismo trazo de firma del médico.
- Finalmente, la factura es idéntica en cuanto a descripción, cantidad, valor unitario y valor total.



ESQUEMA DE LA OPERACIÓN



4.1.5 PÓLIZA PRESTADA

SECTOR REPORTANTE
Asegurador



DESCRIPCIÓN

Reclamaciones con pólizas de vehículos que no estuvieron involucrados en el accidente de tránsito.



SEÑALES DE ALERTA

- 1 Un tercero presta los documentos que están asociados a otro automotor, para que la víctima de accidente de tránsito sea atendida.
- 2 El vehículo que originó el accidente se fuga o no tiene una póliza de SOAT vigente y para que la víctima sea atendida por el PSS, toma prestada la póliza de otro vehículo.

EJEMPLO



El conductor de una motocicleta de placas AAA11A se movilizaba por el centro de la ciudad, pierde el control de esta, cae al pavimento y resulta lesionado.

Es trasladado desde el lugar del accidente hasta la clínica, mediante el servicio de ambulancia.

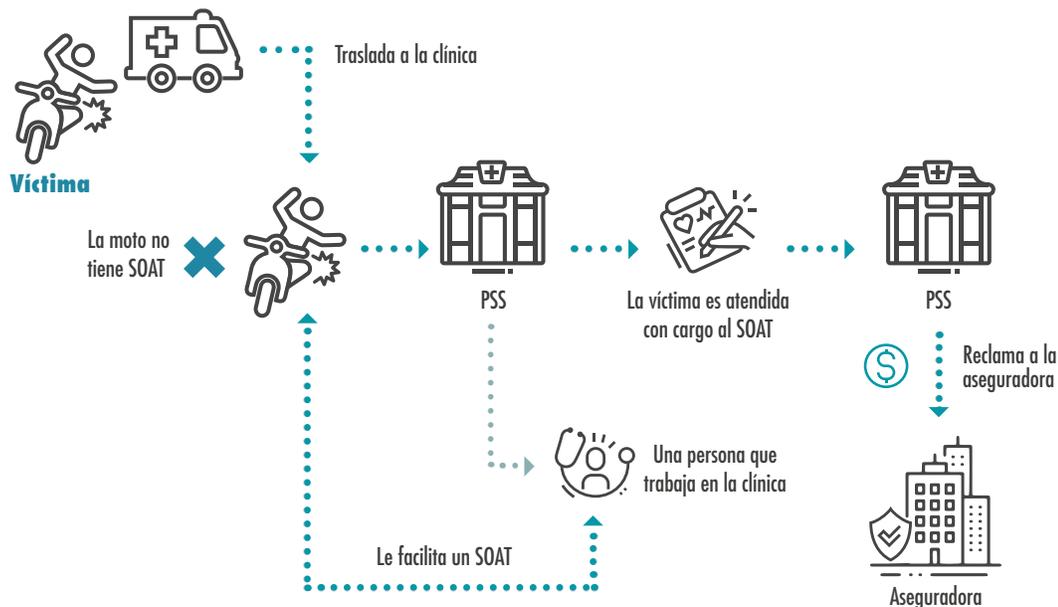
Al ingresar a la clínica un hombre se acerca y al escuchar que su vehículo no cuenta con un SOAT vigente le presta una póliza de otra motocicleta, con placas BBB11B, para que le brinden los servicios médicos con cargo al SOAT.

La aseguradora, por medio de una serie de investigaciones, establece lo siguiente:

- El dueño de la moto BBB11B no ha estado involucrado en un siniestro.
- El dueño de la moto no prestó su póliza ni conoce a la víctima lesionada en el accidente.
- La moto que tuvo el accidente se identifica con las placas AAA11A, de acuerdo con la declaración dada por la víctima.
- La persona que le facilita el SOAT de otra moto a la víctima del accidente de tránsito trabaja para el PSS.



ESQUEMA DE LA OPERACIÓN



4.1.6 SIMULACIÓN DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO

SECTOR REPORTANTE Asegurador



DESCRIPCIÓN

Reclamaciones que no demuestran la ocurrencia de un accidente de tránsito. Se refiere a los casos en los cuales la víctima nunca sufrió un accidente de tránsito o las lesiones presentadas no fueron causadas por este evento.

La configuración de un accidente de tránsito requiere que confluyan los siguientes elementos, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 780 de 2016:

- Que ocurra en el territorio nacional.
- Que involucre al menos un vehículo automotor.
- Que el vehículo automotor involucrado cause daño en la integridad física o mental de una o varias personas.
- Que el daño causado a la(s) persona(s) se produzca con ocasión del tránsito o movilización por una vía, del vehículo automotor involucrado.



SEÑALES DE ALERTA

- 1 Se evidencian casos en donde un mismo vehículo está involucrado en diferentes presuntos accidentes.
- 2 El hecho que causa las lesiones no se encuentra ajustado a las definiciones de accidente de tránsito del Decreto 780 de 2016. (los accidentes corresponden a otros eventos, por ejemplo, caídas de cualquier tipo, lesiones por actividades deportivas, etc.)
- 3 Se evidencian casos en donde el PSS genera el cobro por servicios prestados por un accidente que ocurre cuando el vehículo no está en movimiento; por ejemplo, el automóvil está estacionado y un ciclista se choca con él (El Decreto 780 de 2016 es claro: «Accidente de tránsito. Suceso ocurrido dentro del territorio nacional, en el que se cause daño en la integridad física o mental de una o varias personas, como consecuencia del uso de la vía por al menos un vehículo automotor.»)

EJEMPLO



Según documentación suministrada por el PSS, los hechos se registraron el día 23 de abril de 2018 a las 15:00 horas, momento en que la víctima 1 se movilizaba en calidad de parrillero de la motocicleta con placas AAA11A, la cual era conducida por la víctima 2, quien pierde el control de la motocicleta y caen al pavimento, en el accidente solo resulta lesionado el parrillero.

Sin embargo, mediante la labor de campo realizada durante el proceso de investigación, se logra confirmar que la víctima sufre una caída mientras se encontraba realizando labores en su vivienda, resulta lesionada y es trasladada el mismo día del siniestro para recibir atención médica.

En el PSS le fueron prestados los documentos de la motocicleta de placas AAA11A amparada por la póliza del SOAT.

La aseguradora, por medio de una serie de investigaciones, establece lo siguiente:

- > La víctima sufre caída mientras se encontraba realizando labores en su vivienda, resulta lesionada.
- > El dueño de la moto nunca estuvo involucrado en un accidente de tránsito ni su vehículo.
- > No hubo accidente de tránsito.
- > El PSS le prestó los documentos al paciente para atenderlo con cargo al SOAT.



4.1.7

SOBRECOSTOS DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS

SECTOR REPORTANTE
Asegurador



DESCRIPCIÓN

Se refiere a los casos en los cuales se identifican diferencias significativas entre los valores del mercado y los valores cobrados a la aseguradora por concepto del material de osteosíntesis



SEÑALES DE ALERTA

1

Se evidencian casos en donde el material de osteosíntesis (nombres, características o descripciones del producto) es facturado con un valor superior al precio del mercado.

EJEMPLO



Dos víctimas en diferentes accidentes de tránsito tuvieron fracturas y fue necesario el uso de material de osteosíntesis para su recuperación.

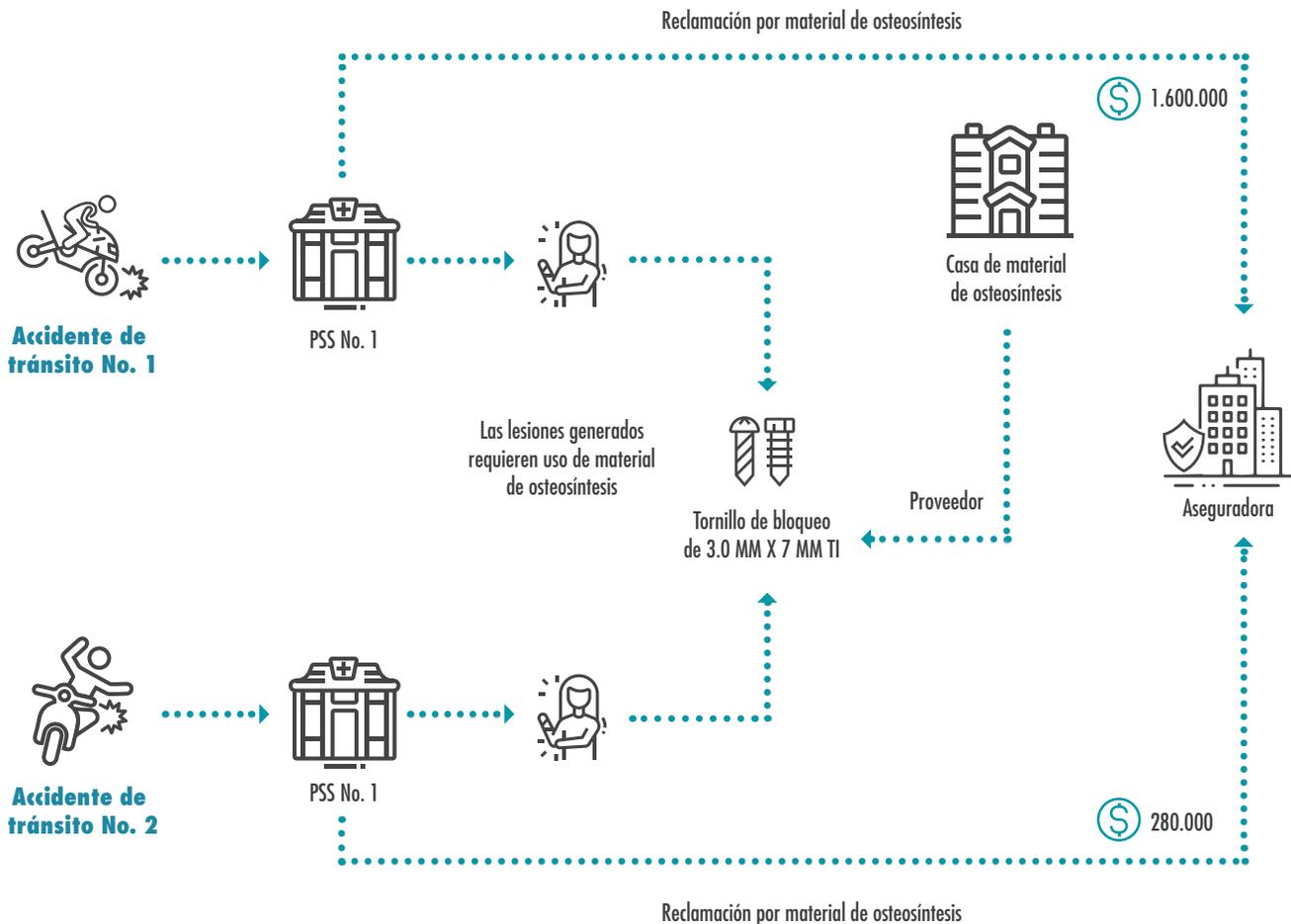
Las víctimas fueron atendidas en dos PSS diferentes y les fue colocada la misma referencia y marca de tornillo (TORNILLO DE BLOQUEO DE 3.0 MM X 7 MM TI), el cual corresponde a la misma

casa proveedora de material de osteosíntesis. La aseguradora, por medio de una serie de investigaciones, establece lo siguiente:

A pesar de ser el mismo material de osteosíntesis utilizado, el valor facturado por uno de los PSS está incrementado en un 600%.



ESQUEMA DE LA OPERACIÓN



4.1.8

ASOCIACIÓN DE PLACAS O VÍCTIMAS CON EL MISMO PSS

SECTOR REPORTANTE
Asegurador



DESCRIPCIÓN

Se refiere a los casos en los cuales se identifica que un mismo vehículo se ve involucrado en varios accidentes y sus víctimas siempre son atendidas por el mismo PSS.



SEÑALES DE ALERTA

1 Se identifican placas de vehículos que generan accidentes de tránsito de forma frecuente y sus víctimas siempre son trasladadas al mismo PSS.

2 Víctimas frecuentes de accidentes que siempre son atendidas por el mismo PSS.

EJEMPLO



Una persona es reportada como víctima de accidente de tránsito 4 cuatro veces en el año (enero, junio, julio y noviembre), los siniestros se registran con tres placas diferentes (placa # 1, placa # 2 y placa # 3.). A su vez, dos de estas placas presentan diversos siniestros en los dos últimos años.

La aseguradora, por medio de una serie de investigaciones, establece lo siguiente:

- Las víctimas siempre son atendidas por el mismo PSS.
- Las placas siempre tienen reclamaciones realizadas por el mismo PSS.
- Los siniestros ocurren siempre en una misma región del país.
- A las víctimas involucradas se les otorga un incentivo económico por declarar que el siniestro ocurrió.
- Existe relación (número de teléfonos, direcciones, parentescos) entre las víctimas.

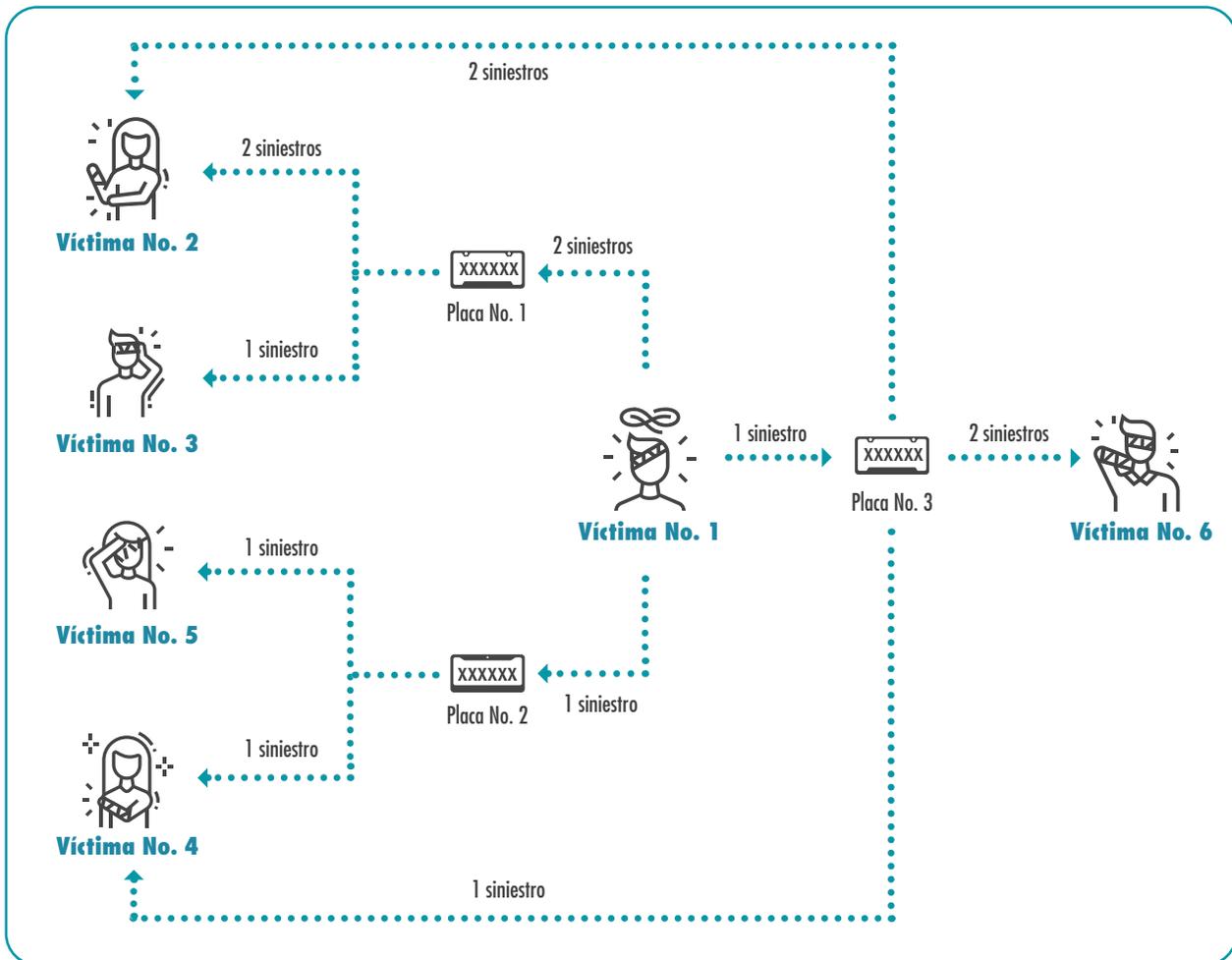


ESQUEMA DE LA OPERACIÓN



PSS No. 1

Siniestros reclamados por un mismo PSS



4.1.9

HABILITACIÓN

SECTOR REPORTANTE
Asegurador



DESCRIPCIÓN

Se refiere a la reclamación que no cumple con lo dispuesto en los párrafos 1, 2 y 3 del artículo 2.6.1.4.2.1 (servicios de salud), del Decreto 780 de 2016, específicamente por atención en salud sin que el prestador cuente con la habilitación correspondiente por parte de la entidad territorial de salud.



