

183

La Estafa de Seguro

Creación de un Departamento de Fraude
en una entidad aseguradora

Estudio realizado por: Pedro Antonio Escalona Cano
Tutor: Salvador Martín García

**Tesis del Master en Dirección de Entidades
Aseguradoras y Financieras**

Curso 2014/2015

Esta publicación ha sido posible gracias al patrocinio de DAS Internacional



Esta tesis es propiedad del autor. No está permitida la reproducción total o parcial de este documento sin mencionar su fuente. El contenido de este documento es de exclusiva responsabilidad del autor, quien declara que no ha incurrido en plagio y que la totalidad de referencias a otros autores han sido expresadas en el texto.

Agradecimientos

Quiero dedicar este trabajo a Pilar y a Pablo por el apoyo incondicional y, sobre todo por el tiempo que he dejado de estar con ellos en este último año.

Agradecer a mis padres su esfuerzo por haberme ayudado a llegar hasta aquí.

A José Luis y a Mutua de Propietarios por darme la oportunidad de cursar este master.

A mis compañeros de master por los buenos momentos pasados y por haberme ayudado a conocer mejor el sector asegurador.

Por último, agradecer a mi tutor, Salvador Martín y a Marcus, Catherine y Jesús la ayuda prestada.

Resumen

El fraude se encuentra arraigado en nuestra sociedad. La crisis y las necesidades agudizan el ingenio y aumentan los intentos de fraude.

El sector asegurador es y ha sido una víctima de los intentos de estafa, lo que acaba redundando en perjuicio de todos los asegurados, ya que las indemnizaciones de los fraudes no detectados implican una subida del importe de la prima.

Vivimos en una sociedad que tiende a justificar el fraude al seguro como una recuperación de las primas pagadas, o como un "crimen sin víctimas", sin que se tenga en cuenta por parte del defraudador la función social del aseguramiento.

En los últimos años se está tomando mayor concienciación por parte del sector asegurador y está creciendo la inversión en la prevención y detección del fraude, con la creación y mejoras de los departamentos de fraude y con herramientas cada vez más sofisticadas para prever y detectar las conductas irregulares.

Por otro lado, sigue quedando mucho camino por recorrer, sobre todo en la colaboración transparente y de ayuda mutua en el sector y con las entidades públicas para tomar medidas conjuntas, compartir datos y unificar criterios.

La creación de un departamento de fraude en una compañía que no lo tiene, supone una oportunidad para empezar de cero, sabiendo qué posibles fraudes se pueden cometer contra esa aseguradora teniendo en cuenta los ramos que trabaja y analizando ahorro e inversión. Para ello conviene aunar a toda la compañía en las acciones anti fraude, con un departamento que contemple personas de todas las áreas implicadas, con un esfuerzo en la captación de talento y formación de las personas que deban dedicarse a esta función y, sobre todo, concienciando a todos los empleados, colaboradores, mediadores, así como a los propios asegurados de las consecuencias derivadas del fraude: por un lado la bajada de las primas para todos los asegurados y por otro las consecuencias penales (prisión y multa) de los defraudadores.

Resum

El frau està arrelat a la nostra societat. La crisi i les necessitats aguditzen l'enginy i augmenten els intents de frau.

El sector assegurador és y ha estat una víctima dels intents d'estafa, el que acaba perjudicant a tots els assegurats, donat que les indemnitzacions dels fraus no detectats acaben suposant una pujada de les primes .

Vivim a una societat que tendeix a justificar el frau a l'assegurança com una recuperació de les primes pagades o com un crim sense víctimes, sense que el defraudador tingui en compte la funció social de l'assegurament.

Als darrers anys el sector assegurador està prenent una especial concienciació i està creixent la inversió en la prevenció i detecció del frau, amb la creació i millores dels departaments de frau i amb eines més sofisticades per prevenir i detectar les conductes irregulars.

Per una altra banda, segueix restant un camí molt llarg per recórrer, sobre tot en col.laboració transparent i d'ajuda mútua al propi sector i amb les entitats públiques per prendre mesures conjuntes, compartir dades i unificar criteris

La creació d'un departament de frau a una entitat asseguradora que no disposa d'aquest departament suposa una oportunitat per començar de zero, sabent quins possibles fraus es poden fer contra la asseguradora, tenint en compte els rams que treballa i analitzant estalvi i inversió. Per fer-ho convé harmonitzar a tota la companyia en les accions anti-frau, amb un departament que inclogui persones de totes les àrees implicades amb un esforç en la captació del talent i formació de les persones que es dediquin a aquesta funció i, sobre tot, concienciant a tots els intervinents, empleats, col.laboradors, mediadors, així com els propis assegurats de les conseqüències derivades del frau: per una banda la baixada del preu de les primes i per un altre les conseqüències penals (presó i multa) dels defraudadors.

Summary

Fraud is an integral part of our society. The economic crisis and financial difficulties force people to become more ingenious and therefore fraud attempts increase.

The insurance sector is, and has been a victim of attempted fraud which has ultimately affected policyholders due to rising fraudulent claim compensations that in turn has pushed up premiums.

We live in a society that tends to justify insurance fraud as a way of recuperating premiums paid, and in general people do not regard attempted fraud as a serious crime. Also, the fraudster does not take into account the notable social function of the insurance sector.

In the past few years the insurance sector is becoming more conscious of this fact and so investment in the prevention and detection of fraud has increased with the creation and improvement of fraud departments and with more and more sophisticated tools for the detection and prevention of irregularities.

We have a long way to go to improve communication between insurers and the public sector in terms of sharing data and unifying the criteria for fraud.

The creation of a fraud department in an insurance company is an opportunity to begin from zero and to become more aware of the possible fraudulent attempts that could be committed within each type of insurance.

It is imperative to analyse all savings and investments within the company and to increase awareness among everybody involved of the possible fraudulent actions that could occur within each department, and making an effort to search for talented people to create the anti-fraud department with the responsibility of educating everybody involved including employees, stakeholders, sales, collaborators and the insurers of on the one hand the reduction of the premiums and on the other hand the criminal consequences of the fraud committed (possible sentence and fines).

Indice

1. Introducción	9
1.1 Objeto.....	9
1.2 Metodología.....	11

PARTE GENERAL: EL FRAUDE

2. Punto de partida	13
2.1 Distribución del fraude por productos	17
2.2 Otras consideraciones	18
3. Definición y aspectos jurídicos.....	21
3.1 Definiciones.....	21
3.2 Aspectos jurídicos	23
3.2.1 Ley de Contrato de Seguro	23
3.2.2 Código Penal	29
3.2.3 Otros aspectos legales.....	32
4. Tipología	35
4.1 Fraude interno y externo	35
4.1.1 Interno.....	35
4.1.2 Externo.....	36
4.2 Daños materiales	40
4.2.1 En la contratación	40
4.2.2 Durante el siniestro	41
4.3 Daños Personales: Lesiones.....	47
5. Indicios de fraude	57
6. Aspectos sociológicos.....	63
7. Mapa del fraude en España	71
8. Fraude a nivel Internacional.....	73
9. Estudio Jurisprudencial.....	79

PARTE ESPECIAL: CREACIÓN DE UN DEPARTAMENTO DE FRAUDE

10. Estudio previo	85
11. Ahorros estimados.....	87
12. Personas.....	89
13. Análisis áreas implicadas.....	93
13.1 Departamento Técnico.....	93
13.2 Departamento Contabilidad y finanzas	94
13.3 Departamento Suscripción	94
13.4 Departamento Técnico	94
13.5 Departamento Comercial y Marketing	96
13.6 Departamento Organización Interna.....	96
13.7 Departamento Siniestros	96
13.8 Departamento RRHH	97
13.9 Departamento de Auditoría Interna	98
14. Creación el Departamento especializado	99
14.1 Tipo de organización y dependencia.....	99
14.2 Fases.....	99

14.3 Tamaño.....	99
14.4 Coordinación.....	99
14.5 Objetivos.....	99
14.6 Procesos.....	100
14.7 Normas	102
15. Acciones.....	103
15.1 Internas.....	103
15.2 Institucionales	103
15.3 Prevención y comunicación	104
15.4 Investigación y Adm. de la información.....	104
15.5 Normas de actuación genéricas	104
15.6 Normas de actuación concretas	105
16. Alertas	107
17. Herramientas.....	111
18. Conclusiones.....	117
19. Bibliografía	119

Anexos

La Estafa de Seguro

Creación de un Departamento de Fraude en una entidad aseguradora

1. Introducción

En los últimos años se ha detectado un incremento de la actividad defraudadora para con las entidades aseguradoras. Este fraude supone importes millonarios que afectan a la siniestralidad y al resultado de la cuenta técnica de las entidades que finalmente acaban redundando en el incremento del importe de las primas de los asegurados.

El negocio asegurador es el segundo sector de actividad económica en número de fraudes comunicados, muy cerca del sector de comunicaciones y por encima de los servicios financieros, por lo que el impacto del fraude sobre la economía es destacado.

Se hace necesario sentar las bases para la creación de un departamento de fraude en las entidades que carezcan de él o replantearse los departamentos de fraude ya existentes de una forma más global, en el que puedan intervenir transversalmente todos los departamentos implicados de manera fluida, y que se fomente la colaboración con otras entidades del sector, así como con los colaboradores y entidades públicas.

Existen múltiples formas de defraudar al seguro, y conforme avanza el sector con nuevos productos, nacen nuevas formas de hacerlo. La innovación por parte de los defraudadores va por delante de las entidades aseguradoras.

Los departamentos de TI (informática) de las entidades aseguradoras, junto con las empresas tecnológicas, están desarrollando herramientas que facilitan la detección de fraudes mediante capacidades de proceso de datos inimaginables hace tan solo unos años. Así, la implementación de las herramientas más adecuadas para cada entidad incrementará los resultados positivos en la lucha contra el fraude, y facilitará a las entidades la detección de las nuevas formas de defraudar.

1.1 Objeto

El objeto principal de esta tesis es analizar la situación de la estafa de seguro y sentar las bases para crear un departamento de fraude en una compañía.

Para ello es necesario conocer la situación del entorno, datos concretos de fraude detectado, entorno económico, sociológico y cómo están actuando las entidades del sector, así como estudiar las herramientas que nos ofrece el mercado y las competencias que deben tener las personas que intervienen en estos procesos, pues de momento los sistemas informáticos, por muy avanza-

dos que sean, complementan pero no pueden sustituir la intuición y la experiencia inherente al comportamiento humano.

He realizado un mapa del fraude de España, comparando las tasas de fraude detectado por provincia cotejándolo con las tasas de desempleo.

El presente estudio trata la problemática incluyendo el mayor número de ramos posible, si bien dando especial importancia a Multirriesgo, toda vez que la mayor parte de estudios localizados se centran en el fraude en el ramo del automóvil, algo totalmente lógico al suponer un 70 % del coste total del fraude detectado en nuestro país.

He querido realizar un estudio jurisprudencial sobre las Sentencias encontradas desde el año 2000 hasta el año 2015 en las que se enjuiciaban asuntos relacionados con el fraude a las aseguradoras. El objetivo es extraer conclusiones de las mismas, analizando qué es preciso para afrontar una reclamación judicial con más posibilidades de éxito y el tiempo medio de duración de un asunto que acaba judicializado así como su afectación económica en las indemnizaciones, gastos y provisiones técnicas de la entidad.

De este estudio también pretendo conseguir el máximo número de datos sobre el *modus operandi* de los defraudadores y, sobre todo, cual ha sido el motivo que ha levantado la sospecha de la aseguradora o de la policía para que se detectase el fraude. De esta forma será posible centrar los esfuerzos y controles en los supuestos más habituales o con mayor impacto.

También pretendo confirmar el motivo por el que las aseguradoras no denuncian más este tipo de comportamientos.

Asimismo he querido comparar el fraude existente en otros países de nuestro entorno para determinar si es real la sensación que tiene el ciudadano español según la cual España es un país especialmente defraudador, en el que la mal llamada picaresca está en los genes de los ciudadanos.

Se estudian las necesidades concretas que son precisas para llevar a la práctica la creación de un Departamento de Fraude en una aseguradora, intentando que desde el principio nazca con el objetivo de detectar el máximo número de casos. Para ello se debe contar con una implicación de todos los departamentos de la entidad que puedan tener relación con la detección y el combate contra el fraude y que colaboren de forma transversal.

Trataré de exponer las medidas a tomar por orden de prioridad, teniendo en cuenta la optimización del coste requerido, el tiempo necesario para desarrollarlo y, en su caso proponer una implementación por fases con una base sólida que pueda facilitar la posterior puesta en marcha de nuevas herramientas o departamentos al objetivo buscado.

1.2 Metodología

La presente tesis ha sido elaborada nutriendose de múltiples fuentes: La parte I, Titulada "La Estafa de Seguro" ha partido de la lectura de varios estudios y literatura sobre fraude. Encontrándome con que la mayoría de documentos que localizaba se referían al fraude en el ramo de autos, por lo que ha representado cierta dificultad encontrar información y datos sobre otro tipo de seguros, más allá de los datos publicados anualmente por ICEA. Algo completamente lógico teniendo en cuenta que el fraude detectado en seguros de automóviles del año 2014 es el 70 % del total.

La temática expuesta se basa en supuestos concretos, siendo difícil categorizar y generalizar, por lo que he introducido numerosos ejemplos que ayudan a la comprensión y a ser conscientes de la verdadera entidad del problema.

He destacado la importancia de la normativa aplicable en un apartado independiente, prestando especial interés a la evolución en la legislación penal y a la aplicación práctica de dichas normas. He querido destacar asuntos que, por su novedad pueden requerir de una especial dedicación, como es el caso del nuevo baremo de autos.

He querido añadir un capítulo sociológico, pues existe una relación directa entre la comisión de un fraude y el componente cultural. Para ello he estudiado la visión que tienen los consumidores sobre las aseguradoras, analizando los motivos que le llevan a tener una imagen negativa del sector.

El mapa del fraude en España ha sido realizado con los datos extraídos de fraude detectado publicados por ICEA en los últimos 5 años, y relacionándolos con los datos de desempleo de 2014 publicados por el INE.

He realizado un estudio propio analizando 80 sentencias publicadas entre el año 2000 y el 2015 en los que encontrase componente de fraude a aseguradoras. El estudio se ha efectuado mediante la búsqueda de Sentencias con la herramienta de rastreo de jurisprudencia "Aranzadi Insignis" y "Tirant on Line". He realizado un criterio de búsqueda genérico con el concepto "fraude" y las garantías aplicables (robo, incendio, RC) y lo he ido detallando la búsqueda de los artículos específicos de la normativa aplicable y el concepto jurídico concreto (estafa, denuncia falsa), tanto de derecho penal, civil como de la normativa aseguradora, básicamente la LCS.

En cuanto a la comparativa del fraude en otros países, he partido de diversos informes internacionales de los que he extraído los datos más relevantes, si bien no es posible realizar una comparativa detallada pues los datos que se disponen tienen diferentes fuentes, ramos, denominaciones y no son uniformes, por lo que las conclusiones son interpretables.

2. Punto de partida

La industria del seguro lleva años expandiéndose, creando nuevos productos y universalizando su contratación, lo que de forma paralela conlleva un incremento de las posibilidades de defraudar a las entidades aseguradoras, tanto por el incremento del número de personas aseguradas como por los nuevos riesgos en los que no se tiene tanta experiencia por parte de dichas aseguradoras.

Partimos de un momento en el que está aumentando considerablemente el fraude detectado, por lo que se concluye por un lado que se están mejorando las herramientas de control del fraude y la efectividad de las mismas, así como la concienciación de las entidades aseguradoras, que buscan mejorar los resultados técnicos.

En épocas de crisis económica es habitual un aumento de los delitos contra el patrimonio y contra el orden socioeconómico, como lo es la estafa y al que se asocia el fraude al seguro.

Fig1: Número de delitos contra el patrimonio y el orden socioeconómico



Fuente: Elaboración propia. Datos extraídos del INE (Registro Central del Penado). Seguridad y justicia, estadísticas de condenados. Años 2005 a 2013

Del análisis de estos datos, se puede apreciar como en 8 años prácticamente se han duplicado el número de personas condenadas por Sentencia firme por delitos contra el patrimonio y el orden socioeconómico (robos, hurtos y estafas, entre otros) que han pasado de 33.444 en el año 2005, antes de la crisis, a 60.645 en el año 2013, último periodo publicado por el INE.

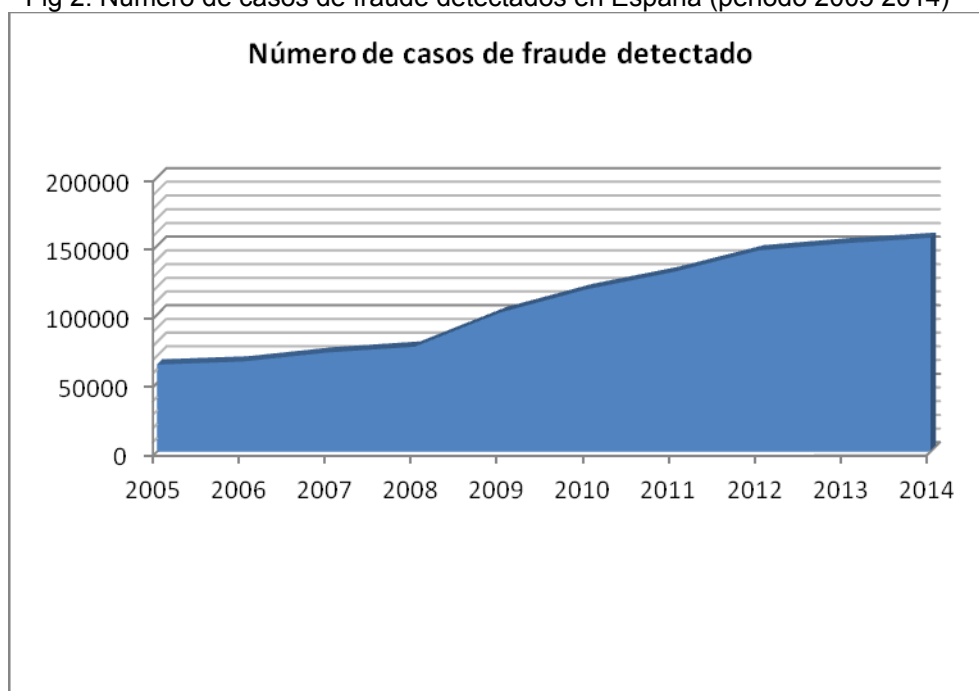
Como veremos en detalle en el capítulo 7 Se confirma la relación directa entre el desempleo y el aumento de casos de estafa al seguro, habiendo constatado como el número de casos de fraude es proporcionalmente más elevado en las provincias en las que la tasa de paro es mayor.

Hoy en día resulta imposible disponer de cifras exactas sobre la dimensión de las cantidades que las entidades aseguradoras deben abonar en concepto de prestaciones derivadas del fraude ya que existe una cifra desconocida de fraude oculto, que es aquel que se comete y no es detectado, ni siquiera ha levantado sospecha.

El año 2014 es el que mayor número de casos de fraude a Entidades Aseguradoras se han detectado desde que existen datos en España. Se ha llegado a la cifra de 155.994, lo que ha supuesto dejar de indemnizar siniestros por un importe total estimado de 425.955.539,9 Euros, habiéndose duplicado desde el año 2008.

Cada año la asociación de entidades del sector asegurador español, ICEA (Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras) publica un informe con datos sobre fraude. El último informe recoge los datos del año 2014 ¹ reportados por 30 entidades aseguradoras que representan el 32,02 % de las primas de total de seguro directo, un 45,66 % de los ramos No Vida y un 8,36 % de las primas de Vida, por lo que no se dispone de las cifras de fraude detectado por las entidades que no participan en este estudio, así que realizando una estimación, el fraude detectado podría suponer una cifra cercana a los mil millones de Euros.

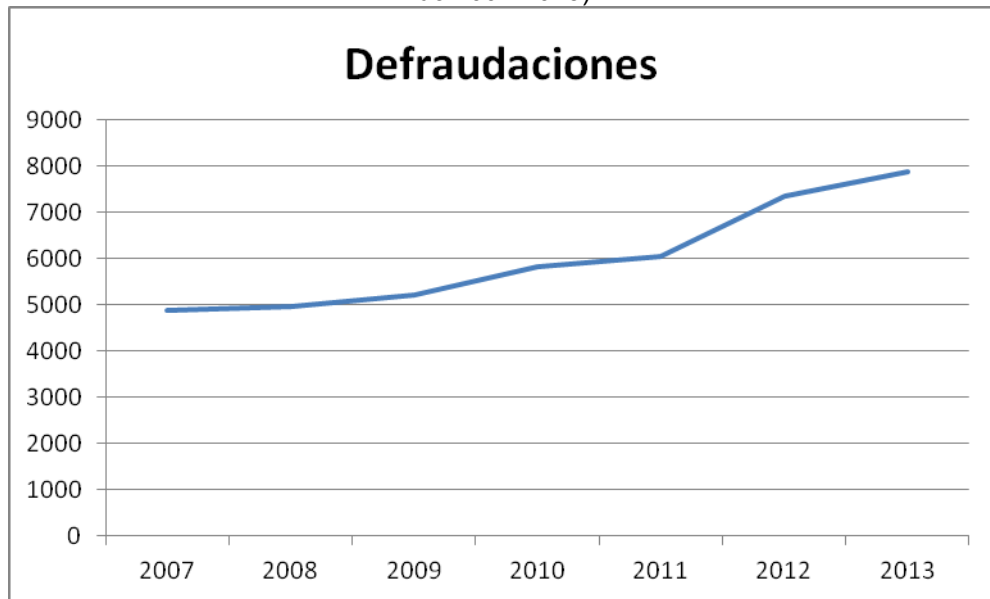
Fig 2: Número de casos de fraude detectados en España (periodo 2005 2014)



Fuente: Elaboración propia con datos de ICEA El Fraude al Seguro Español. Estadística año 2014

¹ ICEA. El Fraude al Seguro Español. Estadística año 2014

Fig3: Número de condenas por defraudaciones con Sentencia firme en España (período 2007-2013)



Fuente: Elaboración propia. Datos extraídos del INE (Registro Central del Penado). Seguridad y justicia, estadísticas de condenados. Años 2007 a 2013

Los supuestos judiciales penales en los que ha existido sentencia firme condenando por "defraudaciones" (delitos recogidos en el Capítulo VI del Código Penal, entre los que se incluye la estafa) también han aumentado con una tendencia muy similar al fraude detectado.

Estos datos han sido extraídos del Instituto Nacional de Estadística de los años 2007 a 2013, teniendo en cuenta el tipo de pena que pueden imponerse con arreglo al Código Penal con carácter principal o accesoria. En el caso de las defraudaciones no se incluye únicamente la estafa, que es el tipo penal más habitual en las condenas de fraude a las aseguradoras, sino otros relacionados como administración desleal, apropiación indebida y defraudaciones de fluido eléctrico y análogas.

No obstante, y con la debida prudencia, si comparamos las tendencias de los dos gráficos, se puede percibir una gran similitud entre el incremento de casos de fraude detectado con el número de casos con Sentencia firme condenatoria derivados de los delitos relacionados con la estafa.

Puede parecer que existe una correlación directa entre el incremento de casos de estafadores condenados y el incremento de fraude detectado, pero no tiene porqué, ya que existen múltiples factores que pueden estar influyendo en esta tendencia paralela, como la concienciación de las entidades aseguradoras en mejorar la gestión del fraude y el incremento de la inversión en herramientas y acciones, así como la concienciación del legislador y del aparato judicial a un mayor endurecimiento de estas conductas reprochables.

A estas cifras deben sumarse los gastos adicionales derivados de investigación ante casos dudosos, lo que supone también un perjuicio económico para la entidad, si bien según el estudio realizado por UNESPA, el seguro recupera 43

euros por cada euro que dedica a investigar estafas, por lo que la inversión en este tipo de investigaciones y herramientas tiene un retorno positivo.

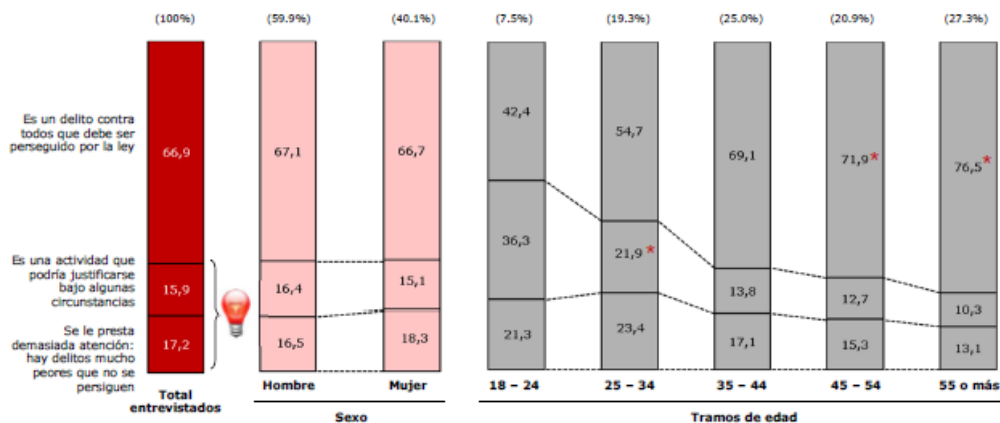
También deben tenerse en cuenta los perjuicios económicos que supone para el Estado la investigación policial (ya sean denuncias falsas o, por ejemplo, incendios provocados) y los procesos judiciales incoados en relación con estos asuntos. Por los mismos motivos indicados anteriormente estos perjuicios tampoco pueden ser cuantificados con exactitud.

La cifra exacta de fraude cometido se desconoce, pero se han realizado estudios que pueden acercarnos a conocer la entidad de la problemática: El fraude detectado por AXA en el año 2014 a nivel nacional es del 1,2 % (todos los ramos), el de Línea Directa del año 2013 (ramo de autos) es del 4 %, y una encuesta realizada por Línea Directa recoge que el 10,7 % de los encuestados reconocen haber defraudado a la aseguradora al menos en una ocasión.

Este último dato coincide con la estimación de Insurance Europe (European insurance and reinsurance federation) que estima el impacto del fraude detectado y no detectado en un 10 % de los siniestros declarados en Europa². Con todo lo expuesto, podríamos cifrar el fraude existente en torno al 10 % o superior, cifra que resulta preocupante; si bien lo es más el fraude que podríamos denominar “latente”, que es el de las personas que podrían cometerlo, y es que el 30 % de los encuestados reconocían que participarían en una estafa si pudiesen quedar impunes.³

Fig 4: Encuesta: Opinión ética sobre el fraude a las aseguradoras

Pregunta . A nivel personal ¿qué opinión, desde el punto de vista ético, le merece el fraude a las aseguradoras?



Fuente: “El fraude en el seguro de autos en España”, Línea Directa, Noviembre 2013

Se pueden hacer varias lecturas: entre 1 y 11 de cada 100 asegurados podrían estar cometiendo fraude, o bien que entre el 89 % y el 99 % de los asegurados son honrados, pero este estudio se centra en ese porcentaje menor de personas que podrían cometer fraude.

Una encuesta similar se realizó en 1996 un 27 % de los encuestados opinaban que defraudar al seguro constituía un comportamiento legítimo al menos en

² Insurance Europe, “The impact of insurance fraud”, Brussels 2013

³ “El fraude en el seguro de autos en España”, Línea Directa, Noviembre 2013

casos excepcionales. Ese mismo porcentaje declaraba haber estafado a su seguro al menos una vez.

Estos estudios demuestran que los datos de los que podemos disponer son indicios que nos hacen concluir que el número de fraudes cometidos es mucho mayor que el de los detectados. Hay estudios, también alemanes, que cifran que por cada caso que llega a conocimiento oficial existen entre 30 y 50 que nunca llegan a conocerse.

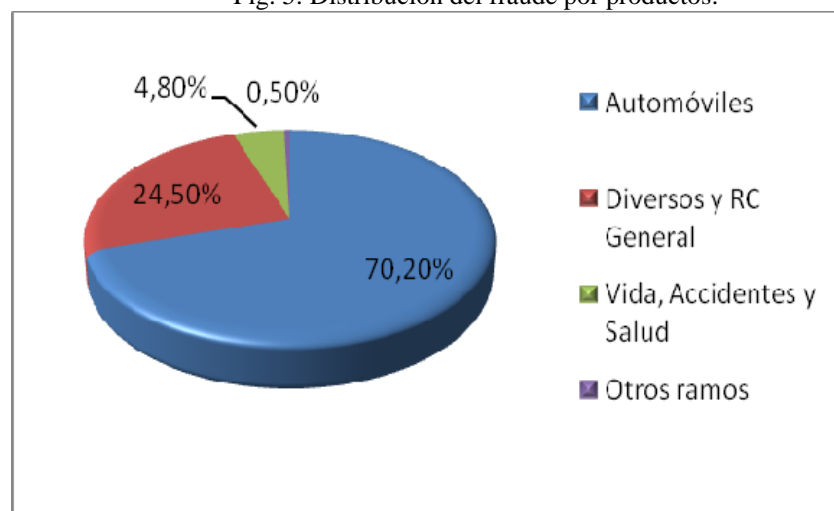
A modo de ejemplo, y como cita Marta García en su obra “la Estafa del seguro”, “Productos de seguro como la cobertura del simple hurto resultan especialmente susceptibles de abuso porque basta con comunicar la sustracción para obtener la suma del seguro” y remite a cálculos internos de aseguradoras suizas que llegaron a estimar una cuota del 70 % de siniestros fraudulentos.⁴

El impacto de este fraude se midió mediante un estudio en 1990 por la reaseguradora Münchener Rück AG (MUNICH RE) llegando a la conclusión que sin el fraude a las aseguradoras se podrían bajar las primas entre un 10 y un 30 %.

2.1 Distribución del fraude por productos

El ramo en el que se detecta un mayor número de casos de fraude es el de automóviles. Se trata de un ramo que está más universalizado a causa de su obligatoriedad, y en el que la parte asegurada dispone de mayor conocimiento sobre las garantías. En segundo lugar se encuentran los diversos y la RC General, con un 29,7 % de casos detectados. Los ramos diversos suponen una mayor complejidad en la detección del fraude, al aumentar el número de supuestos en los que es posible cometerlo.

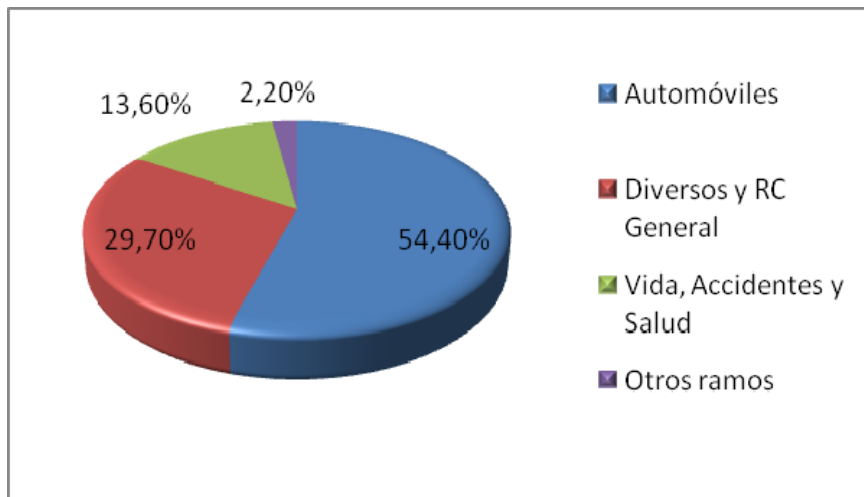
Fig. 5: Distribución del fraude por productos:



Fuente: Elaboración propia con datos de ICEA El Fraude al Seguro Español. Estadística año 2014

⁴ García Mosquera, M. La Estafa de seguro, Madrid 2006

Fig. 6: Distribución del fraude evitado:



Fuente: Elaboración propia con datos de ICEA El Fraude al Seguro Español. Estadística año 2014

El coste pagado también es más importante en automóviles, pues es el ramo en que mayor incidencia tienen los daños corporales. Se ha encontrado una oportunidad por parte de los defraudadores para conseguir un dinero fácil simulando lesiones que realmente no se han producido. Será interesante observar la evolución de este tipo de fraudes, ya que las últimas reformas legislativas, en concreto el nuevo baremo de autos y la despenalización de las faltas pueden tener efectos significativos. Hasta ahora era relativamente fácil simular una lesión sin necesidad de justificarla objetivamente y su reclamación implicaba un coste muy reducido para el defraudador, toda vez que al denunciar el hecho se conseguía un informe del médico forense con gran relevancia probatoria. La despenalización de las faltas podrá implicar que el defraudador de este tipo de lesiones se lo piense dos veces antes de hacerlo, ya que la cantidad de su "botín" será más reducida y el coste de su reclamación aumentará.

2.2 Otras consideraciones

En el informe de ICEA⁵ sobre tecnología en el sector asegurador del año 2012, se indica que las entidades aseguradoras disponen de una gran variedad de nuevas tecnologías relacionadas con la informática cuyo uso puede beneficiar al desarrollo de su actividad y entre ellas se encuentra de forma muy destacada la tecnología implementada en aras de la mejora en la detección y lucha contra el fraude.

En cuanto a la sanción de las conductas fraudulentas, destacar que ha habido un endurecimiento de las penas relacionadas con la estafa al seguro en el Código Penal en los últimos años, lo que unido a una mayor concienciación de la sociedad, incluidos los jueces, ha implicado que las condenas sean más rigurosas. El número de condenas por estafa en nuestros juzgados y tribunales aumenta cada año, aunque sigue siendo habitual la escasez de pronunciamien-

⁵ ICEA "las Tecnologías de la información en el sector de la información en el Sector Asegurador. Año 2012. Informe nº 1310. Octubre 2013

tos condenatorios, sobretodo a causa de la tendencia de las aseguradoras a no judicializar estos asuntos.

En la presentación de la Memoria Anual de 2014 del Fiscal General del Estado, indicó: ⁶ “son sin duda las estafas que se dirigen contra las aseguradoras en base a que el asegurado denuncia falazmente ser víctima de un delito contra su patrimonio o un accidente vial susceptible de poner en juego la cobertura de la póliza de seguro”. Señala que estos no son acontecimientos novedosos, “mas su relevancia está en **que por segundo año consecutivo vienen siendo objeto de particular atención por las fiscalías**”. “Normalmente, la falta o delito de estafa quedan en grado de tentativa o resultan un acto preparatorio impune en el caso de no haberse iniciado la reclamación ante la compañía aseguradora, lo que sucede en muchos casos, cuando por la misma policía se recibe una denuncia que se aborta como inconsistente o reiterativa”. En este sentido cito una entrevista del año 2010 al Director de formación y recursos humanos de ICEA, SrD. José María Olazabal, quien destacó que “**se observa una actitud proactiva de los jueces en la incoación de expedientes a asegurados por intento de estafa o por falsedad documental** derivados de la vista de procesos en los que han intervenido como demandadas entidades aseguradoras. Es un síntoma muy positivo de un acercamiento de la sensibilidad a la realidad del seguro, al que ya no se ve como una parte todopoderosa en la relación contractual con el asegurado.”⁷

Para las entidades aseguradoras es muy arriesgado el hecho de denunciar las situaciones en las que se sospecha la existencia de estafa, por un lado suele ser más práctico para la entidad finalizar el asunto con el simple cierre del expediente sin indemnización al defraudador que iniciar una reclamación judicial cuyo resultado es incierto.

En relación a la pregunta de por qué no denuncian más las entidades aseguradoras, el Sr. Olazabal indicó que prefieren preservar su imagen y que, una vez evitado el perjuicio patrimonial prefieren “obtener la renuncia escrita del defraudador y no tener que llevarle a juicio por intento de estafa, con la posible repercusión negativa en la opinión del conjunto de sus asegurados, que podrían sentirse de alguna forma “perseguidos”. Además existe cierto temor, fruto de experiencias anteriores a una interpretación judicial de la prueba, o de la misma existencia de delito, no en línea con los intereses de la entidad.” La interpretación de la existencia de perjuicio económico y engaño suficiente es competencia del Juez.

El hecho de judicializar la conducta irregular del presunto defraudador puede suponer perjuicios a la entidad, pues la jurisdicción penal exige un alto nivel de prueba para condenar, y no olvidemos que la presunción de inocencia protegida constitucionalmente es un derecho básico (art. 24 Constitución Española) lo

⁶ BDS. El Fiscal General del Estado confirma el impacto de la crisis en el fraude al seguro. 11/09/2014, <http://www.inese.es/noticias/detalle_noticia/-/asset_publisher/Cy9o/content/el-fiscal-general-del-estado-confirma-el-impacto-de-la-crisis-en-el-fraude-al-seguro>

⁷ LEONOR, D. Las aseguradoras vienen extremando, y en intensidad, sus medidas antifraude. 2010 <http://www.inese.es/noticias/detalle_noticia/-/asset_publisher/Cy9o/content/las-aseguradoras-vienen-extremando-y-en-2009-con-intensidad-sus-medidas-antifraude>

que sumado al principio *in dubio pro reo*, implica que en casos que puede parecer que el intento de estafa ha sido claro, es posible la absolución del presunto defraudador, lo que puede implicar lo siguiente:

- Perjuicio reputacional de la entidad
- Alargar en el tiempo un expediente, con los consiguientes gastos de gestión y el perjuicio derivado de mantener la provisión técnica del asunto.
- Riesgo de tener que asumir una indemnización que sin denuncia no se habría efectuado, así como asumir los gastos judiciales que conlleva.