SEÑALES DE ALERTA

1 El PSS no se encuentra habilitado para prestar el servicio de traslado asistencial.

2 Nivel de complejidad no corresponde para el PSS (cirugía).

EJEMPLO



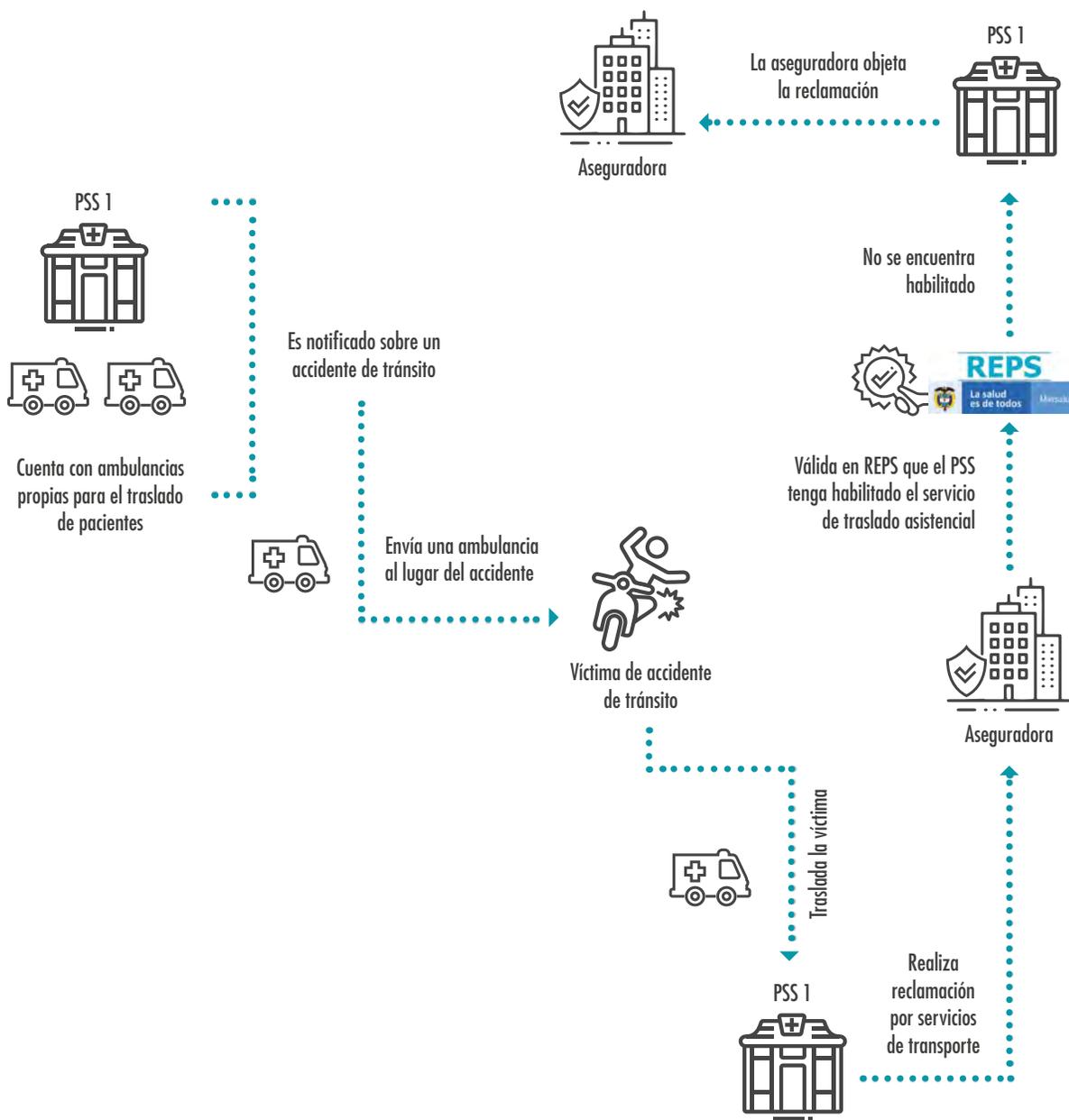
El conductor de una motocicleta identificada con la placa AAA11A se movilizaba por el norte de Barranquilla, pierde el control y cae al pavimento, sufre algunas lesiones en el costado derecho de su cuerpo, por lo cual fue trasladado en ambulancia al PSS más cercano.

La aseguradora, por medio de una serie de investigaciones, establece lo siguiente:

De acuerdo con verificación en la página de REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD (REPS), se logra identificar que la institución no se encuentra habilitada para prestar el servicio de traslado asistencial.



ESQUEMA DE LA OPERACIÓN



4.2 VIDA Y SEGURIDAD SOCIAL

4.2.1 SIMULACIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

SECTOR REPORTANTE

Asegurador

Ramo: vida y personas

Amparo: incapacidad total y permanente (ITP)



DESCRIPCIÓN

Hace referencia a los casos en los cuales se identifican diagnósticos médicos que en su mayoría contienen un aporte significativo de evaluación psiquiátrica, sin el debido sustento, acompañados de otros diagnósticos relacionados con fisioterapia, ortopedia y agudeza visual.

Adicionalmente, los soportes son emitidos por médicos particulares y tienen fechas prematuras de estructuración.



SEÑALES DE ALERTA

- 1 Las reclamaciones se realizan a través de un apoderado.
- 2 Periodos cortos entre la fecha de suscripción de la póliza y la fecha de estructuración de la invalidez.
- 3 Sumas elevadas aseguradas, con respecto a la ocupación del asegurado.
- 4 Similitud de diagnósticos con otros casos relacionados con fraude.
- 5 El apoderado es el mismo que figura en otros casos adelantados en la compañía y que han sido fraudulentos.
- 6 El asegurado se niega a practicarse la valoración médica solicitada por la aseguradora.
- 7 Quien otorga la calificación es una entidad a la que se le han identificado frecuentes irregularidades.
- 8 El diagnóstico presenta un componente alto de psiquiatría sin el debido sustento.
- 9 Los soportes de los casos son historias clínicas de médicos particulares y no existe registro en la EPS ni atenciones por la póliza de salud.

10 Los exámenes médicos aportados fueron practicados en el mes previo a realizarse la calificación de la incapacidad y no hay antecedentes de consultas previas.

11 Los médicos que aparecen en el soporte documental son los mismos que figuran en otros casos con diagnósticos iguales o similares.

12 Periodos cortos entre la fecha de estructuración de la invalidez y la fecha del dictamen médico.

13 Realizan cálculos erróneos (invierten sumas combinadas cuando son aritméticas o viceversa).

14 El asegurado tiene más de un seguro de vida en la misma o con otras compañías.

15 Similitud de seguros tomados y reclamaciones realizadas por su grupo familiar a diferentes compañías.

16 Se configura una ITP superior al 50% en un término inferior a seis meses.

17 La calificación de pérdida de capacidad laboral (PCL) de la administradora de riesgos laborales (ARL) y la que expide la junta de calificación de invalidez tienen diferencias significativas.

EJEMPLO



Karla tiene 42 años y es comerciante de calzado y ropa, un día es contactada por un grupo de médicos y abogados para brindarle asesoría en el trámite de seguros de vida y pensiones, y sacar provecho irregular de esto.

Atendiendo las recomendaciones, Karla, en mayo de 2016, solicita un crédito a una entidad financiera y toma dos (2) seguros de vida individual.

En noviembre de 2016, Karla obtiene la estructuración de invalidez, por trastorno del humor (afectivo), problemas específicos de los discos intervertebrales, síndrome del túnel carpiano y enfermedades vasculares.

La junta de calificación de invalidez dictaminó que su pérdida de capacidad laboral (PCL) fue del 55.5%.

Luego Karla se dirige al fondo de pensiones para solicitar pensión de invalidez, a las aseguradoras para reclamar indemnización por ITP y a la entidad financiera para condonar su deuda.

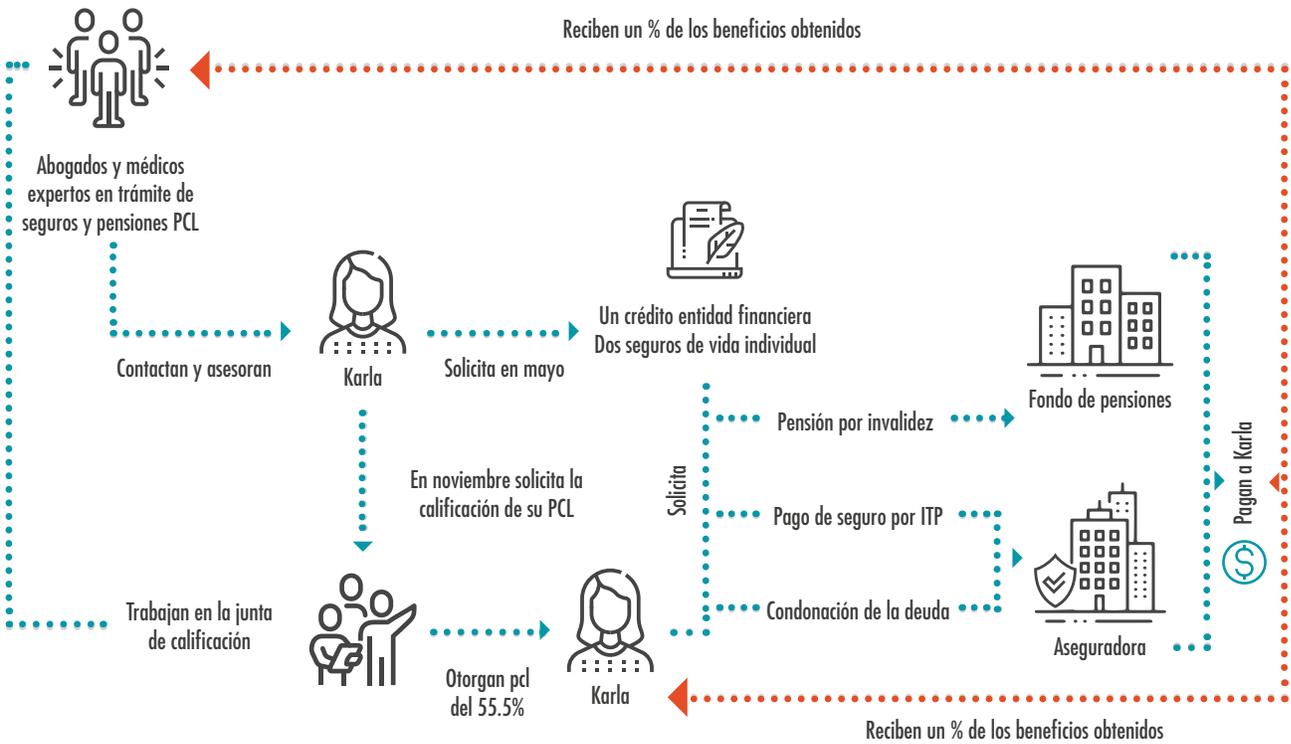
La aseguradora, por medio de una serie de investigaciones, establece lo siguiente:

- Las reclamaciones se realizan a través de un apoderado, el cual adelanta reclamaciones similares ante la compañía, representando a otras personas con dictámenes parecidos.
- Los diagnósticos fueron emitidos por médicos particulares.

- En los diagnósticos médicos existe un componente alto de psiquiatría.
- Sumas elevadas aseguradas con respecto a la ocupación del asegurado.
- La región donde se radica el siniestro presenta un alto número de casos similares.
- Similitud de diagnósticos con otros casos relacionados con fraude.
- Es muy corto el tiempo entre la fecha de suscripción de la póliza y el reporte del siniestro.
- El asegurado se niega a practicarse la valoración médica solicitada por la aseguradora.
- El caso está relacionado con una junta de calificación a la cual se le han encontrado irregularidades en sus procesos.



ESQUEMA DE LA OPERACIÓN



4.2.2 FALSIFICACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS

SECTOR REPORTANTE

Asegurador

Ramo: seguridad social

Amparo: invalidez



DESCRIPCIÓN

Se refiere a los casos en que se utilizan soportes (exámenes médicos e historias clínicas) adulterados en las firmas y sellos, para justificar las enfermedades que generan la invalidez.

Adicionalmente, estos casos se caracterizan porque los apoderados han presentado en otras oportunidades reclamaciones similares.



SEÑALES DE ALERTA

1

Los sellos y firmas de varios médicos y especialistas presentan irregularidades.

2

Los soportes médicos presentan adulteraciones en el nombre de los pacientes y las fechas.

3

Los exámenes médicos practicados son de alto costo y se realizaron de forma particular.

4

La historia aportada guarda similitud con otras reclamaciones presentadas con las mismas características y en las cuales se evidencian los mismos médicos tratantes.

5

Los apoderados están relacionados con otros casos donde se identificaron irregularidades o posibles fraudes.

6

La historia clínica que reposa en la EPS difiere con lo consignado en los documentos adjuntados en la reclamación.

7

Dictamen y exámenes practicados por médicos y entidades particulares.

8

El asegurado se niega a practicarse la valoración médica solicitada por la aseguradora.

EJEMPLO



Juan tiene 56 años, es auxiliar de tesorería y ha comenzado a presentar algunas molestias en el corazón, por lo cual ha tenido varias incapacidades laborales.

Un día Juan es contactado por un abogado para ofrecerle la opción de ayudarlo con el trámite para solicitar su pensión de invalidez ante la administradora de fondos de pensiones (AFP), por enfermedad común.

En 2011, el apoderado de Juan radicó ante la AFP la solicitud por pensión de invalidez, entre los soportes entregados adjunta documentos sobre un

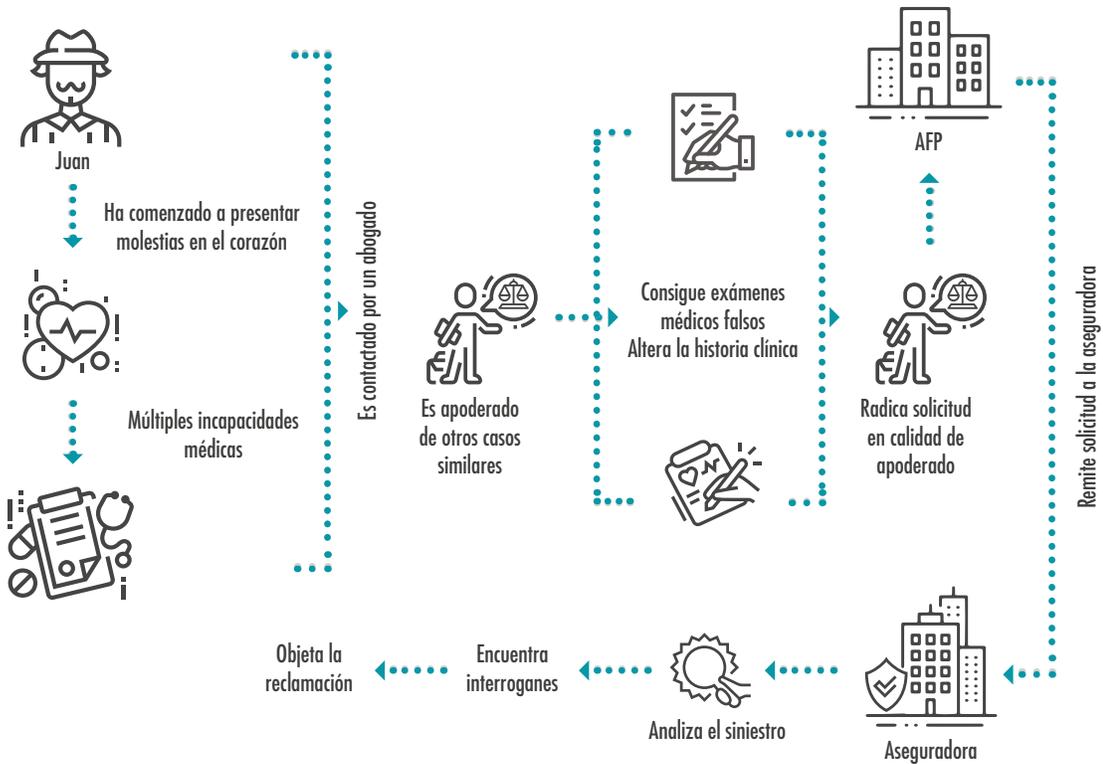
evento coronario presentado en 2008, que generó cardiomiopatía dilatada, insuficiencia mitral moderada y disfunción sistólica severa.

La aseguradora, por medio de una serie de investigaciones, establece lo siguiente:

- > En la historia clínica de la EPS se descartaron la mayoría de los síntomas, la enfermedad se trató con implante medicado, con buen resultado.
- > Los exámenes realizados por la aseguradora generan resultados normales.
- > Los sellos y firmas de varios médicos y especialistas fueron falsificados.
- > Los exámenes médicos presentados no fueron expedidos por la entidad que figura en los documentos.
- > La historia clínica tiene rastros de repisado en la fecha y en el nombre del paciente.
- > El apoderado ha presentado otras reclamaciones en las que se detectaron documentos falsos.



ESQUEMA DE LA OPERACIÓN



4.2.3 COTIZACIONES IRREGULARES A SEGURIDAD

SECTOR REPORTANTE

Asegurador

Ramo: seguridad social

Amparo: invalidez



DESCRIPCIÓN

Se refiere a los casos en los cuales, luego de tener un comportamiento intermitente en los aportes realizados al Sistema de Seguridad Social Integral, se comienzan a realizar aportes

de forma continua, adicionalmente, se practican exámenes de alto costo y específicos para el proceso de calificación de invalidez.



SEÑALES DE ALERTA

1 Edad del calificado.

2 Fecha de inicio de la cotización a la AFP.

3 Las valoraciones son realizadas por médicos particulares.

4 Exámenes muy costosos realizados por particulares, que no concuerdan con los ingresos económicos del trabajador.

5 Exámenes específicos para un proceso de calificación, según el manual de calificación vigente.

6 Los exámenes médicos particulares son practicados antes de consultar a la EPS.

7 En los exámenes médicos practicados por la aseguradora, el trabajador muestra tendencia a exagerar los síntomas.

8 En la región se han presentado casos de fraude con características similares.

EJEMPLO



Sara tiene 55 años, es soltera, no tiene escolaridad y actualmente está desempleada, pero cotiza a salud y pensión como trabajadora independiente.

Sara comenzó a cotizar al sistema de seguridad social de manera continua desde el año 2016; anteriormente había cotizado de forma intermitente, dos meses durante un año y un mes en otro año.

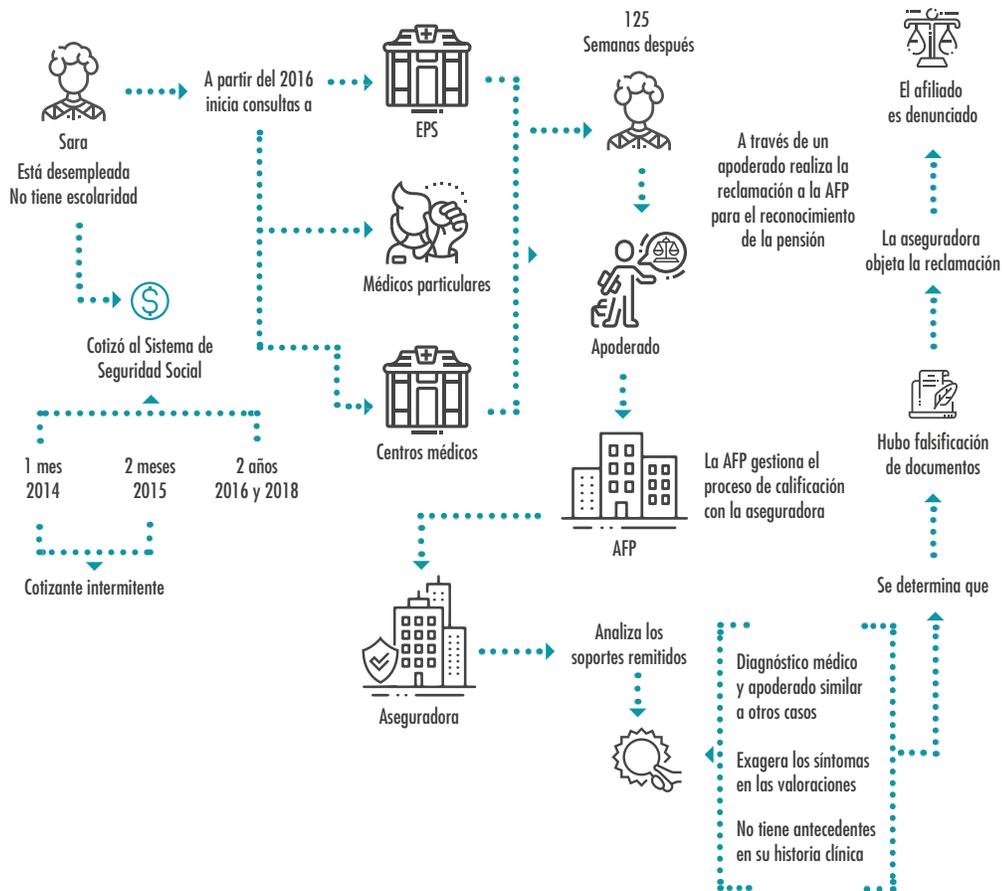
A partir de 2016 inicia consultas con la EPS y con múltiples médicos e instituciones particulares por diversidad de diagnósticos (hipoacusia, hipertensión, enfermedades del corazón), adicionalmente, se practica gran cantidad de exámenes médicos de forma particular.