Las formas de cometer fraude son tan variadas como lo es la imaginación humana, y tanto las nuevas tecnologías como la gran variedad de nuevos productos facilitan esta diversidad y predicen que las formas de defraudar van a seguir evolucionando e innovando, por lo que se expondrán fraudes cometidos y formas de combatirlo. En el presente estudio citaré casos reales y ejemplos, pues considero que es la práctica la que ayuda a conocer el problema en detalle.

3. Definición y aspectos jurídicos

En el ámbito del presente estudio, se trata el fraude en el sector asegurador, que abarca todas aquellas conductas tendentes a engañar a la aseguradora. Es importante diferenciar el fraude en sí de un simple desacuerdo en la cuantía de la indemnización o en la cobertura de la póliza, por un criterio de interpretación. El hecho de considerar que el valor de un bien dañado es superior al que valora la aseguradora no implica necesariamente un intento de fraude.

Generalmente podría simplificar indicando que el fraude supone mala fe por parte de quien lo está cometiendo: un aspecto subjetivo del defraudador.

Así, una reclamación de daños no amparados en la póliza por simple desconocimiento del condicionado o desacuerdo en su interpretación no implica fraude, pues no existe mala fe ni ánimo de lucro en la persona que reclama. En todo caso existiría pretensión indemnizatoria por parte del asegurado, pero no ánimo de enriquecimiento injusto.

Por otro lado, es importante aclarar que no podemos hablar de fraude hasta que no exista una sentencia que condene por la estafa, por lo que las entidades deberán ser muy prudentes en cómo califican los hechos sospechosos tanto en las comunicaciones hacia el presunto defraudador, como de forma interna, para evitar situaciones que puedan vulnerar los derechos de los asegurados.

Se debe recordar que la existencia del seguro requiere un componente indispensable, el “*aleas*”, es decir que un determinado evento se produzca de forma aleatoria, por lo que cualquier pretensión indemnizatoria que no cumpla este requisito, no puede ser amparada por esta institución.

3.1 Definiciones:

Fraude: (Del lat. *fraus, fraudis*).⁸

1. m. Acción contraria a la verdad y a la rectitud, que perjudica a la persona contra quien se comete.
2. m. Acto tendente a eludir una disposición legal en perjuicio del Estado o de terceros.
3. m. *Der.* Delito que comete el encargado de vigilar la ejecución de contratos públicos, o de algunos privados, confabulándose con la representación de los intereses opuestos.

Etimología:⁹

1490. Tom. del lat. *fraus-dis*, "mala fe" , "engaño", "perjuicio".

⁸ Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 23.ª ed. Madrid 2014

⁹ Corominas, J. Breve diccionario etimológico de la lengua castellana. 3ª ed. Madrid: Editorial Gredos, 2006 (Biblioteca románica hispánica).

Deriv. Defraudar, 1350, lat. defraudare íd.; defraudación, 1604. Fraudulento, h. 1440, lat. fraudulentus íd.

Definición sectorial:

“Actuación de mala fe llevada a cabo por una persona con el objeto de obtener para sí misma o para un tercero un enriquecimiento injusto e ilícito a expensas de una compañía de seguros mediante la utilización de un artificio o engaño”¹⁰

Estafa:

1. f. Acción y efecto de estafar.
2. f. *Der.* Delito consistente en provocar un perjuicio patrimonial a alguien mediante engaño y con ánimo de lucro.
3. f. germ. Cosa que el ladrón da al rufián.

Estafar.

1. tr. Pedir o sacar dinero o cosas de valor con artificios y engaños, y con ánimo de no pagar.
2. tr. *Der.* Cometer alguno de los delitos que se caracterizan por el lucro como fin y el engaño o abuso de confianza como medio.

Etimología:

Estafar: 1513, "timar", primitivamente "pedir dinero con intención de no devolverlo", voz de germanía. Procedente en último término del it. staffa "estribo" que viene del longobardo STAFFA "pisada, paso" (comp. del alem. stapfe y el ingl. step íd.). Probablemente estafar se tomó del it. staffare "sacar (el pie) del estribo", porque al estafado se le deja económicamente en falso como al jinete cuando queda en esta posición

Definición jurídica: ¹¹

Estafa: “El delito de estafa existe siempre que el sujeto activo movido por un ánimo de lucro, utiliza un engaño bastante para producir error en otro, induciéndole a realizar un acto de disposición patrimonial en perjuicio propio o ajeno. Hay también estafa cuando el sujeto activo, con ánimo de lucro y mediante un artificio informático u otro medio similar, consigue transferencia no consentida de un activo patrimonial en perjuicio de un tercero. Por último se engloba también en esta figura delictiva la conducta de quien fabrique, introduzca, posea o facilite programas de ordenador específicamente destinados a la comisión de las anteriores modalidades de estafa. Si la cuantía de lo defraudado excede de 400 euros, la estafa será constitutiva de delito, en caso contrario de falta”

Picaresca:

Forma de vida o actuación aprovechada y tramposa.

¹⁰ Centro de Estudios del Seguro, 1992.

¹¹ Diccionario Jurídico Aranzadi. Quinta edición, 2009, Edición preparada por Juan Manuel Fernández Martínez. Editorial Aranzadi, 2009

El fraude: ¿Delito o picaresca?. En algunos artículos o noticias se habla del fraude vinculándolo con la picaresca, por lo que tras analizar las definiciones, se puede contestar a esta pregunta confirmando que el fraude es un delito de estafa. Así podríamos decir que todo fraude es picaresca, pero el delito de estafa va más allá de la simple actuación aprovechada o tramposa, podríamos simplificarlo diciendo que el fraude se encuentra en un nivel superior que la picaresca.

3.2 Aspectos Jurídicos: Normativa y principios aplicables

Existen varios cuerpos legales que conviene conocer en aras de organizar un Departamento de Fraude, pues existen múltiples implicaciones:

- Consecuencias penales o administrativas que recaerían sobre el defraudador.
- Posibilidad de recobro ante el defraudador que ha obtenido una indemnización indebida.
- Intercambio de información entre entidades aseguradoras.

He añadido en el ANEXO nº II los artículos más destacados de las normativas que aplican.

3.2.1 Ley de Contrato de Seguro

El cuerpo legal más específico para la materia que se trata es la Ley de Contrato de Seguro, una normativa del año 1980 que ha sufrido varias modificaciones desde entonces, siendo la última de 15 de julio de 2015.

Se regula la nulidad del contrato si el contrato se concluye después de producirse el siniestro, el deber de declarar todas las circunstancias que puedan influir en valoración del riesgo, el deber de informar sobre todas las circunstancias del siniestro, el dolo del asegurado o el beneficiario, determinando como consecuencia la pérdida del derecho a la indemnización. Regula incluso la posibilidad de pérdida de indemnización si existe culpa grave del asegurado (en incendios).

Artículo 4. Nulidad del contrato: Cuando al contratar no exista riesgo: debe entenderse no solo en los casos en los que el siniestro se haya producido de forma completa, sino también a las consecuencias que pueda haber traído, por ejemplo, se ha producido un siniestro de rotura de tubería de agua y no se conoce si esta rotura ha causado daños a terceros, que se manifiestan meses más tarde cuando los asegurados acuden a la vivienda deshabitada.

Artículo 6. Solicitud y proposición de seguro: Retrotraer las coberturas queda a expensas de la voluntad de las partes. En el caso de seguro de automóvil existe un régimen especial establecido en la Ley sobre responsabilidad civil y seguro de la circulación de vehículos a motor (RDLeg. 8/2004, de 29 de octubre (afec-

tado por varias modificaciones posteriores), el reglamento prevé el contrato de seguro de automóvil se inicie con una proposición de seguro realizada por la compañía y, una vez se ha aceptado por el tomador, vinculará a la aseguradora durante 15 días, que podrá rechazar la proposición con un plazo de 10 días, Si no lo hace, se entenderá que la solicitud ha sido aceptada. Si se produce un siniestro en este periodo de 15 días la aseguradora debe asumir las consecuencias frente al tercero perjudicado.

Artículo 10 a 13. Deber de declaración del riesgo: El asegurado tiene el deber de declarar las circunstancias que rodean al riesgo que desea asegurar, siendo responsable de la omisión o falsedad de los datos facilitados. En este caso en lo que se refiere a los artículos 10 a 13 de la Ley de Contrato d Seguro el Tribunal Supremo ha determinado que en caso de vulnerarse este deber, es de aplicación una regla de equidad: reducción del importe de la indemnización teniendo en cuenta la prima que se habría pagado de haberse declarado el riesgo correctamente. Cabe destacar la importancia que se le otorga a los cuestionarios que deben ser aportados por las entidades aseguradoras, pues el régimen anterior del Código de Comercio implicaba que el asegurado estaba obligado a declarar todo aquello que sabía sobre el riesgo, con la LCS se modificó en el sentido de que es la aseguradora la que debe aportar un cuestionario al asegurado para que este lo cumplimente. Si la aseguradora no ha exigido el cuestionario el deber de declaración no existe más allá de la información de los datos básicos del riesgo. El asegurador no podrá alegar el deber de declaración si no aporta el cuestionario.

En ocasiones las entidades relajan la exigencia de los formularios para favorecer una contratación. A un mediador le resulta más fácil conseguir una contratación si evita realizar demasiadas preguntas al asegurado, sobre todo las que impliquen no poder contratar en el momento, ya que dejar de firmar puede suponer la pérdida de la póliza. Este aspecto cobra especial interés en la contratación a distancia, en la que se suele promover una contratación rápida evitando al asegurado la cumplimentación de excesivos formularios.

Las entidades deben ser cuidadosas en la redacción de los cuestionarios y exponer en él todas las cuestiones trascendentes a efectos de la valoración del riesgo. Las circunstancias relativas a este deber versan tanto sobre los aspectos objetivos (modelo de vehículo, lugar del riesgo o antigüedad de permiso de conducir) como los subjetivos (siniestralidad histórica del asegurado).

Cuando el asegurador tenga conocimiento de una declaración de riesgo inexacto tiene la facultad de denunciar el contrato, con un plazo de caducidad de tan solo un mes desde que tuvo conocimiento.

Artículo 16. Obligación de comunicar un siniestro: Esta obligación se incumple con la falta de comunicación total o cuando es tardía, falsa o incompleta, aunque este incumplimiento no supone para la aseguradora una liberación del pago de la prestación, ni siquiera cuando ha sido dolosa, la facultad que le permite la ley es la de reclamar daños y perjuicios. Si bien se pueden encontrar supuestos de liberación del pago de la indemnización: Sentencia de la Audiencia Provincial de Castellón sección 2 8/3/2000.

Artículo 17. Deber de salvamento: Si el asegurado incumple el deber de salvamento por dolo o mala fe, el asegurador quedará liberado de la obligación de abonar la prestación. A modo de ejemplo: un comercio que se está inundando por rotura de bajante en el que el asegurado, tras su descubrimiento no procede a salvar las cajas que todavía no han sido dañadas con la finalidad de dañar un stock de prendas antiguas y así percibir una indemnización superior.

Artículo 19. Mala fe: Este artículo plasma lo que podemos llamar inasegurabilidad del dolo, que debe ser matizado, ya que existen supuestos en que la aseguradora deberá asumir indemnizaciones aún a sabiendas de que el siniestro ha sido causado de forma dolosa.

La ley exige que exista mala fe, y esto se explica en que el dolo se asimila a un concepto penal, que en derecho privado no está definido con precisión, ya que en derecho penal el término es más restrictivo. El Dolo civil significa mala fe con la intención de realizar actos contrarios a derecho. Debe ser un acto malicioso e intencional del asegurado con la intención de violar una norma o deber de comportamiento. La prueba del dolo civil corresponde al asegurador, siendo exigible una prueba concluyente. Si las Sentencias penales son absolutorias no vinculan a la jurisdicción civil ni producen excepción de cosa juzgada salvo declaración de que el hecho no existió. Es decir, la prueba de que una persona no ha sido autora de un delito no implica necesariamente que no ha sido la causante dolosa del siniestro.

Supuestos de cobertura de siniestros provocados por el asegurado:

- 1- Responsabilidad Civil (art. 76 LCS): expone una importante excepción a la inasegurabilidad del dolo, ya que concede al tercero perjudicado la acción directa contra la aseguradora en reclamación de los perjuicios derivados de la responsabilidad civil causada por dolo del asegurado, con la finalidad de favorecer al tercero. En estos casos se concede a la aseguradora la facultad de repetir frente al asegurado las indemnizaciones que haya tenido que asumir por este concepto. No obstante en la práctica resulta difícil, por no decir imposible, esta repetición, pues no se suele encontrar patrimonio para ejecutar las sentencias favorables. Existe una exclusión expresa a esta regulación en el texto refundido de la Ley de responsabilidad Civil y Seguro en la circulación (art. 1.4) según la cual se excluye expresamente la responsabilidad del asegurador cuando el vehículo ha sido utilizado para la comisión de delitos dolosos o culposos contra las personas o bienes: por ejemplo: una persona que quiere asesinar a otra y como arma del crimen utiliza un vehículo con la finalidad de atropellarlo: en virtud de este artículo no se debería condenar a la aseguradora a la indemnización que pudiese corresponder a la persona atropellada o a sus herederos.
- 2- Dolo de las personas de las que deba depender el asegurado (1903 CC): empleados, hijos menores de edad. Se considera que al tratarse de conductas de personas ajenas al asegurado, deben gozar de cobertura a pesar de existir mala fe del dependiente, se podría imputar *culpa in eligendo* o *in vigilando* del asegurado, lo que no alcanza la categoría de dolo, siendo obligación de la aseguradora asumir estos siniestros.

- 3- Suicidio del asegurado en seguros de vida. La LCS admite la asegurabilidad del suicidio.
- 4- Casos de legítima defensa, fuerza mayor o solidaridad: Por ejemplo, en un siniestro de incendio, apagar el fuego con una alfombra muy valiosa, o en seguro de accidentes, provocarse daños por intentar salvar a una persona que se encuentra en el interior de la vivienda incendiada.

Artículo 25. cese del interés asegurado: Se produce una causa de resolución del contrato desde el momento en que el interés no existe, así, de ser sobrevenido el asegurador tiene derecho a percibir la prima correspondiente al periodo en el que el interés asegurado sí existía.

Artículo 26. Enriquecimiento injusto: La figura del seguro se basa en el principio indemnizatorio, lo que implica que la indemnización no podrá ser superior al daño causado. Si se pretende asegurar por un importe superior, existirá sobreseguro y el asegurado tendrá derecho a la devolución del importe de la prima abonado en exceso, pero no a ser indemnizado por encima del valor de los daños. El principio indemnizatorio se fundamenta en razones de orden público, para evitar favorecer la provocación de daños en bienes asegurados con la finalidad de lucrarse, así como evitar las apuestas y especulación. Como indica Fernando Sánchez Calero ¹² "...el ordenamiento jurídico pretende evitar el amparar una situación que puede incitar al asegurado a la provocación del riesgo, al crearse-en virtud del contrato- un interés en que se produzca el siniestro. Además –aún en el supuesto de que la provocación del siniestro no dependa de actos del asegurado- debe eliminarse el peligro de las apuestas y de las especulaciones. Si la indemnización no estuviera limitada por el daño y si el asegurado pudiera realizar un beneficio en caso de siniestro –dicen Picard y Besson- el seguro se transformaría en una apuesta: el asegurado especularía con la realización del riesgo, suscribiendo un fuerte seguro, en la esperanza de que, con independencia de su voluntad, el siniestro se produzca y le procure así un enriquecimiento."

El principio indemnizatorio se basa en el abono de la prestación por el coste del objeto dañado en el momento anterior a la realización del siniestro. Cabe diferenciar varios momentos en los que realizar la valoración:

Valor inicial: Valor del objeto en el momento de contratar el seguro.

Valor sucesivo: Valor que tiene el objeto durante la vida del contrato de seguro: este valor se va modificando según la antigüedad y obsolescencia del objeto

Valor Final o Valor real: El que tiene el objeto en el momento anterior a la realización del siniestro.

Valor residual: el valor restante del objeto dañado cuando la destrucción no ha sido total.

Así, el valor a tener en cuenta para indemnizar el siniestro es el valor final.

Excepciones al principio indemnizatorio:

- 1- Seguro a Valor Nuevo: Un tipo de aseguramiento en el que el asegurador se obliga a indemnizar el objeto asegurado por el coste de reposición

¹² Sanchez Calero, F. Comentarios a la ley 50/1980, de 8 de octubre. Editorial Aranzadi, 2010

y no por el valor real del objeto. Esta excepción se ha argumentado en base a una exigencia social, pues en muchas ocasiones la indemnización por el valor final supondría un menoscabo importante a la persona que ha sufrido el daño, quien se ve obligada a desembolsar una cantidad superior a la indemnizada para reponer los objetos dañados: Una familia que ve afectada su vivienda por un incendio y que todos sus muebles y electrodomésticos tienen una cierta antigüedad probablemente encontrarán problemas para reponer todo aquello afectado por el incendio con una indemnización a valor final o real. Existen herramientas para evitar que las cláusulas de indemnización a valor final o real supongan enriquecimiento injusto, como limitar la indemnización a valor nuevo a objetos dañados con una cierta antigüedad, o prohibir la venta del objeto durante un tiempo, o la obligación de aceptar la reparación o la reposición por parte del asegurador. EL Tribunal Supremo validó esta cláusula en una Sentencia de 25/10/1990 en la que el Consorcio de Compensación de Seguros la puso en duda.

- 2- Seguro de Lucro Cesante: La producción del siniestro supone una destrucción e expectativas, siendo muy difícil la prueba al tratarse de un daño indirecto. Así se podrá acreditar con la contabilidad de la empresa que ha sufrido el siniestro, comparando el periodo con otros anteriores, beneficios netos de ejercicios pasados. Se ha resuelto buscando una cierta elasticidad de este principio.

Artículo 32.1. Seguro múltiple: La regulación del seguro doble abre una ventana a la posibilidad de compartir legalmente datos entre compañías aseguradoras, como expuso Javier López y García de la Serrana, secretario general de la Asociación Española de Abogados Especializados en RC y Seguro en el XXXI Congreso de Derecho de la Circulación en el debate sobre la compatibilidad de la lucha contra el fraude con la protección de datos. “No es fácil compartir datos”, dijo, “si no hay una norma legal que lo ampare, como el artículo 32 de la Ley de Contrato de Seguro”.

Art. 38-2: Prueba de la preexistencia de los bienes asegurados: Es el asegurado quien tiene el deber de fundamentar su pretensión, evitando el enriquecimiento injusto. La suma asegurada no implica una presunción de valor de los bienes asegurados, sino que es el límite de la obligación de indemnizar. De esta presunción se desvinculan los supuestos en los que ha existido una inspección de riesgo. El valor probatorio de las declaraciones contenidas en la póliza entra en juego cuando no se pueden aportar otro tipo de pruebas eficaces (artículo 299 Ley de Enjuiciamiento Civil) y su valoración corresponde al juez. Si se aprecia dolo o culpa grave en la prueba de la preexistencia por parte del asegurado se podrá aplicar analógicamente el artículo 16.3 LCS imponiendo como consecuencia la pérdida de la indemnización. El asegurado tiene la obligación de conservar los restos del siniestro en aras a facilitar las comprobaciones necesarias por parte de la aseguradora

Artículo 48. Incendio: Se perderá el derecho a indemnización cuando el incendio haya sido ocasionado por dolo o culpa grave del asegurado. Debe entenderse también el del tomador. Se ha debatido si debe incluirse el dolo o culpa grave de las personas de las que deba responder (hijos menores de edad, tute-

lados, alumnos o empleados). La LCS no lo indica, por lo que deberá interpretarse que no ha tenido la intención de incluirlos, si bien queda la puerta abierta a matizarlo en los condicionados de las pólizas.

Será la aseguradora quien deba probar la existencia de dolo o culpa grave

Artículo 89 y siguientes. Seguro de vida: Este artículo remite a las disposiciones generales de la ley, debiendo conectar con el artículo 10 ya comentado, en relación con la inexactitud de las declaraciones del tomador. Existen Sentencias, que se pueden consultar en el estudio jurisprudencial del Anexo V, en las que se libera al asegurador de la obligación de pago en caso de ocultación dolosa o con culpa grave por parte de la parte asegurada.

No existe dolo cuando el asegurado ignore encontrarse en un mal estado de salud, ni en los supuestos en los que es el mediador quien rellena el cuestionario, o si el examen médico no ha dado importancia a la enfermedad padecida por el asegurado. Según el caso, puede que no se considere una exclusión completa de la indemnización, sino la aplicación de una regla de equidad, y reducir la indemnización en proporción a la prima que debería haberse cobrado de haberse declarado la situación real.

En caso de no informar correctamente de la edad del asegurado en caso de seguro de vida (ya sea para caso de muerte o para supervivencia) se procederá reduciendo la prestación a la que habría correspondido de informar correctamente de la edad o bien, si el descubrimiento es anterior al siniestro, puede la aseguradora instar al asegurado el abono de la diferencia de las primas que debería haber satisfecho.

La prueba de la muerte se realiza mediante certificado de defunción. En el caso de seguros de supervivencia, la prestación se concreta en el momento estipulado en la póliza.

El hecho doloso causante de la muerte del asegurado con la finalidad de percibir la prestación debe ser considerado como dolo civil, no penal, pues no se exige una condena penal del beneficiario. En estos supuestos el asegurador queda liberado de abonar la indemnización al beneficiario causante de la muerte, no obstante, si existen otros beneficiarios inocentes pasará a estos, o en caso de no haberlos, al tomador inocente. Si el tomador es el propio fallecido, pasará a formar parte de la herencia del fallecido

Artículo 100. Accidentes: La propia descripción de accidentes de la LCS “que sea ajena a la intencionalidad del asegurado” ya excluye la autolesión voluntaria como indemnizable. Deben ser daños corporales causados voluntariamente¹³, si bien no deben incluirse los de fuerza mayor o por defender a otra persona (saltar a la carretera para salvar a otra persona de un atropello).

¹³ Moreno Mendieta, M. Amputarse una mano para cobrar 2,1 millones de 11 aseguradoras. 25/04/2013 <http://cincodias.com/cincodias/2013/04/25/mercados/1366892814_360978.html>

3.2.2 Código Penal

El comúnmente denominado fraude tiene su encaje penal en la figura de la Estafa, alrededor de la cual orbitan otros tipos penales, como las falsedades documentales, delito de incendio, simulación de delito, denuncia falsa y estafa procesal.

El derogado Código Penal de 1973 contemplaba lo que se vino denominando "estafa de seguro", que se tipificó en la reforma de 1983 (LO 8/1983, de 25 de junio): su artículo 529 indicaba: "Son circunstancias que agravan el delito a los efectos del artículo anterior (estafa): Cuando se produzca destrucción, daño u ocultación de cosa propia agravación de lesiones sufridas o autolesión para defraudar al asegurador o a un tercero". De la lectura de la Exposición de motivos, se deduce una concienciación por parte del legislador de revisar este tipo de estafas (al seguro, procesal, de tráfico de influencias, firma en blanco) y dotarlas de una mayor visibilidad. El motivo de agravar la estafa al seguro es que no se está atacando únicamente el patrimonio de la aseguradora sino, indirectamente el del resto de asegurados, por las consecuencias indirectas del fraude. No obstante, a pesar de la especialidad, fue escasa o nula su incidencia y aplicación práctica.

En el actual Código Penal de 1995 se ha suprimido la mención a la estafa de seguros, lo que podría parecer un paso atrás respecto a la regulación anterior. No obstante, esta protección especial a los delitos de estafa cometidos contra aseguradoras se alcanza con otros mecanismos: Ahora la estafa si supera los 400.- € es delito, no falta, así su pena es de 6 meses a 3 años de prisión, y el juez puede tener en cuenta otras características del delito cometido: relaciones y medios empleados, así como el tipo especial agravado para las estafas de importe superior a los 50.000.- € o que afecte a un elevado número de personas, que serán penadas con prisión de uno a seis años.

La estafa en el código penal derogado la estafa básica se podía castigar con penas de 1 a 6 meses de prisión como máximo (arresto mayor) y con el actual Código Penal de 6 meses a 3 años, y una estafa agravada puede suponer hasta 6 años, por lo que, a pesar de que haya desaparecido la mención expresa a la estafa de seguros, se concluye que penalmente se ha endurecido la pena que puede imponérsele a un defraudador.

Los fraudes a aseguradoras se caracterizan por constituir formas imperfectas del delito, ya que en la mayoría de los casos se trata de tentativas, pues son descubiertos antes de efectuar la indemnización, lo que supone penas inferiores. En gran medida se añade el tipo penal de simulación de delito al existir en muchas ocasiones una denuncia sobre hechos falsos.

Los requisitos para poder apreciar la existencia de estafa son:

1 - Engaño doloso y suficiente para provocar un error esencial en el estafado: En cuanto al engaño suficiente se ha discutido sobre este concepto, dado que se puede presuponer que las aseguradoras disponen de mecanismos de investigación (periciales, investigadores privados y bases de datos) que les permiten determinar las circunstancias del siniestro.

2- Que exista un desplazamiento del patrimonio que suponga un perjuicio para el sujeto pasivo. Si no se ha llegado a efectuar la indemnización, el delito será en grado de tentativa.

3- Relación de causalidad entre engaño y perjuicio.

4- Ánimo de lucro, que no debe presumirse. No sería ánimo de lucro un desacuerdo sobre la interpretación de una garantía o sobre la cuantía de una indemnización que el asegurado cree que tiene derecho a percibir.

El artículo 457 del Código Penal regula la simulación de delitos, para que sea aplicable al defraudador de seguro deben darse los elementos configuradores:

- Que se simule ser víctima de un delito ante funcionario judicial o administrativo (juzgados o cuerpos de policía). Que estos actos provoquen una intervención policial o judicial.
- Debe existir relación de causalidad entre los hechos denunciados y la incoación del procedimiento penal, así como consciencia plena de la falsedad (dolo). En estos supuestos el dolo es inherente al delito.

Concurrencia con el delito de estafa: Se ha planteado si este delito es compatible con el de estafa: Si se debe condenar al delincuente por ambos delitos o bien si uno de ellos ya implica la comisión del otro, en cuyo caso solo sería posible la condena por uno de ellos. El tipo agravado de estafa del art. 250-2 del CP en su redacción anterior podría parecer aplicable de forma concurrente en los casos en los que se produce una denuncia falsa, ya que lo aplicaba el tipo agravado cuando “Se realice con simulación de pleito o empleo de otro fraude procesal.”, no obstante la jurisprudencia no aplicó este artículo sino el 457 al considerarlo más específico y en virtud del principio “*non bis in idem*” (nadie puede ser sancionado dos veces por unos mismos hechos).

Hoy es una discusión vacía al haberse reformado el texto del artículo 250-2, pero conviene tenerlo en cuenta ante otras posibles concurrencias de ilícitos penales en el fraude al seguro.

Es característica de este tipo de delitos la escasa punición. La estafa está penada con pena de prisión de seis meses a tres años, si bien, como en la inmensa mayoría de los casos el delito es en grado de tentativa (art. 16 del Código Penal) se reduce la pena y son pocos los casos en los que el condenado llega a cumplir la pena de prisión. Por regla general en los casos de concurrencia entre la estafa en grado de tentativa y la simulación de delito consumada suele oscilar en una pena de prisión de 6 meses por la tentativa de estafa y de 6 meses multa por la simulación de delito.

En cuanto al delito de incendio en bienes propios, se castiga con la pena de prisión de uno a cuatro años si tuviere propósito de defraudar o perjudicar a terceros, así, la pena mínima de este delito es superior a la de estafa básica. En estos casos se puede considerar que ambos delitos son compatibles. El Tribunal Supremo ha dictaminado que entre ambos delitos existe un concurso ideal, ya que se pone en peligro dos bienes jurídicos distintos, por un lado el patrimonio del estafado y por otro la seguridad de la comunidad, como posibles

afectados por el delito de incendio, este delito de incendio crea un incremento de responsabilidad por las consecuencias que puede conllevar.

Estos concursos normativos deberán estudiarse caso a caso, se deberá de estar a la interpretación del juzgador.

No se considera que la denuncia falsa pueda aplicarse de forma accesoria, ya que suele tratarse de un medio para perpetrar la estafa, y su gravedad se tiene en cuenta en la circunstancia especialmente agravatoria de la estafa.

Novedades relevantes en el Código Penal: El 1 de julio de 2015 ha entrado en vigor una reforma del Código Penal Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, que incide en varios aspectos que, por su novedad y por su posible influencia en el asunto tratado, se describen brevemente a continuación

Responsabilidad Penal de las Personas Jurídicas:

Si el delito se comete por una persona jurídica en el ejercicio de sus actividades sin cumplir los deberes de supervisión y vigilancia podrá ser condenada penalmente.

La persona jurídica quedará exenta de responsabilidad si ha implantado un sistema de prevención de delitos que detalla en el artículo 31 bis.

Despenalización de las faltas

La exposición de motivos de la ley que reforma el Código Penal indica que se suprimen las faltas que históricamente se regulaban en el Libro III, si bien algunas de ellas se incorporan al Libro II del Código reguladas como delitos leves. La reducción del número de faltas (delitos leves en la nueva regulación) viene orientada por el principio de intervención mínima, y debe facilitar una disminución relevante del número de asuntos menores que, en gran parte, pueden encontrar respuesta a través del sistema de sanciones administrativas y civiles. Se argumenta por el legislador que la reforma tiene como fin reducir la litigiosidad y favorecer una respuesta judicial eficaz.

Esta reforma afecta a ciertos hechos despenalizados como el de las lesiones por imprudencia, concretamente los accidentes de tráfico, así la mayoría de las lesiones producidas en accidente de tráfico dejarán de ser sancionables penalmente y se tratarán a través de la Jurisdicción Civil.

Así, el responsable de un hecho que pudiera ser constitutivo de una falta de lesiones, sale beneficiado por cuanto no tendrá sanción penal. Por el contrario, el perjudicado se verá obligado a acudir a la vía civil a reclamar las lesiones y daños materiales derivados del accidente. Se deberá esperar a la aplicación práctica, pero lo que se puede prever es que si el perjudicado debe acudir a la jurisdicción civil le supondrá incrementar el coste de la reclamación y el tiempo de espera hasta la resolución judicial.

El perjudicado, dependiendo del importe reclamado y de las características personales deberá asumir las tasas judiciales, y si desea una buena documentación de sus lesiones, tendrá que aportar un informe médico privado, que puede costar unos 500.- € o más (lo que hasta el 1 de julio de 2015 se podía suplir

sin coste para el lesionado con el informe del médico forense), así como la posible condena en costas.

Es objeto de debate la incidencia que tendrá en el sector asegurador, por un lado podría incrementar el negocio de Defensa Jurídica, si se facilita al lesionado la obtención de informes médicos con esta póliza, así como los gastos judiciales. Por otro lado es posible que afecte en el número de reclamaciones contra la aseguradoras: posiblemente disminuya el número de reclamaciones de escasa cuantía, entre ellas las lesiones simuladas que constituyen fraude, pero también puede suponer un mayor coste para las aseguradoras en lo que a los gastos derivados de la judicialización y de elaboración de informes médicos se refiere.

3.2.3 Otros aspectos legales

Mala fe: Es un concepto jurídico indeterminado que implica un comportamiento incorrecto (de infidelidad o deslealtad). Conduce a la agravación de la responsabilidad, la pérdida de un beneficio o la reducción de un derecho.

La prueba. La importancia de la prueba es vital para cualquier acción relacionada con el fraude, se debe estar muy seguro de que el presunto defraudador ha cometido una estafa y para ello debe poder probarse. Como se verá en el estudio jurisprudencial, es posible probar un fraude en base a diversos indicios, pero siempre de forma restrictiva, en aplicación de los principios *in dubio pro reo* e *in dubio pro asegurado*.

In dubio pro asegurado. Este principio viene a simplificarse como sigue: Si se debe juzgar una controversia entre aseguradora y asegurado, en caso de duda deberá tenderse a dar la razón al asegurado.

El principio tiene su fundamento en el artículo 1288 del Código Civil (“la interpretación de las cláusulas oscuras de un contrato no deberá favorecer a la parte que hubiese ocasionado la oscuridad”) y adquiere especial relevancia en materias relacionadas con los consumidores, cuya protección, como parte contratante más débil, ha llevado al legislador a formularla expresamente en diversas leyes reguladoras de actividades, especialmente el texto refundido de la Ley de consumidores y usuarios. Su artículo 80.2 dispone que, cuando se ejerciten acciones individuales, prevalecerá la interpretación más favorable al consumidor en caso de duda sobre el sentido de una cláusula. Se inspira en el principio general del derecho de «buena fe». Este principio, que puede parecer excesivamente protector para la parte asegurada, no siempre significa un cheque en blanco para la llamada parte débil.

Baremo de Autos: El comúnmente denominado Baremo, es un conjunto de tablas de referencia donde se recogen los daños físicos susceptibles de ocurrir en un accidente de circulación y se especifica su equivalente económico. Todos los años, el Boletín Oficial del Estado publica la resolución de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP) con las nuevas tablas del Baremo de Autos que estarán vigentes cada año. Las cantidades se van

actualizando en base al incremento del Índice de Precios al Consumo, teniendo en cuenta la cifra calculada por el Instituto Nacional de Estadística.

Este baremo es aplicable para las lesiones derivadas de accidentes de circulación, pero en la práctica también se utiliza para la cuantificación de daños corporales ocurridos fuera del ámbito circulatorio

Las ventajas y objetivos de este sistema son las siguientes:

- Seguridad jurídica: El perjudicado puede conocer en base a un informe médico cual es la valoración objetivada.
- Igualdad: antes de publicarse el baremo una misma lesión podía ser indemnizada, según el Juez, de forma muy distinta dependiendo del Juzgado.
- Favorecer los acuerdos extrajudiciales, lo que conlleva una disminución de la judicialización de este tipo de asuntos que, previsiblemente disminuirá todavía más con la entrada en vigor de la despenalización de las faltas.
- Conseguir dar seguridad y continuidad a las entidades aseguradoras, pudiendo calcular las provisiones técnicas y así asegurar la solvencia.

En el año 2016 está previsto que entre en vigor un nuevo baremo que supondrá previsiblemente para las aseguradoras un aumento en el coste medio de las indemnizaciones por lesiones graves, ya que se ha previsto mejorar el tratamiento de la gran invalidez (ayuda de terceras personas), pero por otro lado también es previsible la disminución de reclamaciones por lesiones leves o de difícil prueba, básicamente el conocido como "latigazo cervical" o cervicalgia, una lesión que en muchas ocasiones se valora como secuela permanente y que su existencia es muy difícil de objetivar con pruebas médicas. El tratamiento del latigazo cervical en la propuesta de reforma se denomina "traumatismos menores de la columna vertebral", indicando que cuando se diagnostican con base a la manifestación de la existencia del dolor por parte del lesionado, si no son susceptibles de verificación mediante pruebas complementarias, se tratarán como lesiones temporales siempre que el hecho lesivo pueda producir el daño de acuerdo con los requisitos que siguen:

- "de exclusión" consistente en que no exista otra causa que justifique la patología.
- "Cronológico", objetivando la aparición de los síntomas en un periodo no superior a 72 horas desde la ocurrencia del hecho.
- "Topográfico": debe existir una relación entre la zona del cuerpo afectada por el siniestro y la lesión que se reclama, salvo que una explicación médica justifique lo contrario.
- "De intensidad": Debe existir una relación causa-efecto entre la lesión reclamada y el mecanismo que la produce, considerando las circunstancias del siniestro: intensidad, y otras variables que puedan afectar a la probabilidad de su existencia.

Por último, se establece que "la secuela que, excepcionalmente derive de un traumatismo cervical menor se indemniza solo si un informe médico concluyente acredita su existencia tras el periodo de lesión temporal".

Al tratamiento de este tipo de lesión tan habitual y hasta ahora tan difícil de objetivar se está aplicando tecnología e innovación, se han desarrollado herra-

mientas que tratan de objetivar y probar la existencia de la lesión cervical a través del cálculo de posibilidades de lesión cervical tras recibir un impacto, utilizando resultados de "crash tests". Con los datos disponibles de los tests se determinan velocidad o aceleración y la calidad de los elementos de seguridad pasiva de los vehículos (reposacabezas, cinturones de seguridad, airbags).

El prestigioso abogado Mariano Medina, miembro del comité de expertos que trabaja para cambiar el baremo de accidentes de tráfico en una Entrevista aborda de forma muy resumida y elocuente la complejidad que conlleva esta patología: " ¡Hay golfos de espanto, montones de caraduras! y hacen mucho daño, pagan justos por pecadores. El famoso latigazo cervical para las compañías es un camelo; hay mucha gente que los finge. Las molestias reales no son verificables, porque el daño es subjetivo." y termina diciendo lo siguiente: " No se puede solucionar diciendo que no se pague el latigazo cervical" y es que si se intentara solucionar dejando de indemnizar esta patología, se quedarían sin indemnización los que él llama justos.¹⁴

Recientemente en Italia se procedió a un cambio en la valoración del daño corporal en el que se utilizó el fraude como argumento para la nueva regulación de las lesiones menores, entre las que se encuentra el latigazo cervical. Este cambio en Italia ha sido objeto de críticas al considerar que el fraude en esta materia no era tan elevado como para justificar una reforma de semejante entidad.

En el caso español el nuevo Baremo se ha realizado involucrando a las asociaciones de víctimas de accidentes de tráfico en el desarrollo de la normativa, existiendo un acuerdo mayoritario en los cambios realizados, que si bien pueden suponer indemnizaciones más bajas en las lesiones menores, se procede a mejorar de forma considerable las lesiones de mayor entidad, acercando las indemnizaciones al entorno europeo.

Protección de datos: La ley de Supervisión de Seguros Privados LSSP. Contempla en el artículo 103 en relación con la protección de datos personales la posibilidad de que se creen ficheros comunes con la finalidad de prevenir el fraude sin que sea necesario el consentimiento del afectado, con lo que la creación de bases de datos de defraudadores quedaría legalmente cubierta.

El Estado Español participa en el Sistema Europeo de Información de Antecedentes Penales (ECRIS). Es un sistema electrónico de interconexión de las bases de datos de los registros de antecedentes penales de todos los Estados miembros, en el que éstos intercambian información sobre condenas de una manera rápida, uniforme y fácilmente transferible por ordenador. Un sistema que ya permite a Jueces y fiscales acceder fácilmente a una información completa sobre el historial delictivo de cualquier ciudadano de la Unión Europea, con independencia del país europeo en el que hubiera sido condenado.

¹⁴ DE LAS HERAS, A. Mariano Medina: "Cobrar 90.000 Euros por invalidez es una aberración original española. El correo 30.09.11
<<http://www.elcorreo.com/vizcaya/v/20110930/vizcaya/cobrar-euros-invalidez-aberracion-20110930.html>>

4. Tipología

Existen numerosas formas de clasificar los fraudes al seguro, así como nuevas categorías que evolucionan junto al sector, así que sin ánimo de enumerar la totalidad, se exponen a continuación tipologías distintas. Algunas de ellas se pueden encontrar duplicadas en varias clasificaciones, por lo que dependiendo del ramo o del tipo de riesgo convendrá centrarse en una u otra forma de clasificarlo.

En el Anexo III he incluido un cuadro resumen con alguno de los tipos de fraude más comunes y sugerencias de como combatirlo.

4.1 Fraude Interno y Fraude externo

4.1.1 Fraude interno

Es el que cometen los propios empleados de la entidad. Este tipo de fraude es menos numeroso que el externo, si bien debe ser combatido enérgicamente, ya que el perjuicio causado puede ser muy importante y se debe ser firme para evitar que otros miembros de la organización se sientan tentados a obtener unos ingresos extraordinarios a costa de estafar a la empresa para la que trabaja.

La dificultad añadida que supone la detección de fraudes de este tipo es que el personal interno suele tener conocimientos detallados del funcionamiento de la compañía, así como accesos a bases de datos de clientes, siniestros y datos bancarios que puede utilizar en su favor o en el de terceros para conseguir un enriquecimiento injusto, siendo más difícil su detección. A modo de ejemplo, el caso del arresto de dos personas empleadas de una entidad aseguradora en Reino Unido por contactar con las personas que se habían visto implicadas en accidentes de tráfico y proponerles que reclamasen a la propia compañía en la que trabajaban simulando un latigazo cervical. Se les arrestó por utilizar datos protegidos con finalidad de obtener un beneficio personal.

Puede existir una relación entre el fraude interno y el fraude organizado, ya que en ocasiones existe un miembro de la organización infiltrado dentro de la compañía aseguradora.

La detección de un fraude de este tipo debe llevar ligadas consecuencias drásticas e inmediatas, no únicamente el cese de la persona que comete el fraude, sino que se debe estudiar la toma de medidas legales para cortar de raíz cualquier otro posible intento.

Es importante crear una política de transparencia y de control interno para los empleados con pólizas contratadas en la entidad. Será necesario crear un protocolo público para los asegurados que sean empleados y sus familiares o allegados, y así evitar la más mínima sospecha de fraude. Un protocolo de estas características debería pasar por que el empleado que ha sufrido un siniestro no tenga ninguna implicación en la contratación o la tramitación del mismo. Es conveniente que estas indemnizaciones sean visadas por el correspondiente

responsable del Departamento de Siniestros o el de fraude en aras de verificar que no se han cometido irregularidades.

También debe establecerse un código ético y unas normas de obligado cumplimiento para los empleados, en aras de cumplir los requisitos exigidos para evitar la responsabilidad penal de los administradores de las compañías.

Los auditores internos han realizado una propuesta de modelo para gestionar el riesgo de fraude en la empresa, para ello se debe actuar como sigue:

- Identificar los riesgos existentes: elaborar políticas de fraude interno y un mapa de riesgos de fraude: Probabilidad de ocurrencia, impacto y respuesta ante la detección
- Asegurar los controles para cubrir los riesgos que se han identificado y garantizar el buen funcionamiento de los controles.
- Implementar técnicas de prevención: Formativas e informativas.
- Implementar técnicas de detección y, una vez detectadas nuevas situaciones, utilizar la experiencia para implementar nuevos procesos de negocio y de control.

Estas políticas deben ser transparentes para toda la organización, y pueden ser proyectadas al mercado para informar que se cuenta con mecanismos de control interno que asegura la continuidad de la entidad y proporciona seguridad a los clientes.

Técnicas de detección: Según el estudio realizado por Auditores internos, los dos medios de detección más eficaces son, los procesos de control de detección del fraude diseñados específicamente para ello (47 %) y en segundo lugar los mecanismos de reporting (canal de denuncias de otros empleados) con un 39 %.

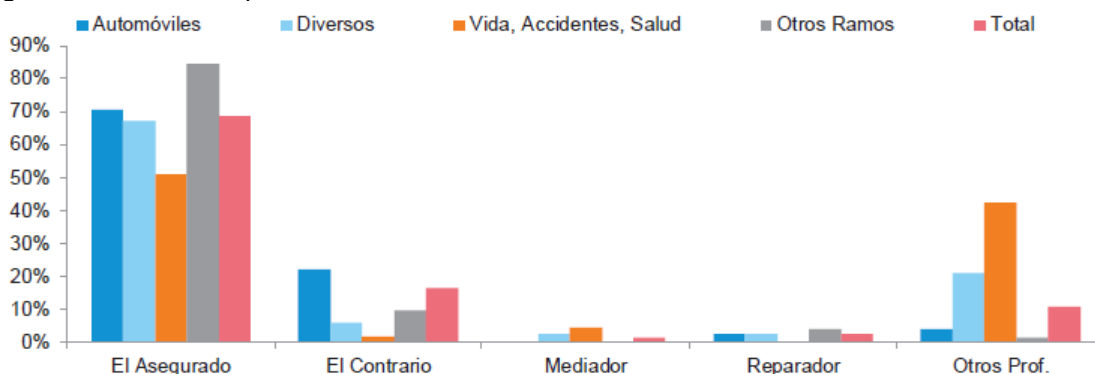
4.1.2 Fraude externo

El cometido por personas ajenas a la organización, principalmente el cliente. También se considera externo el fraude cometido por profesionales o mediadores. Dentro del fraude externo debemos diferenciar el que realiza el asegurado o perjudicado por el siniestro del que realizan los colaboradores ya sean profesionales externos (peritos, abogados), mediadores u otro tipo de colaboradores.

Cabe destacar que los colaboradores externos, ya sean mediadores, peritos u otros profesionales, se caracterizan por colaborar con las aseguradoras buscando una relación beneficiosa para ambas partes, por lo que los fraudes cometidos por estas partes son puntuales.

Sigue el gráfico de ICEA sobre defraudadores: en ramos masivos como automóviles, más del 90 % de los fraudes los cometen los asegurados y la parte contraria.

Fig. 7: Defraudadores por ramo



Fuente ICEA. El Fraude al Seguro Español. Estadística año 2014

Fraude del mediador: El sector asegurador se caracteriza por ser comercializado mayoritariamente por una red de mediadores, ya sean agentes o corredores. Sus conocimientos del sector y las presiones de los asegurados pueden implicar que en alguna ocasión intenten defraudar a las compañías ya sea en su propio beneficio o en el del cliente final.

También se debe tener en cuenta que el mediador trabaja con las aseguradoras percibiendo sus ingresos en base a las pólizas vendidas, por lo que cabe la posibilidad de que, presionado por unos objetivos ambiciosos o por percibir mayores comisiones, no preste la atención debida a un candidato a asegurado que pudiese considerarse sospechoso.

En este sector hay que ser conscientes de que la estafa la puede cometer tanto el propio mediador como sus empleados sin el conocimiento del responsable de la agencia o la correduría.

Fraude del perito: El perito es un colaborador con gran presencia en el sector asegurador y es la cara de la compañía ante el cliente en el momento del siniestro y en la inspección del riesgo previa a la contratación.

Es habitual en muchas entidades aseguradoras la minutación en base a la cuantía de los daños peritados; esto puede tentar a algunos peritos a hinchar la valoración de los daños para recibir una minuta superior.

En este sentido, se están realizando propuestas de auditorías a los peritos, con controles in situ de la actuación pericial.

Cabe mencionar la "operación Diluvio"¹⁵, un caso de fraude organizado cuyos cabecillas eran prestigiosos peritos de Zaragoza que aprovechaban su condición para contratar pólizas entre sus familiares y conocidos para simular siniestros y recibir indemnizaciones. Consiguieron defraudar más de 2 millones de Euros, además de las retribuciones percibidas en concepto de honorarios y gastos por la realización de los peritajes investigados.

¹⁵ Aragón Digital.es. Los peritos detenidos en Zaragoza usaban a familiares y amigos en sus estafas. 15/05/2013. < <http://www.aragondigital.es/noticia.asp?notid=107697>>

No obstante no se debe caer en el error de demonizar al perito, ya que es uno de los principales aliados del asegurador en la detección del fraude; no olvidemos que son los ojos de la entidad en la revisión de los daños reclamados, por lo que su capacidad de detección y de convicción es clave.

A modo de ejemplo, un perito detectó un fraude de incendio simulado en el que dos personas adquirieron una vivienda por 7500.-€, simularon una reforma al objeto de revalorizarla y poder asegurarla muy por encima de su valor (200.000.- €, cuando la Compañía propuso una póliza de 150.000.- €), y provocar un incendio con el fin de ser indemnizados. En este asunto la actuación del perito fue clave en la condena de los estafadores, toda vez que la Guardia Civil que inspeccionó la vivienda no concluyó que el incendio tuviera origen provocado, lo que sí hizo el perito indicando que existían signos evidentes de que fue intencionado.¹⁶

En la condena que recoge la Sentencia del Tribunal Supremo de 13 de octubre de 2004 (STS Sala de lo Penal 6462/2004) también fue decisiva la intervención del perito, al destacar en el Informe pericial lo que denominó "atipicidad del robo", era sospechoso que en todo el edificio dedicado a oficinas solo se perpetrar el robo en esa oficina en concreto y que robasen todo lo que en ella se encontraba, así como la gran cantidad de efectivo sustraído (5.900.000.- pts.) sin que existiera caja de caudales o similar.

Fraude del reparador / taller. Los reparadores que prestan servicios a las aseguradoras son una figura que interviene en los siniestros de hogar, comercio y comunidades a través de las compañías de asistencia y en los de autos a través de los talleres de reparación. Puede ser cometido en connivencia con la parte asegurada o perjudicada o bien de forma autónoma.

Se dan casos en los que estos talleres han simulado siniestros o han exagerado los daños con la finalidad de enriquecerse a costa de las entidades aseguradoras. A modo de ejemplo citar el asunto en el que un taller mecánico actuaba causando daños voluntariamente a los vehículos de forma reiterada con el consentimiento de los titulares del vehículo. Lo curioso de este asunto es que no han sido descubiertos por las aseguradoras, ni por la policía, sino que ha sido un ex trabajador del taller quien, por despecho al ser despedido, difundió las imágenes que había tomado dañando los coches.¹⁷

Pueden producirse generando facturas exageradas reparando algo que no estaba afectado o cambiando piezas por otras usadas, cuando se están cobrando nuevas, facturar más horas de mano de obra de las estrictamente necesarias o reparar piezas que se habían tasado para ser cambiadas.

¹⁶ El Norte de Castilla. Cinco detenidos por provocar un incendio para cobrar el seguro, 28 de mayo de 2011. <<http://www.elnortedecastilla.es/v/20110528/palencia/cinco-detenidos-provocar-incendio-20110528.html>>

¹⁷ Detenidos dos mecánicos por destrozar coches para estafar a las aseguradoras: <http://www.lavanguardia.com/sucesos/20111116/54238221151/detenidos-destrozar-coches-estafar-aseguradoras.html>

Fraude del abogado: Las entidades aseguradoras tienen que gestionar asuntos con abogados que, por regla general son colaboradores externos que se ocupan mayoritariamente de trámites judiciales relacionados con la reclamación de primas impagadas, la defensa en siniestros y el recobro de siniestros. Este apartado no pretende desarrollar los fraudes que puedan cometer los abogados contrarios, con los que no media colaboración laboral o mercantil.

Los abogados colaboradores podrían cometer fraude en la negociación de indemnizaciones, o en temas de minutación, incluso existe la posibilidad de que cobren dos veces por el mismo servicio en caso de que se recobren las costas y no las devuelva a la entidad.

Fraude del administrador de fincas: Este tipo de colaborador suele estar asociado generalmente con las pólizas de Comunidades y de Hogar, administrando las gestiones relacionadas con los edificios y en muchas ocasiones la contratación de pólizas y gestión de parte de los siniestros.

Algunos administradores han sido denunciados por llevar a cabo malas prácticas que acaban perjudicando a las entidades aseguradoras, principalmente en un tipo de fraude que consiste en aprovechar la existencia de un siniestro que realmente ha ocurrido, para contactar con su propia red de reparadores quien con la finalidad de lucrarse mediante el cobro de una comisión, añaden un sobrecoste al importe de la reparación.¹⁸

Otra forma de estafar por parte de algunos miembros de este sector consiste en administrar los fondos de las comunidades de propietarios para usos propios. No es una estafa al seguro, pero puede acabar siendo perjudicada la entidad aseguradora a través de la póliza de responsabilidad civil del administrador de fincas, ya que mediante la acción directa recogida en el artículo 76 de la Ley del Contrato de Seguro, las comunidades que han sido estafadas pueden reclamar los importes defraudados a la aseguradora, como en el caso del administrador de fincas Iñaki Gil que fue condenado a 7 años de cárcel por defraudar más de 1.700.000.- € a 82 Comunidades de Propietarios y se condenó a la aseguradora del administrador como responsable civil directo a abonar dicho importe.¹⁹

Fraude del cliente/parte contraria: Esta tipología se tratará de forma detallada con los correspondientes subtipos en los siguientes apartados. La mayoría de las tipologías son comunes para ambas categorías. Asimismo he considera-

¹⁸ 20 Minutos. 21/10/2014. La Asociación de Administradores de Fincas denuncia que más de un 30% de administradores usan los fondos de las comunidades para fines propios. <<http://www.20minutos.es/noticia/2272298/0/administradores-fincas/comunidades-vecinos/cuenta-unica-denuncia/#xtor=AD-15&xts=467263>>

MUÑOZ, J. Administradores de fincas exigen comisiones para adjudicar obras de comunidades de vecinos. El Correo, 23 de junio de 2014.

<<http://www.elcorreo.com/bizkaia/sociedad/201406/23/administradores-fincas-exigen-comisiones-20140618210356.html>>

¹⁹ Noticias de Navarra. Siete años de prisión para el presidente de ASFI, Iñaki Gil por defraudar 1,7 millones a 82 Comunidades, 06/03/2015

<<http://www.noticiasdenavarra.com/2015/03/06/sociedad/navarra/condenado-a-7-anos-de-carcel-el-director-de-asfi-inaki-gil-por-apropiarse-de-17-millones-de-82-comunidades>>

do realizar una distinción por las particularidades que diferencian los daños materiales de los corporales:

4.2 - Daños materiales

4.2.1 En la contratación/suscripción

Prácticas que consisten en falsas declaraciones sobre las circunstancias que pueden influir en la valoración del riesgo, consiguiendo el defraudador una póliza de seguro a un precio más bajo del que le habría correspondido, o la contratación de seguros cuando el siniestro ya ha ocurrido.

En el ramo de automóviles se produce de forma más generalizada, por lo que se deberá ser especialmente cauteloso. Según una encuesta encargada por Línea Directa sobre el fraude en seguros de automóviles, el 30 % de las personas que reconocían haber defraudado al seguro, un 80 % decían haberlo hecho en la contratación o renovación de la póliza con objeto de conseguir un precio más barato (mintiendo sobre circunstancias personales o del vehículo).

Multiplicación de seguros en el momento de contratar la póliza: Existe la intención clara de defraudar, para ello se procede a asegurar el mismo riesgo en varias compañías con la finalidad de recibir indemnizaciones por cada una de ellas.

Este tipo de fraudes se puede dar en todos los ramos, siendo muy llamativo en el de accidentes o de vida, en los que se dan casos en los que el defraudador se autoinflige daños, como el caso de una persona que se amputó dos dedos para estafar 122.000.- Euros a seis compañías de seguros²⁰ que había contratado. En este caso, se descubrió que ya había conseguido estafar más de 24.000 euros con anterioridad simulando amputaciones existentes. Este caso se destapó al ser localizados los dedos amputados en un parque infantil junto a un cuchillo y una madera de cocina.

Ocultar o falsear datos en el momento de contratación de la póliza: Estas acciones buscan poder contratar una póliza que en otras condiciones los suscriptores de riesgos no habrían aceptado o de haberlo hecho habría sido con una prima superior (mentir en la edad del conductor, o en que la vivienda asegurada se encuentra situado colindando con una gasolinera).

En estos supuestos, salvo prueba consistente resultará difícil para la aseguradora dejar de indemnizar aplicando una regla de equidad, es decir, minorar la indemnización en proporción a lo que habría correspondido pagar de prima al asegurado si hubiese realizado una correcta declaración del riesgo.

Contratación de la póliza tras la ocurrencia del siniestro: Este tipo de acciones anulan el contrato de seguro, ya que se pierde la esencia, que es la

²⁰ FC. Se amputa dos dedos para estafar a seis aseguradoras. La Vanguardia 08/04/2014.
<<http://www.lavanguardia.com/local/girona/20140408/54404808966/girona-amputa-dedos-estafa-aseguradoras.html>>

aleatoriedad, pues el contratante ya sabe que ha ocurrido el siniestro y pretende contratar una póliza a posteriori para ser indemnizado.

Otra modalidad de contratación extemporánea cuando no se puede falsear la fecha de ocurrencia del siniestro (por ejemplo un accidente de tráfico en el que existe atestado policial o informe médico de primera asistencia) es la de intentar contratar el seguro de forma retroactiva. En estos casos se suele utilizar la figura del mediador para, o bien engañándole, o bien con su colaboración, retrotraer la fecha de emisión. Esto se puede obstaculizar preparando las solicitudes con una numeración correlativa.

Por último se puede utilizar una póliza ya contratada anteriormente cuya cobertura ha quedado suspendida por impago de la correspondiente prima. En el supuesto de ocurrir un siniestro en ese periodo, se abona la prima con la finalidad de obtener cobertura. Art. 15 LCS.

Ampliación de garantías: Es motivo de sospecha cualquier siniestro declarado tras una ampliación de garantías reciente. Esto deberá hacer saltar una alerta que permita advertir al perito y al tramitador que debe ser especialmente escrupuloso en la revisión de la documentación y tratar de conseguir evidencias sobre la fecha real de ocurrencia.

Omisión de comunicación de incremento del riesgo durante la vigencia del contrato: Hemos visto que la Ley del Contrato de Seguro obliga al asegurado a comunicar las circunstancias que agraven el riesgo en un modo no previsto ni previsible en el momento de la conclusión del contrato. Si esta omisión se fundamenta en la mala fe de la parte asegurada el asegurador quedará liberado de la prestación. Si no existe mala fe se podrá reducir la prestación de forma proporcional a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de conocerse la verdadera entidad del riesgo.

4.2.2 Durante la gestión del siniestro

Exageración de los daños. También llamado Pseudo-Fraude: Realmente ha ocurrido un siniestro y se aprovecha la ocasión para tratar de ser indemnizado por otros daños, ya sea por daños preexistentes no cubiertos en siniestros anteriores o incrementando la relación de objetos sustraídos en un siniestro de robo.

En este tipo de asuntos se debe proceder por parte de la compañía indemnizando los daños realmente cubiertos e informando del motivo de la no cobertura del resto de daños.

Existen casuísticas diferenciadas dependiendo del ramo y no siempre estaremos hablando de fraude o enriquecimiento injusto. Expongo un ejemplo hipotético: Siniestro en el que un vehículo con cierta antigüedad sufre una colisión trasera que implica daños en el parachoques y la chapa del maletero. El responsable es otro vehículo

1- Aprovecha para reparar a cuenta de la aseguradora del vehículo responsable los daños preexistentes en un faro que no fue alcanzado por el impacto.

2- La colisión implica el cambio del parachoques por uno nuevo, cuando el que tenía antes del siniestro estaba marcado con varias rascadas de aparcamiento.

El supuesto 1 es un claro intento de fraude, pues no procede ser indemnizado por este tipo de daños. En cuanto al supuesto 2 no se considera fraude aunque la reparación implique una mejora respecto a la situación anterior. Podríamos concluir que lo justo sería indemnizar al perjudicado el importe de un parachoques nuevo aplicando la correspondiente depreciación por uso en un porcentaje proporcional a la antigüedad y el estado de conservación, pero este tipo de asuntos ya han sido tratados por la praxis judicial con un resultado favorable al perjudicado, a quien le corresponde el cambio del parachoques sin aplicar depreciación. En cualquier caso, se trataría de una discusión sobre la cuantía a percibir, sin que se tratara de intento de estafa.

Más grave sería el supuesto de pretender incluir en una indemnización por robo, objetos que no han sido objeto del mismo, ya que se estaría planteando una denuncia falsa, pues para ser indemnizado por robo se requiere la presentación de una denuncia ante las autoridades competentes.

Siniestro simulado: No ha existido siniestro y se simula con la finalidad de ser indemnizado. Ejemplo en ramo de autos: Ocurre un siniestro de culpa con un vehículo sin cobertura de daños propios y se procede a falsear la versión para ser indemnizado por el seguro de un tercero (que suele ser un cómplice, normalmente familiar o amigo), por lo que se puede investigar la coincidencia de apellidos u otras circunstancias. En autos, hogar, comercio, industria y comunidades se simulan robos inexistentes.

Siniestros intencionados: El siniestro ha ocurrido pero ha sido causado dolosamente por el asegurado. No existe el *aleas*. En el ramo de autos, existen una serie de indicadores que sugieren la existencia de fraude: Cuando se sospecha de la implicación de los dos vehículos siniestrados: Lugar de ocurrencia de poco tráfico, en horas en las que no hay testigos, generalmente de noche, sin atestado policial. La causa suele ser un despiste del conductor, la descripción de los hechos suele coincidir entre las dos partes, el tipo de vehículo puede ser también un indicativo (vehículo de alta gama con cierta antigüedad), desproporción entre los daños de ambos vehículos, no suele haber daños personales. En estos supuestos será necesaria una buena peritación con la comparación de los dos vehículos implicados, comprobando si son compatibles los daños declarados con las zonas de impacto.

En ocasiones esta intencionalidad se produce únicamente por una de las partes, que aprovecha su conocimiento de la normativa de circulación y de la práctica aseguradora, para provocar accidentes: frenazos bruscos e inesperados para provocar una colisión trasera, o acelerones para provocar colisiones laterales.

Suele tratarse de defraudadores no ocasionales, ya que su actividad requiere de una planificación y una sangre fría no apta para no iniciados, como la conocida como “especialistas en tasas de alcoholemia”, que consiste en acudir a

una zona de copas en horario nocturno y provocar un accidente contra un vehículo conducido por una persona que ha consumido bebidas alcohólicas, con lo que consigue que este acepte una declaración de culpa para evitar la intervención policial.

Falsedad en los datos: Fechas o forma de ocurrencia: El siniestro ha ocurrido, pero las circunstancias no gozaban de cobertura, por lo que se ha procedido a dar una versión distinta para conseguir la indemnización.

Cobertura con póliza ajena: Relacionado con el anterior. Una persona que no ha contratado una garantía específica, utiliza la póliza de un tercero con la finalidad de ser indemnizado por un siniestro no cubierto. Se utiliza la cobertura de responsabilidad civil para acordar con un tercero que pueda ser indemnizado por un daño que no es indemnizable como daño propio.

Fraude de favor o “altruista”: Es cometido por un tercero con la finalidad de que el asegurado consiga cobertura. Suele estar relacionado a las coberturas de responsabilidad Civil y es el que se suele utilizar cuando se aprovecha dicha cobertura para cubrir los daños de algo que no habría tenido cobertura de otra forma. También puede cometerse por la cobertura de daños propios. Suele tratarse de un móvil “altruista”. Un ejemplo: Los amigos de un granjero que saben que su explotación es ruinosa, prenden fuego a las instalaciones para que la aseguradora indemnice al granjero arruinado. En este caso se podría realizar el fraude aprovechando la cobertura de incendio del granjero o la de responsabilidad civil de alguno de sus amigos “altruistas”, por ejemplo colisionar un vehículo contra la vivienda e incendiarlo.

Lifestyle fraud: Fraude de estilo de vida o de último modelo: El defraudador aprovecha la existencia del seguro para renovar sus aparatos tecnológicos obsoletos, o simplemente porque ha aparecido un nuevo modelo que desea obtener. Este tipo de objetos se caracterizan por la rápida depreciación que sufren, sobre todo porque la aparición de nuevos modelos con mejores prestaciones dejan obsoletos aparatos cuyas utilidades funcionan correctamente, pero se crea una necesidad de sustitución.

Se deberá prestar especial atención por parte de las aseguradoras cuando se reclamen daños en este tipo de aparatos: revisar la fecha de adquisición del mismo, dado que normalmente las pólizas limitan la indemnización a valor nuevo a una determinada antigüedad (2-5 años) por lo que un aparato dañado cuya antigüedad esté próxima a la fecha en la que finaliza la cobertura a valor nuevo podría ser un indicador de sospecha de fraude.

En estos casos se podrían crear alertas cuando exista una tecnología que sustituya a la otra, es decir. Cuando se produjo el apagón analógico de TV, aumentó el número de siniestros que referían daños a antenas que debían adaptarse al servicio de TDT. También se debería prestar especial atención cuando ocurran determinados eventos que impliquen aumento de ventas de estos aparatos, como en los mundiales de fútbol, ya que es previsible que se incrementen los daños en televisores. Lo mismo ocurre cuando existe un salto de generación en los teléfonos móviles. Se trataría de alertas generales, no de un ase-

gurado en particular o de una póliza, sino que durante una temporada, se debería prestar especial atención a los siniestros que se produzcan en estos aparatos.

Asimismo en este tipo de objetos dañados se debe tener en cuenta que el coste de adquisición en el mercado suele tender a la baja, por lo que una misma cámara fotográfica comprada en 2014 puede costar un 30 % menos si se adquiere en 2015, pues ya ha aparecido en el mercado el modelo que la va a sustituir. Esto es importante recordarlo a los peritos y los tramitadores de siniestros, así como a los asegurados, ya que no deben pretender que se indemnice por el coste de adquisición, sino por el precio actual de mercado.

Dentro de esta tipología, preocupa especialmente el caso de los ordenadores portátiles y tabletas, ya que existen numerosos siniestros del ramo de hogar en los que el objeto dañado se encuentra en lugares inverosímiles (Trasteros, suelo del WC o del pasillo). Esto levanta las sospechas de peritos y tramitadores de siniestros, pero en estos supuestos es difícil desmontar la versión de la parte asegurada, por lo que habrá de estar a una prueba más técnica en manos de peritos especializados, que puedan determinar la fecha de la avería, o si las piezas dañadas lo fueron por el siniestro declarado: aunque un ordenador o tableta deje de funcionar, en la mayoría de casos se puede averiguar si el origen ha sido el declarado por el asegurado o la fecha reportada en el parte.

Un estudio GDV (Asociación de aseguradoras alemana) estima que el 36 % de los daños reportados en ordenadores portátiles son fraude, y que el 80 % de las reclamaciones no están justificadas (por varios motivos, no solo fraude).²¹

Desperation Fraud, Fraude de desesperación: Más que un tipo de fraude es una motivación para cometerlo, pero su interés en mencionarlo en este apartado reside en el tipo de persona que lo realiza.

Fraude por Vergüenza: Es un tipo de engaño a la aseguradora detectado pero con poca incidencia, y a exponer aquí de forma casi anecdótica. No es propiamente una estafa, pues lo que motiva este tipo de fraude no es el ánimo de lucro, sino el evitar que otros sepan como ocurrió un siniestro: Dos ejemplos:

- 1- Una persona se deja la puerta de casa abierta y entran a robar.
- 2- Una persona colisiona contra una farola haciendo marcha atrás con su vehículo y destroza el parachoques.

Podría darse el caso la persona no fuese capaz de decirle a su cónyuge o a sus amigos que ha sido tan imprudente como para dejarse la puerta de casa abierta o que por impericia ha colisionado con una farola, por lo que para evitar ese rechazo social, manipula los siniestros para hacerlos más justificables. En el caso 1 dice que han forzado la cerradura y en el caso 2 se inventa un tercero que colisiona con él.

Falsificaciones en la documentación:

Facturas falsas o simuladas: No es difícil manipular una factura para justificar un cambio de fecha o incrementar el importe de la misma, por lo que es tenta-

²¹ <http://www.gdv.de/versicherungsbetrug/video-audio-foto/>

dor por parte de quien quiere defraudar a la aseguradora presentar una factura manipulada.

También se pueden simular facturas de compra con la finalidad de justificar el importe a asegurar, como en el caso de una trama que aseguraba caballos de pura raza en diferentes compañías para posteriormente matarlos y recibir la indemnización correspondiente. Para justificar la suma asegurada redactaban contratos de compraventa ficticios de forma extemporánea. En este caso han sido acusados, además de por estafa, por falsedad documental y maltrato de animal.²²

Denuncias falsas: Puede realizarse mediante la denuncia de un hecho inexistente ante las autoridades competentes o bien mediante la manipulación de los datos de una denuncia real. Tienen especial trascendencia penal al tratarse de un delito autónomo, denuncia falsa o falsificación de documento público.

Fotografías que no corresponden con el siniestro: La necesidad de las compañías de dar un servicio rápido y la de ahorro de costes periciales supone que, en ocasiones, baste la aportación de una fotografía de los daños acompañada de una factura para indemnizar el siniestro. Se debe analizar no solo la factura, sino también la fotografía, ya que se ha detectado el uso de fotografías extraídas de internet para justificar siniestros, o se ha utilizado la misma fotografía por parte del perito o asegurado para acreditar daños en riesgos distintos.

Actualmente la tecnología permite conocer datos de las fotografías obtenidas con cámaras digitales o dispositivos móviles: fecha, hora, marca y modelo del dispositivo y la geolocalización de la fotografía. El archivo fotográfico dispone de los llamados metadatos, que almacenan esta información y puede ser contrastada.

En el caso de los peritos, se puede realizar el control mediante un sistema de peritación estandarizado por la compañía, y en el caso de los asegurados, algunas compañías utilizan la autoperitación, que consiste en que el asegurado realiza fotografías de los daños y las remite para que la entidad valore e indemnice, lo que permitiría confirmar su autenticidad en caso de duda.

El fraude organizado: Esta tipología, es menos habitual en cuanto a número de casos, pero no por ello menos importante, ya que supone un gran impacto, tanto por las cuantías defraudadas como por el incremento de la peligrosidad social. Normalmente entre sus componentes se encuentran peritos, reparadores, abogados, médicos, empleados de las entidades aseguradoras o funcionarios públicos.

A modo de ejemplo, el de la "Operación Bernesga", en la que un grupo organizado de abogados, procuradores, médicos, fisioterapeutas y un funcionario de

²² A3 Noticias, Diez imputados en Córdoba por matar 22 caballos para cobrar el seguro. 17/07/2015 <http://www.antena3.com/noticias/sociedad/diez-imputados-cordoba-matar-caballos-cobrar-seguro_2015071700959.html>

los juzgados han defraudado 5 millones de euros a varias entidades aseguradoras simulando accidentes de circulación con lesionados.²³

Estos casos se deben tratar con la mayor colaboración posible entre entidades y cuerpos de seguridad, pues este caso no fue detectado por las aseguradoras sino por las sospechas que levantó el alto nivel de vida de los cabecillas de la operación, cuyos ingresos declarados no justificaba los bienes que habían ido adquiriendo. Existen 68 imputados entre ellos un funcionario judicial que sustrajo un sello de registro de los juzgados, quien además registraba las denuncias por lesiones en las fechas que más convenían con la finalidad de que los asuntos se tramitaran en el juzgado en el que desempeñaba sus funciones.

También revierte especial gravedad el caso de las bandas del este de Europa en el que un grupo reclutaba a compatriotas lituanos y letones a los que les rompían la rodilla con su consentimiento para después reclamar los daños declarando haber sido víctimas de accidentes de tráfico. Previamente uno de ellos se arrojaba bajo un coche en marcha fingiendo dolor en la rodilla y se personaba otro miembro de la banda en el hospital. Para agilizar el cobro de las lesiones contaban con un empleado de la compañía aseguradora quien se embolsaba una parte del botín.

Por la especial gravedad de estos asuntos y conociendo la implicación de funcionarios públicos que manipulan documentación, o empleados de la aseguradora, siempre deben ponerse en conocimiento de las autoridades judiciales cuando son descubiertos ya que suelen estar relacionados con otros delitos, como blanqueo de capitales, siendo mucho más graves las consecuencias penales y en las que se puede esperar una mayor colaboración policial.

Esta tipología añade una consecuencia más a la comisión de fraude que no generan las pequeñas defraudaciones, como es la peligrosidad social, pues si no se persiguen, existe riesgo de que se multipliquen estas organizaciones, con la peligrosidad que conllevan, además de que ayudan obtener ingresos para la consecución de otros delitos.

Para poder hablar de delincuencia organizada se deben cumplir los siguientes requisitos básicos: grupo (dos o más personas), actuación prolongada en el tiempo, dirigido a cometer delitos graves y con ánimo de lucro y/o poder. Existen otros indicadores secundarios como son el reparto de tareas, disciplina interna, operatividad internacional, uso de violencia o intimidación, blanqueo de capitales, uso de estructuras legales y corrupción de autoridades. No existen datos fiables sobre la actividad de bandas organizadas en el sector asegurador, Los datos disponibles detallan las bandas que han realizado estafa han sido 117, de los cuales la mayoría realizaban cibercrimitos.

Se está trabajando desde todos los sectores implicados en atajar este tipo de delincuencia, tanto desde el ámbito de la cooperación internacional, como con el agravamiento de los delitos cometidos por bandas organizadas, y se proponen métodos estadísticos, como el de Sánchez y Roldán, Doctores de la Uni-

²³ POLICÍA. La policía Nacional desarticula una organización que estafó 5 millones de Euros simulando accidentes de tráfico en León. 15/03/2013 < http://www.policia.es/prensa/20130315_4.html>

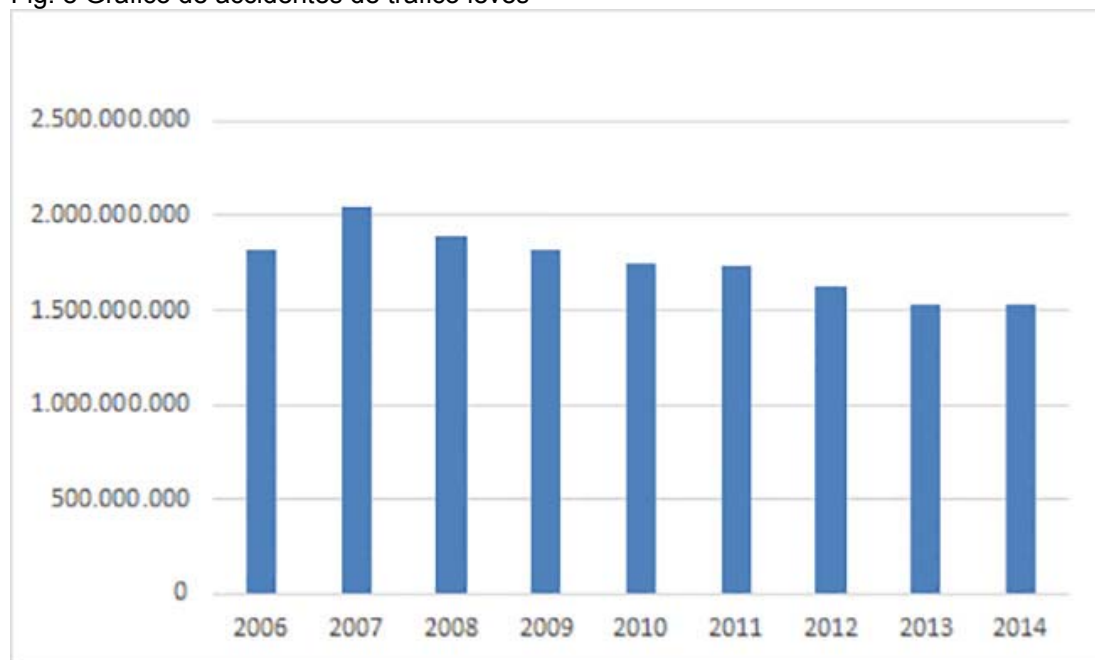
versidad de Córdoba²⁴ en el que proponen una serie de análisis multivariantes con los cuales se puede conseguir, entre otras valiosas informaciones, una agrupación de tipologías delictivas en función de la nacionalidad, conociendo así que tipo de delitos tienden a ser cometidos por bandas organizadas con sus miembros de determinada nacionalidad.