125 semanas después de cotizar de forma continua, Sara, por medio de su apoderado, solicita a la AFP que se califique su estado de capacidad laboral para el reconocimiento de la pensión de invalidez.

La aseguradora, por medio de una serie de investigaciones, establece lo siguiente:

- En la historia clínica antes de 2016 no se evidencian enfermedades relacionadas con su diagnóstico médico actual.
- La reclamación tiene un apoderado común a otros casos en los que se solicita pensión de invalidez.
- El diagnóstico médico es similar al de historias clínicas de otros casos.
- En los exámenes médicos practicados por la aseguradora, la paciente tiende a exagerar los síntomas.

ESQUEMA DE LA OPERACIÓN



4.2.4

PAGO DE SINESTROS A TRAVÉS DE TUTELA

SECTOR REPORTANTE

Asegurador

Ramo: vida y seguridad social

Amparo: ITP e invalidez



DESCRIPCIÓN

Se refiere a los casos en los cuales el asegurado interpone una acción de tutela contra la compañía de seguros para presionar, acelerar y obtener la indemnización del seguro, limitando así el tiempo de la aseguradora para investigar y objetar el caso.



SEÑALES DE ALERTA

- 1 Los diagnósticos médicos más frecuentes son trastorno de ansiedad, depresivo y de personalidad, disfonía, diabetes, Parkinson, epilepsia, hipoacusia, lumbago, lupus, artritis, manguito rotador.
- 2 Solicitud de indemnización con cargo al amparo de ITP en pólizas de vida.
- 3 Generalmente fechas de estructuración de 4 o 5 años hacia atrás, a partir del momento de la calificación.
- 4 La historia clínica no es contundente en sustentar esa fecha de estructuración.
- 5 Recurrencias de los casos relacionados con determinadas juntas de calificación.
- 6 Tutelas asociadas a enfermedades de tipo común.
- 7 Tutelas presentadas que limitan el tiempo de la aseguradora para investigar y objetar.
- 8 Presentación de tutelas en una región diferente al lugar de residencia y calificación.
- 9 En algunos casos la póliza otorgada no presenta cobertura por ITP, pero aun así recurren a la tutela.

10 Las reclamaciones se realizan a través de un apoderado.

11 La estructuración de las tutelas es similar a otros casos.

12 Mismo juzgado en donde se interponen las tutelas relacionadas con varios casos similares.

13 Periodos cortos entre la fecha de suscripción de la póliza y el reporte del siniestro.

14 Sumas elevadas aseguradas con respecto a la ocupación del asegurado.

15 Similitud de diagnósticos con otros casos relacionados con fraude.

16 El apoderado es el mismo de otros casos adelantados en la compañía y que han sido fraudulentos.

17 El asegurado se niega a practicarse la valoración médica solicitada por la aseguradora.

18 A la junta que otorgó la calificación se le han identificado frecuentes irregularidades.

19 El diagnóstico presenta un componente alto de psiquiatría sin el debido sustento.

20 Los soportes de los casos son historias clínicas de médicos particulares y no existe registro en la EPS, ni atenciones por la póliza de salud.

21 Los exámenes médicos aportados fueron realizados en el mes anterior a la calificación y no hay antecedentes de consultas previas.

22 Los médicos que aparecen en el soporte documental son los mismos que figuran en otros casos con diagnósticos similares.

23 Periodos cortos entre la fecha de estructuración de la invalidez y la fecha del dictamen médico.

24 Similitud de seguros tomados y reclamaciones realizadas por su grupo familiar a diferentes compañías.

25 Se configura una ITP superior al 50% en un término inferior a seis meses y las patologías son similares a las de otros casos.

EJEMPLO



El 1 de abril de 2017 Ana toma un seguro de vida individual por valor de \$65.000.000.

El 21 de febrero de 2018, la junta regional dictamina que Ana tiene una pérdida de capacidad laboral del 45,08%, con fecha de estructuración del 5 de enero de 2018, razón por la cual la aseguradora objetó el caso, pues el porcentaje de PCL no es igual o superior al 50%.

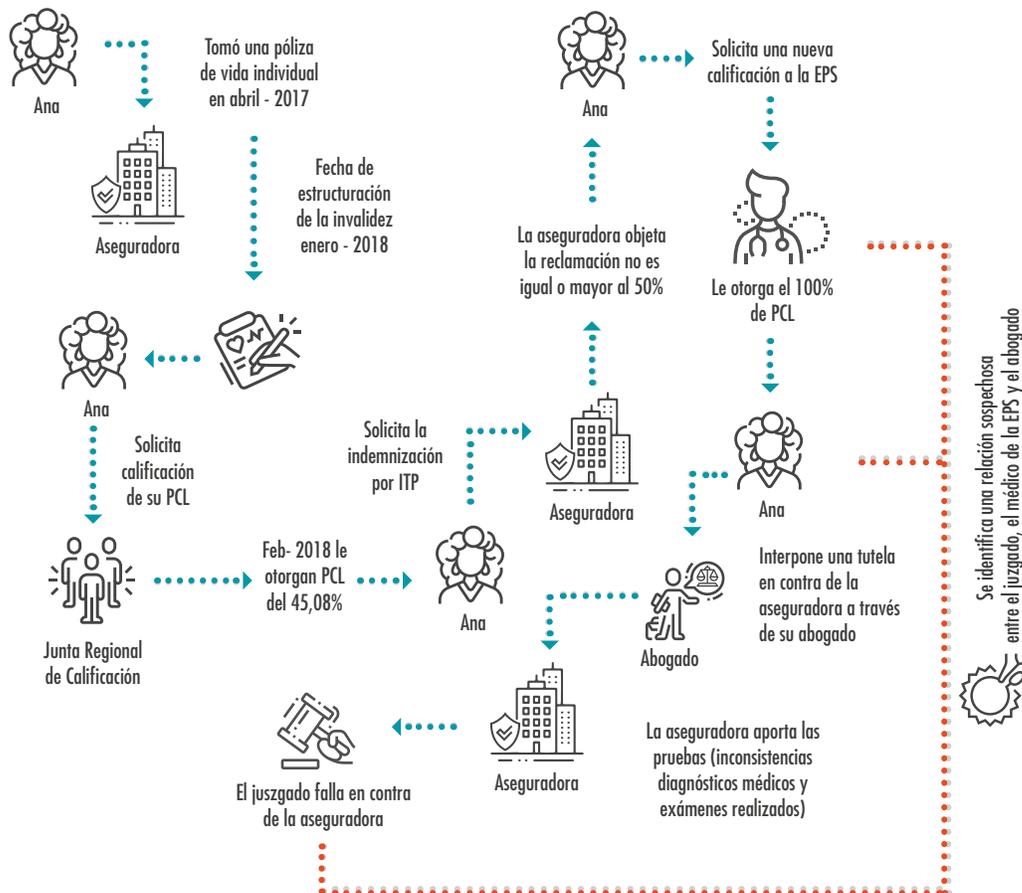
Dos meses después, Ana interpone, a través de su apoderado, una acción de tutela contra la aseguradora y aporta una nueva calificación del 100% de PCL emitida por la EPS.

La aseguradora, por medio de una serie de investigaciones, establece lo siguiente:

- Los exámenes practicados son de alto costo y son realizados por médicos particulares en una ciudad diferente al lugar de estructuración.
- Solicitó la calificación de la PCL en una región diferente al lugar de residencia.
- Presentó la reclamación a través de un apoderado que figura en casos similares de reclamaciones.
- Adicionalmente, se evidencia que los exámenes practicados están enfocados a justificar la PCL.
- En la historia clínica no se muestran consultas recurrentes asociadas con el diagnóstico médico que le otorgó el segundo calificador de PCL.



ESQUEMA DE LA OPERACIÓN



4.2.5

SINIESTROS PREMATUROS

SECTOR REPORTANTE

Asegurador

Ramo: vida y seguridad
social

Amparo: ITP e invalidez



DESCRIPCIÓN

Se refiere a los casos en los que el siniestro ocurre durante los inicios o finales de vigencia de la póliza.



SEÑALES DE ALERTA

- 1 El siniestro se presentó dos meses después de la generación de la póliza.
- 2 El siniestro se presentó finalizando la vigencia de la póliza.
- 3 En la historia clínica del asegurado no se evidencian enfermedades relacionadas con su diagnóstico médico actual.
- 4 La calificación fue otorgada por juntas de calificación que han estado involucradas dictámenes irregulares.
- 5 Las reclamaciones se realizan a través de un apoderado.
- 6 Se interpone tutela para el reconocimiento de la indemnización de forma prematura.
- 7 El asegurado ha presentado retrasos en los pagos de sus deudas por diferentes condiciones económicas.

EJEMPLO



Liz toma un seguro de vida en el mes de abril y dos meses después tiene fecha de estructuración de invalidez con un diagnóstico de glaucoma progresivo.

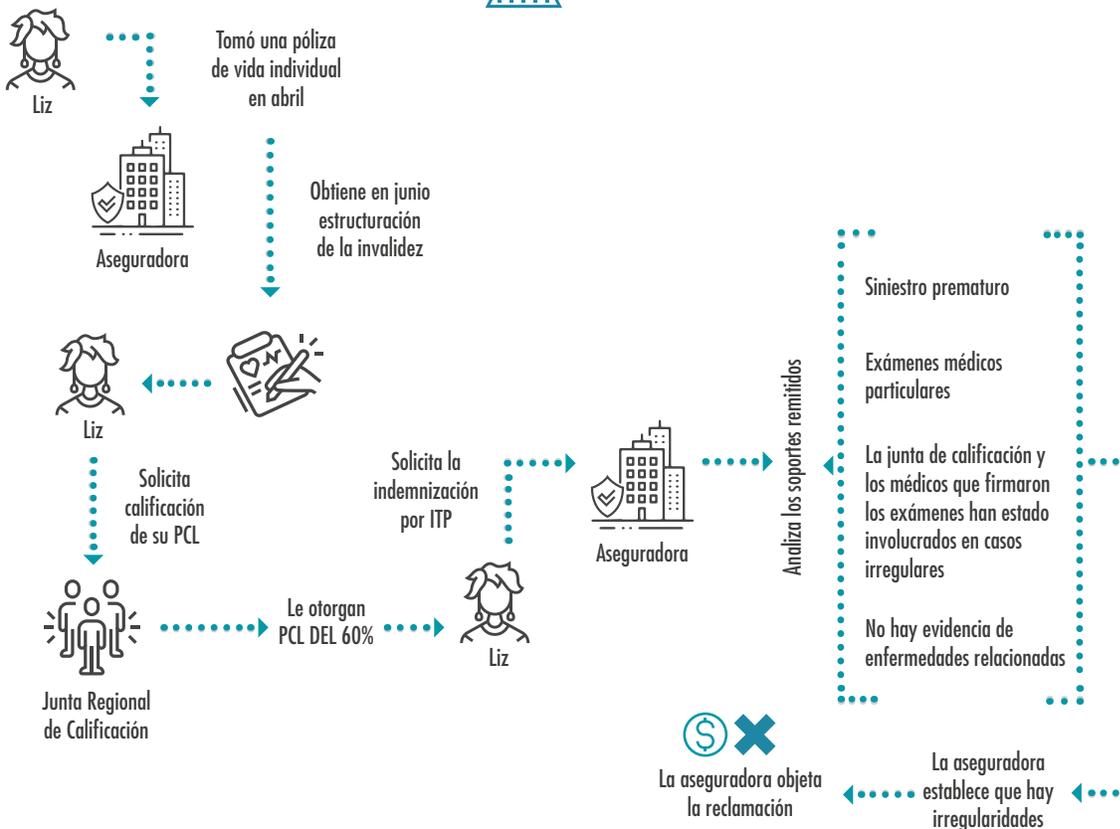
Solicita calificación de la junta regional de una zona diferente al lugar de su residencia, en donde le otorgan el 60% de PCL.

La aseguradora, por medio de una serie de investigaciones, establece lo siguiente:

- > Corresponde a un siniestro prematuro.
- > La junta de calificación que otorgó la PCL está involucrada en casos irregulares.
- > Los diagnósticos médicos son similares a los de otros casos.
- > Se practicó exámenes médicos particulares.
- > En la historia clínica no se evidencian enfermedades relacionadas con su diagnóstico médico actual.
- > La calificación está firmada por médicos implicados en otros casos irregulares.



ESQUEMA DE LA OPERACIÓN



4.2.6

LUGAR DE CALIFICACIÓN DIFERENTE AL LUGAR DE RESIDENCIA

SECTOR REPORTANTE

Asegurador

Ramo: vida y seguridad social

Amparo: ITP e invalidez



DESCRIPCIÓN

Se refiere a los casos en los cuales se identifica que el asegurado solicita la calificación de su pérdida de capacidad laboral (PCL) en un lugar distinto a su sitio de residencia, con el fin de obtener un dictamen médico que lo favorezca.



SEÑALES DE ALERTA

- 1 Lugar de residencia diferente al lugar de calificación.
- 2 Lugar de residencia diferente al lugar donde se practican los exámenes médicos.
- 3 Lugar de ocurrencia del siniestro diferente al lugar de calificación.
- 4 Exámenes médicos practicados de forma particular.
- 5 Los exámenes médicos practicados son de alto costo.
- 6 Diagnósticos médicos sin el debido sustento.
- 7 Juntas involucradas en procesos irregulares de calificación.
- 8 Similitud de diagnósticos médicos y entidades de salud involucradas.
- 9 Diagnósticos médicos frecuentes en otros casos.
- 10 Las reclamaciones se realizan a través de un apoderado.
- 11 Similitud de seguros tomados y reclamaciones realizadas por su grupo familiar a diferentes compañías.
- 12 El asegurado se niega a practicarse la valoración médica solicitada por la aseguradora.

EJEMPLO



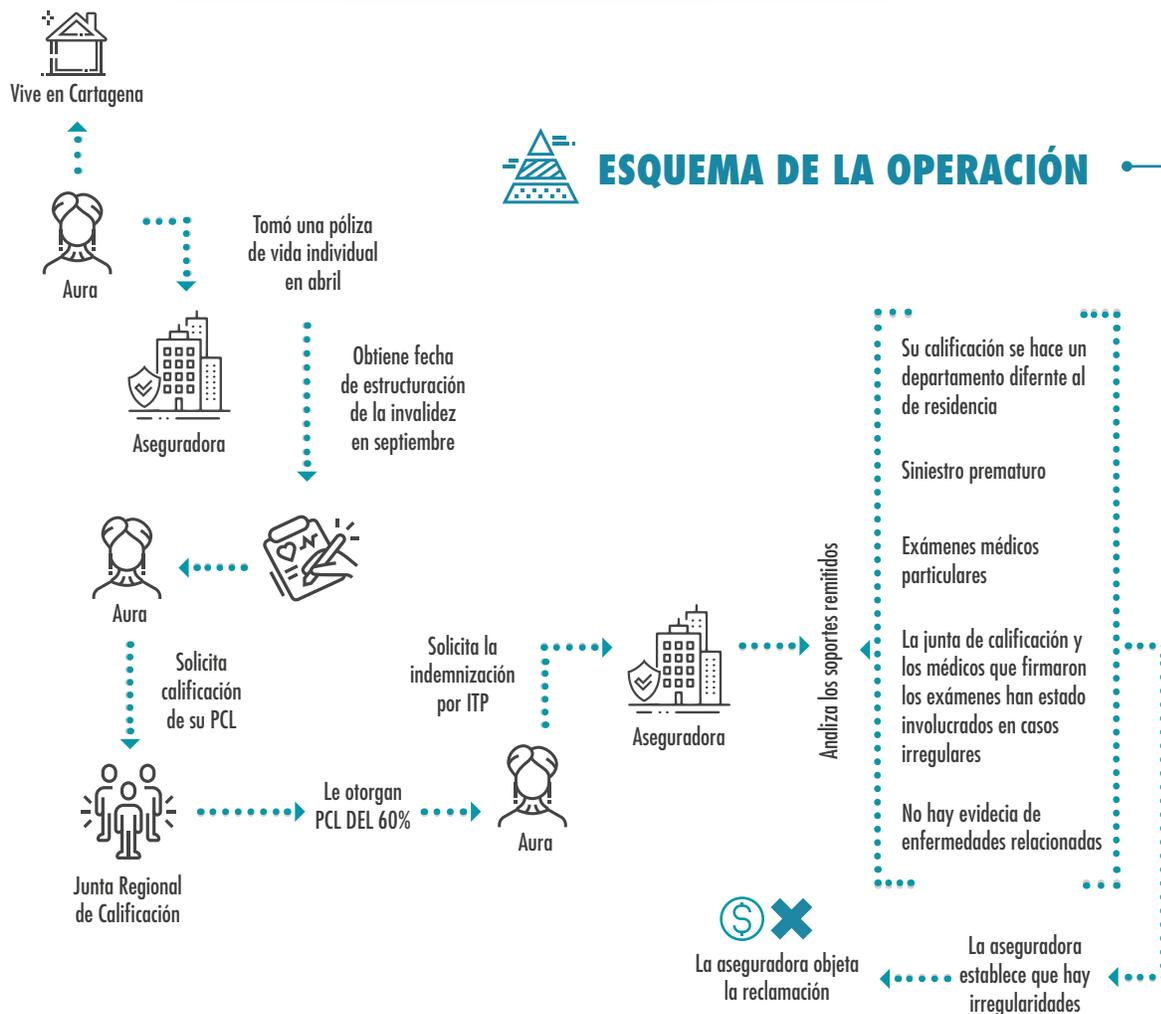
Aura toma un seguro de vida en el mes de abril y cinco meses después reporta un siniestro por ITP, en el cual se le diagnostica trastorno mixto de ansiedad, depresión y trastorno del sueño.