4.3. Daños corporales: lesiones

Los daños corporales tienen menor frecuencia siniestral que el resto de daños, pero su trascendencia radica, además de sus implicaciones morales, en que su coste medio suele ser elevado, tanto por las cuantías indemnizatorias como por los gastos en informes médicos e investigaciones.

Las reclamaciones por daños corporales se dan principalmente en el ramo de autos, si bien cualquier póliza con la garantía de RC puede suponer una indemnización por lesiones o muerte (RC del padre de familia: seguro de hogar que cubre animales domésticos: Mordedura de perro, atropello en bicicleta, lesiones por caída en un comercio y otros supuestos de los que se derive responsabilidad) y en el ramo de Accidentes, si bien en estos casos las cuantías de las indemnizaciones vienen limitadas por las propias pólizas.

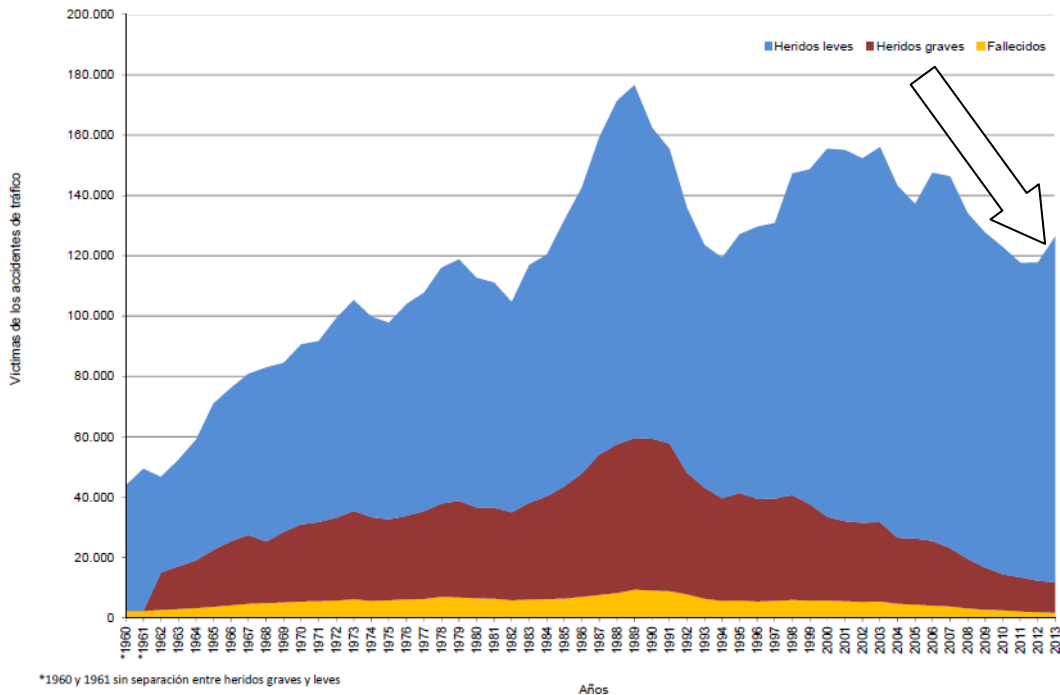
Fig. 8 Gráfico de accidentes de tráfico leves



Fuente: Boletín Diario de Seguros de 21/07/2015

²⁴ Sánchez Rodríguez, M.I. y Roldán Casas, J.A. La estadística en el análisis de la criminalidad organizada. Pag. 71 -91 La criminalidad organizada, Tirant Monografías, Valencia 2013

Fig. 9 Víctimas de accidentes de tráfico. de 1965 a 2013.



Fuente DGT. Víctimas de accidentes de tráfico. Series 1965 a 2013.

Se puede observar una paradoja: tras una reducción importante en el número de accidentes leves, se da un incremento de las lesiones derivadas de ellos, teniendo en cuenta, además, que los vehículos actualmente cuentan con mejores sistemas de seguridad. ¿Por qué este incremento de las reclamaciones por lesiones leves? Quizá por un aumento de la cultura de reclamaciones en un mercado como el español que está madurando en este aspecto y, posiblemente, por el incremento de las reclamaciones por lesiones inexistentes.

El nuevo baremo de autos parece haber recogido la concienciación sobre el fraude del denominado latigazo cervical. Como ya he tratado en apartados anteriores, y se repetirá en otros puntos por su gran trascendencia, es un tipo de lesión difícilmente objetivable mediante informes médicos y que su sintomatología puede ser fingida. La nueva regulación la recoge de tal manera que, de forma general, no se indemnizará como secuela, sino como lesión temporal, lo que supone un gran cambio respecto a la situación anterior.

Esta novedad, junto con la despenalización de las faltas, va a suponer un cambio en la forma de reclamar este tipo de lesiones ya que hasta ahora al lesionado le bastaba con denunciar el hecho para que se abriera un procedimiento penal y se valorasen las lesiones por un médico forense quien elaboraba un informe que solía ser determinante para valorar la indemnización. La nueva situación promete cambios como podría ser el desistimiento de las reclamaciones infundadas al ser más complicada y cara la gestión de la reclamación o un incremento en el uso de garantías ya existentes en las pólizas de defensa jurídica o con la generalización de otras garantías, como la de ser visitado por un médico especialista en valoración de daño corporal.

Lesiones inexistentes o preexistentes: Es el supuesto más frecuente en los daños corporales fraudulentos: o bien tras un siniestro real se fingen lesiones con la finalidad de percibir una indemnización o con unas lesiones reales se finge la ocurrencia de un siniestro para conseguir la indemnización de unas lesiones accidentales.

Lesiones indirectas o posteriores al siniestro: Nos podemos encontrar con dos supuestos distintos:

1- Tras ocurrir el daño corporal el lesionado sufre otro accidente sin relación con el anterior y trata de incrementar la indemnización por las primeras lesiones. Se trata de un fraude a combatir y a documentar con informes médicos.

2- El siniestro real produce unas lesiones a una persona que se estabilizan e indemnizan. Posteriormente como causa de las secuelas, se produce otro accidente.

Ejemplo: lesiones que causan cojera. Se indemniza. Posteriormente se cae como consecuencia de la misma y pretende ser indemnizado por las lesiones derivadas de esa caída. En este caso existe una ruptura del nexo de causalidad, por lo que las lesiones causadas en el segundo accidente no están directamente relacionados con el primero, pues el riesgo que conlleva la cojera se entiende que está recogido en la indemnización inicial. Este caso no sería un fraude, pues el lesionado cree estar legitimado para ser indemnizado por estas lesiones.

Prolongación de la incapacidad temporal o del periodo de rehabilitación: El paciente ya está estabilizado, pero alarga innecesariamente la baja o la rehabilitación. En este tipo de fraude puede estar implicada la clínica rehabilitadora en connivencia o no con el lesionado.

En ocasiones existe un lapso de tiempo considerable entre la prescripción médica de rehabilitación y el momento en el que efectivamente se da cita al lesionado para que inicie las sesiones. Esto puede suponer un perjuicio para el propio paciente, que ve como durante ese periodo de tiempo su lesión empeora y para la aseguradora, que deberá indemnizar un periodo de tiempo innecesario de rehabilitación.

Simulación de secuelas: El siniestro ha existido y se ha producido un tiempo de curación. Tras la misma el defraudador simula algún tipo de secuela que no puede ser objetivada clínicamente, ya que su manifestación se limita a síntomas que percibe el lesionado. El nuevo baremo de autos ha recogido esta situación con una nueva regulación que hará precisa una mayor prueba de la existencia de secuelas para conceder una indemnización de una lesión no objetivable.

Falsa declaración del siniestro: Se declara un siniestro inexistente con la finalidad de percibir una indemnización por unas lesiones simuladas o ciertas, pero no ocurridas como se describe.

Otras tipologías o clasificaciones: Se podrían seguir categorizando los tipos de fraude, si bien cada entidad debe prestar atención a aquellos que puedan ser más perjudiciales en su negocio, sin que sea preciso que se siga siquiera una distinción por ramos o coberturas, sino que puede efectuarse por el tipo de objeto dañado.

Defraudador ocasional: Suele coincidir con una persona que no tiene previsto defraudar al seguro pero la situación se le presenta, ya sea por la ocurrencia real de un siniestro sin cobertura o por el incremento de daños en un siniestro con cobertura o, de forma menos frecuente, la simulación de un siniestro inexistente.

Los motivos que suelen llevar a este tipo de defraudador a cometer el fraude suelen ser de tipo económico, y su forma de proceder suele ser más detectable, pues muestran mayor nerviosismo y pueden incurrir en contradicciones con mayor facilidad. Suelen buscar justificaciones morales para llevar a cabo la estafa y su confesión es más probable que en otros defraudadores.

Defraudador profesional o habitual: Es aquel que utiliza el seguro como un medio para obtener ingresos extraordinarios y lo hace de forma habitual.

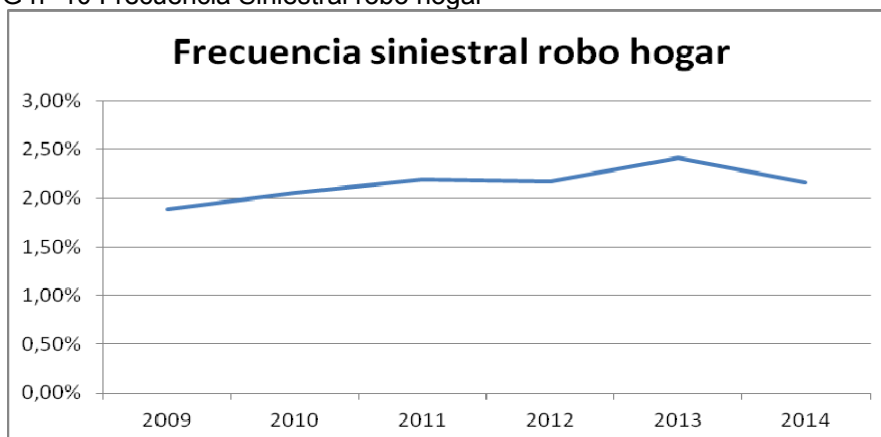
El hecho de haber conseguido defraudar a las aseguradoras con anterioridad le proporciona seguridad y experiencia, así como conocimientos que le hacen perfeccionar su *modus operandi*.

Características de este tipo de defraudador:

- Posee un buen nivel cultural e intelectual, conoce el seguro, examina las pólizas y tiene nociones de la normativa aplicable, si bien puede incurrir en errores.
- Seguridad, elocuencia y presencia (suele vestir traje y corbata).
- Puede mostrar actitudes amenazadoras si siente que se está demorando la indemnización, indicando que demandará a la compañía, y citando la normativa aplicable sobre los plazos en los que la aseguradora tiene la obligación de indemnizar.
- Suele actuar de forma que la aseguradora no tenga que contactar con él más de lo necesario: aporta la documentación antes de que se la soliciten: fotografías, facturas, datos de testigos, y cumplimenta perfectamente los partes de siniestro.

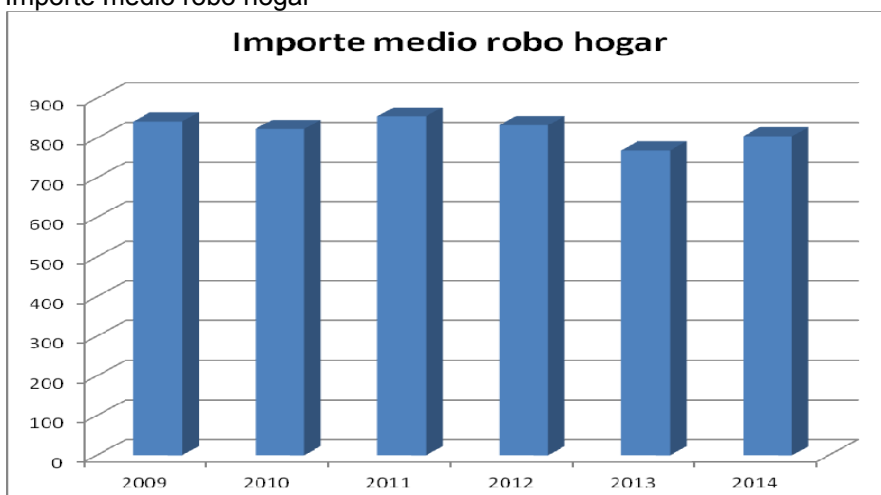
Especial atención a los siniestros de robo: En la mayoría de los tipos de fraude descritos (exageración de los daños, siniestro simulado, denuncias falsas, siniestros falsos o intencionados, datos falsos) existe una gran afectación de la garantía de robo. Esta garantía merece una especial atención, ya que su coste medio es elevado y la frecuencia siniestral ha aumentado durante los años de crisis, épocas en las que tiende a aumentar los delitos contra el patrimonio.

FIG nº 10 Frecuencia Siniestral robo hogar



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los informes Análisis Técnico de los Seguros Multirriesgo que publica ICEA anualmente. Datos años 2009 a 2014

FIG nº 11 Importe medio robo hogar



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los informes Análisis Técnico de los Seguros Multirriesgo que publica ICEA anualmente. Datos años 2009 a 2014

El coste medio de la garantía de robo y desperfectos por robo de las pólizas de hogar es relativamente elevado, se sitúa alrededor de los 820.- € por siniestro, lo que tiene un fuerte impacto en la siniestralidad cuando aumenta la frecuencia.

Es una garantía en la que se debe prestar especial esmero a la vista de que se puede aprovechar un robo realmente ocurrido para exagerar la entidad de los daños, incluyendo en las denuncias de robo objetos que realmente no han sido robados. Además es complicado por parte del tramitador de siniestros excluir de la indemnización según que tipo de objetos que están incluidos en la denuncia policial pero que la lógica nos dice que es poco probable que ese objeto estuviera en la vivienda (por ejemplo un teléfono móvil de última generación en una casa de segunda residencia que no ha estado habitada en los últimos dos meses) o que el asegurado que ha sufrido un atraco llevaba en el bolsillo 300.- €, que es justo el límite indemnizable en la póliza.

Un motivo de alerta para la entidad puede ser la recepción de una ampliación de la denuncia policial transcurridos varios días, sobretodo si los objetos motivo

de la ampliación debieran haber sido detectados en la primera declaración por su tamaño o valor.

Otro indicador de alerta debería ser la declaración de siniestros anteriores de robo o expoliación, en los que se debería realizar una comparación exhaustiva entre los objetos robados en los siniestros anteriores, buscando coincidencias en facturas o pidiendo documentación que acredite la sustitución del objeto robado en el siniestro anterior.

En el caso de robo de vehículos, ya en el año 1992 el estudio realizado por el Centro de Estudios del Seguro (CES) recogía que se estaba trabajando de forma conjunta con los cuerpos de policía con la finalidad de establecer medidas para reducirlo, gestionando información a nivel internacional que pueda utilizarse para localizar los vehículos a pesar de haber hecho desaparecer las matrículas y ser vendidos a otros países.

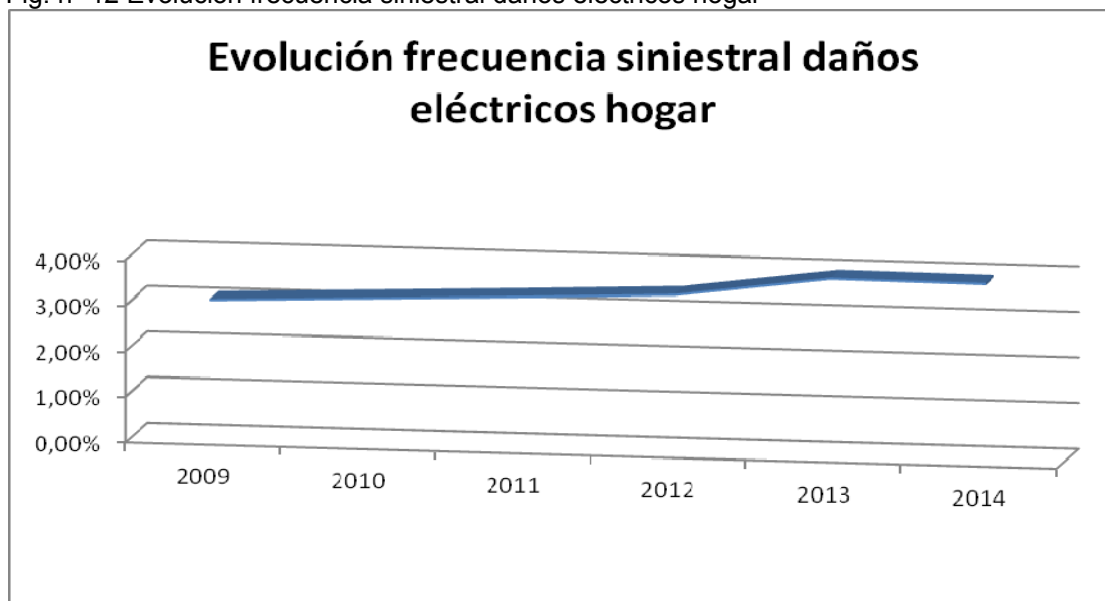
Especial mención a los llamados "daños eléctricos":



Fotografía: Pedro Antonio Escalona. Marzo de 2014

La Garantía de Daños Eléctricos, de incorporación relativamente reciente a las pólizas multirriesgo ha experimentado un incremento importante en la siniestralidad, pasando de ser una garantía casi residual a una de las que mayor peso tienen en el coste en indemnizaciones para las entidades que trabajan este ramo, habiendo superado en el ramo de hogar el nº de siniestros declarados por robo, lo que los convierte en la tercera causa de siniestralidad con un 10,89 % de los siniestros declarados. Esta cifra ha ido creciendo a lo largo de los años por varios motivos: de una parte se encuentra el aumento del número de aparatos tecnológicos y otro el aumento de la cultura de reclamación por parte de los asegurados.

Fig. nº 12 Evolución frecuencia siniestral daños eléctricos hogar



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los informes Análisis Técnico de los Seguros Multirriesgo que publica ICEA anualmente. Datos años 2009 a 2014

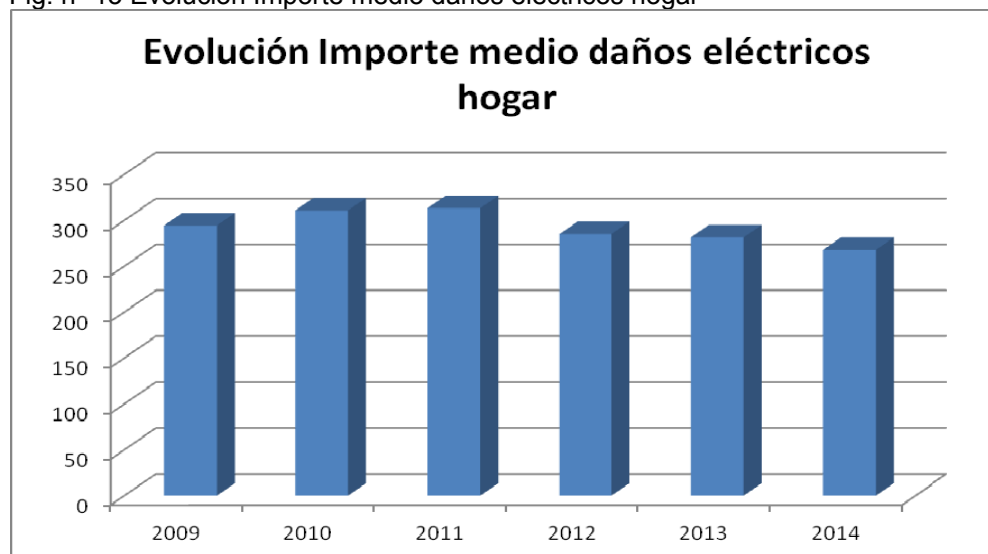
El crecimiento del uso de esta garantía ha supuesto para el sector un problema a tratar, ya que ha visto un aumento de la siniestralidad y gastos de una garantía en la que no se tenía la experiencia suficiente, lo que ha provocado en algunos casos la indemnización de aparatos que no deberían haber sido cubiertos.

Así, las compañías mejoran la redacción de sus garantías de Daños Eléctricos y su gestión, para dar una cobertura adecuada a sus asegurados, intentando amparar exclusivamente el verdadero siniestro contractualmente exigible, y rehusar de forma argumentada las reclamaciones que no deben atenderse, así como el fraude que pueda generarse.

La frecuencia siniestral ha subido considerablemente desde el año 2009, si bien se aprecia una tendencia a la estabilización. En cuanto al importe medio se aprecia un destacable cambio de tendencia en el año 2012: El importe medio empieza a bajar fruto de las primeras medidas que empezó a tomar el sector que veía que la siniestralidad en esta garantía se disparaba. Estas medidas se siguen implementando en otras compañías que no disponían de protocolos específicos y están evitando casos de fraude.

La tendencia a la baja del coste medio puede ser consecuencia de la mejora en los mecanismos de peritación y protocolos implantados en las compañías por un lado y de la mayor concienciación e inversión en la detección del fraude por otro.

Fig. nº 13 Evolución Importe medio daños eléctricos hogar



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los informes Análisis Técnico de los Seguros Multirriesgo que publica ICEA anualmente. Datos años 2009 a 2014

Lo curioso de esta garantía es que muchas reclamaciones infundadas no constituyen fraude, sino simple desconocimiento de la garantía, existen asegurados que reclaman la avería de un aparato eléctrico simplemente porque alguien les informa que puede probar de dar un parte al seguro, en muchas ocasiones el propio reparador.

Esta situación ha llegado al punto en que las aseguradoras han pasado de un entorno inicial en el que prácticamente cualquier reclamación por daños eléctricos era atendida, a un entorno actual más profesionalizado que gestiona mejor el siniestro y discrimina el amparable del rehusable con mayor rigor, lo que está elevando la conflictividad de la garantía al no presentar anteriormente restricción alguna.

El mercado asegurador obliga a las compañías a agilizar los procesos y a dar rápida respuesta a las expectativas de los asegurados, por lo que, también debe establecerse un régimen de peritación, auditoria o ejemplaridad, que en algunos casos conlleve la peritación de siniestros de escasa entidad para evitar que entre los asegurados se fomente la creencia de que cualquier avería eléctrica es indemnizable por esta garantía.

El intento de fraude en lo que a daños eléctricos se refiere se ha incrementado. Este fraude consiste en obtener un beneficio personal en forma de reparación o indemnización sobre un aparato que ha sido dañado de forma natural, normalmente debido a su antigüedad, o de una forma irregular (debido a un mal uso). Siguiendo las pautas anteriormente indicadas, se debe tender especialmente a:

- Desarrollar un sistema de investigación profesionalizado, con peritos especialistas en la materia que elaboren un informe Pericial en el que detallen las causas del siniestro y descarten que la avería se ha producido por causas ajenas a las garantías contratadas. El especialista deberá contar con una formación técnica y práctica específica y utilizar herramientas e instrumentación adecuada.

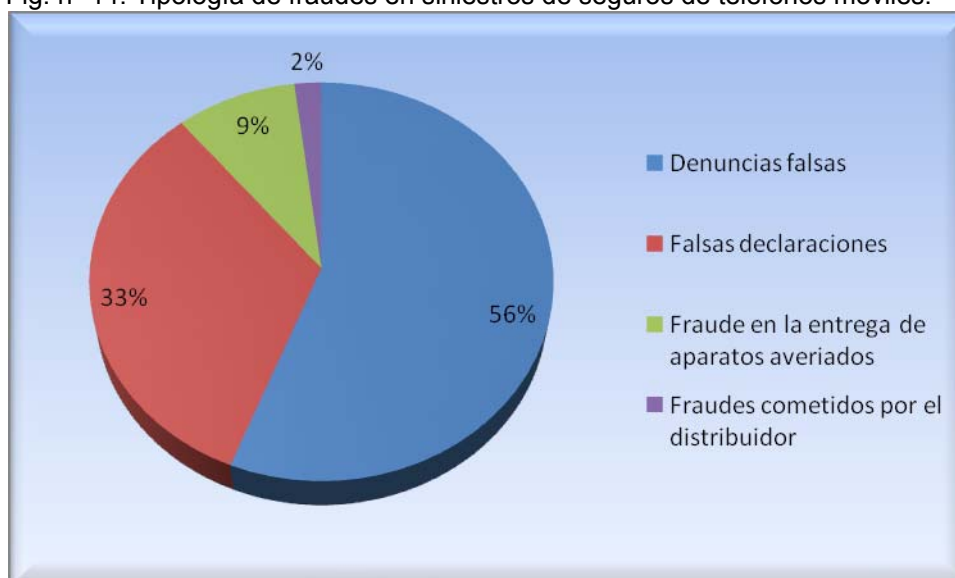
- Verificación de las fechas reales de siniestro y la coincidencia en su caso con alteraciones de corriente de la suministradora, o por fenómenos atmosféricos.
- Cotejar en la factura de consumo la potencia contratada y la correspondencia de la misma con las características del riesgo (ej. Potencia mínima contratada y existencia de aparatos de aire acondicionado) que pueden inducir a considerar la manipulación del consumo eléctrico.
- Contrastar la veracidad de la existencia –en su caso- de daños generalizados y demás circunstancias que modifican o argumentan la causa del siniestro.

Especial referencia a los robos en teléfonos móviles: La tendencia explicada anteriormente del aumento del número de aparatos tecnológicos en los hogares, se hace especialmente destacable en los teléfonos móviles y smartphones: en el año 2014 se han vendido más de 15 millones de unidades en España, dos millones por encima de las ventas en el año 2013. Este hecho tiene una especial incidencia en el seguro y, consecuentemente en el fraude, ya que existen múltiples coberturas que pueden obligar a indemnizar los daños causados en estos aparatos, dependiendo de la forma de ocurrencia del daño.

No se trata únicamente de los llamados "seguros de móvil", que son los que se suelen contratar al adquirir uno de estos terminales, sino también los de las pólizas de hogar o incluso de automóvil que cubren el robo, la expoliación, los daños eléctricos o los daños por agua.

A la vista del aumento de siniestralidad en estos aparatos, la aseguradora CPP ha elaborado un estudio sobre 600 casos de fraude detectado en el año 2013 sobre 60.000 siniestros tramitados, lo que supone un 1 % de fraudes detectados. Este 1 % ha supuesto para la aseguradora dejar de indemnizar más de 450.000.- €.

Fig. nº 14: Tipología de fraudes en siniestros de seguros de teléfonos móviles.



Fuente: Elaboración propia con datos de informe CPP

El 56 % de los fraudes se produce por denuncias falsas de robo o hurto. La segunda causa son las falsas declaraciones de siniestro: el siniestro no se produce como lo declara el asegurado.

Aunque solo supone un 2%, también se ha detectado fraude cometidos por los propios distribuidores del seguro, lo que si bien su impacto es escaso, se debe combatir especialmente esta tipología.

Otro dato interesante es el que determina que en el 34 % de los casos de fraude se declaró el siniestro dentro del primer mes de vigencia de la póliza, siendo especialmente subrayable que el 12 % se declararon el primer día.

También destaca el hecho de que más del 50 % de los aparatos siniestrados correspondían a terminales de alta gama, por lo que el coste para las aseguradoras aumenta considerablemente

Todos estos datos y otros más detallados en el informe nos llevan a concluir que podría ser conveniente tomar medidas o detectar alertas en los siguientes supuestos o en los que se den varios de ellos de forma concurrente:

- Siniestro declarado en los primeros 60 días de la contratación de la póliza
- Teléfono de alta gama
- Asegurado menor de 29 años.

Estas alertas se tendrían en cuenta junto con otras ya tratadas anteriormente, como la general cuando exista un cambio evolutivo en los teléfonos móviles (por ejemplo el que se produjo al cambiar de 3 g a 4 g o cuando se empezaron a comercializar de forma masiva los Smartphones en detrimento del teléfono móvil convencional).

Este tipo de fraudes da lugar a hechos que acaban perjudicando al asegurado y, por ende, a las entidades aseguradoras, tanto en sus coberturas como en su imagen. Es lo que podríamos llamar "daño colateral" de las medidas contra el fraude, ya que se ha registrado una denuncia de la organización de defensa de los consumidores FACUA -Consumidores en acción contra las aseguradoras de Phone House, Movistar y Vodafone (Telefónica Seguros, Aviva Insurance Limited y ACE European Group Limited, suc. en España) por incluir cláusulas abusivas en sus pólizas de seguro de robo de terminales móviles: según FACUA estas pólizas limitan 24 o 48 h el tiempo del que dispone el asegurado para denunciar el hurto o el robo del aparato, FACUA argumenta que este plazo es contrario al de 7 días que se recoge en la LCS para la comunicación del siniestro. En este sentido se ha pronunciado ya la DGS por otro asunto similar (exp 6932/2013 de 3 de julio de 2014) en el que indica que la "entidad no puede condicionar la cobertura del seguro a que se comunique /denuncie el robo del terminal asegurado ante la autoridad competente en un plazo perentorio como el recogido en la póliza".

Todo apunta a que, a la vista del fraude detectado en esta cobertura, se haya optado por delimitar el plazo para denunciar el hecho, lo que demuestra que el fraude acaba perjudicando a todos: al asegurado que ve como aumenta la prima y se siente sospechoso a ojos de la aseguradora, y a la entidad aseguradora que debe estar pendiente de la comisión de fraudes y que además ve como en su imagen se deteriora.

5. Indicios de fraude

He estructurado este apartado tratando de separar cronológicamente las posibilidades de ocurrencia del fraude, si bien muchos de los indicios pueden darse en cualquier momento de la vida de una póliza o siniestro, por lo que sin ánimo de ser exhaustivo recojo los siguientes.

5.1 En la solicitud de seguro

Una declaración del riesgo falsa o incompleta en la contratación de la póliza implican a la aseguradora asumir riesgos que, de haber conocido todas las circunstancias no habría asegurado o lo habría hecho en unas condiciones distintas, por lo que el departamento de suscripción debe ser muy prudente y avisado y ser detallista en las inspecciones de riesgo siempre que las circunstancias lo aconsejen. En este momento el tomador puede asegurar un riesgo sobre el que ya ha ocurrido un siniestro o declarar una minoración del riesgo (por ejemplo omitir que la vivienda está situada sobre una gasolinera, o mentir en la edad del conductor o los Kilómetros realizados. Este tipo de declaraciones incompletas o falsas acaban perjudicando al tomador honrado, ya que puede implicar que la aseguradora suba la prima dando por hecho que todo aquel que dice que recorre menos de 8000 Km en un año en realidad hace 50.000 Km.

En este punto se pueden utilizar varias herramientas o habilidades:

- Experiencia de los profesionales que intervienen: principalmente perito en la inspección del riesgo, mediador o suscriptor. Será preciso que el suscriptor tenga cierta intuición basada en la experiencia profesional y vital, o simple sentido común: Debe saltar una alarma si, por ejemplo el tomador del seguro de un vehículo del tipo Seat Ibiza Cupra (pequeño utilitario deportivo) es un jubilado de 75 años.

Se debe prestar atención a la situación económica del futuro asegurado y ver si es acorde lo que pretende asegurar y la suma asegurada con su situación (un parado de larga duración contratando un seguro de vida riesgo de 500.000.- € es el ejemplo más claro).

También debe levantar sospechas que se pretenda asegurar un bien por encima de la suma propuesta por la aseguradora, salvo que esté justificado, no es habitual que el asegurado pida una suma asegurada superior.

5.2 En el siniestro

El momento de la liquidación del siniestro es cuando se materializa la estafa de seguro, por lo que durante la tramitación se debe tener especial cuidado en cada una de las fases, que se pueden simplificar en: declaración, fase intermedia (peritación, documentación) y liquidación.

En la declaración del siniestro: La declaración del siniestro es un momento clave en la detección del fraude. Hoy en día con la tendencia a la omnicanalidad, el asegurado tiene múltiples opciones de efectuar su declaración, por lo que el departamento de siniestros deberá adaptarse a la forma de declaración

para establecer unas u otras medidas de detección según el canal de entrada del parte:

- Declaración telefónica: Se marcaría el siniestro como sospechoso si existen contradicciones de la persona que cursa el parte o si el interlocutor transmite síntomas de nerviosismo, que no se corresponden con lo que está declarando. Este es uno de los casos en los que la profesionalidad y la intuición de quien que atiende la llamada adquiere mayor importancia. Para fomentarlo es importante dotar al personal del Call Center de una serie de preguntas tipo a realizar en cuando se enfrente a estas llamadas..

- Declaración por escrito: Podrían existir matices en las declaraciones mediante DAA (declaración amistosa de accidente), carta, fax o telemáticas, pero las trataré en este mismo apartado. Se levantará sospecha:

-Cuando exista un gran detalle en la descripción, o cuando el asegurado cite directamente la garantía (por ejemplo, en lugar de atraco lo describe como explotación).

-Cuando se aporte la documentación demasiado detallada (por ejemplo en caso de robo aportar facturas de todos los objetos robados, la denuncia perfectamente redactada, etc).

- En los siniestros de robo: Sucesivas ampliaciones de denuncia.

- Aspectos extraños en la denuncia.

- Relato anormal o rareza del siniestro. Origen poco claro.

- El declarante facilita información poco precisa o vaga.

- Incremento de daños o lesiones.

- Cuando el asegurado muestre excesivo Interés en que todas las comunicaciones se le realicen a él personalmente.

-Existencia de siniestros anteriores con daños similares.

-Siniestros que se comunican una vez reparados, sin dar tiempo a peritar: Si se detecta que un asegurado lo ha realizado varias veces, poner una alerta.

-Siniestros que se declaran mucho tiempo después de su ocurrencia (estén o no reparados) lo que complica la determinación de la fecha de ocurrencia: antes o después de contratar la póliza, o la dificultad de comprobar fenómenos atmosféricos en esa fecha.

-El siniestro se ha producido en un lugar despoblado, durante la noche y en días no laborables.

Fecha del siniestro: La fecha del siniestro es una de las circunstancias esenciales en la declaración, ya que determina la cobertura existente en ese momento y unas pocas horas pueden significar la diferencia entre ser indemnizado o no. Algunos indicios:

- Fecha de siniestro cercana a la de la emisión de la póliza: Anteriormente veíamos que en un estudio efectuado por una compañía de seguros de teléfonos móviles se detectó que más del 30 % de los casos de fraude ocurrían en el primer mes de vigencia de la póliza, por lo que conviene que aparezca un aviso en los siniestros declarados en los primeros 30 / 60 días desde la perfección del contrato, ya que es probable que el daño ya existiera antes de su contratación. En estos casos conviene advertir al perito y/o al tramitador del siniestro para que examine todos los indicios que puedan probar fehacientemente

que el siniestro ocurrió antes de contratar la póliza: declaraciones de vecinos, fechas de presupuestos, llamadas a los reparadores, etc.

- Contratación de nuevas garantías en fechas próximas a la declaración del siniestro. Conviene que aparezca un aviso como en el caso anterior o, quizá con más motivo. Puede parecer más sospechosa una ampliación de garantías en fechas cercanas al siniestro.

En estos casos, además de la habilidad del perito y del tramitador, en algunos siniestros de hogar, comercios y comunidades se pueden utilizar la herramienta de google streetview para comprobar el estado de una finca en fechas anteriores al siniestro (rotura de cristales de la fachada, tipo de portero automático, etc.).

Momento en el que ocurre el siniestro: La propia experiencia nos sugiere que determinados accidentes pueden ocurrir con mayor facilidad en momentos concretos del día o del año. En automóviles se tiene muy en cuenta la hora y el lugar de ocurrencia: Un asegurado de 60 años no suele verse implicado en un siniestro a las 5 de la madrugada en la salida de una discoteca, por lo que si se recibe una declaración de estas características se procederá a investigar con mayor detalle, ya que probablemente el conductor responsable haya sido su hijo que no consta como conductor autorizado en las condiciones del contrato de seguro. También la experiencia nos dice que un siniestro de lesiones ocurrido de madrugada puede ser indicativo de culpa exclusiva de la víctima ya que existe la posibilidad de que el lesionado se encuentre bajo los efectos del alcohol o estupefacientes. Un siniestro recurrente en pólizas de comunidades es la caída de ascensor. Si este ocurre de madrugada es probable que se haya sobrepasado la capacidad o que se haya cometido alguna imprudencia por los ocupantes.

Una vez detectado el siniestro sospechoso se deben realizar acciones para acreditarlo: localizar atestados, informes de primera asistencia del hospital, de ambulancias, informes de bomberos y declaraciones de testigos.