Solicita calificación de la junta regional de una zona diferente al lugar de su residencia.

La junta le otorga una calificación de PCL del 60%.

La aseguradora, por medio de una serie de investigaciones, establece lo siguiente:

- > Solicitó calificación en una región diferente al lugar de residencia.
- > Se practicó exámenes médicos particulares en el mismo lugar en el que solicitó la calificación.
- > Corresponde a un siniestro prematuro.
- > La junta de calificación que otorgó la PCL está involucrada en casos irregulares.
- > Los diagnósticos médicos son similares a los de otros casos.
- > En la historia clínica del asegurado no se evidencian enfermedades relacionadas con su diagnóstico médico actual.
- > La calificación está firmada por médicos implicados en otros casos irregulares.



4.3 AUTOMÓVILES

4.3.1 SINIESTRO OPORTUNISTA

SECTOR REPORTANTE
Asegurador



DESCRIPCIÓN

El accidente es real, pero existe sospecha de que el asegurado se aprovecha del mismo para cometer fraude y alterar la información acerca del daño producido y el tratamiento médico, entre otros.



SEÑALES DE ALERTA

- 1 El vehículo ya tenía daños previos y no se generaron en el siniestro.
- 2 El siniestro ocurre, pero no existe claridad sobre el vehículo involucrado en el accidente, utilizan la similitud de placas para asociar el siniestro a otro vehículo asegurado.
- 3 En la reclamación por lesiones se evidencian cobros por servicios médicos, supuestamente prestados por otra IPS, pero no se presentan los debidos soportes.

4 Las lesiones causadas a la víctima, que se reportan en la historia clínica, no corresponden a la descripción de los hechos y los daños del vehículo.

5 Los daños del vehículo no concuerdan con la descripción de los hechos reales.

6 Valores reclamados por daños y lesiones son superiores a los daños ocasionados en el accidente de tránsito.

7 Las declaraciones entregadas a la policía acerca del siniestro son diferentes a las reportadas a la aseguradora.

8 No se presenta factura original de la reparación del vehículo del tercero.

9 La factura presentada por los arreglos realizados al vehículo del tercero tiene enmendaduras.

10 Bajos ingresos del lesionado, conforme al certificado laboral o de ingresos aportado en la reclamación.

11 Exageración de las lesiones presentadas en un siniestro para obtener una mayor indemnización.

EJEMPLO



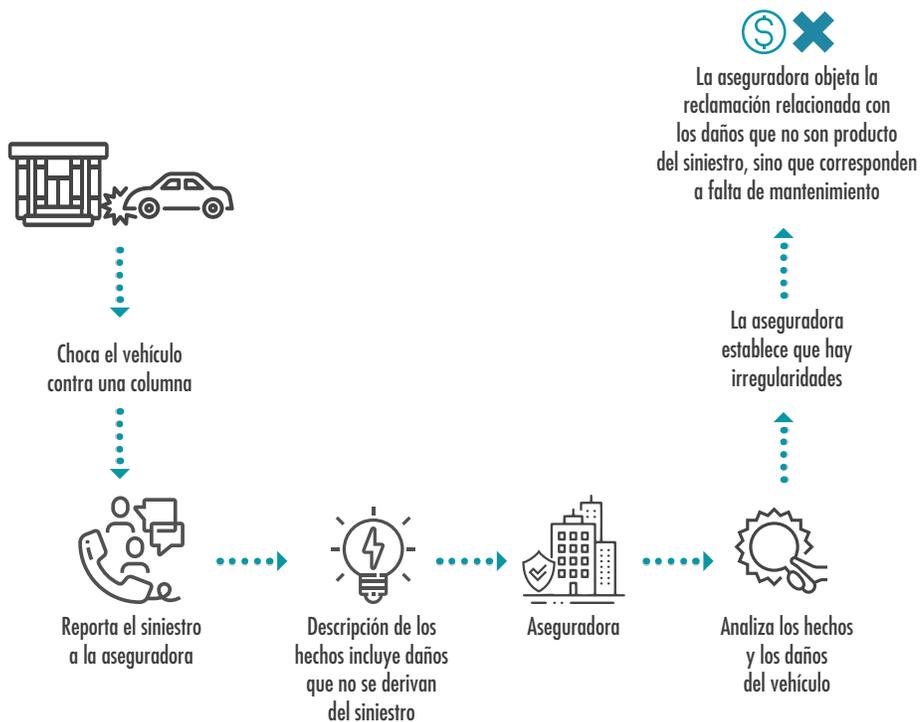
Un conductor, al salir de su parqueadero, choca el carro contra una columna, lo que causa daños en la salpicadera trasera izquierda, pero cuando reporta el siniestro a la compañía indica que los daños son mayores, incluyendo averías que el vehículo ya tenía y que no obedecen al siniestro.

La aseguradora, por medio de una serie de investigaciones, establece lo siguiente:

- Se adulteraron y manipularon los hechos para transformar un evento no cubierto en un siniestro indemnizable.
- Se presentaron falsas declaraciones sobre las causas del siniestro.
- Algunos daños no son producto del siniestro, corresponden al mal uso del automóvil, antigüedad del vehículo y falta de mantenimiento.



ESQUEMA DE LA OPERACIÓN



4.3.2 SINIESTRO FICTICIO

SECTOR REPORTANTE
Asegurador



DESCRIPCIÓN

Consiste en una reclamación de un hecho que no ocurrió. Sin embargo, el asegurado o beneficiario presenta el hecho como real, adjuntando testimonios y evidencias falsas que buscan un lucro patrimonial.



SEÑALES DE ALERTA

- 1 Imprecisiones en la descripción del siniestro.
- 2 Hurto del vehículo en circunstancias atípicas, coincide con otros siniestros ocurridos en la zona.
- 3 El hurto ocurre en horas de la noche.
- 4 Las reclamaciones se realizan a través de un apoderado.
- 5 El evento se presenta en lugares alejados y solitarios.
- 6 No hay testigos de los hechos o estos no son fidedignos.
- 7 El asegurado ha realizado averiguaciones detalladas acerca del alcance de las coberturas, antes de producirse el siniestro.
- 8 Las declaraciones son vagas o imprecisas.
- 9 Se aceptan rápidamente reducciones en la indemnización.
- 10 El accidente ocurre contra vehículos fantasmas.
- 11 El reclamante tiene conocimientos técnicos de la tramitación y sobre derecho de seguros.
- 12 El apoderado está relacionado con otros casos similares.

13 La descripción de los hechos es similar a las de otros casos sospechosos.

14 Según la descripción de los hechos del conductor, la víctima se atravesó de forma premeditada cuando el vehículo estaba en movimiento.

15 Los siniestros ocurren en las mismas zonas.

16 Los siniestros ficticios que afectan el amparo de responsabilidad civil (daños, lesiones o muerte) frecuentemente ocurren con vehículos de servicio público o con vehículos particulares que son conducidos por mujeres o jóvenes inexpertos.

17 La versión de los hechos que el conductor entrega a las autoridades difiere de lo reportado por la víctima.

18 Se amenaza con denunciar o interponer una queja al ente regulador.

19 La víctima no está interesada en conciliar.

20 No se presenta factura original de la reparación del vehículo del tercero.

21 La factura presentada por los arreglos realizados al vehículo del tercero tiene enmendaduras.

22 No hay firmas en los documentos que demuestran la ocurrencia del siniestro (informe de accidente de tránsito, certificado de la Fiscalía).

23 Inclusión de coberturas adicionales durante la vigencia de la póliza.

24 Lesionado o vehículo involucrado en otros accidentes.

25 Frecuencia de siniestros por hurto de semirremolques en unas zonas específicas, asociados a un mismo fabricante y matriculados en diferentes zonas.

EJEMPLO 1



Una persona compra un vehículo en un salvamento, para poder asegurarlo nuevamente, entrega los soportes que demuestran la continuidad del seguro con otra compañía.

A los dos meses, el asegurado reporta un siniestro por pérdida de mayor cuantía.

Los hechos ocurrieron en horas de la noche, sin testigos y en un lugar desolado.

La aseguradora, por medio de una serie de investigaciones, establece lo siguiente:

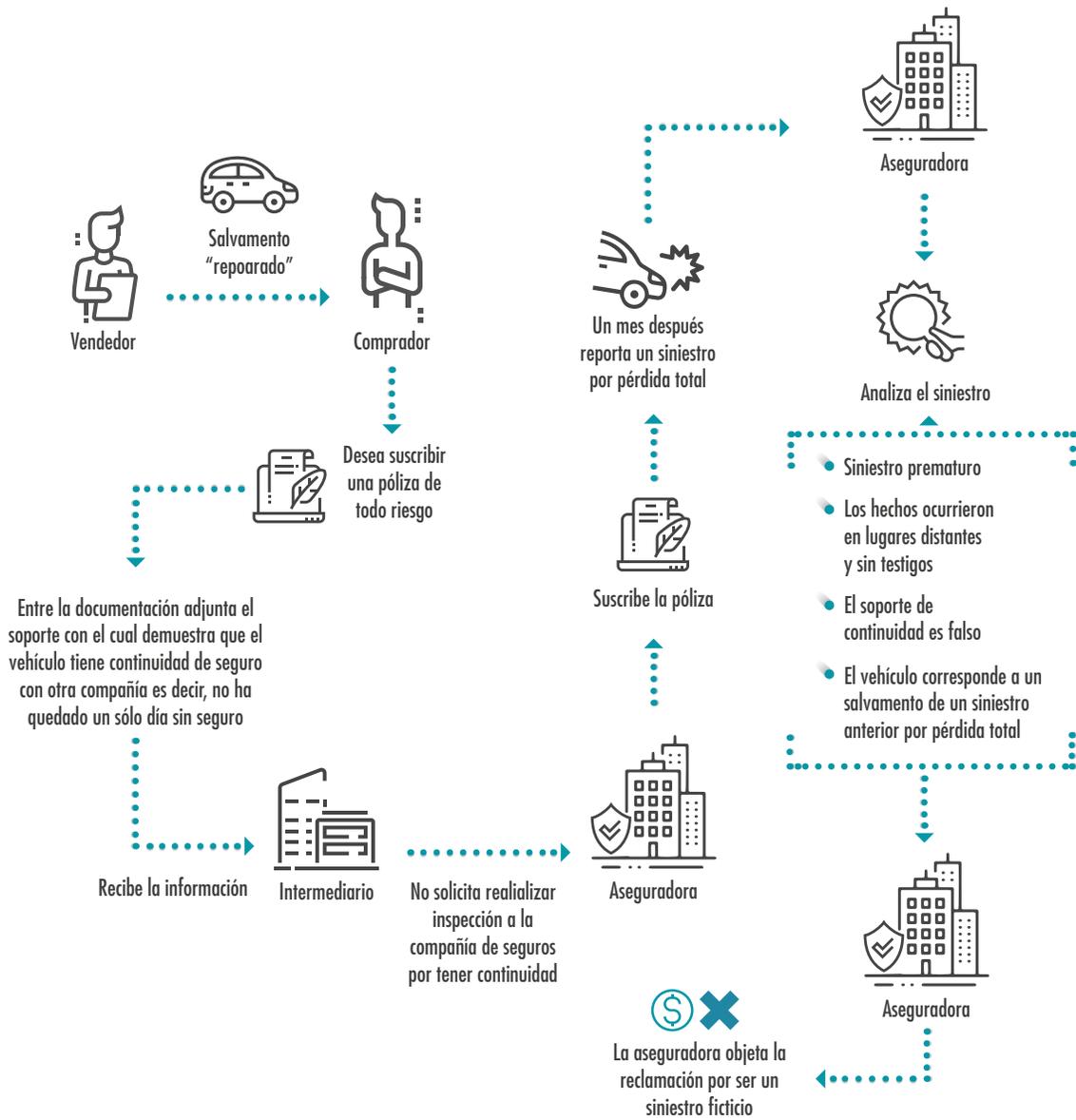
➤ Otra compañía en años anteriores declaró el vehículo como pérdida de mayor cuantía, considerando que el siniestro afectó a más de la mitad del automotor.

➤ El vehículo durante un año no tuvo SOAT, pero el asegurado manifestaba que el vehículo se encontraba en movimiento.

➤ El soporte aportado que demostraba tener continuidad de seguro con otra compañía era falso.



ESQUEMA DE LA OPERACIÓN



EJEMPLO 2



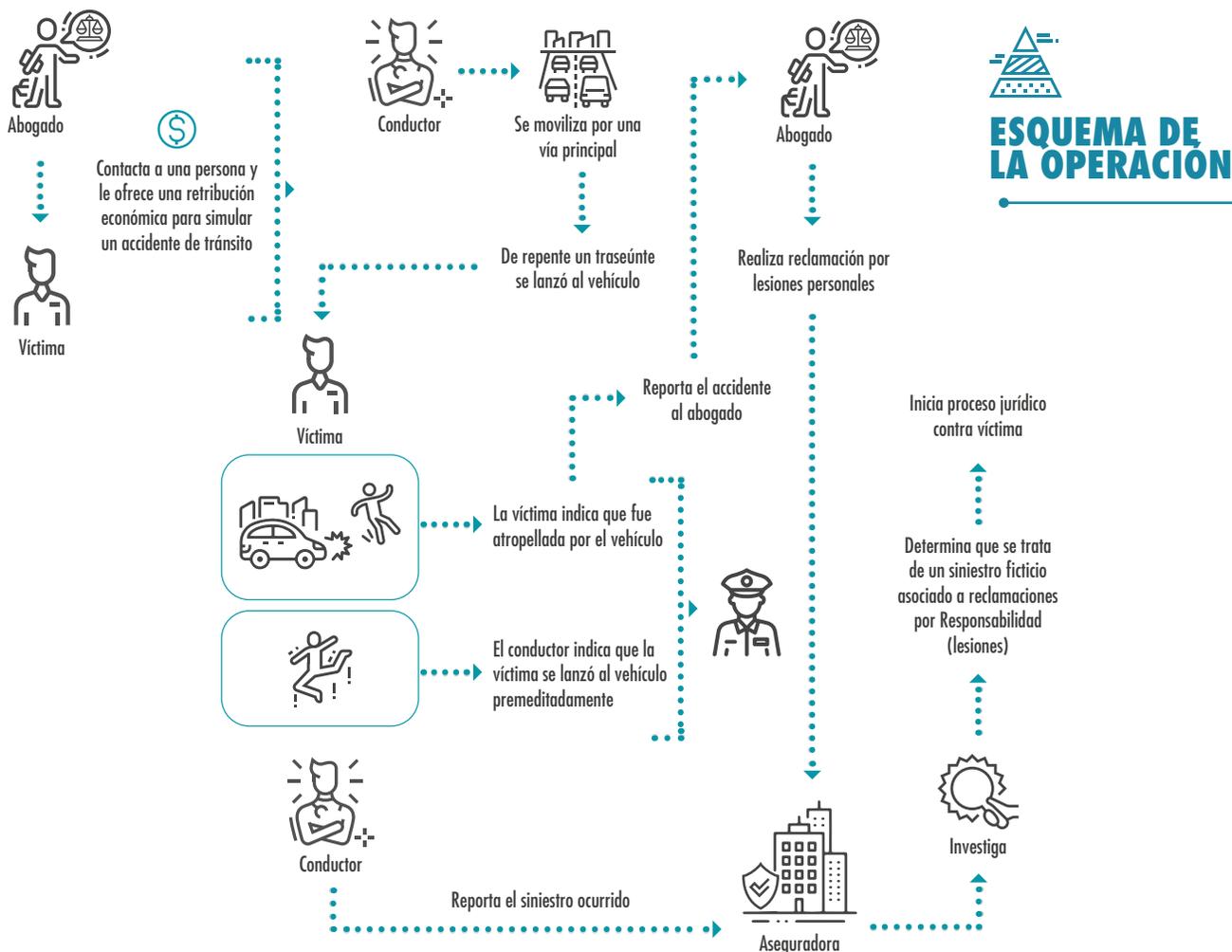
Una mujer se moviliza en su vehículo por una avenida principal y de repente un transeúnte se lanza al vehículo.

Para el conductor es imposible frenar a tiempo y esa persona, al parecer, queda herida en la calle.

El herido le informa a la policía que el conductor lo atropelló, aun cuando es evidente que el transeúnte se tiró al vehículo a propósito.

La aseguradora, por medio de una serie de investigaciones, establece lo siguiente:

- El conductor siempre expresa que nunca tocó al peatón.
- La víctima se queja de forma exagerada.
- La víctima conoce muy bien las normas que amparan el proceso.
- La víctima ha estado involucrada en siniestros similares con otros vehículos, pero esos no estaban asegurados.
- La víctima está interesada en conciliar.
- La víctima interpone una denuncia, asesorada por un abogado experto en casos similares relacionados con lesiones personales.
- El vehículo no presenta daños.
- Las lesiones ocasionadas no concuerdan con los hechos narrados por la víctima.
- Testigos vieron a la víctima caminando con total normalidad.



EJEMPLO 3



Un grupo de personas, en sociedad con el representante legal de una fábrica de carrocerías, toman una unidad tractora usada, ya sea un remolque, un semirremolque o un tanque, y la hacen pasar por nueva, forrando la identificación original y regrabando otra.

Luego, a través de la fábrica de carrocerías, expiden una certificación como si fuera un remolque nuevo; posteriormente matriculan el vehículo y lo aseguran.

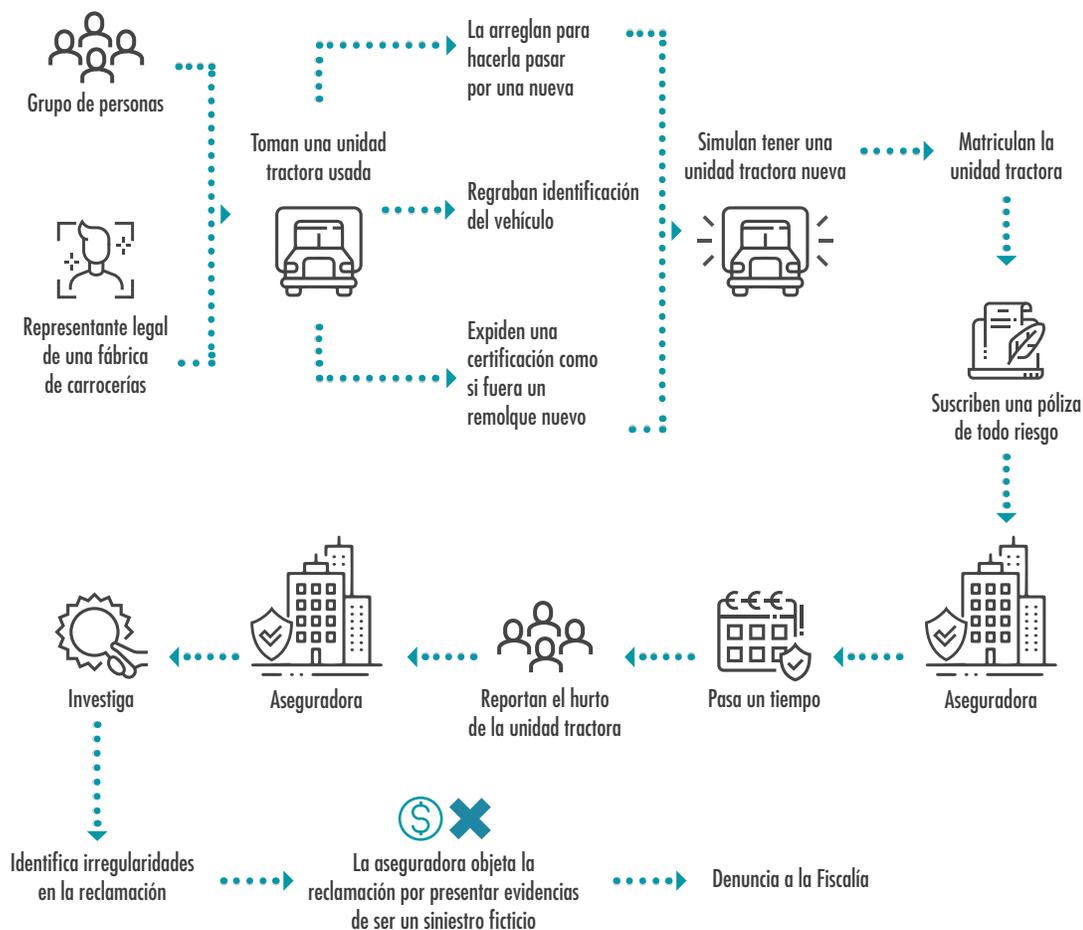
Pasado un tiempo, reportan el siniestro por pérdida total del vehículo por hurto (PTH) y realizan el cobro a la aseguradora.

La aseguradora, por medio de una serie de investigaciones, establece lo siguiente:

- Los números de identificación del automotor no son originales.
- Un mismo vehículo era regrabado varias veces y matriculado en diferentes ciudades del país.
- Se identificaron siniestros similares con igualdad de características.
- Los certificados de fabricación de la carrocería no eran originales.



ESQUEMA DE LA OPERACIÓN



4.3.3

SINIESTRO PREMATURO O CERCA AL FINAL DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA

SECTOR REPORTANTE

Asegurador



DESCRIPCIÓN

Se refiere a los casos en los que el siniestro ocurre durante los inicios o finales de vigencia de la póliza.



SEÑALES DE ALERTA

- 1 El siniestro ocurre cerca al inicio o final de vigencia de la póliza.
- 2 Las declaraciones entregadas a la policía acerca del siniestro son diferentes a las reportadas a la aseguradora.
- 3 Imprecisiones en la descripción del siniestro
- 4 El límite único combinado asegurado se incrementa en corto tiempo o finalizando la póliza.
- 5 El reclamante acepta rápidamente reducciones en la indemnización.
- 6 El asegurado ha realizado averiguaciones detalladas acerca del alcance de las coberturas, antes de producirse el siniestro.
- 7 Inclusión de coberturas adicionales en el momento de la suscripción o finalizando la vigencia.

EJEMPLO



Ben decide asegurar su vehículo nuevo de alta gama. En el momento de realizar la suscripción del contrato de seguros muestra gran interés en el amparo de pérdida total por hurto.

Un mes después de suscribir su póliza de seguros, Ben reporta un siniestro a las salidas de la ciudad, en horas de la noche y en un lugar en el que no hay cámaras.

Informa que fue abordado por cuatro hombres que se movilizaban en una camioneta, cerraron su camino, lo encañonaron, lo forzaron a bajar de su vehículo y se lo hurtaron.

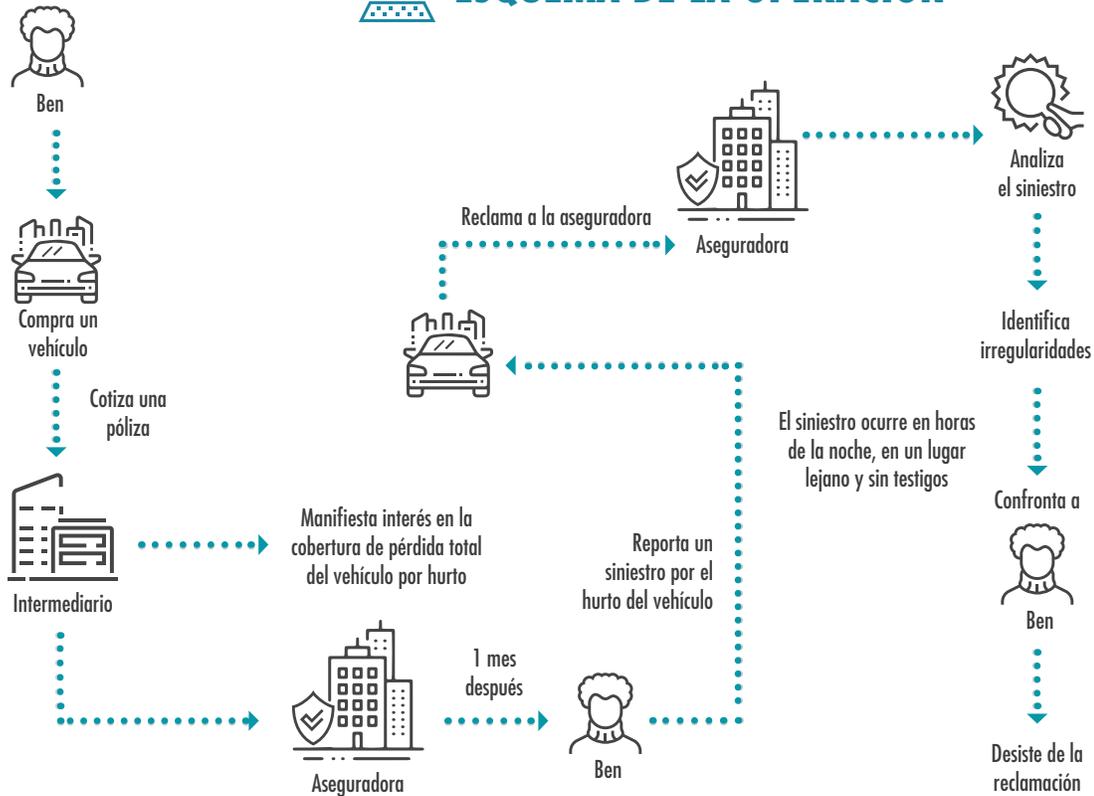
Por ser un lugar desolado, no hubo testigos en ese momento.

La aseguradora, por medio de una serie de investigaciones, establece lo siguiente:

- > Las declaraciones entregadas a la policía acerca del siniestro son diferentes a las reportadas a la aseguradora.
- > El asegurado se encuentra muy tranquilo a pesar de los hechos ocurridos.
- > El asegurado ha realizado reclamaciones a otras compañías de seguros, con similares circunstancias.
- > En la zona en donde ocurrió el siniestro se han presentado casos similares.
- > El asegurado no demuestra tener capacidad adquisitiva para comprar un vehículo de alta gama.



ESQUEMA DE LA OPERACIÓN



4.3.4 SINIESTRO PLANEADO

SECTOR REPORTANTE
Asegurador



DESCRIPCIÓN

Consiste en un siniestro, por cualquier amparo y en cualquier ramo, que ha sido causado deliberadamente.



SEÑALES DE ALERTA

- 1 Imprecisiones en la descripción del siniestro.
- 2 El límite único combinado asegurado se incrementa en corto tiempo o finalizando la póliza.
- 3 Coberturas aseguradas.
- 4 El valor del vehículo asegurado no coincide con la capacidad económica del dueño del automotor.
- 5 El asegurado consigue y entrega toda la documentación de la reclamación rápidamente.
- 6 Las reclamaciones se realizan a través de un apoderado.
- 7 El reclamante tiene conocimientos técnicos de la tramitación y sobre derecho de seguros.
- 8 Se aceptan rápidamente reducciones en la indemnización.
- 9 La descripción y el lugar de ocurrencia de los hechos son similares a otros siniestros inusuales
- 10 Hay terceros afectados recurrentes, aparecen en otros siniestros y con otras compañías.
- 11 Frecuencia de siniestros generados por un mismo vehículo.

12

Siniestro por pérdida total por hurto en el cual se identifica que el vehículo fue asegurado con un mayor valor, considerando que:

- El vehículo fue comprado según precio de la revista *Motor*, con un valor menor que el de la *Guía de valores*.
- El vehículo fue asegurado con el precio de la *Guía de valores*, por un monto mayor que el precio de compra.

EJEMPLO



Se reporta un accidente donde el vehículo # 1 colisiona en carretera con el vehículo # 2, originando que el primero salga de la carretera y choque con un árbol.

Solamente el vehículo # 2 está asegurado.

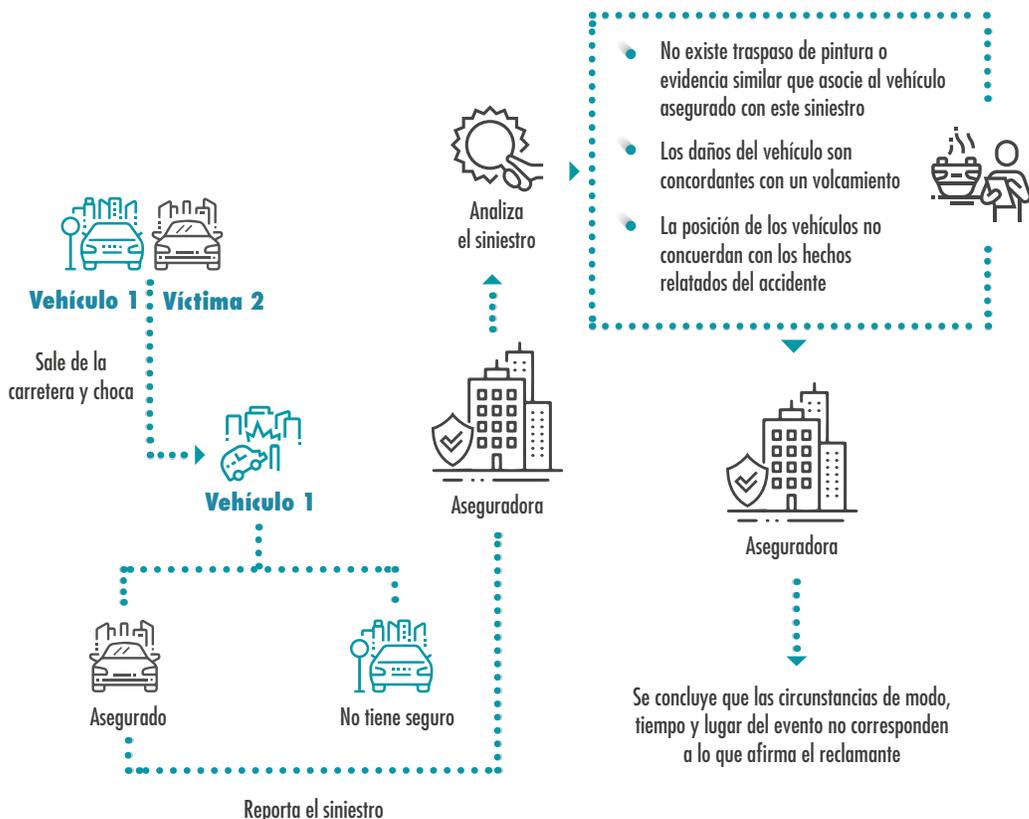
Cuando se solicita confirmar los hechos, la persona asegurada involucrada en el siniestro no entrega información clara de los sucesos.

La aseguradora, por medio de una serie de investigaciones, establece lo siguiente:

- No se logró establecer responsabilidad del vehículo # 2 (asegurado), en el desarrollo de los hechos, ya que la posición final no es concordante con un choque.
- Los daños presentes en el vehículo # 1 (reclamante) coinciden con un volcamiento, no con un choque.
- Existen incoherencias en el bosquejo topográfico realizado por la policía, el cual no permite asociar a los dos vehículos en un choque.
- Los daños del vehículo reclamante, no se originaron en este supuesto siniestro.
- No existe traspaso de pintura o evidencia similar que asocie al vehículo asegurado con este siniestro, por lo tanto, se concluye que las circunstancias de modo, tiempo y lugar del evento no corresponden a lo que afirma el reclamante.



ESQUEMA DE LA OPERACIÓN



4.3.5 SUSCRIPCIÓN

SECTOR REPORTANTE
Asegurador



DESCRIPCIÓN

Ocurre cuando un asegurado o un solicitante retiene o deliberadamente omite revelar a la compañía de seguros, hechos materialmente relevantes inherentes al riesgo, con la idea de obtener un beneficio económico. Se conocen como *hechos materialmente relevantes inherentes al riesgo* aquellos que se contraponen a las condiciones y términos de la póliza, en el momento de la suscripción o la renovación, y que hubieran causado el rechazo del riesgo o un cobro mayor de prima.



SEÑALES DE ALERTA

- 1 Ocultar siniestros anteriores.
- 2 Vehículo sin inspección en el momento de la suscripción.
- 3 Vehículo de salvamento sin inspección en el momento de la suscripción.
- 4 Ausencia de documentación sobre preexistencias.
- 5 El vehículo ya tenía daños previos.
- 6 Vehículo comprado con el precio de la revista *Motor* y asegurado por el precio de la *Guía de valores*.
- 7 Inclusión de coberturas adicionales.

EJEMPLO



Una persona compra un vehículo de gama alta por 120 millones de pesos. Para otorgar el seguro, la compañía toma como precio de referencia el que se encuentra relacionado en la Guía de valores, el cual corresponde a 180 millones de pesos.

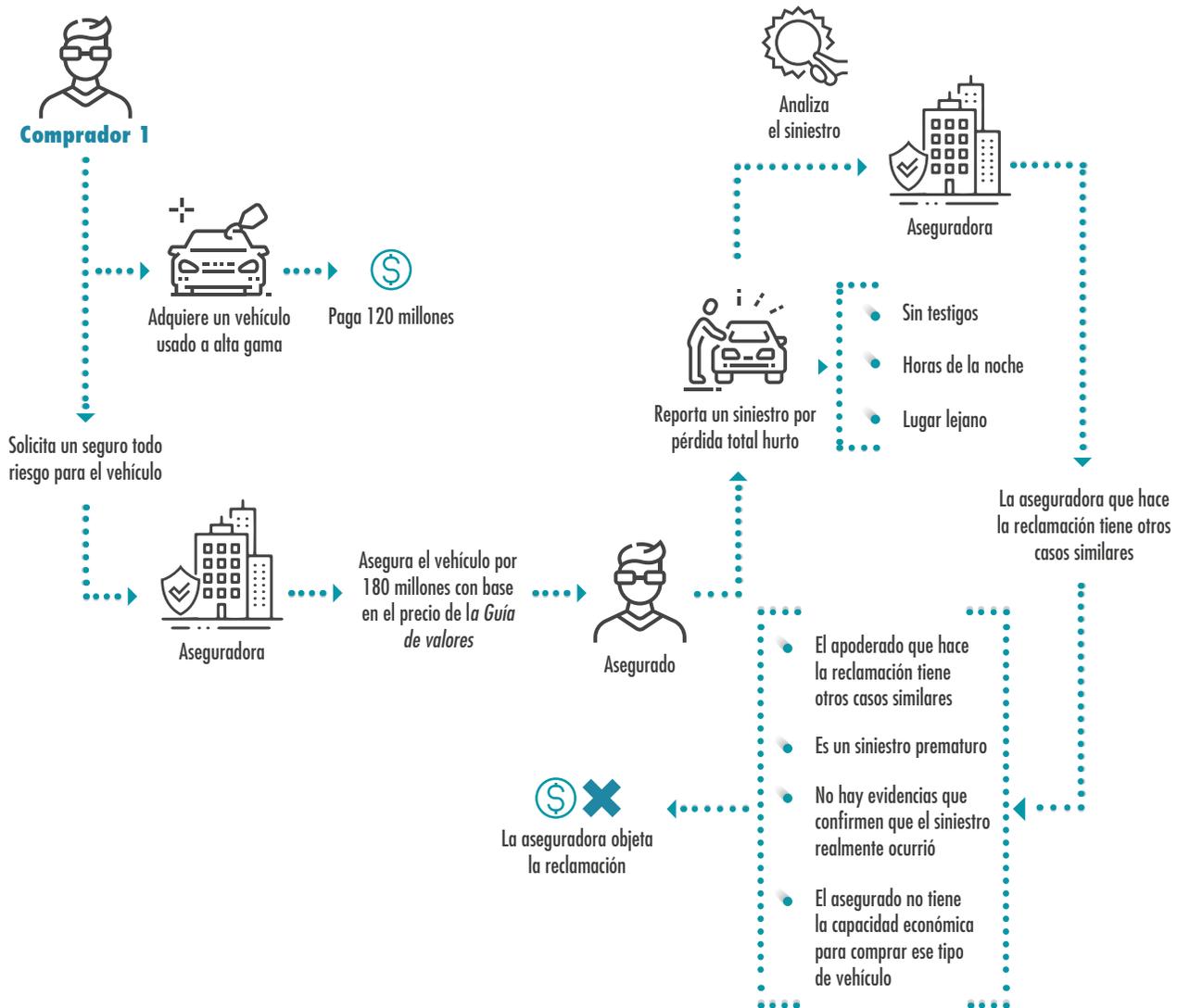
El asegurado, a los dos meses, reporta la ocurrencia de un siniestro por pérdida total hurto, el cual ocurre en circunstancias extrañas, sin testigos y en horas de la noche.

La aseguradora, por medio de una serie de investigaciones, establece lo siguiente:

- > El asegurado no tiene la capacidad económica para comprar ese tipo de vehículo.
- > Imprecisiones en la descripción del siniestro.
- > Hurto del vehículo en circunstancias atípicas, coincide con otros siniestros ocurridos en la zona.
- > El hurto ocurre en horas de la noche.
- > Las reclamaciones se realizan a través de un apoderado.
- > El evento se presenta en lugares alejados y solitarios.
- > No hay testigos de los hechos o estos no son fidedignos.
- > Se presentó supraseguro.
- > La situación presentada va en contra del principio indemnizatorio: el valor de la indemnización no puede transformarse en objeto de lucro o ganancia para el asegurado.



ESQUEMA DE LA OPERACIÓN



4.3.6

SUPLANTACIÓN DE LA MARCA DE UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS O LA DEL GREMIO

SECTOR REPORTANTE
Asegurador



DESCRIPCIÓN

Suplantando la marca de una compañía de seguros o la del gremio, haciendo uso de las redes sociales y páginas web, con ofertas llamativas de venta de automotores usados.