En los siniestros de incendio en zonas alejadas también tiene relevancia el momento en el que se origina: Que una pequeña industria se incendie la noche de un fin de semana en el que no hay actividad es indiciario de que puede haber sido provocado, lo que deberá iniciar un proceso inmediato de averiguación de otros datos que también son indicativos: situación económica de la sociedad, etc.

Coincidencia de datos entre perjudicado y responsable: Cuando se detecten coincidencias en los apellidos u otras circunstancias especialmente sospechosas, como por ejemplo la colisión entre dos vehículos ocurrida en Bilbao, cuando ambos conductores viven en la misma calle de Barcelona, debe aparecer alguna alerta que indique a la entidad que probablemente convenga realizar otras averiguaciones para confirmar o detectar la posibilidad de fraude. Es probable que en el ejemplo anterior, los dos vecinos de Barcelona coincidiesen en Bilbao porque ese día había un partido de fútbol, lo que tiene una explicación lógica y podría implicar que se dejase de tramitar el asunto como sospechoso.

Existen varias coincidencias a tener en cuenta: Apellidos, domicilios próximos, relaciones de amistad, colegios, profesiones o hobbies, muchas de las cuales son difíciles de conocer con los datos que se disponen en el momento de la declaración del siniestro, pero hoy en día se puede conseguir relacionar personas a través de datos publicados voluntariamente por los presuntos defraudadores en las redes sociales u otros sitios de internet. Este tipo de averiguaciones se pueden realizar por los tramitadores o peritos, se pueden externalizar en empresas especialistas o gestionar con soluciones informáticas adquiridas ex profeso.

Durante la vida del siniestro: Durante la tramitación de los siniestros se puede detectar algún indicio de fraude no detectado ni en la contratación de la póliza ni en la declaración del siniestro. Algunos serán similares o idénticos a los ya detallados anteriormente, pero otros suelen ocurrir tras la declaración.

En este momento se pueden realizar las acciones de investigación o recopilación de datos necesarios para acreditar un suceso fraudulento detectado en la declaración.

Indicios:

- Actitud del reclamante que denota un exceso de exigencia: Los defraudadores suelen ser los más exigentes en la tramitación, prisas en recibir la indemnización y excesivo conocimiento de la normativa.

- Daños o lesiones que no encajan con la declaración: Tras la declaración se examina el lesionado con un médico especialista y se determina que las lesiones son excesivas o incoherentes con la declaración efectuada, por lo que se prestará especial interés en comprobar si existían patologías previas y/o buscar otras pruebas que desmonten la versión del presunto defraudador: Testigos imparciales, informes médicos, atestados, etc.

Peritación: El perito, junto con el tramitador, es la figura que tiene mayor capacidad de detectar un asunto fraudulento, pues es quien acude al lugar del siniestro y conversa en persona con el defraudador. Así su experiencia, formación y una ágil comunicación con la compañía es esencial para poder probar la existencia de fraude. El perito debe interesarse por la situación económica del asegurado, especialmente en industrias y comercios.

Indicios en relación con las facturas y otra documentación: La documentación que acredita los daños, las preexistencias, los objetos robados o dañados así como las lesiones, debe ser revisada por el tramitador de siniestros, prestando especial esmero cuando exista algún indicio de fraude detectado. Indicios de fraude en documentación:

- Se presentan facturas de emisores distintos pero con características similares (tipo de letra o formato).
- Se facilita demasiada documentación (por ejemplo en caso de robo aportar las facturas de todos los objetos robados) o se proporcionan muy pocos datos.
- La fecha de las facturas o presupuestos que acreditan una reparación es anterior a la fecha declarada del siniestro, o incluso de la emisión de la póliza.

- Comprobar el tipo imponible de IVA, ya que se han dado casos en los que se aportaban facturas falsas para acreditar la preexistencia de objetos robados en los que se puede demostrar que en la fecha de la factura el tipo impositivo era distinto.

- Comprobar el número de factura: Posibilidad de contactar con quien emitió la factura para determinar que efectivamente corresponde con lo que se está reclamando (se han detectado facturas manipuladas y por el número de factura el comercio que la expidió informó que se había adquirido un cable de 3.- € y se había manipulado la factura para tratar de acreditar la existencia de una TV de valor superior a los 2000.- €.

- Si existen siniestros anteriores en la misma póliza, cotejar las facturas, ya sean de robos para acreditar preexistencia o de daños, ya que es posible que el defraudador haya utilizado la misma factura en ambos siniestros. De igual forma se deberá acreditar la reparación de un siniestro anterior con los mismos daños ya indemnizados.

- Fotografías: En ocasiones se utilizan fotografías de daños que no corresponden con aquello que se reclama, últimamente se han detectado que algunos defraudadores utilizan fotografías encontradas fácilmente en internet: Un fraude de estas características fue el merecedor del segundo premio en su categoría del XXI concurso sectorial de detección de fraudes de UNESPA: La aseguradora recibe un parte por la rotura de una vitrocerámica. Al tratar de comprobar la concordancia de la factura con los daños aparentes en las fotos aportadas, el tramitador descubre que las imágenes provienen de Internet. Al contactar con el asegurado este afirma que lleva años sin dar parte al seguro. Las investigaciones permiten averiguar que hay otros casos en los que la indemnización de los siniestros va a parar a la misma cuenta corriente, que corresponde a una empleada de un mediador. Se informa al director de la correduría de seguros de esta irregularidad. Gracias a su colaboración se descubre que la trabajadora había presentado 37 partes falsos en su propio beneficio y a espaldas de su empleador.

Podría parecer un caso aislado, ya que utilizar una fotografía de internet para acreditar un daño no parece muy sensato, pues en este sentido en el año 2011 se rompieron las gafas de un entrenador de fútbol alemán (Jürgen Klopp) durante un partido y las imágenes de las gafas rotas aparecieron en internet. Poco después se detectaron varios fraudes de asegurados reclamando gafas rotas y aportando como prueba la fotografía de las gafas del entrenador, siendo detectados varios fraudes similares.

También fue detectado por las fotografías, que en este caso no procedían de Internet, un fraude millonario urdido por varios peritos en Zaragoza, comentado anteriormente en el que un tramitador de siniestros vio como en dos siniestros sin aparente conexión, las fotografías eran idénticas.

Conforme se vayan dando pasos en la telematización de las bases de datos y mejoras en los gestores documentales, sería deseable contar con algún software que detectase automáticamente estas similitudes en las facturas o fotografías: Algo tan sencillo como comparar todos los documentos existentes en el

gestor documental entre sí, para verificar que ninguno de ellos se ha utilizado en siniestros distintos. De hecho una herramienta de estas características podría detectar incluso fraudes anteriores ya indemnizados.

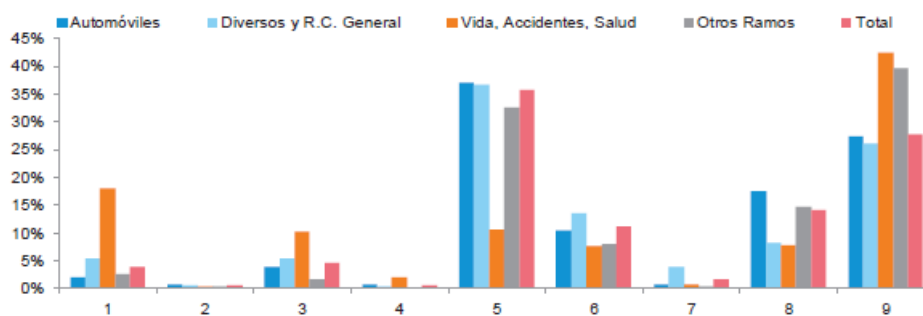
En la liquidación del siniestro: Existencia de números de cuenta coincidentes para indemnizaciones sin relación entre sí: fraude del mediador o de su colaborador, o redes organizadas.

ICEA ha elaborado una estadística de los indicios de fraude en relación con los grupos de ramos o garantías

Fig. nº 15: Indicios de fraude por ramo

Los indicios que permiten la detección de fraudes recogidos en la estadística son:

- 1.- Antecedentes del asegurado
- 2.- Problemas económicos
- 3.- Contratación o ampliación de coberturas en fecha próxima al siniestro.
- 4.- Similitud de apellidos
- 5.- Al peritar/tramitar.
- 6.- Por el relato del siniestro.
- 7.- Por nerviosismo o contradicciones al declarar el accidente.
- 8.- Por desproporción daños/lesiones.
- 9.- Otros indicios.



Fuente: ICEA. El fraude al seguro español 2014

5.3 Conclusión

Los avisos o alarmas enumerados, deben ayudar a que la persona encargada de contratar, atender llamadas o gestionar el siniestro, reaccione de forma inmediata, ya sea derivando el asunto al departamento de fraude o asignando con urgencia una gestión más especializada, como sería la intervención de un detective, un investigador de incendios, economista, etc. De esta forma se evitará demorar innecesariamente la resolución del asunto. Así se evita que el defraudador sospeche que está siendo investigado.

La detección por parte de las personas que intervienen debe ir de la mano con otro tipo de herramientas de detección automática; ambas se complementan. Para ello es importante contar con:

- Buenas bases de datos para corroborar los indicios.
- Buena comunicación entre departamentos y otras compañías y entidades.
- Existencia de herramientas tecnológicas avanzadas: uso de las tecnologías, redes sociales y aplicaciones informáticas adecuadas.

6. Aspectos sociológicos

He considerado abordar el aspecto sociológico de forma separada ya que se trata de un factor que explica la comisión de fraudes, y permite ir a la raíz del problema.

En muchos ámbitos el fraude no solamente no es reprochable, sino que está incluso bien visto. Existe una conciencia generalizada de que la aseguradora cuando llega el momento de liquidar una prestación suele pagar menos de lo esperado. Esta conciencia puede suponer un incentivo para el asegurado de intentar magnificar las consecuencias del siniestro, ya que se cree que la compañía ya se encargará de reducir la indemnización.

En algunos sectores de la población existe la percepción de que las entidades aseguradoras son rápidas a la hora de cobrar las primas, pero tacañas en el momento de abonar la prestación, es lo que podríamos llamar “síndrome de la letra pequeña”, en el que el asegurado cuando ve rechazadas sus pretensiones, con la correspondiente exclusión contemplada en el condicionado de la póliza, manifiesta el desconocimiento de la misma y crece el desencanto con el sector. Quizá esta percepción tenga su origen en épocas pasadas en las que no existía la protección al consumidor de hoy en día y la llamada “letra pequeña” ponía a los asegurados en una posición de inferioridad.

Parece existir una percepción de que en España se defrauda más que en otros países, pero como veremos en la comparativa internacional, el fraude no es algo que se ciña a España o a los países latinos, sino que en mayor o menor medida se da en todo el mundo.

Línea Directa realizó un sondeo de opinión sobre el fraude en el seguro de autos. De este estudio se extrae que el 10,7 % de los encuestados reconoce haber cometido fraude a las aseguradoras, y un 33 % considera que es una actividad que puede estar justificada. Estos resultados, como veremos, son equiparables o incluso pueden estar por debajo al detectado en otros países, como Reino Unido, Alemania o Estados Unidos, en los que el 66 % de los encuestados consideran que no es especialmente grave defraudar al seguro.

De forma general, y en especial por los defraudadores no se tiene la percepción de estar realizando algo ilegal o inmoral, sino que se trata de una forma de recuperar lo pagado con la prima, no se asocia el aseguramiento a una comunidad de riesgos, sino a una especie de ahorro que justifica recuperar lo que se ha pagado. La expresión latina que popularmente se viene utilizando es *Quid pro Quo* (aunque realmente debería utilizarse *do ut des*) en la que el asegurado espera una reciprocidad consistente en un intercambio de favores: yo pago la prima y la aseguradora me indemniza, como mínimo en la cantidad que he abonado.

El grueso de los casos de fraude está constituido por lo que podríamos llamar delito de masas, que se refiere a aquel cometido por un gran número de personas, y se debe prestar especial atención al efecto multiplicador del mismo ya

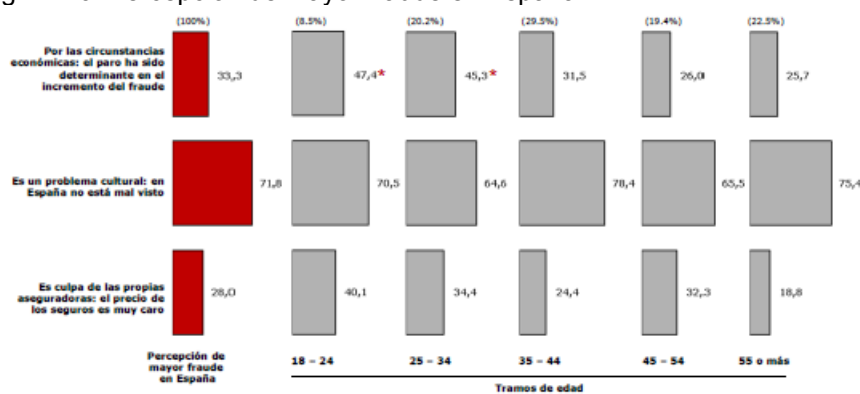
que su riesgo no se encuentra solo en cada caso en concreto sino en el contagio social o el efecto imitación que produce el haber logrado una acción defraudatoria con éxito. Cuando se percibe que otros asegurados actúan de esta forma con éxito autojustificaría realizar un fraude, ya que si los demás sacan provecho, y encima implica que mi prima sea más elevada ¿Por qué no voy a hacerlo yo?

La conducta del defraudador “masa” suele ser más aplaudida que estigmatizada socialmente.

Sin duda existe una escasa conciencia de la ilicitud de la acción, que se podría incluir en algunos tipos de conductas penalmente sancionables pero arraigadas y socialmente “permitidas”, como defraudar a Hacienda, o a la Seguridad Social-alargando innecesariamente el periodo de paro, o con bajas fingidas.

Las circunstancias económicas y el paro es el motivo más determinante en el incremento del fraude según la opinión de los menores de 35. Mientras que los mayores consideran que es un problema cultural.

Fig. nº 16: Percepción de mayor fraude en España



Fuente: Sondeo de opinión: “El fraude en el seguro de autos en España”, Línea Directa, Noviembre 2013

Cine y televisión: El cine y la televisión han tratado el fraude en varias ocasiones, desde diversos puntos de vista. Ya en 1944 la película de cine negro, “*Double Indemnity*” (“Perdición” en la versión española) dirigida por Billy Wilder aparece el fraude al seguro como trama: Se narra un asesinato de seguro, y aparece la figura del investigador de fraude de una compañía aseguradora, quien ya en los años 40 investigaba situaciones como el incendio provocado de un camión y su carga. El guion es una adaptación de la novela “Pacto de sangre” de James M. Cain. Escrita en 1935 y basada en un hecho real ocurrido en 1927: Un ama de casa convenció a su amante para que asesinasen a su marido con la finalidad de cobrar una sustanciosa indemnización de su seguro de vida. Fueron detenidos por la torpeza con la que cometieron el asesinato y fueron condenados a muerte. Curiosamente se tuvo que cambiar el final de la película por exigencias de la censura, pues en el relato original los protagonistas burlaban la ley y no eran castigados.

En los años 60 Buster Keaton reflejó el fraude desde un punto de vista cómico en *"The Fortune Cookie"* (en Bandeja de Plata), en la que Jack Lemmon representa a un cámara de televisión que sufre una conmoción cerebral a raíz de un choque fortuito con un futbolista. A pesar de que se trata de una lesión sin importancia, un abogado sin escrúpulos, le propone fingir una grave lesión con el fin de cobrar una substanciosa indemnización. Se muestra la poca ética de algunos abogados que persiguen la indemnización fácil y la duda moral del lesionado que se ve arrastrado por su entorno.

En tono dramático de thriller policíaco, se estrenó en 2010 la película argentina *"Carancho"*, en la que Ricardo Darín forma parte de una red ilegal que se encarga de provocar accidentes automovilísticos para estafar a las aseguradoras, en la que están implicados abogados, médicos y los propios lesionados. Se basa en una problemática real existente en Argentina.

En España también se ha tratado este tema, entre la comedia y el drama con la película *"Carmina o revienta"*, en la que una señora que regenta un bar que ha sufrido varios robos no cubiertos por su compañía aseguradora, simula un siniestro para recuperarse de los problemas económicos que arrastra. Esta película constituiría un reflejo de parte de la sociedad que ve el fraude como algo normal, fácil de cometer y con un punto de justicia social.

En televisión se mostró el 22 de mayo de 2015 un reportaje de "Equipo de investigación", de La Sexta llamado "estafadores de seguros" en la que se trató el fraude a las aseguradoras desde el punto de vista de las compañías y, brevemente se hizo mención de algunas prácticas abusivas del sector, pero el interés en exponerlo aquí no es tanto el contenido en sí, como los comentarios surgidos en la página web de la cadena y en los incendiarios Twitters contra las aseguradoras, lo que nos deben hacer ver que las entidades aseguradoras tienen mucho trabajo de concienciación que hacer.

Es curioso ver como el tema ha sido tratado en series de humor internacionales y nacionales: en el capítulo de "Los Simpson" llamado "Boda indemnización" el protagonista, Homer, ayuda a un amigo a cometer un fraude al seguro de autos simulando el robo de un vehículo y lanzándolo al mar. El título original del capítulo es *"Dumbbell Indemnity"*, en referencia de la película *"Double Indemnity"* (Perdición), comentada anteriormente. En España, la serie "Aquí no hay quien viva" se ha tratado el fraude a las aseguradoras, concretamente con un siniestro de daños eléctricos, y de como se corre la voz entre los comuneros de que van a ser indemnizados por la aseguradora. Así, algunos de los miembros de la comunidad dañan deliberadamente aparatos eléctricos para recibir la indemnización de la compañía, que finalmente no cubre el siniestro.

Estas inocentes series de humor, denotan una sutil diferencia: En la serie norteamericana el defraudador es consciente del delito que va a cometer y acaba con sus huesos en la cárcel, mientras que en la española se debate el fraude al seguro con total impunidad y sin que el hecho de plantearlo suponga un estigma social, sino más bien una especie de reto de quien consigue mayor provecho.

Internet: Internet es el foro para comentar cualquier temática, con la impunidad que caracteriza el anonimato en la mayoría de los comentarios. Destacaría los que vienen a justificar la comisión de fraude en base a los delitos económicos y desfalcos cometidos por políticos y banqueros, “si ellos roban millones porque no vamos a tener derecho a distraer unos euros”.

El "Síndrome de Robin Hood": Es conocido un sentir de la ciudadanía en relación con lo que se plasma en la obra del año 1872 de Alejandro Dumas “El Príncipe de los Ladrones y Robin Hood el Proscrito”, y que se concreta en que robar a los ricos estaría justificado.

Es común el ver a las entidades aseguradoras, así como a las entidades financieras como una especie de enemigo o entidad poderosa con gran capacidad de influenciar sobre el poder político y, sobre todo, con gran capacidad económica, así que estafar a un banco o a una entidad aseguradora, es visto por algunas personas como una forma de hacer justicia o de socialización del capital, totalmente justificable y aceptable.

Los orígenes de la leyenda de Robin Hood se remontan al siglo XIV, por lo que esta forma de pensar está completamente arraigada y luchar contra ella sería inútil, por lo que podría ser una alternativa más viable intentar desligar al sector asegurador de la imagen de entidad rica y poderosa y acercarla a la de la función social de reparto de riesgos que realmente tiene.

¿Qué parte de culpa tienen las entidades aseguradoras?: Se habla a menudo de que las entidades aseguradoras deben hacer una labor de información y educación a la sociedad sobre las consecuencias del fraude. Esto es una parte del trabajo pendiente, la otra consiste en ser muy profesionales en la contratación de las pólizas, explicando muy bien las garantías y las coberturas, haciendo entender al asegurado las coberturas que han contratado y, sobre todo, las que han dejado de contratar. Igualmente en la tramitación del siniestro, se debe ser muy profesional y rápido en la resolución. Las aseguradoras deben ser transparentes e imponerse estándares de calidad de servicio pensando en los asegurados, redactando coberturas amplias y entendibles.

No es fácil plasmar la importancia de estas acciones, por lo que lo haré mediante dos ejemplos hipotéticos:

Expongo un ejemplo hipotético que podría ser un caso real y que se podría evitar con un trabajo profesional en la contratación: una familia contrató una póliza de hogar a la vez que firmaba la hipoteca con la misma entidad bancaria. Al cabo de un tiempo se inició un importante incendio en su vivienda. Creyendo estar asegurados reclamaron a su aseguradora, quien les denegó la indemnización de los daños en contenido porque no estaba contratado. Lo peor vino cuando recibieron las reclamaciones del resto de vecinos afectados por el incendio, ya que la póliza tampoco garantizaba la Responsabilidad Civil. Esta familia acabó pagando como pudo al resto de afectados y sus aseguradoras, pero la imagen que les ha quedado del sector raramente se recuperará. Reconocen su imprudencia por no haberse preocupado de comprobar que su póliza les cubría lo que realmente necesitaban, pero insisten en que la labor de la

persona que debió de asesorarles o de venderles el producto no se preocupó de estudiar sus necesidades reales.

Expongo otro ejemplo relacionado con la tramitación del siniestro: Un vehículo maniobrando en un aparcamiento rompe una silla de ruedas que se encuentra detrás del vehículo: El perjudicado reclama directamente a la aseguradora del vehículo, quien continuamente omite contestar a las reclamaciones o se limita a solicitar compás de espera indefinidamente. El perjudicado, harto de esperar, decide reclamar judicialmente, pero como el importe de la reparación de la silla de ruedas es bajo y le resulta antieconómico hacerlo, decide reclamar una silla de ruedas nueva, de un importe muy elevado, falsificando algún documento.

Esto no deja de ser un ejercicio hipotético, pero son supuestos que se dan y ayudan a hacer crecer este sentir de gran parte de la sociedad de rechazo a las entidades aseguradoras y a autojustificar la comisión del fraude.

En ocasiones falta empatía del empleado de la entidad aseguradora respecto a la persona que tiene un problema, lo que genera un sentimiento que favorece la decisión de cometer fraude: no me han contestado a la reclamación, me ponen un contestador automático, solo puedes hablar con teleoperadores, etc.

La influencia de las medidas coercitivas: La influencia de las medidas coercitivas (Penales, administrativas u otras), junto con la educación, influyen en el cambio de mentalidad de la población. A modo de ejemplo los accidentes de circulación, en la España de los años 80, de forma generalizada, no estaba mal visto conducir bajo los efectos del alcohol o alardear de hacer un trayecto en menos tiempo. La siniestralidad y las consecuencias en esa época fueron claras: Un incremento de la mortalidad en carretera muy importante (ver gráfico de mortalidad de la Fig. 9). Desde entonces se han venido aplicando medidas sancionadoras y coercitivas cada vez más rigurosas (carnet por puntos y colocación de radares) lo que junto con otras medidas como la mejor red de carreteras y un parque de vehículos más moderno, han conseguido disminuir la cifra de mortalidad un 80 %.

Las medidas coercitivas en el fraude al seguro no son todo lo efectivas que podrían ser, ya que existe una sensación generalizada de que "no pasa nada", A la vista del estudio jurisprudencial realizado, las penas efectivas impuestas cuando se consigue demostrar un delito de estas características oscila en una pena de prisión de entre 3 meses y 9 meses, lo que implica no ingresar en prisión para la mayoría los defraudadores. Casi todas las estafas al seguro con sentencia firme son en grado de tentativa, lo que reduce la pena.

También hay que mencionar al defraudador que ha tenido éxito y su fraude no ha sido detectado. Existen pocos datos de este tipo de defraudador, ya que no constan estadísticas, pero todo apunta a que aquel que tiene éxito suele verse abocado a repetirlo, ya que el lucro es grande en proporción al esfuerzo dedicado, y el defraudador se relaja y no mide de la misma forma el riesgo en la segunda o posteriores estafas .

El Seguro desde el punto de vista del consumidor: La Asociación de Usuarios de Bancos, Cajas y Seguros de España (ADICAE) realizó un amplio estudio en el año 2007 “La realidad del seguro en España”²⁵ analizando la práctica de las aseguradoras respecto a los asegurados. Se exponen conclusiones que permiten a las aseguradoras examinar qué puntos a mejorar esperan los asegurados.

Se expone que el mercado asegurador en España no ha alcanzado el grado de madurez existente en otros países de nuestro entorno, destacando que existen factores socio-culturales que influyen en ello, como el desconocimiento de los riesgos inherentes a la persona y al patrimonio, existiendo una desconfianza a las aseguradoras. El estudio indica que existe “desconfianza justificada de los consumidores (las Aseguradoras no pagan). Las continuadas malas prácticas por parte del conjunto de las aseguradoras han socavado la confianza colectiva en los seguros”.

Como factores microeconómicos citan el cultural: escaso fomento del uso del seguro en los campos donde está menos extendido y visión de los seguros como algo negativo, consideran que existe poca colaboración entre las aseguradoras y los distribuidores o comercializadores en cuanto a la mejora de los canales de distribución, manifestando que se ha llevado a la práctica el obligar al asegurado a contratar productos que no desea, lo que genera mala imagen de las entidades aseguradoras. También se hace mención al desconocimiento técnico sobre seguros por parte de los consumidores, y consideran que debería suplirse con mayor información a la hora de contratar, piden que la publicidad se realice de una forma más comprensible y se explique correctamente el producto en el momento de la venta.

Se destaca el seguro Multirriesgo Hogar como el más problemático por ser el más desconocido: critican que se dispone de garantías que no se utilizan por simple desconocimiento y que no se tienen garantías que el asegurado cree que había contratado.

Concluyen criticando la “venta agresiva de seguros” y que esta venta viene acompañada de una falta de información, por lo que piden que se fomente una cultura del seguro positiva con formación e información al consumidor por parte de las administraciones públicas y asociaciones de consumidores. Piden también la implicación de las aseguradoras con una labor de transparencia y formación en la fase de contratación (publicidad y comercialización).

En la encuesta realizada, se indica que el 48,79 % de los consumidores considera caro su seguro frente al 31 % que no los considera caros.

El 70,6% de las personas entrevistadas no han tenido ningún problema con sus seguros mientras que el 29,4% sí lo ha tenido.

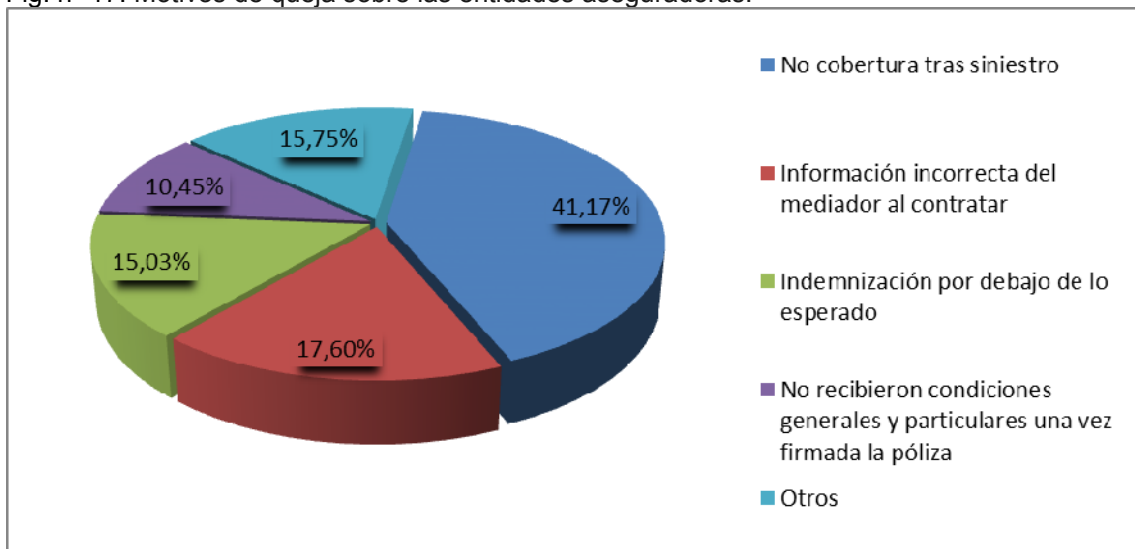
Los principales problemas que se encuentran los consumidores son en un 41,17% de los casos, que después de haber sufrido un siniestro la compañía les ha dicho que no lo cubre. Por otro lado, un 17,6% de las personas al contra-

²⁵ ADICAE “La realidad del seguro en España”, 2007

tar el seguro han recibido información por parte del mediador que no corresponde con la póliza del seguro. En tercer lugar, un 15,03% después de producirse un siniestro han recibido una indemnización menor de lo que creían que les correspondía y un 10,45% no recibieron las condiciones generales y particulares después de firmar el contrato. El restante 15,75% han tenido otros problemas diferentes con la aseguradora.

De los consumidores que han tenido algún problema con su seguro tan solo un 19,6% ha puesto una reclamación por escrito a la compañía mientras que el 80,2% no lo ha formalizado.

Fig. nº 17: Motivos de queja sobre las entidades aseguradoras:



Fuente Elaboración propia con datos de ADICAE "La realidad del seguro en España", 2007

Cabe hacer mención a algunas malas prácticas desarrolladas por el sector asegurador y que contribuyen a crear esta imagen negativa. Tiene especial relevancia la generalización de los contratos de adhesión, en los que es la aseguradora, llamada "parte fuerte", la que impone al asegurado unos condicionados que no se negocian cláusula a cláusula y que son percibidos por la "parte débil" (parte asegurada) como una imposición. Asimismo, existe en gran parte de la sociedad una imagen de las entidades aseguradoras como grandes empresas con una sólida estructura económica y sobrada solvencia que justifica el hecho de que puede permitirse unos cuantos fraudes.

7. Mapa del Fraude en España

He considerado necesario elaborar un índice que permita conocer en qué zonas se concentra la comisión de estafas de seguro, ya que ello tendrá influencia en la creación de un departamento de fraude, dependiendo del reparto territorial del negocio de la entidad que lo vaya a implantar. La gráfica del ranking por provincia se puede consultar en el Anexo IV.

El mapa se divide por provincias, que es la unidad geográfica más pequeña de la que he podido localizar datos, de hecho considero que sería interesante poder bajar a nivel de población o de barrio, y tratar de establecer relaciones por tipos de población (rural, urbana, de extrarradio urbano, o incluso más detallado). Uno de los datos que pueden extraerse del mapa, es que las dos provincias en las que se encuentran las ciudades con mayor población (Madrid y Barcelona) tienen, proporcionalmente, un bajo índice de fraude detectado, por lo que si fuese posible conseguir datos más detallados de fraude por código postal o zonas, se podrían extraer conclusiones sobre la influencia de la población urbana.

El método para conseguir el resultado que aparece en la Fig 18 ha sido realizar el sumatorio de los casos de fraude detectados reportados por ICEA en sus informes anuales (últimos 5 años). Dichos datos son los más próximos a la realidad que he podido conseguir, si bien considero que son suficientemente representativos y que permiten un volumen suficiente de supuestos como para poder considerar fiable la muestra. El resultado de la suma de cada provincia lo he dividido por el volumen de primas de cada una de ellas, para que el número de casos sea proporcional en relación al nivel de aseguramiento de las zonas.

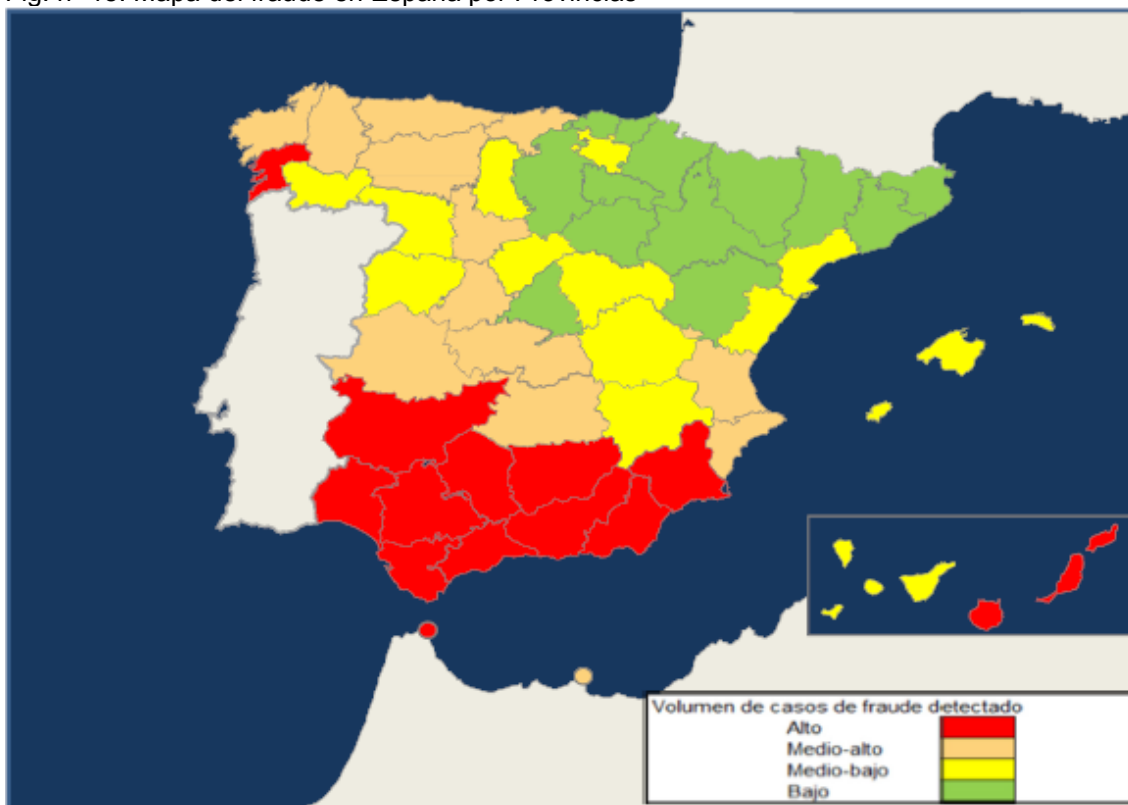
Esto implica que el número resultante no es propiamente un porcentaje de fraude detectado, sino más bien un ranking que permite conocer que provincias tienen un número de casos de fraude detectado más elevado en relación al volumen de primas.

El estudio agrupa todos los fraudes detectados, sin distinguir por ramos o tipología.

Se habla a menudo de la influencia de las crisis en el aumento de las tasas de fraude, por lo que he querido relacionar el mapa de fraude con las tasas de paro, por lo que he elaborado un segundo mapa por provincias con los datos de desempleo del año 2014 publicados por el INE. Los resultados confirman que en las zonas en las que el desempleo es mayor, los índices de estafa al seguro son mayores.

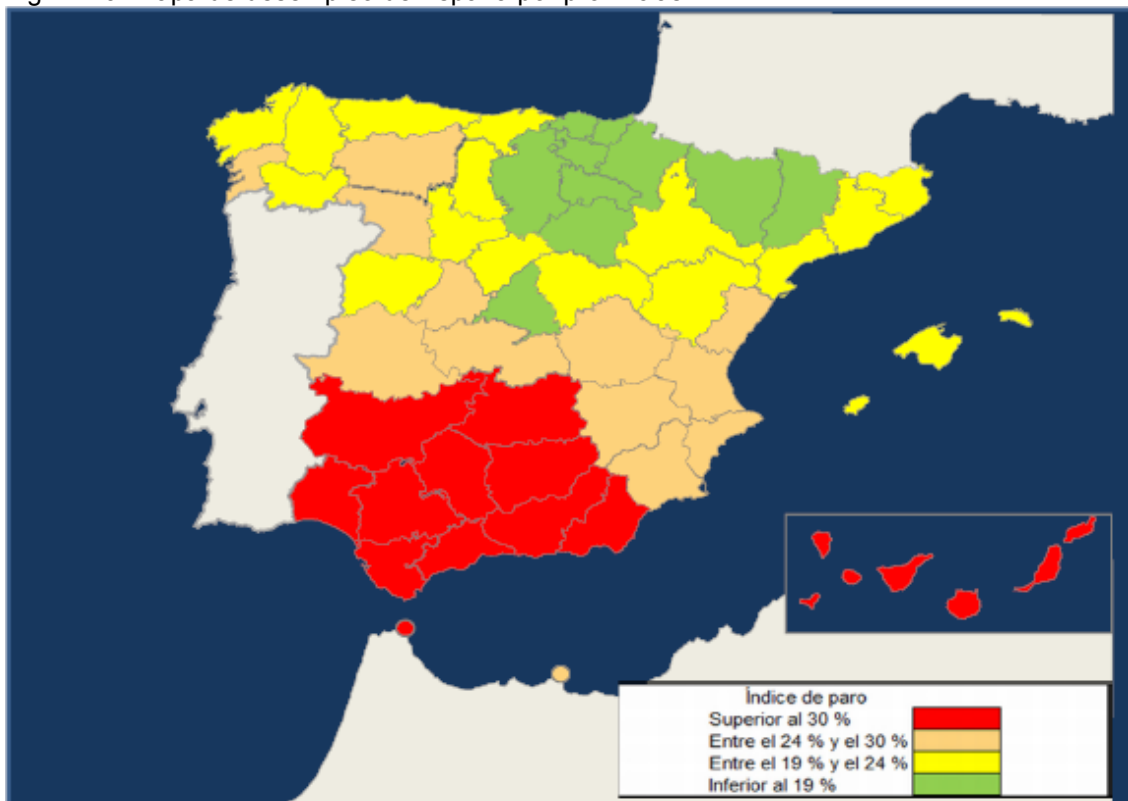
Así, cuando se indica que la crisis afecta al aumento de fraude, quizá sería más concreto afirmar que lo que lo incrementa es la pobreza o la necesidad individual, ya que si los indicadores globales económicos indican que se está saliendo de la crisis, pero los índices de desempleo continúan elevados, la tasa de comisión de fraudes seguiría en niveles elevados.

Fig. nº 18: Mapa del fraude en España por Provincias



Fuente: Elaboración propia con datos de ICEA

Fig. nº 19: Mapa de desempleo de España por provincias



Fuente: Elaboración propia con datos del INE 2014

8. Fraude a nivel internacional

Existe una elevada tasa de fraude no detectado en el mercado asegurador internacional. Convendría conocer este dato para concienciar al sector del impacto económico que supone. Pero: ¿cómo se puede cuantificar algo que no se ha detectado?. Al carecer de datos se han elaborado múltiples estimaciones con la intención de conocer el impacto y escala del fraude oculto. Algunos de ellos mediante análisis estadísticos y matemáticos, con estimaciones de las aseguradoras del riesgo total de fraude junto con las tasas reales de detección y utilizando multiplicadores de riesgo de fraude no detectado.

Los datos que se exponen a continuación se deben tomar como orientativos. Han sido obtenidos de diversas fuentes, siendo las principales *Insurance Europe*²⁶, ABI (*Association of British Insurers*)²⁷ y GDV (*Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft*)²⁸, que a su vez se basan también en fuentes diversas. Las mediciones son distintas, algunas recogen los ramos de forma general, otras se centran en un ramo (automóviles) o a un tipo de siniestros (lesiones de automóviles), algunas se refieren al porcentaje sobre número de casos y otras al porcentaje sobre el coste total de las indemnizaciones. No obstante, he considerado que resulta de interés abordar esta comparativa con la finalidad de prestar atención a nuestro entorno y tratar de sacar conclusiones.

A nivel europeo, *Insurance Europe* estima una tasa de fraude del 10 %, indicando que las variaciones entre países dependen de múltiples factores y tipos de seguros.

Siguen las tasas de fraude estimados de algunos países representativos, así como el detalle en una tabla. He recogido en algunos casos dos estimaciones distintas para el mismo país y mismo tipo de seguro, ello ha sido motivado por existir estimaciones diversas.

Téngase en cuenta que los estudios han sido realizados en diferentes momentos, por lo que no existe homogeneidad.

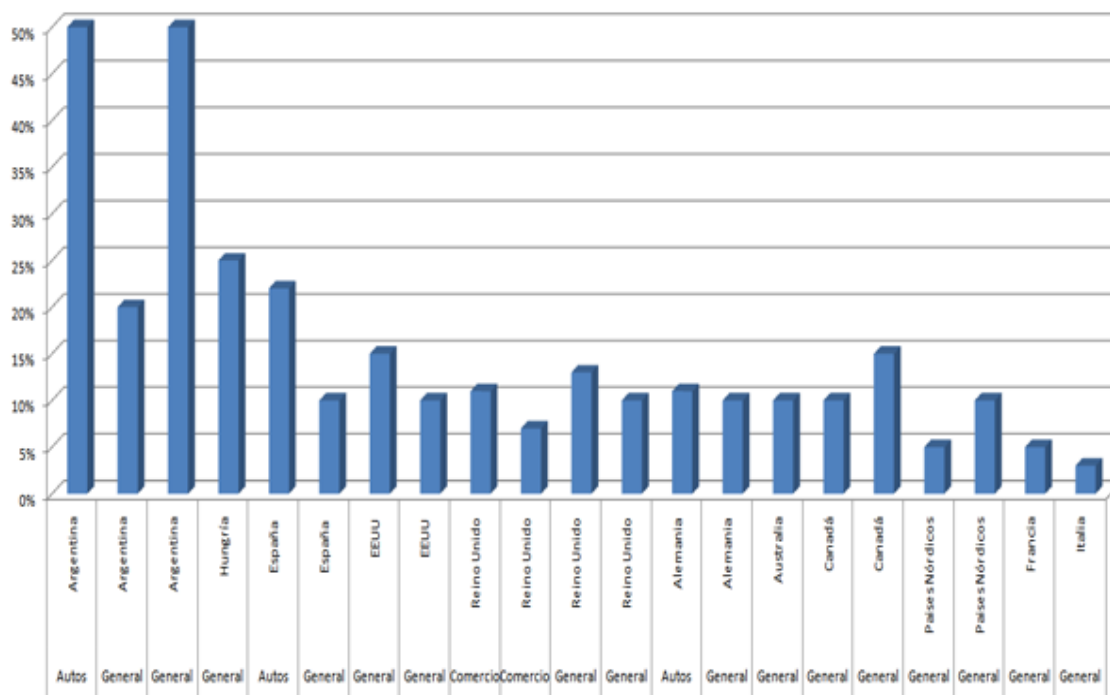
²⁶ Insurance Europe. The impact of insurance fraud, Brussels, Belgium , 2013

²⁷ Association of British Insurers, General insurance claims fraud, Research Brief. 2009.

Association of British Insurers, Deterring opportunistic general insurance fraud, Research Brief . 2010

²⁸ GDV. Insurance fraud-Crime prevention by the German Insurance Association (GDV), 2013. John, K. Pressekonferenz Versicherungsbetrug: aktuelle Entwicklungen, Muster und ihre Abwehr, 2011

Fig. n° 20. Tasas de fraude a nivel internacional



Fuente: Elaboración Propia con fuentes diversas. Ver detalle en bibliografía. Nota: Estos datos cubren diferentes fases en el ciclo de negocio y utilizan diferentes enfoques, por lo que debe tomarse como indicativo más que como comparativo.

Fig. n° 21: Tasa de Fraude al seguro estimado por países

Ramo	País	Medición	Tasa de fraude (%)
Autos	Argentina	Volumen	50%
General	Argentina	Volumen	20%
General	Argentina	Volumen	50%
General	Hungría		25%
Autos	España	Volumen	22%
General	España		10%
General	EEUU	Coste	15%
General	EEUU	Volumen	10%
Comercio	Reino Unido	Volumen	11%
Comercio	Reino Unido	Coste	7%
General	Reino Unido	Volumen	13%
General	Reino Unido	Coste	10%
Autos	Alemania	Volumen	11%
General	Alemania	Volumen	10%
General	Australia	Volumen	10%
General	Canadá	Volumen	10%
General	Canadá	Volumen	15%
General	Países Nórdicos	Volumen	5%
General	Países Nórdicos	Volumen	10%
General	Francia		5%
General	Italia		3%

Fuente: Elaboración propia

Lo que más llama la atención es la elevada tasa de fraude en Argentina. Sobre todo en lo que se refiere a las lesiones de accidentes de circulación. Una explicación a este hecho podría ser el fraude realizado por el llamado "abogado Carancho", abogados que defraudan a las compañías en colaboración con policías y médicos, de hecho en el 43 % de los casos detectados existía intervención de distintos profesionales (abogados y médicos). Por otro lado, y según la SSN argentina (Superintendencia de Seguros de la Nación) el 32 % de las entidades no realizan inspecciones de riesgo y el 62 % del mercado no registra los fraudes cometidos.

En el otro lado de la tabla, destacar la baja tasa de fraude estimada para Italia. Tan solo del 3 %. Estos datos no parecen haber sido obtenidos con estudios tan completos como los de otros países, toda vez que la ANIA (*Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici*) ha publicado una tasa de fraude detectado del 2,04 % en el año 2013, por lo que tendría Italia una tasa de fraude no detectado inferior al 1 %.

Por otro lado, el fraude en el seguro en Italia ha sido un tema lo suficientemente preocupante para citarlo como la principal motivación de la publicación de la reforma legislativa de 2012, Ley 27/2012 "*Decreto Liberalizzazioni*" que viene a recoger que las lesiones de escasa entidad (sobre todo el latigazo cervical) o micro-lesiones cuando no sean susceptibles de una comprobación clínica instrumental objetiva, no podrán ser susceptibles de ser indemnizadas como "*danno biologico permanente*", lo que aquí denominamos secuelas.

En este sentido, esta reforma tiene ciertas similitudes con el nuevo baremo de autos español, cuya publicación está prevista en 2016. No obstante, la forma de realizar las reclamaciones no es comparable, dado que en Italia se utiliza un sistema *de risarcimento diretto*, es decir, la posibilidad que tiene la víctima de pedir la indemnización por las lesiones directamente a su propia compañía, algo parecido a lo que sucede en España con los convenios CIDE y ASCIDE.

En Italia, la justificación para redactar esta norma ha sido el incremento de las primas derivado del elevado número de siniestros que se indemnizan y el fraude en las denuncias de estos hechos.

Llama la atención, en el caso italiano, el resultado de la encuesta realizada por KPMG a las entidades aseguradoras en la que se pregunta la incidencia estimada del fraude, siendo que casi el 70 % de las compañías creen que la tasa de fraude es del 3 % o inferior.

Los estudios alemanes efectuados por la GDV desglosan algunas particularidades de casos concretos de fraude, siendo los más llamativos los que afectan a determinados objetos como gafas, ordenadores portátiles y teléfonos móviles, indicando que el 13 %, 30 % y 54 % respectivamente de los daños reclamados no deben atenderse al no ser plausibles, llegando a destacar que el 80 % de los daños en ordenadores portátiles no están justificados (no únicamente por fraude). Esta asociación realiza encuestas y estudios para indagar los motivos que llevan a la comisión del fraude, publicando resultados con datos tan destacables como que el 4 % de los alemanes encuestados dice haber cometido

fraude a las aseguradoras en los últimos 5 años, mientras que un 7 % conoce a alguien que lo ha cometido. Sin tener en cuenta el 11 % de “no sabe/no contesta”, se deduce que, por lo menos, existiría un 11 % de casos de fraude sobre el total de los siniestros. Una explicación a esta tasa puede ser que casi una cuarta parte de los encuestados consideran el fraude al seguro un *Kavaliersdelikt*, que podríamos traducir como delito de caballeros, que viene a significar un delito que no está socialmente mal visto. Quizá lo que en España llamamos picaresca. Esta tasa en España es de una tercera parte, ligeramente superior a la alemana. Se concluye en este estudio que la transparencia derivada de una comunicación clara ayudaría a prevenir el fraude.

Se pregunta a los hogares encuestados si han sido incitados a cometer fraude: El 12 % contesta afirmativamente, siendo un conocido o familiar las figuras que más han incitado a cometerlo, seguidos de empleados relacionados con las reparaciones y mediadores.

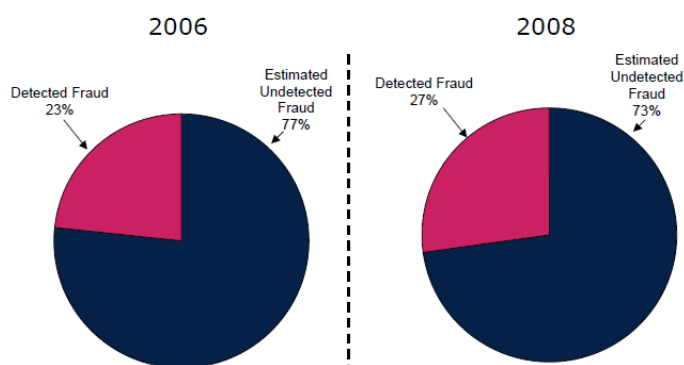
En cuanto al desglose por edades, el resultado determina que, a mayor edad, más difícil se cree que es cometer fraude con éxito: Un 79 % de los menores de 29 años creen que es fácil respecto al 53 % de los mayores de 59.

Se pregunta a los encuestados que han defraudado alguna vez sobre la forma de cometerlo, siendo un 64 % los que contestan que modificaron la versión de los hechos sobre un daño real con la finalidad de buscar la cobertura de la póliza, mientras que el 32 % indicaba que el siniestro existió, pero el importe del daño se exageró.

La ABI publica datos estadísticos y encuestas sobre fraude, concluyendo en su estudio del año 2009 que se había notado una tendencia a la mejora del fraude detectado respecto al no detectado:

Fig. nº 23: Fraude detectado y no detectado años 2006 y 2008

Figure 3 Detected and undetected fraud as a proportion of total fraud



Source: ABI research.

General insurance claim

Fuente: Association of British Insurers 2009

Como la GDV, la ABI también ha publicado resultados de encuestas relacionadas con el fraude, en las que se indica que entre el 40 % y el 45 % de los encuestados consideran aceptable incrementar el coste del objeto dañado en un siniestro o exagerar el alcance de los daños. Respondiendo a la pregunta sobre

si consideraría hacer una reclamación exagerada a la compañía, un 18 % dicen que sí (2 % sí, seguro, 2,5 % Sí, probablemente y 14 %, sí, posiblemente).

Medidas contra el fraude

Sanciones penales: En el Derecho comparado existen diversas formas de tratar el fraude en la normativa penal aplicable. Este trabajo no tiene por objeto analizar en profundidad las características en la aplicación de cada sistema jurídico, pero he considerado oportuno mencionar las consecuencias penales de cometer estafas al seguro en otros países. En Francia, el artículo 313 del *Code Pénal* estipula una condena de hasta 5 años de prisión y multa de 375.000.- €, y hasta 10 años y 1 millón de Euros de multa si se comete por banda organizada. En Alemania se regula expresamente la estafa de seguro en el art. 263 del PC (*Strafgesetzbuch*) con pena de hasta 3 años o multa, y si la estafa es grave o se ha cometido por banda organizada, de 1 a 10 años. En el reino Unido se regula en la *Fraud Act* de 2006 con una pena de hasta 10 años y/o multa. En Argentina se regula en el artículo 172 y siguientes de su Código penal con pena de 1 mes a seis años, y se menciona expresamente el incendio provocado para estafar a la aseguradora, que está penado de 2 a 6 años de prisión. Por último, y de forma casi anecdótica, citar el Keihō, Código Penal Japonés, que, además de regular el incendio provocado, menciona en su artículo 115 una curiosa forma de estafar al seguro, como es la “autoinundación”, que es causar daños por agua a los bienes propios con la intención de defraudar al asegurador. La pena general de los delitos de estafa es de hasta 10 años de prisión.

Investigación: Las entidades de algunos países conscientes de la problemática derivada del fraude, han unido esfuerzos para combatirlo de diversos modos, la compañías de Estados Unidos crearon sus propios cuerpos de investigación, los SIUs (Unidades Especiales de Investigación), Francia creó ALFA (Agence pour la lutte contre la fraude á l’assurance). Otros países colaboran con la policía: Reino Unido, Croacia, Dinamarca, Estonia, Alemania, Irlanda, Holanda, Portugal, Suecia y España.

Intercambios de información: Existen también los intercambios de información relevante, Croacia, Estonia, Finlandia, Alemania, Irlanda, Malta, Holanda, Portugal, Noruega, Eslovenia, España y Suecia.

Formación: Alemania apuesta por la formación, concretamente un entrenamiento anual a los tramitadores de siniestros impartido por expertos en seguros, policías, médicos y abogados, siendo posible realizar un examen que certifica a la persona como experto en detección.

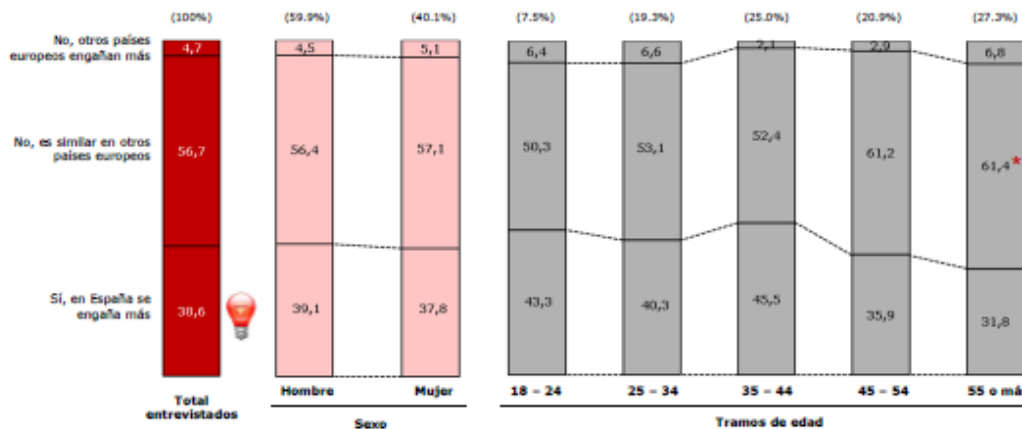
Cheat Lines (línea de tramposos): Es una medida extendida en el mundo que consiste en facilitar un buzón o teléfono en el que comunicar indicios sospechosos de la comisión de fraudes. Cualquier ciudadano que sea conocedor de un fraude, puede ponerse en contacto con estas cheat lines, que pueden ser institucionales o particulares de cada una de las compañías. Utilizan esta herramienta países europeos como Irlanda y Suecia. En Argentina algunas aseguradoras como Mapfre o BBVA tienen en sus webs un buzón de correo-e en el que reportar cualquier acto sospechoso. En España se ha sondeado a los

asegurados sobre la existencia de estas herramientas y casi un 70 % barajarían la posibilidad de denunciar un fraude conocido.

La IFB (Insurance Fraud Bureau) de Reino Unido ha conseguido numerosos arrestos por esta vía desde su creación en el año 2006. En las encuestas realizadas por la ABI, el 8 % de los encuestados reportarían sin duda un fraude si fuesen conocedores y un 51 % se plantearían hacerlo dependiendo del defraudador y del tipo de fraude. Únicamente un 25 % dicen que no lo harían en ningún caso.

¿En España se defrauda más?: Tras haber realizado este breve análisis comparado sobre el impacto y detección del fraude en otros países, he considerado interesante reproducir la gráfica de la encuesta elaborada por Línea Directa en el que los españoles creen que en España se defrauda más. Según el estudio casi 4 de cada 10 españoles opinan que en España se defrauda más que en otros países de nuestro entorno.

Fig. nº 24: Opinión sobre el fraude en España. ¿En España se defrauda más?



Fuente: Sondeo de opinión: “El fraude en el seguro de autos en España”, Línea Directa, Noviembre 2013

Conclusión: Tras realizar esta comparativa, puedo concluir asegurando que existe fraude en todos los países estudiados y aunque cada uno de ellos tenga sus particularidades, en todos ellos se cometen estafas al seguro en mayor o menor medida. Se invierten más medios en unos que en otros en la realización de estudios e implementación de mejoras, no solo tecnológicas, sino colaborativas entre entidades, ciudadanos y cuerpos de seguridad y justicia.

Los datos expuestos en la Fig nº 23 (Fraude detectado y no detectado años 2006 y 2008) son un claro ejemplo de que realizando inversión en estudios y tomando medidas tras el análisis de los datos, se puede mejorar la tasa de fraude detectado respecto al fraude no detectado.

Así que, llamándolo Picaresca o *Kavaliersdelikt*, la problemática es similar, por lo que las experiencias de nuestros vecinos pueden resultarnos de gran utilidad.

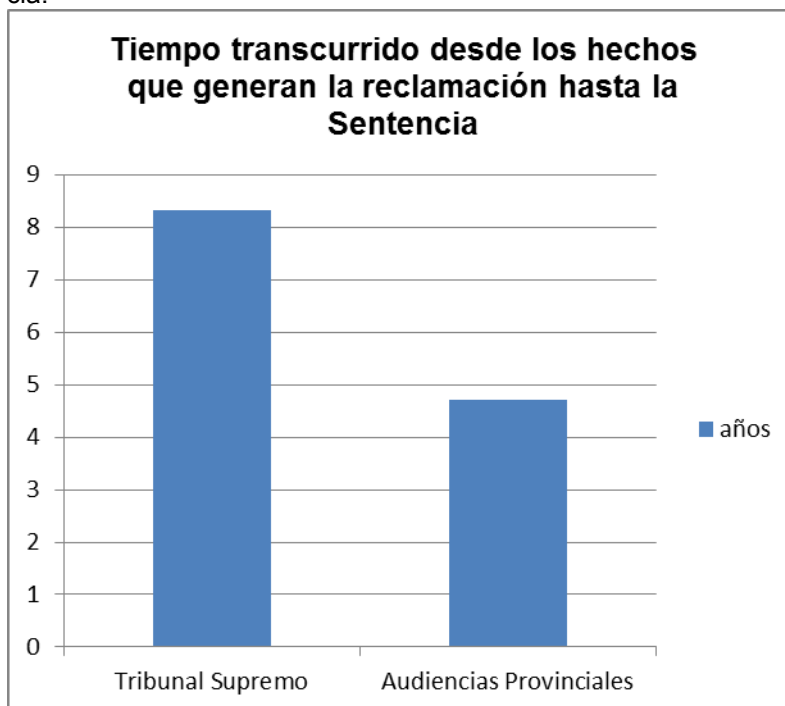
9. Estudio jurisprudencial

He analizado una muestra de 80 Sentencias de los juzgados y tribunales españoles del periodo 2000 a 2015. La fuente de búsqueda es la Base de Datos “Aranzadi Insignis” y “Tirant On Line”, con diversos criterios de búsqueda y filtrado: fraude, robo, incendio, por artículo aplicable del Código Penal y la Ley de Contrato de Seguro

De las 80 Sentencias analizadas, 20 son del Tribunal Supremo (6 Civil y 14 Penal) y 60 de las Audiencias Provinciales (31 Civil y 29 Penal). En el Anexo nº 4 adjunto el documento con el detalle de las Sentencias estudiadas y comentarios sobre cada una de ellas.

El tiempo medio transcurrido desde el hecho que da lugar a la reclamación (ocurrencia del siniestro) y la Sentencia es de 5,69 años, si bien conviene diferenciar entre las del Tribunal Supremo y las de las Audiencias Provinciales. TS: 8,31 años AP: 4,71 años.

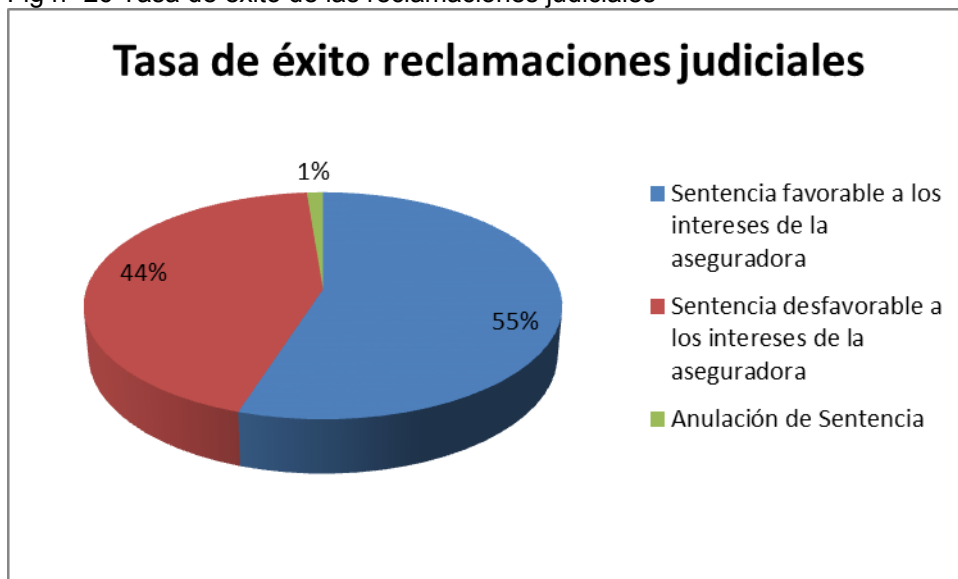
Fig. nº 25: Tiempo transcurrido desde los hechos que general la reclamación hasta la Sentencia.



Fuente: Elaboración propia

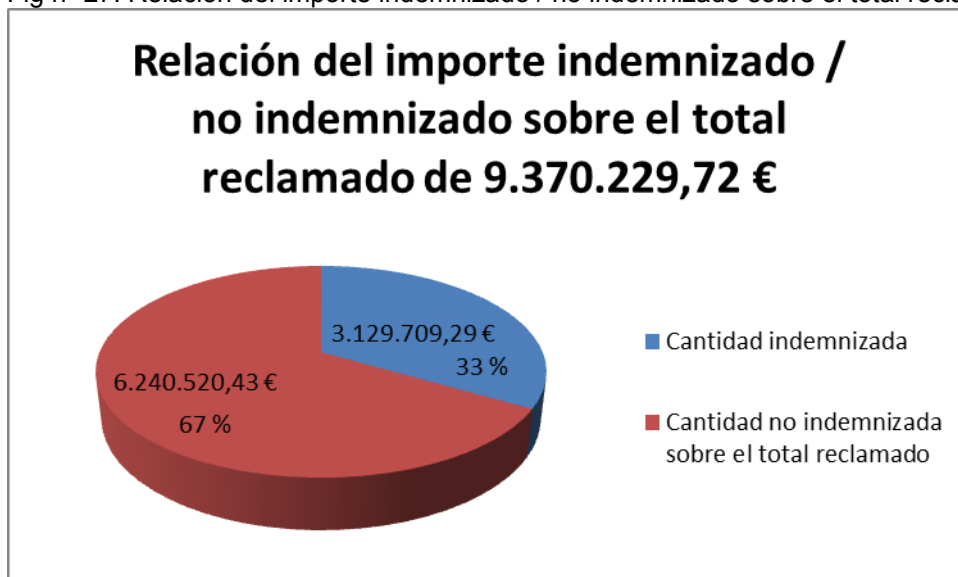
Del número de asuntos estudiados, un 55 % finalizó con Sentencia favorable a la entidad aseguradora y un 44 % con resultado desfavorable, si bien en cuanto a cantidades reclamadas, el porcentaje que tuvieron que indemnizar las entidades aseguradoras fue del 33 % sobre el total reclamado de 9.370.229,72 €.

Fig nº 26 Tasa de éxito de las reclamaciones judiciales



Fuente: Elaboración propia

Fig nº 27: Relación del importe indemnizado / no indemnizado sobre el total reclamado



Fuente: Elaboración propia

Conclusiones:

El tiempo transcurrido entre el presunto fraude y la Sentencia de casi 5 años en los asuntos que han finalizado en la segunda instancia, y de más de 8 en las que han llegado al Supremo es un freno a las aseguradoras para entablar reclamaciones judiciales, pues en primer lugar deberán mantener las provisiones de estos asuntos durante el tiempo que dure el proceso y por otro generarán múltiples gastos.

En un gran número de casos estudiados existen reclamaciones cruzadas. El asegurado o perjudicado ha demandado primero a las aseguradoras exigiendo su derecho a ser indemnizado y se ha iniciado otro procedimiento Penal que

paraliza el asunto Civil. Esto encarece el asunto, lo complica y alarga la resolución definitiva.

Indicios: Al realizar este estudio tenía un interés especial en conocer cuales habían sido los indicios que habían llevado a las aseguradoras o a la policía a investigar estos asuntos. Los indicios son coincidentes en algunos casos, el más común parece ser la existencia de siniestros anteriores similares: Lesiones en accidentes de tráfico o robos con los mismos objetos declarados. En ocasiones es el trabajo policial al detectar objetos robados (como un vehículo con las matrículas cambiadas) y en otras ocasiones se ha conseguido la confesión del defraudador.

Un indicio llamativo y que ha aparecido en varias sentencias es el declarar como robados una cantidad de objetos que por su volumen y peso era imposible transportarlos sin que se descubriera.

Por último mencionar algunos típicos como son la declaración de siniestro el mismo día de contratar la póliza, o declaración tardía de objetos valiosos robados, siniestros en negocios sin actividad o con problemas económicos y la detección de una declaración falsa de robo de teléfono móvil a través del IMEI

Latigazo cervical: difícilmente se considera por el tribunal como caso de fraude, salvo supuestos de delitos continuados muy claros.

Un Abogado que defiende a un defraudador argumenta que las aseguradoras han creado una corriente de opinión reveladora de una situación de fraude generalizado, y el Juez menciona en su Sentencia que los medios de comunicación se hacen eco de las noticias relacionadas con fraudes, pero ello no obsta a que se deberá estar a la prueba del caso concreto (STP Alicante 534/2014 de 18 de noviembre).

La Sentencia de la AP Sevilla Sección 4 ST 238/2010 de 19 de abril: indica: "las dificultades de diagnóstico y valoración que presenta el denominado síndrome de latigazo cervical, la variedad de lesiones anatómicas que pueden cobijarse bajo esa categoría, nosológica, la gran dispersión que presentan su duración y consecuencias, la acusada subjetividad de su sintomatología y la incidencia de la cobertura aseguradora son otros tantos factores que en su conjunto han determinado que esta patología arrastre una acaso merecida mala fama, que lleva a no pocos profesionales de las distintas disciplinas forenses implicadas a abrigar la sospecha, más o menos genérica o basadas en anécdotas, de que la persona afectada pueda exagerar, cuando no simular, sus padecimientos, con el fin de obtener una mayor indemnización, en la picaresca que ha venido a denominarse en esos ámbitos forenses como "síndrome del cuponazo cervical"- Ahora bien: que una patología determinada se preste mejor que otras a maniobras del afectado motivadas por la reclamación de compensaciones económicas es un dato previo de carácter general que, en cuanto a tal, no puede resolver de antemano cada caso concreto ni, por ende, autoriza a abdicar de la función judicial de la valoración de la prueba en cada supuesto individual, sustituyéndola por tópicos propios de charlas de café, ni a prescindir sin más de las pruebas practicadas como hace en este caso la sentencia impug-

nada, con una redacción tan desabrida que transparenta el prejuicio que la inspira y tan apresurada que da lugar a errores evidentes y de bulto....”.

Pequeños fraudes: En el 95 % los asuntos estudiados se dilucidan fraudes de importes superiores a los 3.000.- Euros, pero también han llegado a las audiencias asuntos de escasa cuantía: el robo falso de dos teléfonos móviles y hurto de bolso denunciado como robo con fuerza: en ambos casos existió confesión de los asegurados y en el caso del bolso, se absolvió a la persona que mintió en la denuncia.

Prueba: El estudio confirma la dificultad de probar los hechos: un Juez indica “tan graves imputaciones exigirán cumplidos medios de prueba que les sirvan de soporte”. Se admite la prueba por indicios, pero deben ser indicios suficientes y muy claros contrastándola con la experiencia y con las circunstancias conocidas: lugar, tipo de vehículos, daños y, si existen versiones contradictorias contrastarlas en base a las circunstancias, experiencia, coherencia de las versiones, para obtener una convicción.

Prueba indiciaria: A diferencia de la prueba directa, como podría ser la de cinco testigos que declaran haber visto al defraudador incendiando el vehículo, es un tipo de prueba indirecta, como la que lleva a absolver a una aseguradora a la que le reclamaban por las lesiones derivadas de dos latigazos cervicales: accidente muy leve casi sin daños materiales, con intervención de policía que declara que nadie manifestó tener dolores tras el siniestro, posteriormente acuden dos personas a urgencias y manifiestan sendos latigazos cervicales, tienen un histórico de varios siniestros similares, también se realizó prueba biomecánica en la que se demostró que la colisión fue a 8,19 Km/h. Por otro lado, no se condena al presunto defraudador en la ST AP León 274/2014 de 26 de mayo en la que existen las siguientes pruebas indiciarias: El acusado contrata 9 pólizas de seguros de vida o accidentes, todas contratadas en un espacio corto de tiempo. Las primas alcanzan unos 5000.- € al año, teniendo que pedir préstamos para pagarlas, por lo que no disponía de ingresos bastantes. Lesiones idénticas en varios accidentes de tráfico, presunta simulación de accidente, según el cual el vehículo cayó por un desnivel de 20 metros y se incendió. Los testigos vieron salir al presunto defraudador por su propio pie y sin lesiones aparentes ni la ropa manchada. Un testigo vio que hacía vida normal, cuando declaraba no poder salir de casa ni conducir. El Juez lo considera muy relevante pero no lo suficiente como para una condena penal, añade que se podrá tener en cuenta para un pleito civil, sobre todo en la obligación legal de comunicar a las aseguradoras la existencia de otros seguros o la comunicación de lesiones preexistentes.

Obtención de pruebas: STS 1045/2005 de 29/09/2005: En un caso de estafa producida por un grupo de personas que se descubrió gracias a las investigaciones de un detective contratado por una aseguradora, quien descubrió que los lesionados se habían visto implicados en accidentes anteriores estando asegurados en otras compañías: La defensa de los denunciados argumentaba que esta prueba debía ser nula, pues la obtención de la información fue ilícita y que vulneraba la protección de datos (informes médicos de los lesionados), si bien el Juez considera que esta prueba no es la única realizada, se cuenta con

otras, como testigos, y documentos, asimismo la documentación de los siniestros anteriores se encuentra en los juzgados y “cuyas características de privacidad deben considerarse desaparecidas desde el momento en que tales datos figuran en unos procesos penales que tienen la condición de públicos por disposición constitucional y, por tanto, accesibles no solo a las partes procesales sino al cuerpo social en general”.

Severidad de la penas: Llama la atención algunos casos en los que podría parecer que la condena era segura y finalmente se absuelve en base a las garantías del imputado y de la presunción de inocencia. Vamos a centrarnos en los casos en los que sí hay condena. Salvo contadas ocasiones, la mayoría de los supuestos del estudio implican una condena de prisión que, salvo excepciones, no implica entrar en la cárcel, al ser condenas inferiores a 2 años y, por otro lado, llama también la atención las multas impuestas a los defraudadores condenados, que oscilan entre los 400 y los 3650.- €, lo que podría parecer una escasa punición para el delito cometido. No pretendo comparar la gravedad del delito de estafa con otros del código penal, sino simplemente plasmar qué poder de prevención del delito tiene saber que la condena que puede recaer ante un fraude detectado y sentenciado puede ser en muchos casos una multa de 900.- €. Teniendo en cuenta que tras cometer el fraude y antes de llegar a la condena penal hay que atravesar numerosos filtros: que la aseguradora detecte el fraude, que tenga pruebas suficientes para aportar al Juzgado penal, que la aseguradora tenga la intención de denunciar, en caso de denuncia, que el Juez declare probada la existencia del fraude. Una vez pasados todos estos filtros, y en el poco probable caso de una condena, la sanción puede ser: no ingresar en prisión y tener que pagar una multa de 900.- €. La pregunta que se haría el defraudador sería: ¿merece la pena arriesgarme a pagar 900.- € de multa ante las enormes posibilidades de beneficio de cometer un fraude?. Diría que en muchas ocasiones la respuesta es sí.

Las condenas que implican entrada en prisión son las más graves: delitos continuados o pertenencia a grupos de crimen organizado.

Mención a la labor de las aseguradoras: No son pocos los jueces que sugieren que son las aseguradoras las responsables de que no se produzcan más condenas, por un lado algunos cuestionan los informes de las aseguradoras, tanto periciales como de detectives o investigadores de causas: Falta de fotografías en los periciales, informes de investigadores de causas encargados varios meses después de producido el siniestro e informes de detectives poco detallados o tendenciosos.

De algunas sentencias se desprenden críticas a las aseguradoras por la forma de gestionar, tanto la contratación como la tramitación del siniestro: solicitar poca información o poca documentación y, como en el caso de la Sentencia de la AP de Ávila de 10/11/2008, que considera negligente a una compañía que no relacionó dos partes de siniestro efectuados por un mismo asegurado por dos riesgos distintos. Indica que “cualquier compañía con cierto orden y cuidado” habría relacionado ambos asuntos y detectado el engaño, considera que la “negligencia de la compañía” es la que determinó que se produjese la indemnización.

También existen jueces que alaban los trabajos realizados por peritos, detectives y otros profesionales. Estas sentencias acostumbran a favorecer a las aseguradoras.

De estas citas a las compañías en las sentencias, puedo concluir que será preferible para el Departamento de fraude disponer de un buen equipo de colaboradores que realice buenos Informes y que la detección y tramitación del siniestro sea muy ágil.

A la vista de esta muestra de Sentencias, se explica el resultado de los gráficos expuestos en las Fig 5 y 6, en los que el fraude evitado es mayor en los seguros de vida y accidente: Los importes a indemnizar por estos siniestros suelen ser mucho más elevados que el de otro tipo de seguros, por lo que una menor detección de casos puede suponer un mayor ahorro en las indemnizaciones.

Observaciones sobre la obtención de los datos: La gran mayoría de las Sentencias estudiadas contienen todos los datos necesarios para realizar el estudio con unas pocas excepciones en las que o bien no aparecía la fecha de ocurrencia del siniestro, en cuyo caso he considerado la de interposición de la denuncia o demanda, o no se detallaba la cantidad reclamada, en cuyo caso he estimado la misma considerando el objeto de la reclamación. La mayoría de Sentencias que tenían datos incompletos las he desestimado y no aparecen en el presente estudio, pero otras pocas he considerado de interés incluirlas por el tipo de reclamación de que se trataba.