SEÑALES DE ALERTA

- 1 El precio de los vehículos ofertados es menor que el precio normal del mercado
- 2 Publican las ofertas en plataformas web conocidas en el mercado de vehículos usados.
- 3 Entregan direcciones web de páginas que usan la marca y nombre similares
- 4 En algunos casos crean empresas con nombres parecidos
- 5 La dirección física suministrada es de una compañía de seguros o, en algunos casos, publican direcciones que cambian con frecuencia
- 6 Para la separación de los vehículos exigen consignar un porcentaje del precio del automotor.
- 7 La consignación se hace en una cuenta de ahorros y el titular es una persona natural.
- 8 Entregan documentación falsa con nombres impresos de la supuesta aseguradora para generar mayor credibilidad.

EJEMPLO



Una persona interesada en adquirir un vehículo ingresa a una página donde se publican ofertas de vehículos usados; luego de realizar la consulta de varios modelos, encuentra un vehículo a un precio muy cómodo, razón por la cual se comunica al número celular que aparece registrado en la publicación y manifiesta que quiere ver el vehículo.

La persona que contesta la llamada le informa que son representantes de una aseguradora y que la Compañía, aparte de vender seguros, hace la gestión de venta de vehículos y que para separarlo es indispensable consignar una suma importante de dinero a una cuenta bancaria de una persona natural (el 30%).

La persona interesada en el vehículo, por garantizar la oferta, realiza la consignación y remite los soportes a los datos de contacto suministrados inicialmente, pero no recibe ningún tipo de respuesta.

La aseguradora, por medio de una serie de investigaciones, establece lo siguiente:

- Usan la marca y razón social de la compañía para publicar ofertas de venta de vehículos usados.
- El precio del vehículo es inferior al precio normal del mercado.

- Todo el proceso se realiza en línea.
- Se suministran documentos falsos que utilizan la imagen de la compañía, para generar mayor credibilidad.
- Es indispensable consignar el 30% del precio del vehículo para garantizar la supuesta separación.
- La consignación se hace en una cuenta de ahorros y el titular es una persona natural.



ESQUEMA DE LA OPERACIÓN



4.4 RIESGOS LABORALES

4.4.1 AFILIACIÓN IRREGULAR

SECTOR REPORTANTE

Asegurador



DESCRIPCIÓN

Empresas ficticias se hacen pasar como agrupadoras de afiliación colectiva, a través de afiches que fijan en postes y muros ofrecen el servicio de afiliación a seguridad social (EPS, ARL, pensión y caja de compensación), el valor a pagar por el trabajador es hasta un 40% menor a la tarifa legal.

La agrupadora ficticia recoge el dinero del trabajador y le transmite el mensaje de que ya fue afiliado al sistema de seguridad social, pero en realidad solo los inscriben por un día o bajo un riesgo menor y se quedan con el remanente.

Cuando la persona sufre un accidente o una enfermedad y va a reclamar la prestación, el sistema no se la reconoce por la sencilla razón de que el estafador no lo afilió correctamente, por lo cual nunca estuvo formalmente en el sistema.



SEÑALES DE ALERTA

1

Anuncian sus servicios con carteles ubicados en zonas públicas y redes sociales.

2

Ofrecen facilidades para realizar la afiliación a EPS, ARL, pensión y caja de compensación.

3 Solicitan poca documentación que puede ser remitida por correo electrónico o redes sociales.

4 Ofrecen combos, dependiendo de las afiliaciones que se quieran realizar; la tarifa cambia según las opciones, por ejemplo, puede solo afiliarse a la EPS y la ARL.

5 Remiten mensualmente los recibos vía correo electrónico, para que el supuesto afiliado realice los aportes, estos deben ser pagados por vía electrónica o por canales de recaudo como Baloto, Efecty y otros.

6 No prestan atención al usuario, en la mayoría de los casos no tienen sedes.

7 Si tienen oficinas, estas suelen estar ubicadas cerca a empresas de construcción

8 Ante la posibilidad de ser detectadas, suelen cambiar con frecuencia su nombre y razón social, pero mantienen su misma ubicación física

9 En algunos casos, en la matrícula mercantil se reportan direcciones de casas o apartamentos.

10 Las líneas de atención telefónica se limitan a una conmutadora, no hay comunicación con personas.

11 Evaden la solicitud de realizar visitas a sus oficinas.

12 Realizan apertura de centros de trabajo con todas las tasas de riesgo, afilian todos los cargos posibles, aunque no guarden relación con las actividades económicas reportadas.

13 Realizan la afiliación y el pago por un día y repiten este comportamiento en muchos de los meses.

14 En algunos casos mantienen la afiliación a la ARL, pero la realizan con clase de riesgo mínimo.

15 En ocasiones emiten certificados falsos, llegando a suplantar a las aseguradoras.

16 Algunas empresas no tienen una estructura corporativa que permita identificar un representante legal ni tampoco tienen registros mercantiles. En otros casos se crean empresas con actividades económicas muy generales, normalmente relacionadas con manejo de personal.

17 Se han identificado, con una frecuencia superior a la normal, casos en donde coincide el representante legal de varias de estas empresas (aunque tengan actividades económicas diferentes)

18 Estas empresas que tienen un mismo representante legal se encuentran en puntos muy cercanos o sus direcciones coinciden.

19 Las empresas están ubicadas principalmente en Bogotá, Cali, Bucaramanga, Medellín y Barranquilla.

20 Estas agrupadoras no están habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

EJEMPLO



Pedro es un trabajador independiente dedicado a realizar labores de mecánica, un día, en un poste de luz de la calle, observa un afiche que ofrece afiliaciones a seguridad social.

Pedro se comunica con ellos y le informan que son una cooperativa y que por \$86.000 pesos lo pueden afiliar a salud, pensión y riesgos laborales; para esto solo le solicitaron que remitiera la fotocopia de la cédula a un correo electrónico.

Durante año y medio realizó sus pagos, incluso en la EPS era atendido.

Luego de año y medio, tuvo un accidente laboral reparando un vehículo, su visión quedó seriamente afectada.

Pedro estaba confiado porque tenía un seguro que le garantizaría una indemnización o una pensión de invalidez que lo amparara en su futuro, considerando que difícilmente podría volver a trabajar.

Pedro se comunicó con la cooperativa y le indicaron que tenía que mentir a la ARL sobre su accidente de trabajo e indicar que era auxiliar administrativo en una oficina.

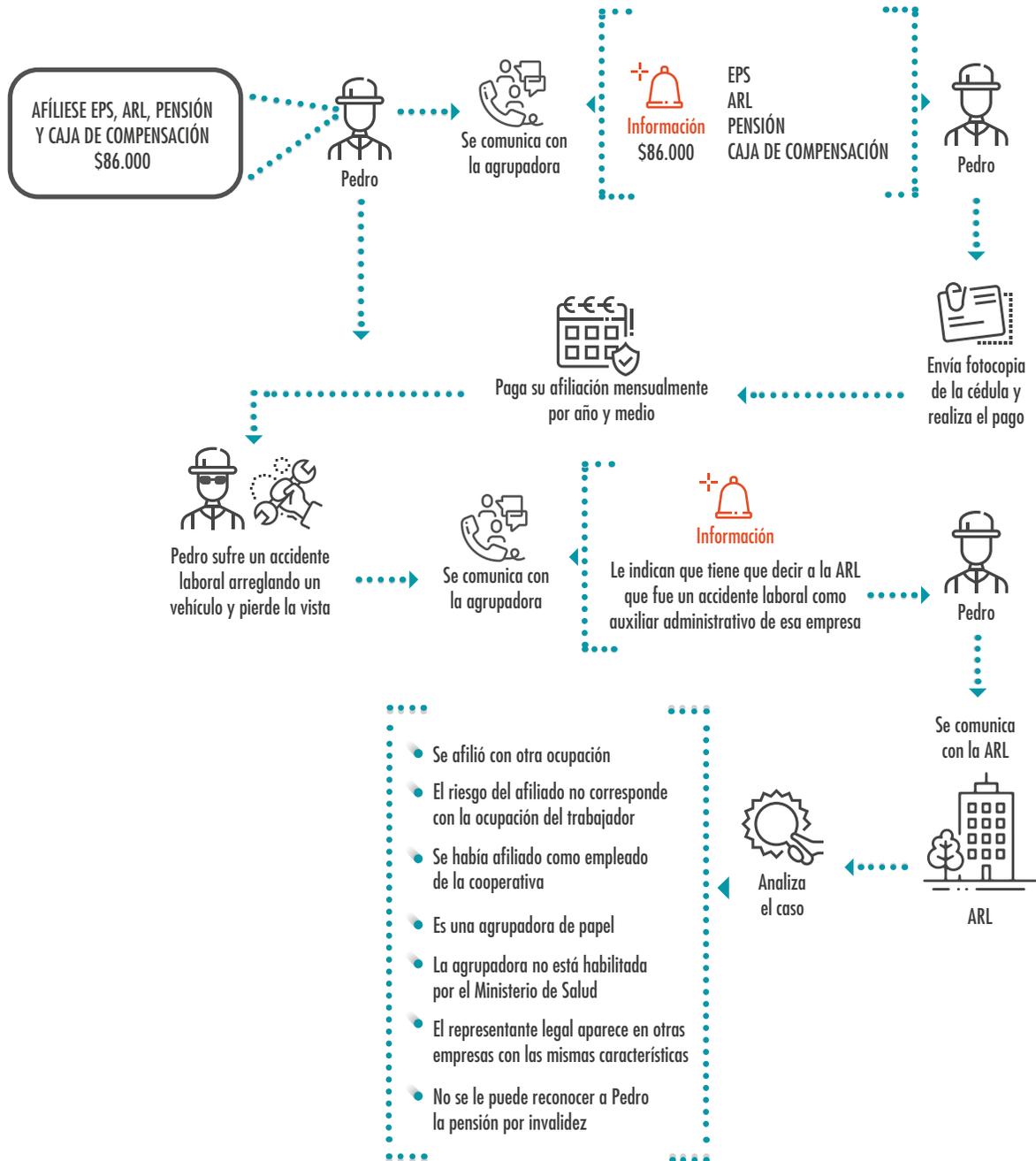
Pedro se comunicó con la ARL y explicó el caso.

La aseguradora, por medio de una serie de investigaciones, establece lo siguiente:

- El aporte realizado estaba por debajo de los valores normales que un trabajador paga por seguridad social.
- El riesgo bajo el cual fue afiliado el trabajador era inferior al riesgo real de la ocupación.
- La persona estaba afiliada como empleado para la cooperativa y el accidente ocurrió prestando servicios a un tercero.
- La agrupadora era una empresa de papel y ya estaba liquidada, pero continuaba funcionando en la misma ubicación.
- La agrupadora no estaba habilitada por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Uno de los representantes legales de la agrupadora aparece como representante de otras empresas.



ESQUEMA DE LA OPERACIÓN



4.4.2

INCAPACIDAD TEMPORAL RECURRENTE

SECTOR REPORTANTE

Asegurador

Ramo: riesgos laborales



DESCRIPCIÓN

Corresponde a los casos en los cuales el trabajador presenta incapacidades repetitivas por prórroga y persistencia de los síntomas, emitidas por diferentes centros de atención de la EPS.

Adicionalmente, cuando se intenta realizar la incorporación del trabajador se generan otros diagnósticos.



SEÑALES DE ALERTA

- 1 Presentación de incapacidades repetitivas de prórroga por la EPS.
- 2 Se generan diagnósticos complementarios cada vez que se genera la prórroga.
- 3 Exageración de los síntomas por parte del asegurado cuando se realiza la valoración.
- 4 Negación del asegurado a practicarse exámenes médicos con la aseguradora.
- 5 Falta de control de la EPS en la emisión de incapacidades médicas.
- 6 Soportes de exámenes médicos realizados de forma particular.
- 7 Apoderados que manejan casos similares.
- 8 Los diagnósticos fueron emitidos por médicos particulares.
- 9 La región donde se presenta el siniestro registra un alto número de casos similares.

EJEMPLO



Raúl tiene 45 años y trabaja en una empresa de diseño, en enero de 2015 sufre en su trabajo una caída de la silla, que le ocasiona un trauma en la región baja de la espalda, el trabajador presenta incapacidades laborales repetitivas, por prórroga y persistencia de los síntomas, emitidas por diferentes centros de atención de la EPS.

A pesar de hacer seguimiento al caso, la empresa no ha logrado la reincorporación laboral, debido a que le aparecen nuevos diagnósticos al trabajador o presenta nuevas incapacidades emitidas por la EPS.

La aseguradora, por medio de una serie de investigaciones, establece lo siguiente:

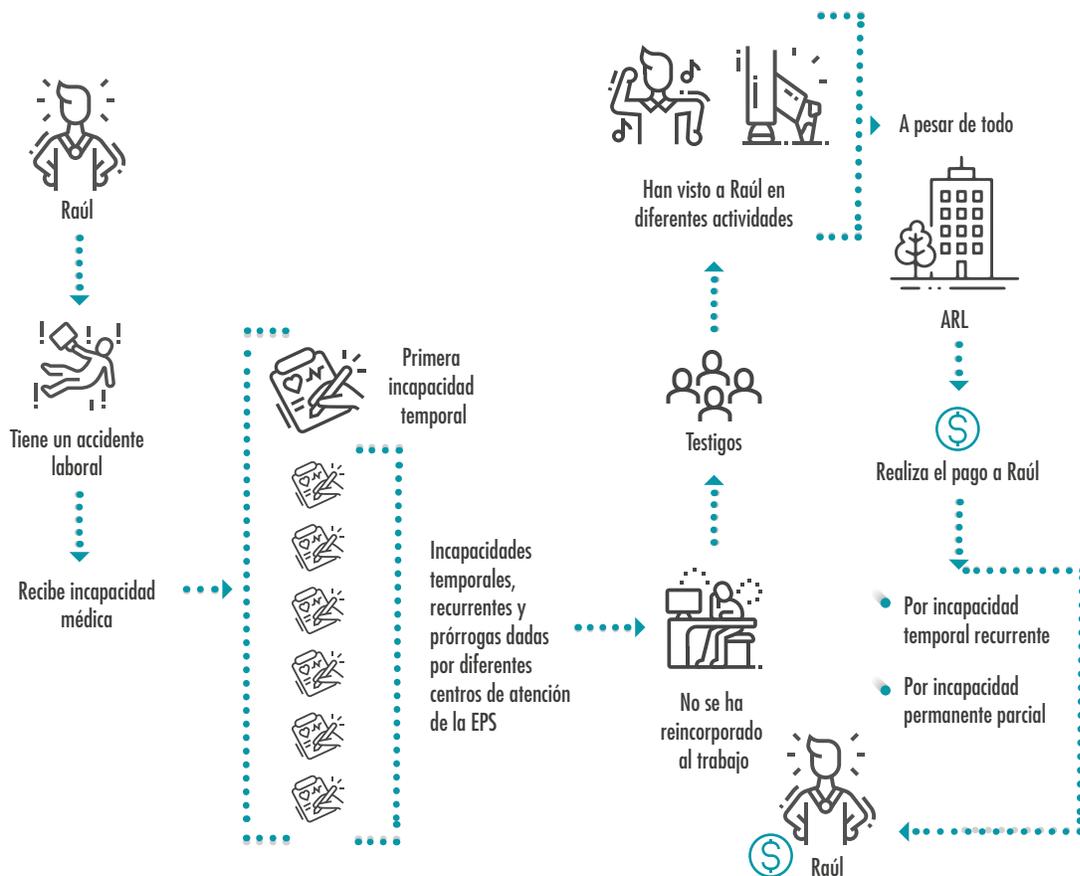
- > El asegurado, durante sus incapacidades, camina de forma normal y asiste a eventos sin ningún inconveniente.
- > Raúl aprovecha la dificultad de control de la EPS para obtener incapacidades

con diferentes diagnósticos en distintos centros de atención.

- > La ARL, a pesar de reunirse con la EPS, no ha podido controlar la emisión de incapacidades.
- > Raúl completa 1400 días de incapacidad continua.
- > La calificación de la PCL no supera el 50% necesario para obtener la pensión por invalidez.



ESQUEMA DE LA OPERACIÓN



4.4.3

SIMULACIÓN DE INVALIDEZ

SECTOR REPORTANTE

Asegurador

Amparo: pensión de invalidez



DESCRIPCIÓN

Hace referencia a los casos en los cuales se identifican diagnósticos médicos que en su mayoría contienen un porcentaje significativo de psiquiatría, sin el debido sustento, acompañados de otros diagnósticos cuyo objetivo es incrementar la pérdida de capacidad laboral para lograr la pensión de invalidez.



SEÑALES DE ALERTA

1 Las reclamaciones se realizan a través de un apoderado.

2 Similitud de diagnósticos con otros casos relacionados con fraude.

3 El apoderado es el mismo que figura en otros casos adelantados en la compañía y que han sido fraudulentos.

4 El asegurado se niega a practicarse la valoración médica solicitada por la aseguradora.

5 Quien otorga la calificación es un ente a quien se le han identificado frecuentes irregularidades.

6 El diagnóstico presenta un componente alto de psiquiatría sin el debido sustento.

7 Los soportes de los casos son historias clínicas de médicos particulares y no existe registro en la EPS ni atenciones por la póliza de salud.

8 Los exámenes médicos aportados fueron practicados en el mes previo a realizarse la calificación de la incapacidad y no hay antecedentes de consultas previas.

9 Los médicos que aparecen en el soporte documental son los mismos que figuran en otros casos con diagnósticos iguales o similares.

10 La calificación de PCL de la administradora de riesgos laborales y la que expide la junta de calificación de invalidez tienen diferencias significativas.

EJEMPLO



Karen tiene 50 años y trabaja en oficios generales en una empresa, un día tiene un accidente de trabajo y la ARL la calificó con un 50% de PCL, lo que le otorga una pensión equivalente al 60% del ingreso base de liquidación; luego ella es contactada por un grupo de médicos y abogados para brindarle asesoría en el trámite de su pensión de invalidez y lograr un monto mayor.