PARTE II

CREACIÓN DE UN DEPARTAMENTO DE FRAUDE

10. Estudio previo

Cuando una entidad se plantea crear un Departamento de fraude, en primer lugar se debe estudiar qué tratamiento se está dando actualmente a esta materia, ya que aunque no exista un departamento como tal, seguro que se está detectando y combatiendo el fraude, aunque sea de forma poco coordinada. Para ello es preciso identificar a las personas que se encargan de detectarlo, quien toma las decisiones sobre dejar de contratar una póliza de un asegurado potencialmente defraudador o de indemnizar un asunto fraudulento y analizar los profesionales externos así como su grado de especialización.

Análisis previo:

Interno:

- Políticas escritas con relación a la prevención y detección del fraude
- Personas de la organización con conocimientos y experiencia en la materia.
- Qué departamentos intervienen.
- Herramientas disponibles y capacidad de disponer de recursos del departamento de IT (informática)
- Averiguar si se dispone de datos sobre fraude detectado y ahorro que supone a la entidad.

Externo:

- Analizar la red de colaboradores externos: Mediadores, Peritos, investigadores de causas y detectives.
- Redes de colaboración con otras entidades del sector.
- Redes de colaboración con entidades privadas (UNESPA) o públicas (cuerpos de seguridad del estado).

Tras el análisis DAFO: (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) se deberá exponer qué recursos serían necesarios para crear el departamento y contrastar con Organización interna o Dirección General qué enfoque se quiere dar al departamento y con qué recursos se puede contar. A partir de aquí decidir si se crea el departamento en fases, ocupando varios ejercicios que irán

dotando de recursos al departamento o bien si se decide realizar una inversión inicial mayor para una implantación rápida.

Se debe decidir qué peso se le quiere dar al departamento. Esto dependerá del tamaño de la aseguradora, de los ramos que trabaje y de cómo se quiera enfocar el problema, así como de los recursos disponibles.

Posibilidades:

- Crear un departamento autónomo, que reporte únicamente a Dirección General y que sus componentes cuenten con la colaboración de las áreas implicadas.
- Crear un subdepartamento dentro del de prestaciones o siniestros, con colaboraciones puntuales con otros departamentos.
- Crear un comité de fraude que implique de forma transversal a todas las áreas implicadas y que se tomen decisiones de forma conjunta.

Una vez realizado este trabajo preliminar se debe analizar la idoneidad del equipo humano disponible (externo e interno) y decidir si se requieren incorporaciones

11. Ahorros estimados

Tras el análisis inicial se deben unificar los datos disponibles y determinar qué ahorros y costes supone para la entidad el tratamiento que se está dando a la detección y prevención del fraude en la actualidad. Es probable que no existan registros, en cuyo caso no será posible disponer de un punto de partida fiable.

Si se dispone de datos fiables, se deberá analizar qué porcentaje de fraude se está detectando y dejando de indemnizar para compararlo con los datos estadísticos disponibles. Para ello podremos utilizar los datos de ICEA. En caso de aseguradoras de No Vida estos datos serán mucho más fiables que para vida, ya que la cuota de mercado del estudio realizado es del 45,86% en No Vida frente al 8,36 % de Vida.

En el supuesto de no disponer de datos sobre el fraude detectado, se puede realizar un estudio previo durante como mínimo un trimestre (si bien sería más representativo realizarlo por un semestre o más). Durante este periodo se deberá llevar un registro de los casos de fraude detectados y de las cantidades que se han dejado de indemnizar gracias a esta detección.

Una vez concluido el periodo de toma de datos, se realizará el cálculo del porcentaje que supone el ahorro respecto a los importes indemnizados. Si este porcentaje es inferior a los que se barajan en el mercado (entre 1,2 % y 4 %) significará que probablemente se disponga de margen de mejora, si bien, teniendo en cuenta que el fraude no detectado se estima que supera el 10 %, el margen de mejora seguirá existiendo.

Según El II Mapa de fraude de AXA publicado en marzo de 2015 a nivel nacional la tasa de fraude es del 1,2 %, existiendo variaciones según la zona de entre un 0,50 % y un 3,17 %, por lo que sería interesante tener en cuenta la concentración de primas por zonas de la entidad que desee realizar el estudio.

Por otro lado, se debe tener en cuenta los ramos que se trabajan, y en qué porcentaje sobre el total de primas, ya que los estudios disponibles también varían. La tasa que se deriva del mapa de fraude de Línea Directa, realizado sobre el ramo de auto, es superior a la citada anteriormente, Concluyen que el 4 % de los siniestros de auto declarado son una estafa. El mapa aportado por Línea Directa respecto al de AXA aporta ciertas similitudes, pero también diferencias importantes, por lo que deberemos ser prudentes al tenerlos en cuenta. El de AXA es del año 2014, el de Línea Directa de 2013, y reporta un incremento de la tasa de fraude que va del 2% reportado en los años 2009-2010 al 4% en el año 2013.

A modo de ejemplo, si la entidad tiene una alta concentración de primas de diversos y autos en Catalunya y la Comunidad de Madrid deberá contar con una tasa de fraude e entre 0,50% y un 1,09 %, mientras que si la concentración es en Andalucía y Murcia, la tasa asciende a entre un 1,41 % y un 2,04 %.

Así, el ideal es analizar la cartera según el peso de cada una de las regiones y ramos para estimar la tasa de fraude más próxima a los datos disponibles.

De esta forma se podría elaborar un ahorro estimado, si bien se debe ser muy prudente con el análisis, pues debo insistir en que los datos de los que se parte son diversos, incompletos y varían en el tiempo.

Incremento de la inversión en fraude y su retorno

Según el estudio publicado por ICEA en el año 2014 “El fraude en el seguro español” Las entidades aseguradoras recuperan unos 43 euros por cada euro que destinan a investigar posibles casos de fraude. El estudio ha sido realizado con la información remitida por 30 entidades. Estos grupos, que reúnen una cuota de mercado del 32%, detectaron 155.994 intentos de estafa.

La actuación diligente de las entidades en la detección e investigación de estos intentos de fraude permitió que sólo se desembolsaran 160 millones de euros en concepto de indemnización legítima. De esta forma, el fraude evitado el pasado año por las firmas consultadas fue de 426 millones de Euros. O dicho en otros términos, el 72,65% del importe inicialmente reclamado.

Control posterior a la implementación del departamento.

Para establecer un buen control sobre el ahorro que supone la creación del Departamento de fraude se hace indispensable llevar un control detallado de los casos detectados. Incluir en la Base de datos el sobrecoste del fraude y el ahorro estimado, teniendo en cuenta lo inicialmente reclamado y el importe finalmente pagado, ya sea un fraude total o parcial.

Los ahorros que se logren, deberían revertir en la reinversión en investigación e implementación del fraude, así como en el ajuste de las primas para lograr mayor competitividad y poder revertir en el asegurado una reducción de la prima pagada.

12. Personas

Por regla general un tramitador de siniestros "masa" y un suscriptor tienen un volumen de trabajo que les complica poder dedicar tiempo a otro tipo de gestiones, como la investigación del fraude. Además la relativamente baja frecuencia de asuntos fraudulentos impide la especialización de los implicados.

Propuestas:

- Automatización de tareas administrativas que no aportan valor añadido a la tramitación o contratación para poder dedicar más tiempo a la detección y gestión del fraude
- Traslado inmediato de los asuntos en los que se detecta fraude al Departamento de fraude.
- Fomentar la detección del fraude explicando los beneficios para la compañía y los otros asegurados, así como incluir en los objetivos anuales un incentivo de detección del fraude, con la suficiente delicadeza para que no implique una caza de brujas que implique el aumento de falsos positivos.

Perfil de las personas que formarán el departamento de fraude.

El departamento requerirá de varios perfiles, no solo de las personas que formen el departamento propiamente dicho sino también de todos aquellos que colaboren en su detección.

Perfil Suscriptor: Persona con ciertos conocimientos del seguro y que tenga cierta intuición en la detección de conductas anómalas.

Perfil Call Center: detección de llamadas sospechosas por el nerviosismo o contradicciones del interlocutor. Sutileza en las comunicaciones.

Perfil de tramitador de siniestros: Experiencia y rapidez de reacción, detección de documentos sospechosos: Facturas, presupuestos, fotografías.

Perfil del investigador de fraude: Se trata del perfil que requerirá aptitudes más específicas y mayor experiencia en el sector asegurador, preferiblemente en departamentos de tramitación y producción. Otros requisitos son:

Titulación superior, criminología, derecho, estadística o ADE, facilidad de adaptación a las herramientas disponibles, buena capacidad de interlocución con todos los integrantes del proceso: personal interno de la entidad, profesionales, representantes de otras entidades y administraciones públicas; experiencia en tramitación de siniestros, gestión de reglas: proponer nuevas reglas, avisos o marcas en base a las experiencias adquiridas, identificar tendencias, anticipación a posibles situaciones de fraude futuras, investigación de parentescos, relaciones, facilidad en el manejo de internet, redes sociales, intuición: ser capaz de reconocer patrones de conducta y tener capacidad de atar cabos para detectar irregularidades, capacidad de empatía, ética impecable, dominio de las

herramientas de tratamiento de datos: Office y otras más especializadas, creación de bases de datos, estadísticas, relaciones, seguimiento de tendencias., conocimientos jurídicos para la resolución de los casos que así lo requieran, arbitraje, mediación, juicios civiles y penales, protección de datos, ser capaz de definir estrategias de investigación, conocimiento de la forma de trabajo de colaboradores: peritos, investigadores de siniestros, detectives y capacidad de interacción fluida con ellos, capacidad de organizar y coordinar investigaciones, habilidades de comunicación oral y escrita, atención a los detalles, recopilación de evidencias, buena capacidad de trabajo en equipo y gestión de personas, ser capaz de formar a los miembros del departamento.

También debe tener capacidad de preparar estrategias de actuación y tener capacidad de reacción para adaptarse a las circunstancias de cada caso: Ya sea para asumir las consecuencias de un posible error o en supuestos en los que se llegue a sospechar de un fraude organizado capacidad de detección de incongruencias en la declaración y posteriores comunicaciones y recopilar las pruebas. Preparación y realización de entrevistas, rebatiendo al presunto defraudador con las contradicciones detectadas durante las entrevistas y documentos. Por último debe tener capacidad para defender los rehúses y ser autónomo en la decisión de indemnizar cuando el hecho no se haya podido probar con suficiencia.

Formación y experiencia:

Si bien es cierto que ante tanta casuística y la aparición de nuevas formas de defraudar la mejor formación es la experiencia y aprender de aquellos que dominan la materia. Se hace necesario preparar un plan de formación para la entidad.

Dependiendo del puesto y de su implicación en el Departamento de fraude:

Miembros del Departamento de Fraude: Gran implicación: Formación especializada, a ser posible experiencia previa en la materia: Derecho, criminología, investigación cognitiva, ex-policía, etc.

Es importante que se disponga de experiencia en la gestión de los siniestros del ramo que se vaya a trabajar y conocimientos de contratación, así como de los procesos legales de las jurisdicciones Civil y Penal, con conocimientos de otros modos de resolución de conflicto: Arbitrajes y mediación.

Miembros del Departamento de Siniestros: Personal relacionado con la gestión del siniestro: Tramitadores: adquirir conocimientos en la detección y en la gestión personal con el presunto defraudador.

Miembros del Departamento de suscripción:

Personas que atienden directamente al cliente en la contratación de pólizas: Deben ser capaces de percibir si la persona que está contratando se interesa demasiado por un tipo concreto de cobertura o algún otro indicio que le lleve a sospechar de que la póliza se está contratando *ex profeso* para declarar un siniestro en el futuro.

Miembros del Departamento Técnico:

Deben tener una buena capacidad analítica y de estudio de datos y estadísticas para detectar anomalías que puedan derivarse de la comisión de fraudes.

Miembros de los Centros de atención al cliente: (Call centers, externo o interno y Contact centers) Es preferible que se encuentren internalizados para poder formarlos en las especialidades de la entidad de la que forman parte. Cursos básicos de detección de indicios de fraude. Importante la confidencialidad y que deriven a los responsables de fraude cualquier indicio detectado.

Externos: Solicitar a los colaboradores externos (especialmente peritos) que acrediten la participación en cursos de detección del fraude de las personas que colaboran con ellos.

Fomentar los contactos:

Externos: Fomentar las relaciones entre empleados de otras aseguradoras o colaboradores (peritos, abogados, detectives) lo que ayuda a compartir inquietudes, resolver dudas y, en su caso, compartir información, siempre teniendo en cuenta la normativa de protección de datos. Acudir a cursos, congresos, y reuniones en las que se aborde el tema del fraude (u otros).

Internos: Fomentar la relación entre los empleados de la entidad, mediante acciones como la creación de un departamento independiente formado por miembros de todas las áreas implicadas, o si se crea el departamento de fraude dependiente de otro, como el de siniestros, crear un comité en el que estén representados todos los departamentos.

Motivación por el trabajo a realizar

Lo más habitual es premiar la detección del fraude con un complemento en los objetivos anuales, pero existen otras medidas que pueden resultar más motivadoras, como es el concurso interno anual que celebra MGS desde hace doce años. La entidad recompensa a los tramitadores que más aportaciones de valor realizan y al colaborador externo más destacado.

En la celebración del concurso se exponen los datos registrados en el ejercicio, habiendo finalizado el año 2014 con un incremento del fraude de menor cuantía y concluyendo que han ido mezclando las redes profesionales de gran estafa con los pequeños defraudadores.

Plantearse la participación en el Concurso anual de ICEA de detección de Fraudes en Seguros: el objetivo de estos galardones es reconocer las mejores investigaciones realizadas por los profesionales de las compañías, gracias a las cuales se han evitado las estafas.

Personal externo. Colaboradores: abogados, mediadores, peritos, detectives, reparadores,

Es importante hacer saber a los colaboradores que contamos con un departamento de fraude, facilitarles los datos de las personas de contacto y explicarles el protocolo de actuación ante la detección del fraude. Asimismo, se les debe solicitar que reporten la formación y experiencia que tienen en la detección y prevención del fraude

Además se les deberá advertir de que existen posibilidades de que sus empleados cometan fraude en perjuicio de la entidad, así como en el del propio colaborador externo, y debería remitírsele información sobre la posible responsabilidad penal de los administradores en los casos de que no exista un sistema de prevención: un conjunto de buenas prácticas y procedimientos que la empresa hace públicas, de forma que sus directivos y empleados tengan conocimiento sobre la voluntad de la persona jurídica en relación a posibles actuaciones delictivas. Los programas deben ajustarse a los riesgos reales que afronta la empresa en su actividad diaria.

13. Análisis de Áreas implicadas

Es frecuente en algunas entidades la existencia de opacidad o falta de colaboración entre departamentos. Sin entrar a analizar las causas que lo generan, se hace necesario un trabajo de reflexión para buscar los objetivos comunes: beneficiar a la entidad y a sus asegurados.

Para poder desarrollar de forma totalmente efectiva las medidas necesarias se hace preciso un trabajo transversal, en el que se impliquen de forma activa tanto en la creación del departamento, como en el posterior seguimiento y comunicación, todos los departamentos que puedan tener alguna participación.

13.1 Relación con el Call Center / Centro de Atención al cliente

El Centro de Atención al cliente tiene una función destacada en la que, al margen de herramientas informáticas sofisticadas como las de detección de voz, la experiencia y la intuición del agente receptor de la llamada o que atiende la visita tiene un papel importante.

Por un lado es quien puede detectar anomalías. En ese caso tiene varias opciones: Actuar con normalidad y avisar al departamento de fraude explicando los motivos que le han llevado a levantar sus sospechas, o ser proactivo y tratar de indagar más, ya sea haciendo las preguntas adecuadas o, como en el caso del fraude del robo de teléfono móvil: algo tan sencillo pero a la vez tan efectivo como telefonar al número que supuestamente han robado. Se ha dado el caso de que el teléfono ha sonado en el bolsillo de la persona que estaba declarando el robo, una sencilla prueba que hacen algunos policías hartos de tener que dedicar parte de su tiempo a perseguir denuncias falsas.

Lo más prudente es limitarse a informar al Departamento de Fraude sobre las sospechas, si bien, con la formación adecuada y con un protocolo que abarque las situaciones posibles, el receptor de la llamada podría ser capaz de conseguir que el defraudador incurra en contradicciones o que directamente rehúse seguir con su reclamación. No obstante lo más importante es que el telefonista o aquel que atiende la visita mantenga la compostura evitando que la otra parte sospeche que está siendo descubierto.

El papel del Centro Receptor de llamadas es importante tanto en la parte que corresponde a procesos de siniestros como en la de contratación, ya que podría sospechar que el defraudador está solicitando información demasiado detallada para un supuesto siniestro que podría ocurrir en el futuro pero que realmente ya ha ocurrido.

Una tarea destacada que debe realizar este departamento es el registro de lo que podemos llamar “pre-siniestro” o “consulta sin parte”. En ocasiones antes de declarar un siniestro se procede por parte del asegurado a realizar una consulta a la entidad solicitando información sobre las coberturas. Esta consulta debe ser registrada en la póliza o en el asegurado, ya que es probable que unos días después se reciba un nuevo siniestro con una declaración distorsionando la realidad de los hechos. Por ejemplo: Se recibe una consulta sobre

una avería de un ordenador portátil a causa de una caída, y se informa por el Call Center que no goza de cobertura. Sería altamente sospechoso que se recibiese posteriormente un parte con causa de daños eléctricos o daños por agua con ese mismo ordenador dañado.

13.2 Relación con el Departamento de contabilidad y finanzas.

Es más probable que una persona que podríamos denominar “mal pagador”, tenga una tendencia superior a la comisión de un fraude, ya sea por que pasa por problemas económicos, o simplemente porque existen personas que buscan su enriquecimiento a costa de otras personas o entidades. Por ello es necesario compartir las bases de datos del departamento de contabilidad y finanzas para detectar clientes, mediadores (o incluso proveedores) que dieran motivos para sospechar que podrían cometer fraude: Por ejemplo, si se reciben embargos de los juzgados para un determinado proveedor, es posible que, forzado por las necesidades pudiera verse tentado a intentar colocar facturas infladas a la entidad. Si este departamento informa al de siniestros o de control de proveedores, se podrá establecer algún tipo de alerta o revisión.

13.3 Relación con el Departamento de suscripción:

La fluidez y la rapidez en la detección y comunicación entre los departamentos son muy importantes, pues si una persona que está contratando una póliza detecta que el cliente podría pretender asegurar un bien sobre el que ya ha ocurrido un siniestro, deberá o bien tomar rápidamente una decisión y poner trabas a la contratación, o bien trasladar la decisión al departamento de fraude para que realice los análisis oportunos y el contacto con el presunto defraudador.

13.4 Relación con el Departamento Técnico:

Los actuarios del departamento técnico tienen en cuenta el riesgo material del acaecimiento de un siniestro, y sería deseable que se pudiese encontrar la fórmula para valorar lo que podemos llamar el “riesgo moral”, que es aquel incremento del riesgo por los comportamientos inadecuados del asegurado tras la contratación.

También deberán tener en cuenta los resultados de la detección del fraude para tomar medidas en relación con las coberturas y los requisitos necesarios para cubrir determinados siniestros, por ejemplo en casos de robo y expoliación revisar la posibilidad de aumentar los requisitos solicitados en la redacción de las condiciones generales para percibir la indemnización (si se detecta incremento en siniestros de robo de aparatos tecnológicos, incluir como requisito para dar cobertura la inclusión en la denuncia policial el número de serie o el IMEI en el caso de aparatos con conectividad móvil). Otro ejemplo, si se detecta un fraude elevado en las pólizas recientes sería estudiar la imposición de periodos de carencia para determinadas garantías.

Cuando se detecta un intento de fraude

Es conocido por las entidades aseguradoras que habitualmente se deben indemnizar siniestros en los que existe una sospecha de fraude, pero no se dispone de prueba que lo acredite, por lo que en gran número de ocasiones en las que existen sospechas se procede a indemnizar.

No obstante, esta sospecha debería implicar estar alerta sobre los futuros siniestros que pueda declarar este asegurado, pues es más probable el intento de fraude en quien ya lo ha cometido anteriormente con éxito.

Una vez se detecte un intento de fraude no probado por el departamento de siniestros o por el Call Center (no olvidemos que no podemos hablar de fraude hasta que esté certificado por una autoridad judicial) y se encuentre en manos del Departamento de Fraude, se deberán tomar ciertas medidas por parte del departamento Técnico-Actuarial.

Cuando se ha recibido un siniestro en el departamento de fraude este debería estudiar la posibilidad de marcar la póliza y/o el asegurado para que aparezcan alertas en el departamento técnico-actuarial y poder revisar con más detalle tanto la póliza u otras pólizas vinculadas a ese asegurado.

Se trata de decidir por parte de la entidad si merece la pena conservar a los asegurados sobre los que existe una sospecha elevada de haber defraudado, sopesar la rentabilidad de esas pólizas y valorar si éticamente interesa mantener a un presunto defraudador. También se debe estudiar si es posible en base a la legalidad y a las políticas internas dar de baja este tipo de pólizas.

Posibles medidas tras la detección de un intento de fraude por parte del departamento técnico-Actuarial:

- Marcar la póliza/asegurado
- Estudiar pólizas relacionadas
- Plantearse dar de baja la póliza
- Otras medidas: Periodos de carencia, franquicias o incrementar la prima significativamente invitando al asegurado a abandonar la compañía.

Por lo delicado de este tipo de asuntos, sería deseable no automatizar estas revisiones, sino que el estudio de cada caso se debería realizar de forma individualizada estudiando todas las características del expediente y del asegurado, ya que cometer un error puede comprometer a la entidad y generar importantes perjuicios al asegurado honrado.

Estudios a realizar impulsados por el Departamento Técnico:

Efectuar un estudio por parte del área técnico-actuarial en el que se detecten irregularidades, como por ejemplo la incidencia de siniestralidad en los primeros 60 días de vigencia de las pólizas, lo que sería un indicativo de la posible existencia de siniestros ocurridos antes de la contratación. Sería interesante revisar la cartera estudiando la evolución de la siniestralidad de las pólizas en las que se ha declarado un siniestro durante los primeros 30 a 60 días de vi-

gencia y comparar esta siniestralidad con el resto de la cartera. Si la siniestralidad es más elevada se puede efectuar un estudio de cada una de las pólizas y, en su caso proponer acciones, como revisar los siniestros ya indemnizados o anular la póliza.

13.5 Relación con el Departamento Comercial y Marketing

Labor informativa y formativa a los miembros del departamento comercial (asesores de negocio), a la red de mediadores y a los clientes: adaptar la Web y otros medios de relación social, redacción de folletos informativos También deberán analizar el impacto comercial de las medidas anti-fraude, tanto a nivel global como individualizadamente.

13.6 Relación con el Departamento de Organización interna

Este departamento tiene la gran misión de motivar y lograr que las diversas áreas se coordinen, así como el estudio del impacto de la creación del departamento.

13.7 Relación con el Departamento de Siniestros

Departamento con implicación destacada, ya que es en el momento del siniestro cuando la estafa se puede llegar a consumir.

Cometidos de los componentes del departamento de siniestros:

- Revisar los partes de siniestros
- Detectar los indicios que aconsejen mayor investigación
- Apoyarse en los profesionales, fundamentalmente el perito.
- Garantizar la calidad del servicio y no demorar la tramitación de los asuntos en los que se ha detectado indicio de fraude.

Profesionales colaboradores del departamento de siniestros:

El Perito: La función del perito es básica en la detección del fraude y en la evitación de fraudes cometidos, el hecho de acudir a visitar los riesgos y hablar cara a cara con los presuntos defraudadores les permite hacer más averiguaciones en supuestos dudosos. En estos casos la experiencia y la intuición son determinantes para marcar la diferencia entre peritos: en sus visitas puede ser capaz de hacer que el defraudador desista de continuar con su reclamación sin mencionar que el asunto es fraudulento.

Entre sus funciones se encuentran:

- Identificar correctamente el riesgo. En especial los vehículos y objetos que pueden ser susceptibles de intercambio.
- Analizar las causas del siniestro.
- Analizar la correspondencia entre lo declarado y lo percibido por él.
- Indicar en su informe si existen testigos, autoridades (policía, bomberos), ambulancias, grúas, lesionados o cualquier circunstancia que pueda resultar de utilidad.
- Verificar la reparación correcta (si las piezas sustituidas se corresponden con las indemnizadas).

- Comunicar cualquier circunstancia sospechosa en relación con el asegurado, mediador, o intervinientes en el siniestro.
- Estudiar restos extraños localizados en el riesgo (sobre todo en los vehículos).
- Anotar las observaciones que realice el taller o el servicio de asistencia.

El Investigador privado (detective): Su función se ceñirá a los supuestos sospechosos que requieran mayor investigación en aras de conseguir pruebas. Se contratará en los siguientes casos:

- Cuando existan motivos suficientes que justifiquen su intervención: Indicios sin pruebas
- Que el coste del siniestro aconseje la inversión.

Se le exigirá al investigador privado:

- Aunque parezca obvio, discreción
- Rapidez en la investigación para no demorar la resolución

Técnico investigador de causas o reconstructor de accidentes: Muy útil para incendios importantes y para accidentes de tráfico graves: Son capaces de averiguar si un incendio ha sido provocado o si han modificado el lugar que ocupaban conductor y ocupantes.

Se contratan sus servicios cuando la indemnización reclamada es muy elevada, pues el coste de su intervención suele ser alto.

Médico especialista en valoración corporal: A pesar de tratarse de un perfil distinto, en estos casos actuará de forma similar a los peritos, guiado por su intuición y experiencia. Sus funciones en relación con el departamento de fraude son de detección y reporte inmediato de cualquier circunstancia sospechosa.

Abogados y procuradores: Doble función:

- Colaborar en localizar Diligencias en los Juzgados que permiten disponer de información
- Aconsejar sobre la judicialización de un fraude detectado.

Recobros:

Actuarán en determinados supuestos:

- Fraude detectado posteriormente a la indemnización: Reclamar al defraudador la indemnización abonada.
- Fraude detectado antes de la indemnización: Estudiar la posibilidad de reclamar al asegurado los gastos en los que se ha incurrido: Intervenciones de reparadores, gastos periciales, etc.

13.8 Relación con el Departamento de Recursos Humanos

La función de Recursos Humanos juega un papel muy importante en la prevención del fraude en los siguientes procedimientos:

- Desarrollo de investigaciones de antecedentes, o conocimiento y verificación del perfil de un empleado.
- Impartición de formación.
- Evaluación del desarrollo y establecimiento de programas de compensación.
- Realización de entrevistas de salida del personal.

Ya hemos visto la importancia de la formación y de la selección de personas. Este departamento deberá organizar los cursos necesarios para cada persona, existiendo grupos que necesitarán formación más genérica y otros más especializada.

13.9 Relación con el Departamento de Auditoría Interna

Este Departamento deberá velar por la efectividad de las acciones antifraude y revisará las suscripciones, los expedientes de siniestros para tratar de detectar puntos de mejora y trasladarlos al Departamento de fraude.

También debería crear un manual de buenas prácticas para los empleados de la entidad, detallando las normas de comportamiento y consecuencias de la implicación en irregularidades.

14. Creación de Departamento especializado

14.1 Tipo de organización y dependencia. Flexibilidad del modelo

El ideal es que este departamento sea independiente, pero por necesidades de la organización o por cualquier otro motivo (no poder dedicar personas a tiempo completo) podría estudiarse su inclusión en otros departamentos.

Se puede partir de un modelo determinado que requiera menos esfuerzo inicial que podrá ir evolucionando según las necesidades de la entidad.

14.2 Fases de la introducción del departamento

Se analizará si es viable la implementación rápida o bien si es preferible hacerlo por fases, con la finalidad de escalonar su introducción repartiendo el coste de la inversión en varios ejercicios y así suavizar el impacto en la organización y el equipo, dando tiempo a la formación y adaptación.

14.3 Número de personas en relación con el tamaño de la aseguradora. Participación activa de los diferentes actores

Se analizará el número de personas que se requerirán para formar parte del departamento, en base al tamaño de la entidad y de los objetivos que se pretendan lograr, así como su grado de implicación: Lo ideal es que la dedicación sea completa a este departamento, pero por las necesidades organizativas se puede plantear una dedicación parcial, compartida con otras tareas.

Se establecerá un registro de los proveedores externos y se estudiará la contratación de nuevos proveedores especialistas en la materia

14.4 Coordinación y trabajo transversal

Se nombrará un responsable del Departamento quien coordinará los trabajos a realizar, y mantendrá la cohesión entre los diferentes departamentos, así como las relaciones externas

14.5 Marcar objetivos y evaluar el avance de la implantación

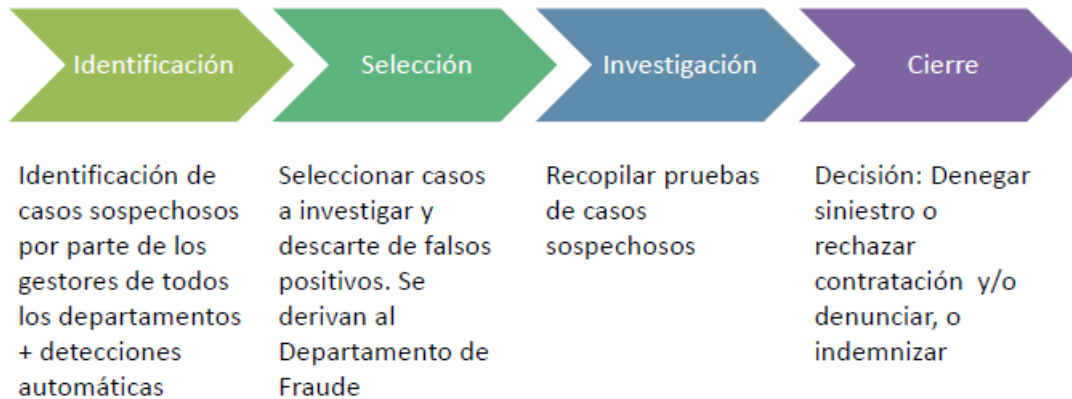
Se marcarán objetivos del departamento, por un lado en relación con los casos de fraude a detectar, que podría ser un objetivo perverso, ya que no se busca una “caza de brujas” en la que todo asegurado es sospechoso, o ver fraude donde no lo hay para conseguir el objetivo marcado, y por otro, objetivos de formación del equipo, de selección de proveedores, de Networking, de análisis de datos y otros que puedan suponer avances en el departamento.

Uno de los objetivos iniciales es el de creación y ejecución de un plan de información a los clientes y proveedores.

14.6 Procesos

De forma muy simplificada el flujo que correspondería a la detección y gestión del fraude se muestra en la fig. 28

Fig nº 28: Proceso



Fuente: Elaboración propia

Cada una de las fases es de gran importancia, siendo especialmente destacable la de identificación, ya que si no se detecta la actividad ilícita, el resto de fases no tienen sentido.

Para ello en la fase de identificación conviene realizar esfuerzos humanos y tecnológicos correctamente combinados para una detección óptima.

La Doctora Montserrat Guillen propone un historial de siniestralidad con un análisis longitudinal de la vida de la póliza, es decir, fijarse como objetivo motivar la captura de información durante toda la vida de la póliza, para subsanar la información incompleta sobre los cambios producidos en la vigencia del contrato. Por ejemplo, un asegurado puede haber tenido un contrato en vigor por un riesgo (ya sea un hogar o un vehículo) durante un tiempo, después dar de baja la póliza y volver a contratar unos años más tarde. Las compañías deberían ser capaces de ligar la información pasada con las pólizas anteriores.

Intentar ligar el historial tanto por asegurado como por riesgo, ya que un mismo vehículo o una misma vivienda puede haber sido asegurada por diferentes personas.

Una información completa debería permitir detectar comportamientos anómalos, con un control de auditoría, (análisis descriptivo y generación de muestras), filtros en la información y análisis de costes que superan el umbral esperado), con alertas automáticas (por ejemplo declarar un siniestro en la primera semana de vigencia de la póliza), y con técnicas de control de fraude: Seleccionar los indicadores de fraude, cuantificar la probabilidad de fraude en un expediente de siniestro y estimar el porcentaje de fraudes no detectados.

Las alertas o red flags son alarmas incorporadas en el sistema informático de la compañía que se disparan ante la aparición de casos anómalos.

Los indicios manuales son los que detecta la persona que está gestionando la póliza o el siniestro, bastará con que realice una marca en la póliza o el siniestro indicando el indicio para que el asunto se traslade al Departamento.

Los indicios Automáticos deberán ser definidos por la entidad, en función de su experiencia y de las particularidades de su negocio.

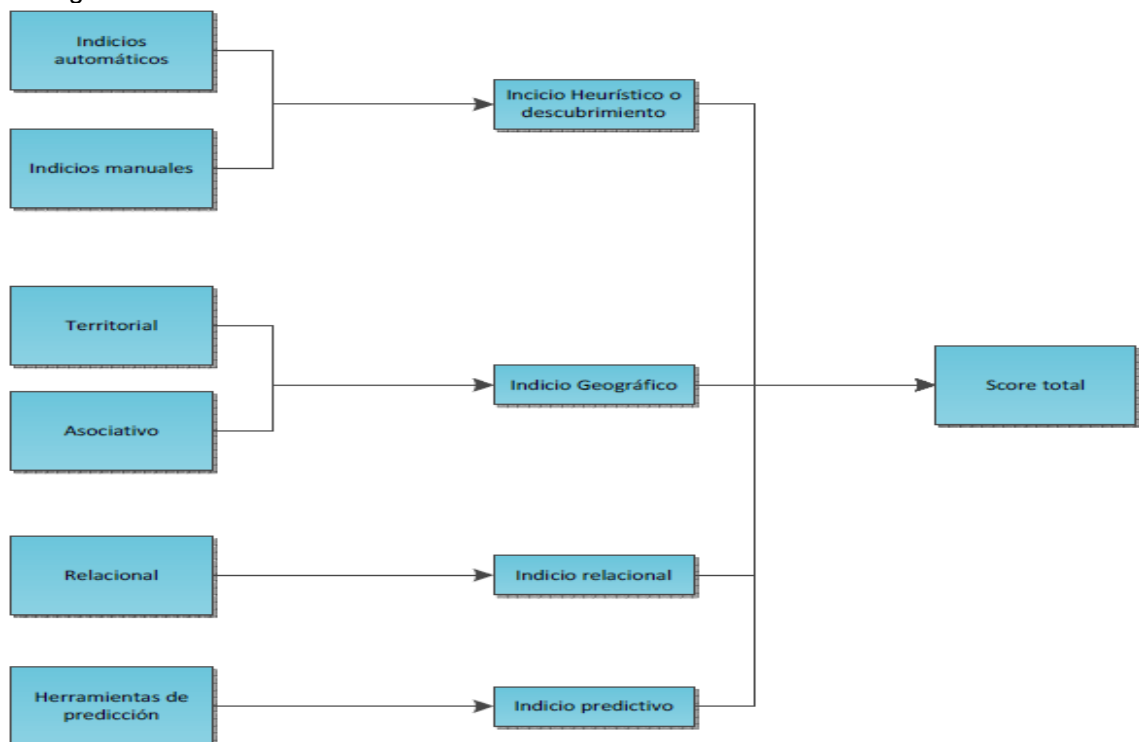
¿Cómo funcionaría? A través de un sistema de reglas con Scoring. A modo de ejemplo. Se deciden los siguientes conceptos como indicios de fraude:

- 1- Póliza con antigüedad inferior a 30 días
- 2- Siniestros anteriores con la misma tipología
- 3- Siniestros anteriores investigados

El Departamento de Fraude determina qué peso tiene cada uno de los indicios de fraude, con un número del 1 al 5. Por ejemplo, la póliza con antigüedad inferior a 30 días tiene un peso de 3, los siniestros anteriores con la misma tipología un peso de 1 y un asunto con siniestros anteriores investigados un peso de 3. La compañía define, por ejemplo, que a partir de 5 el asunto se marque automáticamente para que se derive al departamento de fraude. Así en este supuesto se derivaría al departamento de fraude si coinciden los puntos 1 y 3, pero no lo haría si coinciden los puntos 2 y 3.

Los indicios, el valor que se les da y el sumatorio necesario para que se derive al Departamento de fraude se decide por la compañía y debe ser flexible, para ir añadiendo nuevos conceptos y modificando en función de la experiencia (falsos positivos o sumatorios insuficientes).

Fig. nº 29: Detección del fraude



Fuente: Elaboración propia.

Los indicios geográficos se añadirían a los tratados anteriormente y podrían aparecer en cualquier momento de la gestión del siniestro. Por ejemplo: La zona en la que ha ocurrido el siniestro tiene una tasa más elevada de fraude. Las entidades deberían ser capaces de ir afinando la búsqueda de información para ser capaces de ajustarlo por población o código postal, pues seguro que no se detecta el mismo volumen de fraude en diferentes barrios de la misma ciudad, ni en un entorno urbano o rural.

Junto a factores tan importantes como la localización geográfica del fraude detectado, se podrían ir añadiendo otros que pudieran hacer variar las alertas, como la estacionalidad haciendo esta pregunta a las compañías: ¿se produce el mismo número de intentos de fraude en todos los meses del año? ¿se encuentran diferencias en épocas vacacionales? ¿El comportamiento es igual según los ramos? La respuesta a estas preguntas se podrá efectuar tras un análisis de los datos obtenidos durante un periodo de tiempo que, como mínimo, deberá ser anual. En este sentido Línea Directa ha publicado sus resultados, reportando que en el ramo de automóviles se localiza un claro incremento de los fraudes cometidos durante el mes de julio, que doblan los del mes de febrero ²⁹.