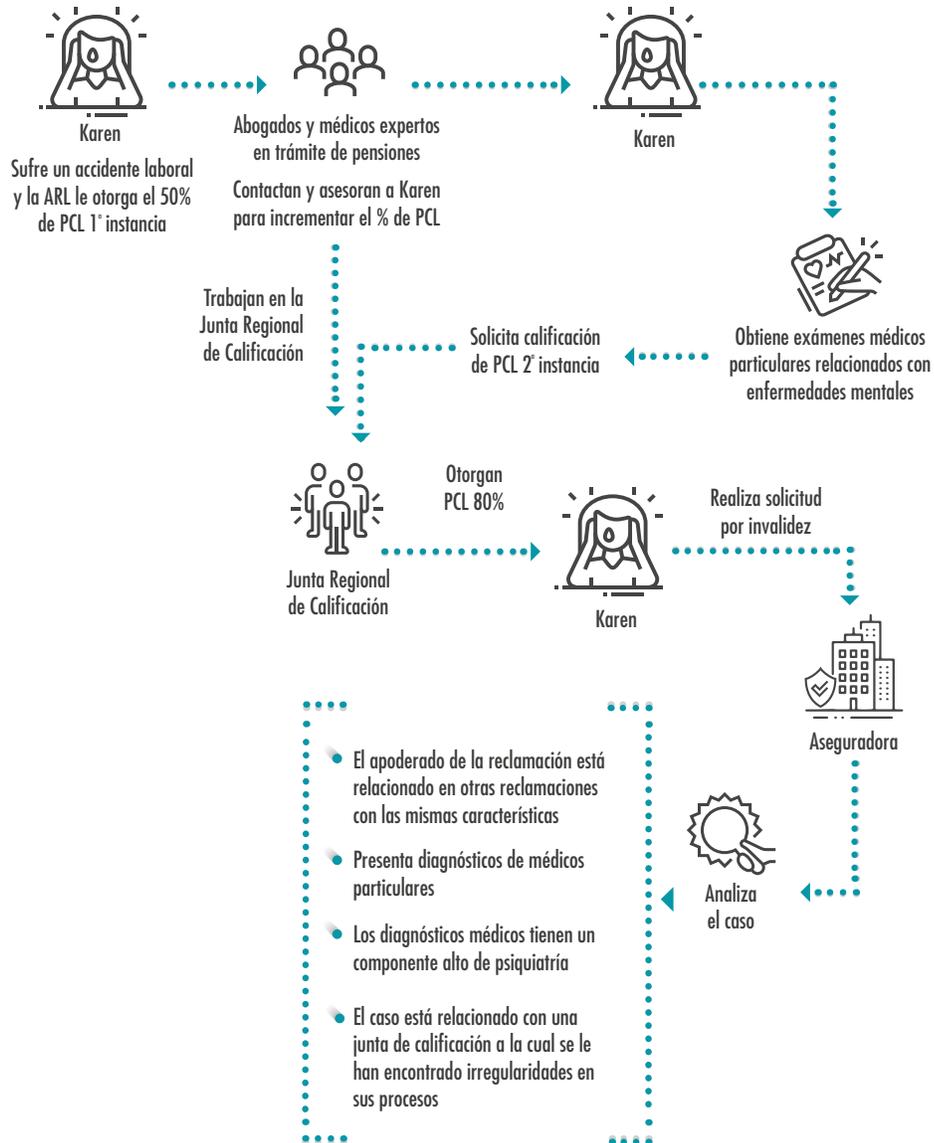
Atendiendo las recomendaciones, Karen solicita revisión de su calificación ante la junta (segunda instancia), y aporta nuevos exámenes realizados por médicos particulares, que suman al diagnóstico general enfermedades metales originadas como consecuencia del accidente laboral.

La junta de calificación otorga el 80% de pérdida de capacidad laboral (PCL), lo que le da a Karen el derecho de obtener una pensión equivalente al 75% del ingreso base de liquidación.

La aseguradora, por medio de una serie de investigaciones, establece lo siguiente:

- Las reclamaciones se realizan a través de un apoderado, quien adelanta otras reclamaciones similares en la compañía.
- Los diagnósticos adicionales fueron emitidos por médicos particulares.
- En los diagnósticos médicos existe un componente alto de psiquiatría.
- La región donde se radica el siniestro presenta un alto número de casos similares.
- Similitud de diagnósticos con otros casos relacionados con fraude.
- El caso está relacionado con una junta de calificación a la cual se le han encontrado irregularidades en sus procesos.

ESQUEMA DE LA OPERACIÓN



4.4.4 FALSIFICACIÓN DE FÓRMULAS MÉDICAS

SECTOR REPORTANTE

Asegurador

Amparo: prestaciones
asistenciales e insumos



DESCRIPCIÓN

Se presenta cuando una persona suplanta a un afiliado de la ARL o cuando el afiliado falsifica fórmulas médicas con el objetivo de reclamar de forma irregular medicamentos en las farmacias

vinculadas a la red de prestadores de servicios de la ARL, para posteriormente venderlos en el mercado negro.



SEÑALES DE ALERTA

1

Medicamentos de alto costo.

2

La ARL identifica que existen reclamaciones idénticas por parte de las farmacias que hacen parte de la red de prestadores.

3

En algunos casos los medicamentos no son pertinentes para el paciente.

4

La historia clínica y el formato único de reporte de accidente de trabajo (FURAT) presentan inconsistencias, lo que lleva a sospechar que se trata de documentos adulterados o falsos.

5

El afiliado no ha sufrido enfermedades laborales ni ha presentado accidentes de trabajo.

6

La IPS no atendió al afiliado.

EJEMPLO



Jorge tiene 42 años y se dirige a una farmacia de la red de prestadores autorizados por la ARL para reclamar unos medicamentos que tienen como propósito lograr la rehabilitación y recuperación del trabajador.

Jorge presenta en la farmacia los siguientes documentos:

- Orden médica de los medicamentos formulados.
- Formato único de reporte de accidente de trabajo (FURAT).
- Historia clínica.

La farmacia realiza la entrega de los medicamentos a Jorge y él los vende en el mercado negro.

Finalmente, la farmacia reclama ante la ARL el pago por prestaciones asistenciales e insumos.

La aseguradora, por medio de una serie de investigaciones, establece lo siguiente:

- Evidencia que existen varias reclamaciones idénticas con diferentes prestadores autorizados.
- Los medicamentos reclamados son de alto costo.

- Los empleadores confirman que el afiliado no ha sufrido accidentes de trabajo.

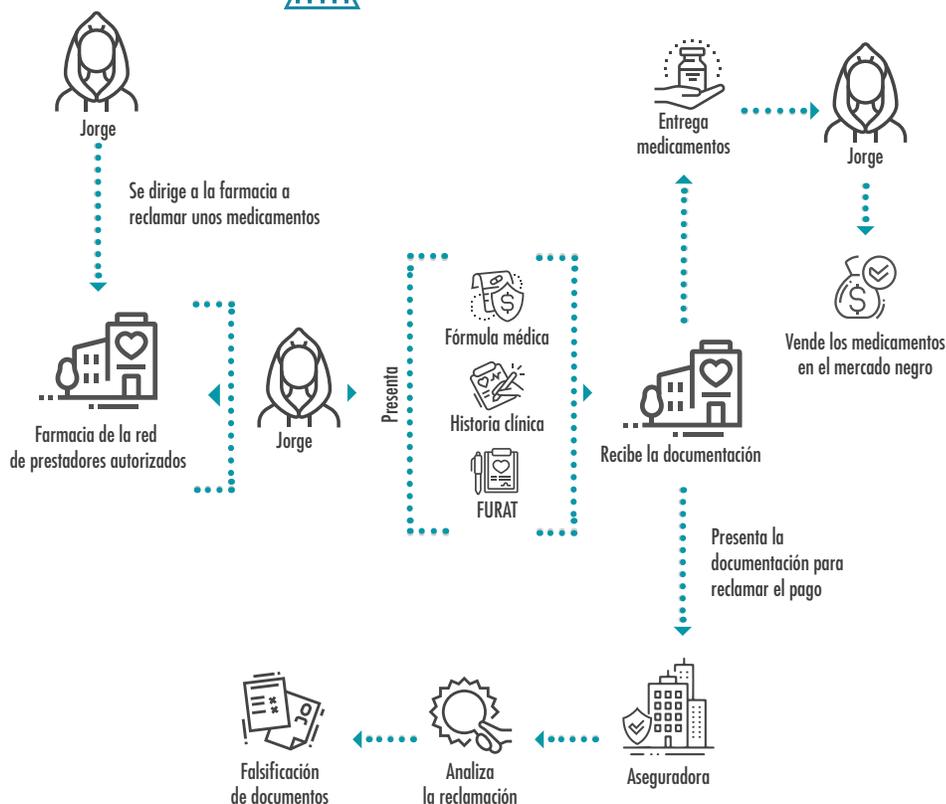
- El afiliado confirma que no ha sufrido enfermedades laborales ni ha presentado accidentes de trabajo.

- La IPS afirma no haber atendido a este usuario.

- La historia clínica, el FURAT y las fórmulas médicas son falsos.



ESQUEMA DE LA OPERACIÓN



4.5 PROPIEDAD E INGENIERÍA

SIMULACIÓN DE SUSTRACCIÓN EN PÓLIZA DE HOGAR

SECTOR REPORTANTE

Asegurador



DESCRIPCIÓN

Simulan siniestros de hurto o daño de contenidos del hogar. Debido a que no se realizan verificaciones en el momento de la suscripción de la póliza, los asegurados realizan reclamaciones sobre bienes inexistentes o con valores más altos que los reales.



SEÑALES DE ALERTA

- 1 Siniestros prematuros.
- 2 Cambios en los valores de la póliza antes de la ocurrencia del siniestro.
- 3 Siniestros por altos valores en hogares de bajo poder adquisitivo, en donde los bienes reclamados no corresponden a la capacidad económica del asegurado.
- 4 Montos altos asegurados sin deducible.
- 5 Reclamaciones de siniestros inverosímiles, hurto de electrodomésticos de gran tamaño en lugares de difícil acceso.
- 6 El denuncia del hurto se realiza de forma virtual.
- 7 En algunos casos los siniestros se presentan en zonas de difícil acceso (acceso por río o sin nomenclatura).
- 8 Dificultad para realizar la inspección al lugar por videollamada, los reclamantes manifiestan no tener celular o acceso a internet.

EJEMPLO



Daniela adquiere una póliza que asegura los contenidos de su hogar. En el momento de la suscripción, manifiesta que el valor de los bienes que se encuentran dentro de su hogar es de 120 millones de pesos. Debido a los procesos que se realizan por parte de las compañías, Daniela no tiene que presentar documentos para confirmar la veracidad de esta valoración.

Unos meses después, Daniela reporta que su hogar sufrió un hurto en el cual se llevaron 2 computadores, 5 celulares, 5 televisores y 2 bicicletas, por un valor aproximado de 80 millones de pesos. Daniela presenta a la compañía los siguientes documentos para solicitar la indemnización:

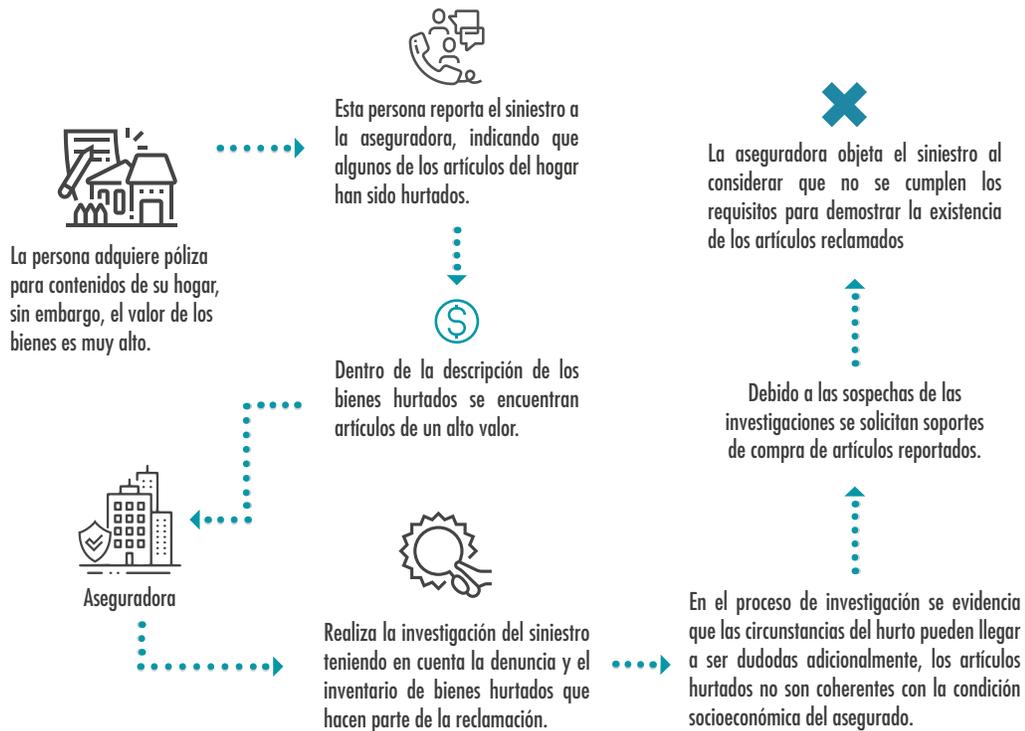
- a. Denuncia de la ocurrencia del hurto.
- b. Facturas de compra de los artículos mencionados.

La aseguradora realiza los procesos de auditoría del siniestro y establece lo siguiente:

- > La condición socioeconómica del asegurado no corresponde a la de una persona que adquiere los bienes reclamados.
- > La asegurada vive en el cuarto piso de un edificio que no cuenta con ascensor, lo que dificulta el hurto de los televisores.
- > El apartamento solo tiene dos habitaciones, lo cual genera dudas sobre la cantidad de bienes reportados como hurtados.
- > Las facturas de compra se encuentran a nombre de diferentes personas, algunas de ellas no son parte del hogar.



ESQUEMA DE LA OPERACIÓN



4.6 OTROS

SUPLANTACIÓN DE LA MARCA DE UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CRÉDITOS INMEDIATOS O INVERSIONES

SECTOR REPORTANTE

Asegurador



DESCRIPCIÓN

Suplantan la marca de una compañía de seguros para ofrecer créditos inmediatos a personas reportadas en las centrales de riesgo o para realizar inversiones.



SEÑALES DE ALERTA

1 Las ofertas se publican en redes sociales, páginas web ficticias o publicidad impresa

2 Se hacen pasar por supuestas firmas del grupo empresarial de las aseguradoras.

3 Los créditos que ofrecen son inmediatos y a bajas tasas de interés.

4 Ofrecen créditos a personas reportadas en centrales de riesgo.

5 Piden remitir, vía correo electrónico o WhatsApp, algunos documentos para la preaprobación (recibos de servicios públicos, copia del documento de identificación).

6 Para desembolsar el crédito, las víctimas deben:

- a. Consignar una suma de dinero para hacer el estudio de crédito o adquirir una póliza de seguro.

- b. En otros casos deben consignar un porcentaje del monto del crédito.

7 Para realizar la inversión deben consignar toda la suma indicada, en una cuenta bancaria que usa un nombre similar al de la aseguradora

8 En algunos casos la consignación se debe realizar en una cuenta de ahorros cuyo titular es una persona natural.

9 El nombre de la aseguradora con la que deben comprar la póliza es similar al de una compañía real.

10 Entregan direcciones de páginas web que usan marcas y nombres parecidos a los de las empresas legales.

11 En algunos casos crean empresas con nombres similares.

12 En muchas ocasiones se le informa a la víctima que solo tendrá acceso a la página web hasta que realice el pago solicitado.

13 Las páginas web generalmente no funcionan.

14 La dirección física suministrada es de una compañía de seguros y en algunos casos publican direcciones que cambian con frecuencia.

15 Entregan documentación falsa con nombres impresos de la supuesta aseguradora, para generar mayor credibilidad.

EJEMPLO



Una persona encuentra en redes sociales una publicación con la oferta de créditos a muy bajas tasas de interés, dirigida especialmente a aquellos con reportes en centrales de riesgo, razón por la cual se comunica por WhatsApp al número celular que aparece registrado en la publicación.

Vía WhatsApp le informan a esa persona que para realizar el estudio de crédito debe enviar, por ese mismo medio, copia de un recibo de servicios públicos, dos recomendaciones personales y copia de la cédula.

Luego de realizar el supuesto estudio, el solicitante es contactado vía telefónica, se le informa la preaprobación del crédito y le indican que debe consignar \$600.000 en una cuenta de ahorros de la supuesta aseguradora para adquirir una póliza de seguro y así desembolsar el crédito.

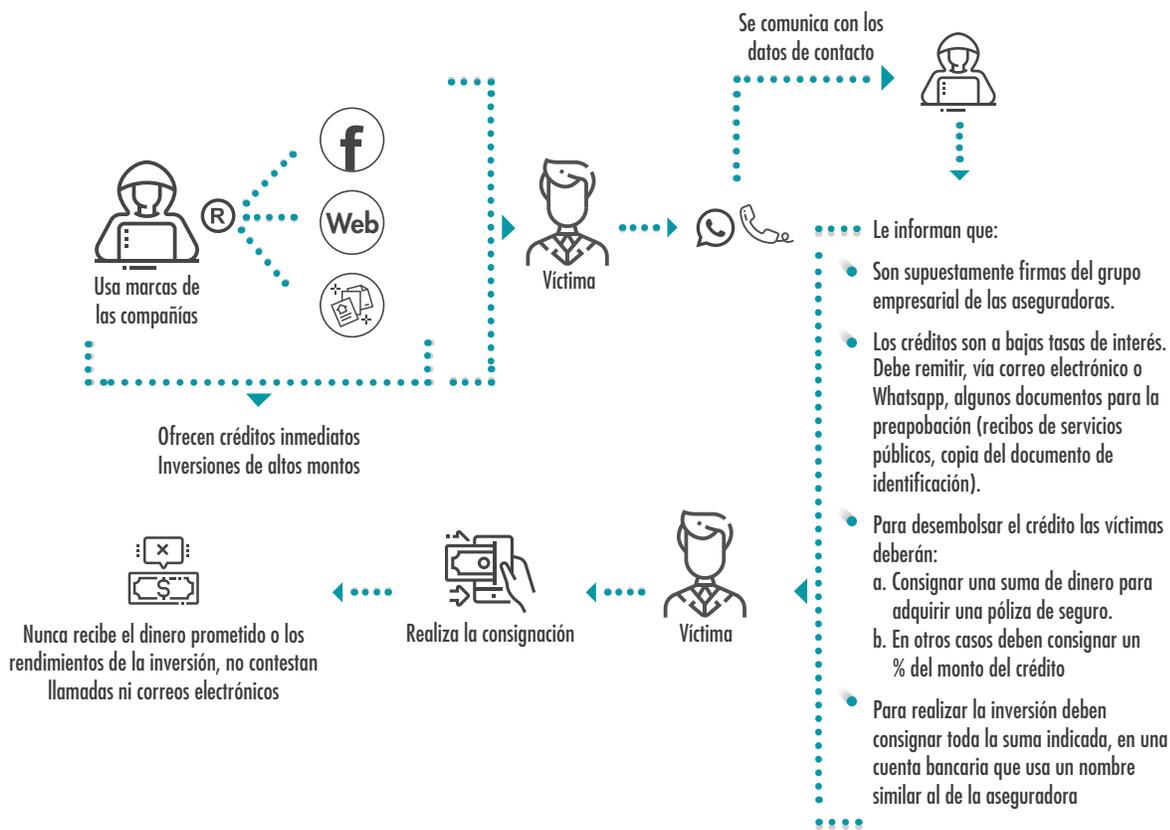
Para generar confianza en el solicitante, le entregan una dirección web de una empresa y le informan que se otorgará acceso cuando realice el pago de la póliza de seguro.

La aseguradora, por medio de una serie de investigaciones, establece lo siguiente:

- El nombre de la aseguradora con la que deben comprar la póliza es similar al de una compañía real.
- Las direcciones de las páginas web usan marcas y nombres parecidos a los de las empresas legales.
- Los créditos que ofrecen son inmediatos y a bajas tasas de interés.
- Ofrecen créditos a personas reportadas en centrales de riesgo.
- Se le informa a la víctima que solo tendrá acceso a la página web cuando realice el pago solicitado.
- La página web no funciona.
- La dirección física suministrada es de una compañía de seguros.
- La consignación se hace en una cuenta de ahorros y el titular es una persona natural.
- Entregan documentación falsa con nombres impresos de la supuesta aseguradora, para generar mayor credibilidad.



ESQUEMA DE LA OPERACIÓN





5.

GESTIÓN DE FASECOLDA: HERRAMIENTAS PARA ENFRENTAR EL FENÓMENO DEL FRAUDE

5.1 LA DENUNCIA

La denuncia es una de las herramientas más fuertes que se puede utilizar para enfrentar el fenómeno del fraude, pues es a través de esta que se ponen en conocimiento de las autoridades competentes las actuaciones irregulares o ilegales que están afectando a personas o empresas.

La organización de la información, la estructuración de los casos y una correcta gestión de la cadena de custodia se convierten en puntos diferenciadores y relevantes que viabilizan y facilitan los procesos de investigación y judicialización por parte de las autoridades competentes.

La denuncia permite no solo investigar y procesar un delito, sino que genera un efecto de disuasión en la comisión de nuevos delitos.

Para facilitar a las compañías de seguros el proceso de denuncia, Fasecolda ha creado canales de comunicación expeditos, a través de convenios interinstitucionales de cooperación, con las autoridades responsables de investigar y judicializar delitos y con algunos entes gubernamentales responsables de ejercer la supervisión y vigilancia de los diferentes actores que intervienen en el proceso de reclamación de un siniestro.

Estos canales facilitan la denuncia de los posibles eventos de fraude, la creación de estrategias conjuntas y el control y seguimiento a los casos reportados.

5.2

USO DE MACRODATOS, APRENDIZAJE AUTOMÁTICO E INTELIGENCIA DE NEGOCIOS

Las técnicas de inteligencia artificial llegaron a revolucionar los métodos de análisis que son utilizados por las compañías para tomar decisiones relacionadas con el desarrollo de su portafolio de servicios, la innovación de productos, la penetración en nuevos mercados y, por supuesto, la detección y prevención del fraude, utilizando análisis forenses y modelos predictivos, entre otros campos de acción.

El factor de éxito de estas técnicas radica en la capacidad de las compañías de administrar y correlacionar una gran cantidad de datos para identificar tendencias, patrones, predecir comportamientos y detectar anomalías.

Las compañías de seguros son dueñas de grandes volúmenes de información relacionada con pólizas, siniestros, reclamantes, intermediarios, terceros afectados y abogados, entre otros; al aplicar técnicas de inteligencia artificial y de negocios pueden optimizar el proceso de gestión para la detección y prevención del fraude en los seguros.

A través de estas herramientas se puede también llegar a identificar atipicidades en los siniestros, detectar argumentos similares en las reclamaciones, frecuencia de víctimas o vehículos con siniestros recurrentes, diagnósticos médicos frecuentes conforme a las regiones y ocupaciones, e identificación de redes criminales y modus operandi de los defraudadores.

De ahí radica la importancia de estructurar y consolidar bases de datos con información de calidad y gestionar su actualización de forma oportuna, pero siempre velando por el cumplimiento de Ley 1581 de 2012 (protección de datos personales) y evitando la conformación de bases de datos relacionadas con listas negras, en conformidad con el parágrafo 4 del artículo 14 de la Ley 1266 de 2008 donde «Se prohíbe la administración de datos personales con información exclusivamente desfavorable.»

Teniendo en cuenta lo anterior, Fasecolda, para el ramo del SOAT, entregó a sus afiliados y a las autoridades una herramienta que

integra técnicas de inteligencia artificial y negocios para el reconocimiento de patrones, estructuración de alertas y reportes de atipicidades, utilizando para ello información de los siniestros de todo el mercado. La herramienta, primera en su clase en el gremio, es un ejemplo palpable de los avances que se están logrando en la lucha contra el fraude en los seguros a través de la implementación de nuevas tecnologías.



LA HERRAMIENTA CUENTA CON CUATRO MÓDULOS:

- a. El primer módulo, llamado «**Tableros de control**», permite a la aseguradora tener información resumida, confiable y significativa de los siniestros para compararla con las reclamaciones del mercado; esto permite identificar fallas o anticiparse a lo que le pueda suceder a la compañía por el comportamiento de la siniestralidad.
- b. El segundo módulo, «**Alertas**», permite a la compañía recibir notificaciones sobre reclamaciones atípicas o de alto riesgo de fraude, para intervenirlas con agilidad y de manera focalizada.
- c. El tercer módulo se denomina «**Reportes**», permite al asegurador interactuar con las autoridades para comunicarles sus hallazgos.
- d. El cuarto módulo, «**Redes de atipicidades**», permite a los usuarios identificar de forma gráfica posibles conexiones inusuales entre víctimas, placas y reclamantes.

De la misma forma, para el ramo de Automóviles, Fasecolda puso a disposición de las compañías de seguros un sistema de alertas tempranas

generadas por algoritmos estadísticos que permiten al usuario final identificar, a partir de la información de pólizas y siniestros de todo el mercado, posibles eventos de alto riesgo de atipicidad en los siniestros de responsabilidad civil extracontractual (RCE).

La herramienta contiene dieciocho **(18) tableros** de control, a través de los cuales el usuario puede consultar el comportamiento de los siniestros, las señales de alerta identificadas y la calificación del riesgo de atipicidad de un siniestro por RCE.

Finalmente, para los ramos de vida y seguridad social, Fasecolda habilitó un sistema para el perfilamiento del riesgo asociado a la calificación de invalidez, el cual, por medio de técnicas de inteligencia de negocios y de minería de texto, permite identificar tendencias, patrones atípicos de comportamiento y perfiles de diagnóstico de pérdida de capacidad laboral.



LA HERRAMIENTA CUENTA CON DOS MÓDULOS:

- a. El primer módulo, llamado «**Tablero de control**», permite a la aseguradora consultar información resumida y significativa de los siniestros asociados con la pérdida de capacidad laboral, que han sido reclamados a la compañía, y compararla con la información del mercado.
- b. El segundo módulo, llamado «**Alertas**», permite a las compañías de seguros publicar nuevas tipologías de fraude asociadas con la pérdida de capacidad laboral.

LA CORRECTA ORIENTACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO DURANTE EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN

5.3

El uso de investigadores es una de las herramientas más frecuentemente utilizadas por las compañías de seguros para identificar posibles fraudes en la reclamación de un siniestro.

Algunas compañías cuentan con sus propios investigadores, mientras otras deciden tercerizar estos servicios con empresas especializadas, lo que, en algunos casos, se puede convertir en una ventaja cuando el investigador lleva procesos de diferentes compañías de seguros, esto le permite evidenciar casos con patrones de comportamiento similares, que pueden estar asociados a posibles defraudaciones a más de una aseguradora y que probablemente corresponden a delitos cometidos por estructuras criminales.

Pero el éxito de una investigación radica en la correcta orientación, supervisión y gestión. Es decir, todo proceso de investigación debe iniciar con la construcción de una hipótesis que permitirá realizar el primer análisis con base en la información que se tiene al alcance; si luego de efectuar este proceso se evidencia que existe una alta probabilidad de fraude, es necesario estructurar un plan de acción de forma conjunta con el investigador, en el cual se plantee el alcance de la investigación, las evidencias recolectadas en la etapa inicial y las señales de alerta identificadas; todo esto con el fin de orientar al investigador sobre lo que se deberá revisar y evitar investigaciones predefinidas que no conducen a los resultados que se esperan obtener.

5.4

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

El defraudador está continuamente perfeccionando y evolucionando sus técnicas y prácticas para incrementar sus beneficios económicos y evadir hábilmente los controles que las aseguradoras han implementado en los procesos de suscripción e indemnización.

Esto implica constante actualización de conocimientos que permita a las aseguradoras generar nuevas herramientas para mitigar las vulnerabilidades de sus procesos y robustecer los controles implementados.

Actualmente, en Fasecolda se trabaja en la generación de espacios académicos en los que se tratan temas relacionados con nuevas tipologías de fraude en los seguros, técnicas de psicología forense, herramientas predictivas, fraudes cibernéticos, análisis de la conducta de fraude y detección de posibles fraudes a través del entendimiento de enfermedades como la fibromialgia, simulación de enfermedades y reconstrucción de accidentes de tránsito, entre otros.

5.5

CONFORMACIÓN EN LAS COMPAÑÍAS DE UN ÁREA DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL FRAUDE

Cada vez es mayor el número de compañías de seguros que incorporan dentro de sus objetivos estratégicos la prevención y la detección del fraude, razón por la cual a continuación se presenta un comparativo de dos (2) modelos de gestión contra el fraude, con el objetivo de evidenciar las fortalezas que puede llegar a tener una compañía al implementar un modelo centralizado y transversal a todos los ramos y áreas de la compañía.

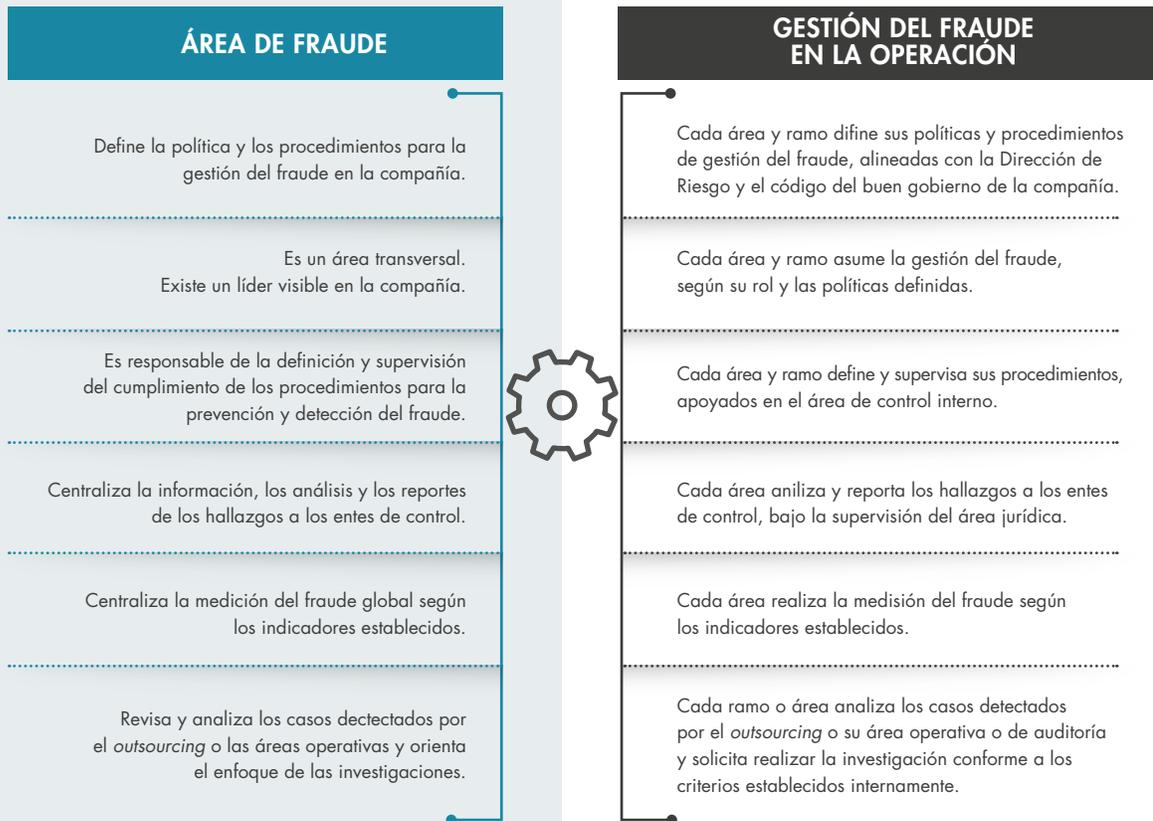


Figura 2. Comparativo del modelo de gestión contra el fraude utilizado por las compañías de seguros.

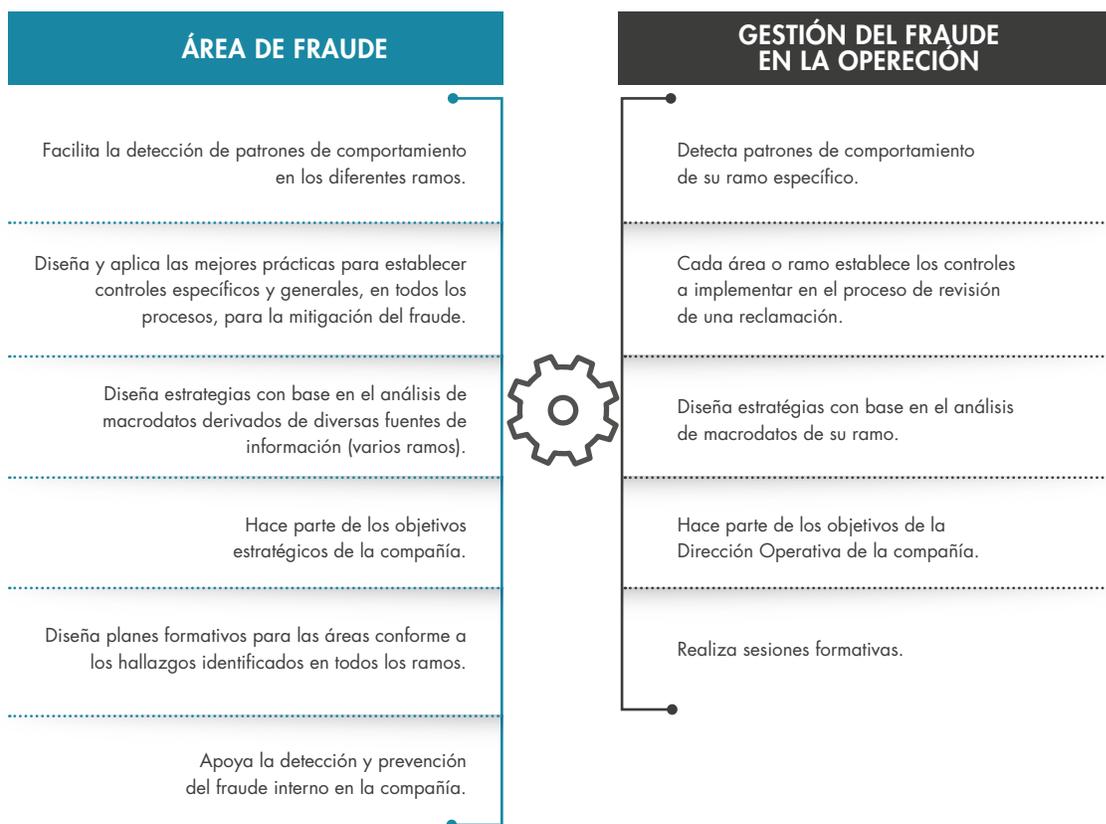


Figura 3. Comparativo del modelo de gestión contra el fraude utilizado por las compañías de seguros.

Al entender la evolución del fenómeno del fraude y sus implicaciones en las diferentes etapas del ciclo de vida del seguro, las organizaciones pueden implementar políticas de gestión contra este delito desde la etapa de creación e innovación de un producto. El objetivo es subsanar vulnerabilidades a través del diseño y aplicación de controles preventivos más efectivos que lleven a la mitigación del fraude, para lo cual deben aprovechar

la información con la que cuentan, en especial aquella que recopilan las áreas dedicadas a la prevención y detección dentro de la organización; los datos pueden ser utilizados no solo para un caso particular, sino para el análisis y la prevención de posibles casos de fraude en otros ramos e incluso en otras empresas del gremio. Generar controles más efectivos para las diferentes etapas del aseguramiento es fundamental para todos.



6.

BIBLIOGRAFÍA

Asociación ICEA. (1997). *Manual de medidas contra el fraude en los seguros de riesgos diversos* (pp. 9-13). Madrid.

Cadena de custodia. (2020). Recuperado el 31 de enero de 2020, de <http://www.cortesuprema.gov.co/corte/wp-content/uploads/relatorias/pe/spa/CONCEPTO.pdf>

Catalunya, U. (2019). Información asimétrica. Recuperado el 1 de septiembre de 2019, de <https://comein.uoc.edu/divulgacio/comein/es/numero64/articles/informacion-asimetrica.html>

Fasecolda. (2018). Informe Encuesta de prevención, detección y respuesta al fraude en RCE (pp. 5-6). Bogotá.

Fraude en seguros. Una aproximación al caso colombiano - PDF. Descarga gratuita. (2012). Recuperado el 19 de enero de 2020, de <https://fasecolda.com-Fraude-en-seguros-una-aproximacion-al-caso-colombiano.html>

Hart, O., & Holmstrom, B. (1987). *Theory of Contracts* [Ebook] (pp. 71-155). Cambridge: Cambridge University Press. Recuperado de <https://economics.mit.edu/files/12133>

Huzgame, A. (2019). Cinco elementos claves para explicar el fraude al SOAT. Recuperado el 19 de enero de 2020, de <https://fasecolda.com/cms/wp-content/uploads/2019/09/revista-fasecolda-163.pdf>

Ortega Giménez, A. (2019). *Las aplicaciones del Big Data en el ámbito asegurador y el tratamiento legal de sus datos* (p. 42). Madrid: Fundación Mapfre.

Universidad Externado de Colombia. (2008). Memorias del V seminario internacional de prevención del fraude en seguros (p. 121). Bogotá.

Año: 2021

Cuadernos

Académicos *No. 01*

UNA APROXIMACIÓN
AL FENÓMENO
DEL FRAUDE
EN LOS SEGUROS



Cra. 7 N° 26-20 Piso 11 y 12
Bogotá, Colombia
www.fasecolda.com