También se puede crear un sistema de localización para visualizar dónde ha ocurrido el siniestro, el lugar en el que se encuentra el taller, los domicilios de los implicados, lugares de trabajo, etc. En este caso, podría la entidad tener marcado el taller por antecedentes, lo que se podría definir para que se derivase al departamento de fraude. También podría detectarse que el taller se encuentra alejado del domicilio y lugar de trabajo del asegurado, lo que también podría levantar sospechas.

En cuanto a las herramientas relacionales, es posible, si se dispone de datos suficientes, poder relacionar posibles irregularidades: Poner en común todos los datos disponibles y, de forma automatizada realizar búsquedas en las bases de datos de la entidad y/o fuentes públicas de internet para tratar de localizar coincidencias.

Las herramientas de predicción tienen como finalidad la detección precoz, facilitar la adaptación y poder adelantarse a nuevos fraudes aún desconocidos. Pueden ayudar a prever conductas irregulares, para ello primero se les debe nutrir de supuestos para “aprender” que es lo que tiene que predecir.

14.7 Marcar las normas

Tras el establecimiento de un código interno de buena conducta y, según la solución tecnológica adoptada, más o menos manual, se deben marcar los criterios de actuación en los casos en los que alguno de los empleados de la compañía detecte fraude, y los criterios para que los sistemas informáticos realicen las marcas automáticas. Tanto unos como otros pueden ser modificados en base a las experiencias obtenidas y a la mejora de la gestión que generará la práctica.

²⁹ 2^a barómetro Línea Directa 2013 “el fraude en el seguro de autos” Línea Directa 2013

15. Acciones

15.1 Internas

Una de las primeras tareas a realizar por el Departamento de fraude tras el diagnóstico de los procesos de suscripción, tramitación de siniestros y movimientos económicos (pagos de prestaciones y primas) será la redacción de un manual de procedimientos que deberá ser distribuido a todos aquellos que participen en la detección y gestión del fraude. En el manual deberán constar los procesos concretos y la posibilidad de detección en cada uno de los momentos de la vida de la póliza y el siniestro.

Se deberá decidir sobre la formación y entrenamiento de los intervinientes en los procesos y se les facilitarán herramientas, establecer un código ético o de conducta para el personal y organizar una auditoría antifraude para detectar suscripciones indeseables y siniestros indemnizados que deberían haber pasado por el nuevo departamento, analizar las causas (falta de capacitación o formación del personal, dolo o negligencia en sus cometidos, herramientas insuficientes) y proponer mejoras para adaptar la entidad a todo aquello que se vaya detectando y no se había previsto.

15.2 Institucionales

Ligadas a las relaciones con otras entidades del sector, organismos públicos o privados y organizaciones internacionales.

Contactar con otras entidades y buscar la colaboración del sector. Es posible que en el pasado haya existido un sentimiento de competencia que hiciese que las entidades busquen su propio beneficio y no quisieran involucrarse de forma conjunta con otras compañías. A estos efectos es deseable la colaboración entre entidades, ya que los beneficios serían en todo caso importantes para todos.

Un profesor universitario ha realizado una prueba muy interesante con sus alumnos³⁰ que podría estar relacionada con esta falta de colaboración y nos ayuda a sacar conclusiones. En su examen final incluía la siguiente pregunta “Aquí tiene la oportunidad de ganar algunos puntos extra en la nota final. Seleccione si desea 2 ó 6 puntos extra a su calificación final. Pero, hay una pequeña pautas: Si más del 10% de la clase selecciona la casilla de los 6 puntos, ninguno de ustedes obtendrá ningún punto”.

El resultado de este experimento ha concluido en que en varios años, solo un curso consiguió el objetivo, pues el afán de querer conseguir los 6 puntos de forma individual, lastra el beneficio común.

La conclusión que pretendo sacar de esta comparación es que si las aseguradoras miran por el bien común saldrán todas ellas beneficiadas.

³⁰ <http://www.lavanguardia.com/vida/20150717/54433455451/pregunta-trampa-avaricia-humana.html#ixzz3gezCaw7r>

15.3 Prevención y comunicación

- Iniciar la campaña de concienciación y comunicación: Hacer llegar a todos los *stakeholders* información sobre las consecuencias del fraude: Desde el punto de vista positivo: como la reducción del precio de la prima, así como las negativas: Consecuencias penales de cometerlo.
- Proponer mejoras en la identificación del asegurado en aras de una mejor selección de riesgos.
- Crear una buena red interna de comunicación entre áreas con la finalidad de que exista un conocimiento integrado de las consecuencias de un trabajo en equipo: A modo de ejemplo, el Departamento Técnico debe conocer siniestros reales y comentarlos con tramitación, desde los comunes a los anecdóticos por su escasa incidencia, lo que con toda seguridad les ayudará a ampliar su visión a la hora de redactar un condicionado y tarificar y, en sentido contrario, los que componen el departamento de siniestros y otros serán conscientes de la importancia de introducir los datos correctamente en las aplicaciones o bases de datos.
- Estudiar muy cuidadosamente las comunicaciones a efectuar en los casos detectados como fraudulentos. Crear un protocolo muy claro y hacer hincapié en la necesidad de agilizar las acciones.

15.4 Investigación y administración de la información

- Comunicación fluida entre los intervinientes: Se proponen reuniones periódicas para comentar supuestos reales que han sido detectados y proponer mejoras, ideas y tratar de innovar para adelantarse al defraudador.
- Relacionada con el registro completo de datos y su gestión tecnológica: Organizar las Bases de datos existentes de tal forma que exista una centralización de toda la información de la entidad con la finalidad de realizar tantas combinaciones como sea posible para detectar incoherencias. Proponer mejoras o crear nuevas bases de datos.
- Implementar métodos para cuantificar el fraude. Un registro sobre todos los temas que han sido marcados como sospechosos con el máximo detalle posible.
- Implicar al Departamento Técnico para que realice estudios.

15.5 Normas de actuación Genéricas

- Mantener el buen servicio aunque se esté realizando una investigación, no olvidemos que un fraude no se puede considerar como tal hasta que no está demostrado: Mantener trato amable y exquisito.

- No mencionar la existencia de fraude hasta que este esté acreditado. No podemos acusar a nadie de estafa, falsedad o engaño ni por escrito ni verbalmente.
- Evitar buscar fraude donde no lo hay ni convertir a peritos y personal de la aseguradora en detectives.
- Mantener la compostura en las comunicaciones con el presunto defraudador, evitar despertar recelos o reticencias. Ser cautos y evitar que el asegurado crea que estamos dudando de él.
- Agilidad en las gestiones. No se puede demorar un asunto en el que se ha cometido fraude, pues el defraudador puede sospechar que está siendo investigado.

15.6 Normas de actuación concretas

En la Peritación:

- Ante casos sospechosos se procederá a peritar siempre, aunque la cuantía no lo justifique.
- Se avisará al perito sobre las circunstancias que lo hacen sospechoso.

Si el perito detecta fraude, deberá tratar de conseguir un documento firmado por el asegurado o algún tercero que nos permita acreditarlo: Puede ser un reconocimiento del propio defraudador o de un tercero implicado (por ejemplo un vecino que asegure que el siniestro ocurrió antes de emitirse la póliza, y si es posible, que aporte algún documento adicional (presupuesto fechado antes de la emisión de la póliza o fotografía tomada con dispositivo que registre datos de la toma de la fotografía (metadatos).

En robos se deberá solicitar documento que acredite la baja del elemento robado, ya sea un vehículo (baja en tráfico), un teléfono móvil (documento de la operadora anulando el terminal) o cualquier otro objeto susceptible de poder dar de baja o anular a distancia.

Nombramiento de Valorador médico en supuestos de lesiones: Se nombrará por regla general en las reclamaciones por daños corporales, es él quien debe alertarnos ante cualquier circunstancia que considere anormal:

- La lesión no se corresponde con la descripción del siniestro
- Prolongación innecesaria de los días de baja o rehabilitación
- Existencia de lesiones preexistentes
- Lesiones simuladas

Nombramiento de investigador: Se nombrará en los siguientes casos, siempre que la cuantía lo justifique (la entidad deberá marcar un criterio):

- Robos sospechosos
- Incendios sospechosos
- Daños muy importantes por robo o tentativa
- Daños muy importantes por actos vandálicos
- Daños muy importantes por incendio
 - En los casos de incendio, según las circunstancias se podrá proceder a realizar un estudio económico del asegurado/tercero reclamante para comprobar si pudo haber una motivación de “fraude de desesperación”.

En casos de lesiones

- Cuando el lesionado no admita ser visitado por el médico de la compañía.
- Cuando las secuelas supongan una incapacidad para la ocupación habitual del lesionado.
- En casos de diferencias importantes entre la valoración del médico de la compañía y la pretensión indemnizatoria.
- Cuando concurren circunstancias especiales (por ejemplo posible alcoholismo del lesionado).

Acciones de los suscriptores, Call Center y tramitadores de siniestros:

- Implementar avisos en la emisión de pólizas.
- Implementar avisos en la aplicación de tramitación de siniestros.
- Registrar las llamadas solicitando información sobre determinadas coberturas ("pre-Siniestros").
- Comunicar al Departamento de fraude de forma ágil cualquier anomalía detectada.
- Redactar comunicaciones: en caso de fraude detectado, Emitir carta de rehúse genérica, sin mencionar fraude.
- Propuesta de mejoras: Al ser las personas que tienen el contacto directo con los defraudadores, pueden detectar con antelación algunas tendencias o anomalías (por ejemplo si en una semana se han detectado varias llamadas declarando un tipo de siniestro que no es habitual).

16. Alertas

Existen comportamientos e indicios que pueden ser considerados como alertas de la posibilidad de la existencia de fraude. Una alerta no implica la comisión de un fraude, pero sí que conviene prestar especial atención en los asuntos en los que se detecten, ya que la probabilidad es mayor.

La entidad, en virtud de la tecnología disponible podrá automatizar algunas de ellas, y programar las aplicaciones para graduar las alertas en función de las situaciones y la experiencia adquirida. Así, aunque no se disponga de buenas herramientas de detección automática, los indicios y sus alertas se podrán evaluar de forma manual, si bien cuanto menos se automatice existe mayor riesgo de pérdida de información y, consecuentemente, menor detección de siniestros sospechosos.

Existen alertas que actualmente no se pueden automatizar, o su automatización sería compleja o económicamente muy costosa, como por ejemplo cuando un asegurado aporta una declaración de siniestro excesivamente detallada o utilizando definiciones de la propia póliza (en lugar de decir que se ha incendiado la vivienda decir que “ha existido una autocombustión en un elemento del continente”). Esto sería un indicio que difícilmente se puede detectar automáticamente, salvo costosos sistemas de detección de voz, o de detección de palabras concretas que, en todo caso, también requieren de la programación por parte de personas que conozcan las situaciones posibles. Otras como la detección de contradicciones en la declaración inicial y las versiones posteriores, o la detección de facturas manipuladas son de difícil automatización.

Por el contrario otras son fácilmente automatizables, como la declaración de un siniestro en fecha muy próxima al vencimiento de la póliza, la existencia de siniestros anteriores con causas parecidas, o la existencia de antecedentes sospechosos.

Algunos de los indicios se pueden detectar a posteriori, tras realizar un estudio por el departamento de fraude o una auditoría, como podría ser la detección del mismo número de teléfono de contacto para asegurados distintos, o cruzar datos de todos los departamentos.

En este sentido se deben analizar con rigor los números de cuenta en los que se ingresan las indemnizaciones y cruzarlos con los de pago de recibos, con el objetivo de detectar anomalías: Como regla general, debe ser objeto de revisión cuando el número de cuenta para cobro de recibos es distinto que el de pago de indemnizaciones. En estos supuestos, es importante tener en cuenta el ramo, ya que este hecho no tiene por qué implicar un indicio de fraude en determinadas pólizas (de empresas, comercio o Comunidades que suelen ser gestionados a través de distintas sociedades o de administradores de fincas).

Este tipo de indicios pueden resolverse con una sencilla automatización: crear un sistema mediante el cual cuando se detecte esta disfunción se emita una comunicación al asegurado solicitando un justificante que acredite la titularidad del número de cuenta, informando que es por su seguridad. En relación con

este tipo de soluciones, se hace necesaria la relación transversal con otros departamentos, pues cabría la posibilidad de que una acción para asegurar una correcta indemnización se pueda convertir en un problema comercial o dar la sensación de que se está alargando el pago de la indemnización por lo que deben ser las entidades muy cautelosas en su utilización.

En definitiva se trata de optimizar los procesos de tal forma que el flujo de información y la toma de decisiones no impida una gestión ágil y profesional del siniestro: encontrar el delicado equilibrio entre un sistema de detección eficaz que no conlleve un empeoramiento del servicio ni una criminalización o sospecha continua del asegurado/reclamante.

Sigue cuadro resumen de indicios y posibles acciones a realizar. Se recogen algunas, quizá las más habituales o destacadas por la incidencia que pueden tener en la entidad. En cuanto a las acciones son propuestas que pueden evolucionar o matizarse dependiendo de la entidad, el negocio, el importe reclamado, o la persona que se esté investigando.

He tratado de distinguirlas por ramo o por tipo de reclamación, si bien la mayoría de ellas son comunes a todo tipo de seguros, aunque pueden existir especificidades dependiendo del tipo, por ejemplo, en la recepción de documentación sospechosa no se investigará de la misma forma una factura falsificada que un informe médico manipulado.

En alguno de los indicios recogidos en el cuadro, una de las acciones propuestas es la contratación de un investigador de causas y/o detective. Se trata de una muy buena herramienta de detección del fraude y servirá para obtener pruebas más sólidas en las que fundamentar la decisión, si bien, en la práctica la utilización de estos recursos debe ser gestionada teniendo en cuenta el coste que suponen, así en siniestros cuya cuantía sea escasa, la utilización de estos recursos implica un mayor coste de investigación que el de la indemnización que se reclama, por lo que se utilizará cuando las circunstancias lo aconsejen.

Fig nº 30: Cuadro resumen de indicios-Alertas

Ramo/ Tipo de seguro /reclamación	Indicio	Momento	Acción
Todos	Siniestros anteriores misma tipología	Siniestro	Aviso en Siniestros
Todos	Cientes con recibos impagados	Impago	Marcar póliza
Todos	Siniestros anteriores investigados	Siniestro	Marcar póliza/cliente
Todos	Asegurar por encima del valor propuesto por Cia	Suscripción	Cuestionario: Averiguar motivo / declinar contratación
Todos	Intento de asegurar con efectos retroactivos	Suscripción /auditoría	Solicitar documento firmado de no siniestralidad / declinar contratación
Todos	Solicitudes de seguro emitidas con posterioridad a la ocurrencia del siniestro	Suscripción /auditoría	Aclarar con mediador las causas que llevaron a la emisión retroactiva y si actuó en connivencia con asegurado. Posibilidad de consultar aseguramiento anterior (FIVA, FICO)
Todos	Fecha de alta de la póliza posterior a la de siniestro	Suscripción / siniestro	Denegar cobertura
Todos	Siniestros ocurridos 30 días siguientes al vencimiento del recibo en cartera	Siniestro	Confirmar suspensión de la póliza
Autos y RC	Autos: Domicilios próximos intervinientes cuando el siniestro fue lejos	Siniestro	Peritaje de ambos vehículos
Todos	Similitud apellidos o criterios que denoten familiaridad (profesión, hobbies)	Siniestro	Investigar en redes sociales/internet/Detective
Autos	Siniestro de madrugada	Siniestro	Peritaje de ambos vehículos / Investigador
Autos	Lugar siniestro en despoblado	Siniestro	Peritaje de ambos vehículos / Investigador
Autos	Motocicleta derribada por vehículo que da marcha atrás	Siniestro	Peritaje de ambos vehículos / Investigador
Autos	Accidente entre motocicletas	Siniestro	Peritaje de ambos vehículos / Investigador
Autos	Daños materiales elevados sin lesionados	Siniestro	Peritaje de ambos vehículos / Investigador
Autos	Desproporción de los daños en vehículos a tenor descripción siniestro	Siniestro	Peritaje de ambos vehículos / Investigador
Autos	Alturas y características de los daños no coincidentes	Siniestro	Peritaje de ambos vehículos / Investigador
Autos	Invasión calzada sin colisión directa	Siniestro	Peritaje de ambos vehículos / Investigador
Autos	Tipo de vehículo no encaja con quien se declara conductor	En la contratación	Firma de condiciones particulares, consulta SINCO,
Autos/ hogar/ Comunidades/ comercio/PYME	Siniestro declarado cuando falta poco para acabar la garantía de Valor a Nuevo	Siniestro	Aviso en Siniestros
Todos	Siniestralidad anormalmente elevada los primeros 2 meses de vigencia	Auditoría	Marcar al mediador / Póliza
Todos	Mismo mediador con n asegurados marcados.	Auditoría	Marcar al mediador
Todos	Ampliación de garantías durante la vida de la póliza	Suscripción	Marcar aviso si se producen siniestros en los 1ºs 60 días
Todos	Más de n siniestros en la misma anualidad	Auditoría	Marcar póliza / cliente
Todos	Mismo nº de teléfono de contacto para siniestros sin aparente relación	Auditoría / Control automático	Revisión siniestros anteriores, números de cuenta
Todos	Mismo nº de cuenta para siniestros sin aparente relación	Auditoría / Control automático	Revisión siniestros anteriores.
Todos	Siniestro en menos de 30 días del vencimiento de la póliza	Siniestro	Aviso
Todos	Parte incompleto o sospechoso	Siniestro	Pedir aclaraciones en el primer momento para evitar suspicacias. Es más lógico pedirlo al principio
Todos	Detección de facturas similares (tipo de letra)	Siniestro	Marcar al asegurado y mediador
Todos	Profesional requerido expresamente por varios mediadores	Siniestro / Auditoría	Marcar al profesional (abogado, reparador)
todos (salvo los que no requieren reparadores)	Reparador /taller sospechoso de inflar costes	Auditoría	Buscar relaciones con intervinientes: Perito, mediador, administrador.
Todos	Costes medios anormalmente elevados	Auditoría	Buscar relaciones con intervinientes: Perito, mediador, administrador de fincas.
Todos	contradicciones abogado/procurador	Auditoría	Pedir a procurador copia de las actuaciones
Todos	Riesgo asegurado dudoso	Suscripción	Inspección de riesgo/ Solicitud fotografías o documentación / Análisis médico exhaustivo
Todos	Nerviosismo en la declaración telefónica	Siniestro	Grabación de llamadas, sistemas de detección de voz
Todos	Declaración de siniestro sospechosamente detallada	Siniestro	Marcar siniestro, verificar stros anteriores, consultar SINCO, FICO
Todos	Contradicciones en la declaración	Siniestro	Solicitar detalle / Investigador
Todos	Origen poco claro. Relato anormal	Siniestro	Solicitar detalle / Investigador
Robo/Actos vandálicos	Aspectos extraños en la denuncia	Siniestro	Solicitar detalle / Investigador
Todos menos vida y accidentes	Va a aparecer una tecnología que sustituye a otra ya existente Riesgo de "lifestyle fraud"	Aparición de nuevas tecnologías	Aviso general a Dpto. de siniestros de la previsión de incremento de siniestros de esos aparatos

Hogar, comunidades, RC, Daños	Daños en ordenadores portátiles, tabletas o Smartphones	Siniestro	Alerta, no por garantía, sino por objeto dañado (puede tratarse de daños eléctricos, robo, aguas..)
Todos	Información poco precisa o vaga	Siniestro	Pedir información adicional en el momento de declararse el siniestro. Avisar perito
Todos	Factura sospechosas	Siniestro / Suscripción	Poder compararla con siniestros anteriores. Software. Contactar con emisor. Verificar si la fecha corresponde con tipo impositivo
Robo, Actos vandálicos	denuncias falsas	Siniestro	Verificar toda la información con documentación/testigos/investigador. Si se puede demostrar contactar con policía para informar de posible delito
Todos	Fotografías sospechosas	Siniestro	Buscar metadatos en la fotografía y analizar fecha, localización
Todos	Sospecha de fraude organizado	Siniestro	Contactar con policía / Sector
Todos	Reclamación coincide con el límite de garantía: por ejemplo hurto de efectivo	Siniestro	Solicitar se acredite la preexistencia / Investigador
Lesiones	Lesión cervical	Siniestro	Asignar médico, pedir doc. Acreditativa, verificar si por tipo de impacto es posible/ Nuevas tecnologías en latigazo
Lesiones	Sospecha de lesión preexistente	Siniestro	Detective. Solicitar antecedentes médicos al lesionado
Lesiones	Incapacidades anormalmente largas por la lesión	Siniestro	Detective
Lesiones	Mismo abogado particular reclama varios asuntos distintos	Siniestro/Auditoría	Relacionar en la BBDD los datos de los abogados reclamantes.
Todos	Por la actitud del asegurado: Muestra excesivo conocimiento del seguro	Suscripción/Siniestro	Marcar Siniestro / póliza /asegurado
Todos	Por la actitud del asegurado: Excesiva insistencia en recibir indemniz	Siniestro	Marcar Siniestro / póliza /asegurado
Todos	Por la actitud del asegurado: Especial interés en que solo se trate con él	Siniestro	Marcar Siniestro / póliza /asegurado
Todos	Siniestro excesivamente bien documentado: Todas las facturas de preexistencia, fotografías.	Siniestro	Marcar y comprobar stros anteriores o si es de contratación reciente
Robo	Sucesivas ampliaciones de la denuncia	Siniestro	Verificar documentación y preexistencia / Investigador
Robo	Siniestros anteriores	Siniestro	Cotejar documentación y si existen coincidencias solicitar acrediten reposición
vida riesgo y accidentes	Persona con pocos recursos pretende asegurar una suma elevada	Suscripción	Pedir justificación, pedir información sobre sus anteriores pólizas.
Todos	Reclamación de un daño denegado en otro siniestro	Siniestro	Buscar pruebas en BBDD ("pre-siniestro")
Auto/Hogar/Comunidades/Comercio/PYME	Siniestros que se comunican una vez reparados	Siniestro / Auditoría	Buscar coincidencias con asegurado/mediador
Todos	Siniestros que se comunican habiendo transcurrido mucho tiempo desde la ocurrencia	Siniestro / Auditoría	Buscar coincidencias con asegurado/mediador
Defensa Jurídica	Mismo Abogado particular requerido por varios asegurados	Siniestro	Comprobar coincidencias (tramitador, perito) posible fraude interno
PYME/Industria	Incendios: Zona despoblada y ocurre en fin de semana	Siniestro	Investigador de incendios, situación económica
PYME/Industria	Incendio comercio/Pyme/industria con circunstancias sospechosas	Siniestro	Investigador de incendios, situación económica
PYME/Industria	Daños en mercancía antigua (invendible)	Siniestro	Verificar facturas De compra, etiquetas
Todos	Daños recurrentes en siniestros distintos (por ejemplo faro trasero roto)	Siniestro	Exigir acreditación de la reparación del primer siniestro
Todos	Desproporción de daños/lesiones	Siniestro	Peritación/investigador/detective

Fuente: Elaboración propia

17. Herramientas

Existen multitud de herramientas para detectar o probar actividades fraudulentas, algunas de ellas son de acceso público a través de internet, y otras se encuentran disponibles en la mayoría de aplicaciones informáticas que vienen utilizando las entidades aseguradoras. Por otro lado el sector tecnológico avanza a pasos agigantados en soluciones cada vez más sofisticadas de análisis de datos con aplicaciones expresamente desarrolladas para la detección y gestión del fraude en el sector asegurador.

Aplicaciones existentes en las compañías: Las entidades disponen de aplicaciones informáticas para la gestión de siniestros, contratación de pólizas y gestión de recibos. No suele ser difícil realizar pequeños evolutivos que permitan implementar mejoras, como por ejemplo detectar una declaración de siniestro en fechas muy cercanas a la contratación de la póliza o a una reciente modificación de garantías. Esto se puede realizar de forma más o menos automatizada según el grado de digitalización de la entidad, si bien sería deseable que apareciesen alertas automáticas.

Utilización de herramientas de uso público en internet:

Google Maps- Google Street View: permite la visualización de un edificio en diferentes momentos del tiempo, con lo que se podrá comprobar cual era el estado del riesgo visible desde el exterior en la fecha anterior a la declaración del siniestro o de la contratación de la póliza. De esta forma se podrán detectar fraudes del tipo cristales rotos antes de la contratación de la póliza, o reclamación de mejoras en elementos dañados (por ejemplo reclamar un videoportero con cámara de video cuando el preexistente no la tenía).

Herramientas de localización de imágenes: de uso público en Internet: Tin Eye, Google images: Son páginas de “*reverse image search*”: aplicaciones a las que subes una fotografía para verificar si se ha extraído de alguna *site* pública de internet. Útil para detectar casos como uno de los ganadores del último concurso de detección de fraude: se detectó fotografía sospechosa de rotura de vitrocerámica.

Youtube: Muchas personas introducen en Youtube y las redes sociales sus fotografías o videos que posteriormente pueden incriminarlos en un fraude, como lo fue el caso de un autónomo que trató de defraudar a su aseguradora mintiendo sobre la forma de ocurrencia el accidente que le causó lesiones. Un video de la lesión colgado en youtube llegó a ser visto por la aseguradora quien le negó la indemnización, y tras llegar a juicio el Juez destacó la estupidez del defraudador por colgar las pruebas en un lugar público.

Redes sociales: Buscando en internet información pública del presunto defraudador se pueden encontrar datos de utilidad, sobre todo en redes sociales, a modo de ejemplo el lesionado por accidente de moto que fingía una lesión mientras se encontraba viajando al Gran Premio de Qatar, colgando de forma pública las fotografías en las redes sociales

Prensa: La búsqueda en prensa de determinados tipos de siniestros, por ejemplo los incendios o accidentes de tráfico graves, que suelen aparecer en la prensa local al día siguiente de la ocurrencia. De esta forma se puede saber con exactitud la fecha de los hechos, lo que impide determinados fraudes, como el de la contratación de la póliza una vez ya ha ocurrido el siniestro. También suelen aportar datos de la forma de ocurrencia, si bien su credibilidad es cuestionable ya que no se suelen basar en ningún informe técnico sino en las primeras declaraciones de testigos o afectados.

Informes de Bomberos: Este tipo de informe lo facilita la autoridad local o regional de bomberos, suele ser gratuito y se pueden encontrar datos útiles, aunque en la práctica estos informes no suelen indicar la causa del incendio, salvo que esta sea muy clara. No olvidemos que no son investigadores de causas sino que su función es otra.

Atestados de las policías locales, Guardia Civil y policías regionales. Estos informes suelen ser muy útiles para los supuestos en los que existen lesionados, ya sea de accidentes de tráfico o de otro tipo de siniestros (caídas en comercios o edificios), porque suelen recoger gran cantidad de datos, desde los testigos que declararon poco después de ocurrido el accidente hasta un croquis de situación con una descripción detallada y se suelen pronunciar sobre la causa probable del accidente. Además al ser redactados por autoridad, su credibilidad en la vía judicial suele ser muy alta, por lo que no es fácil conseguir una sentencia que falle en contra de lo declarado por los policías que redactaron el atestado.

Informes meteorológicos (AEMET, Meteocat, Meteo Galicia, Euskalmet), que permiten determinar si el viento fue el necesario para la cobertura, lluvia, granizo, caída de rayos en daños eléctricos.

Informes médicos de primera asistencia de ambulancias: Este informe se debe solicitar al lesionado, ya que por la normativa de protección de datos no se facilitan informes médicos. También resulta de gran utilidad para conocer la hora del accidente y los síntomas iniciales. Así que en caso de que posteriormente las lesiones reclamadas sean otras puede servir de base para realizar una investigación más profunda de, por ejemplo, una patología previa: como el lesionado que declara ante el personal de emergencias que refiere dolor en el pie por una erosión y a las dos semanas reclama una cervicalgia.

Asociacionismo

Con otras entidades aseguradoras para compartir experiencias e ideas. En este aspecto debe dejarse la competencia de lado para colaborar de forma conjunta en acabar con las acciones que hacen incrementar el coste de las pólizas.

La Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) ha dado el beneplácito a la creación de una base de datos que contenga información sobre vehículos desaparecidos por robo o completamente siniestrados tras un robo o un incendio. Se trata de SENDA, un servicio prestado por TIREA al que se han adherido 15 aseguradoras que se inició con el ramo de autos, si bien se están incor-

porando otros ramos como como hogar o salud y seguros de vida riesgo, y pólizas industriales.

La importancia de estos registros la puede demostrar un caso como el del aparentemente inocente matrimonio de 64 y 62 años que simuló 7 atropellos de los que cobraban tanto de las aseguradoras de los vehículos, como de las pólizas de accidentes que habían contratado. El *modus operandi* generalmente consistía en situarse tras un vehículo que hacía marcha atrás para simular un atropello, y en todos los casos evitaban la intervención de la Guardia Civil o de las autoridades locales al no requerir su presencia, pues acudían posteriormente a centros médicos privados para evitar llamar la atención de las autoridades y evitar la constancia de sus datos en registros públicos.

Colaborar con las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado: Es necesario disponer de interlocutores válidos ya que las aseguradoras pueden detectar en muchas ocasiones hechos fraudulentos que no solo perjudican a los clientes de la compañía que se pretende defraudar, sino a todos los ciudadanos, ya que el esfuerzo que hay detrás de una denuncia falsa es muy grande: implica la puesta en marcha de una investigación de la policía, con desplazamiento de un especialista forense al lugar del siniestro, elaboración de informes, búsqueda de huellas, así como la puesta en marcha de las correspondientes diligencias penales, que implican un coste a la administración de justicia que acabamos pagando todos con impuestos y con retrasos en las Sentencias dictadas.

Estos hechos incluso pueden llegar a suponer la existencia de sospechosos por la descripción del presunto autor del robo o del hecho delictivo denunciado. Lo que podría llegar a suponer detenciones de personas que nada tenían que ver con el hecho delictivo. A modo de ejemplo, un asegurado denuncia un robo con fuerza de un teléfono móvil, declarando que el ladrón era una persona albino de unos 30 años. ¿Cuántos albinos de 30 años puede haber en la zona? Pues algo aparentemente tan inocuo como denunciar falsamente que el robo lo ha cometido un albino, puede suponer la detención del único albino de la zona, lo que supone un hecho gravísimo: por una aparentemente inocua trampa al seguro, se puede acabar privando de libertad a una persona.

Colaboración de los ciudadanos: Informar a los clientes de las consecuencias del fraude, y plantearse la posibilidad de crear una “*cheat-line*” (línea en la que los ciudadanos pueden comunicar hechos fraudulentos que hayan conocido) ya sea por parte de la entidad de forma particular, a nivel institucional, o de la administración pública. De hecho en España, ya ha sido creada, fuera del ámbito asegurador por Endesa, para denunciar irregularidades con el suministro eléctrico. Esta sociedad informa que el fraude eléctrico pone en riesgo a todos, pues una instalación eléctrica manipulada se convierte en un peligro que puede materializarse en un incendio con graves consecuencias. En el Anexo VI adjunto ejemplo de publicidad de una “*Cheat Line*” norteamericana.

Otras herramientas a considerar:

Grabación de las llamadas **recibidas**: **No requiere un gran esfuerzo económico, aunque** sí que es preciso invertir en tecnología, hardware de almacenamiento y archivo.

La aplicación de esta medida debe consensuarse con todos los departamentos: pues desde el punto de vista el aspecto comercial o de imagen de compañía puede hacer sentir sospechoso a la persona que se pone en contacto con la compañía, que desconfíe o simplemente que sienta vulnerada su intimidad. Además se deberá tener en cuenta la necesidad de grabar una locución informando al interlocutor que la llamada será grabada y que puede ejercitar sus derechos recogidos en la normativa de protección de datos. Todo ello genera que la persona que quiera contactar con la compañía tenga que esperar unos segundos más de la cuenta para escuchar la locución, lo que choca con la necesidad de inmediatez y trato exquisito al cliente.

Puede haber otras áreas interesadas como la de control de calidad para evaluar la satisfacción del cliente o llevar un control interno de la calidad del servicio.

Creación de una pantalla de registro de “pre-siniestros”: Muchas aseguradoras registran únicamente los partes declarados, pero no las consultas sobre cobertura que efectúan los asegurados. Se ha comprobado que en ocasiones una llamada en la que se pregunta por la cobertura es un sistema para averiguar cómo puede el asegurado buscar la manera encontrar cobertura. A modo de ejemplo: llama un asegurado preguntando si está cubierta la rotura de la loza sanitaria mientras estaba realizando obras de rehabilitación. Se le informa de que no goza de cobertura, ya que existe una exclusión para estas roturas cuando se están realizando obras. Pasadas unas semanas abre un parte diciendo que se le ha roto el inodoro de forma accidental por la caída de una olla tirando restos de comida al inodoro. Si no se ha registrado la llamada este parte pasa desapercibido y se indemnizaría de forma rápida, probablemente sin siquiera intervención pericial.

Esta mejora deberá ser desarrollada informáticamente quedando registrada la consulta en la aplicación de siniestros, o bien si no se desea realizar la inversión, se puede llevar un registro manual en una base de datos de las llamadas de consulta realizadas, pero esta opción requiere un exceso de gestiones manuales que lo harían poco eficiente.

Servicio SINCO de TIREA: Fichero histórico del ramo de automóviles que da acceso al historial de pólizas vigentes e historial de siniestralidad del tomador consultado.

Fichero FICO de ICEA: Fichero para la compartición entre aseguradoras de los datos de siniestralidad de las comunidades de propietarios de España.

Servicio SENDA de TIREA Servicio de Normalización y Detección de Anomalías): Es un servicio orientado a la detección y prevención del fraude a las entidades aseguradoras, a través de una plataforma tecnológica de tratamiento de datos que permite la detección de incongruencias, coincidencias o pautas de comportamiento en procesos de suscripción y tramitación de siniestros, comparando información de datos históricos de pólizas y de siniestros. Dispone de dos modelos, uno para las entidades que permite un tratamiento personalizado

según el enfoque de cada entidad y un modelo sectorial que permite compartir datos y reglas comunes para todas las entidades adheridas.

Herramientas específicas en el mercado: La lucha contra el fraude es una de las áreas en las que tecnológicamente más se está avanzado, ya he tratado las técnicas de Scoring para detectar y filtrar potenciales casos de fraude, y comentado los modelos estadísticos para la identificación de fraude organizado.

Las empresas tecnológicas están ofreciendo productos ya desarrollados para gestionar la detección y gestión del fraude, otras pueden realizar estudios personalizados de las necesidades de cada entidad y ofrecer un producto hecho a medida.

Las Hay más llamativas, como las de detección de voz, que son capaces de determinar si existen indicios de que una persona está mintiendo, tanto por tonos de voz, nerviosismo o por las palabras que usa, todo ello puede ser imperceptible para la persona que atiende el teléfono, pero podrá ser detectado por la herramienta.

También he comentado las herramientas de modelos de análisis de relaciones sociales o geográficos que pueden encontrar patrones de comportamiento o indicios de fraude.

La Instalación de videocámaras en los vehículos, así como GPSs y otros aparatos de control. Los GPSs ya se están utilizando por algunas compañías para poder tarifcar con detalle, al poder conocer tanto los kilómetros recorridos como las zonas y horas en las que se conduce.

En cuanto a la instalación de videocámaras que graban la conducción es una tecnología que está sirviendo para detectar fraudes por lesiones derivados de atropellos simulados. En algunos países asiáticos está generalizado el uso de videocámaras instaladas en los vehículos, existen imágenes registradas en las que el defraudador se lanza contra el vehículo de forma descarada.³¹

La utilización de estas tecnologías, como la domotización abre un nuevo abanico de posibilidades en la detección e fraude pues los registros que puedan obtenerse de los aparatos domésticos conectados, pueden ser utilizados para conocer el correcto estado de mantenimiento o la fecha del siniestro.

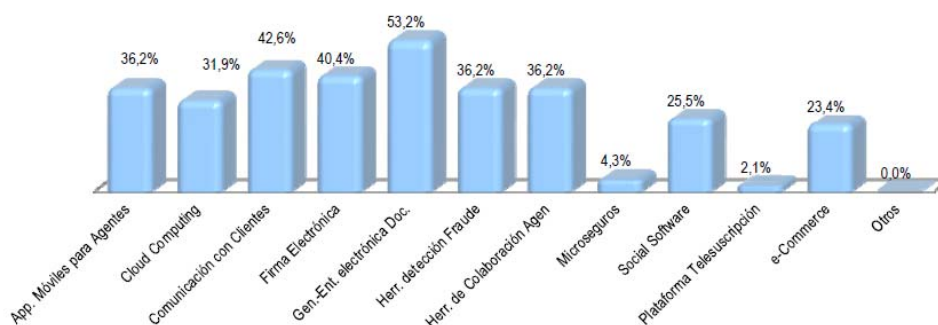
Este tipo de medidas son objeto de debate porque si bien pueden resultar de utilidad para evitar conductas inapropiadas, nos pueden llevar a un sobrecontrol de los actos, cercenando el derecho a la libertad de decidir. Estas medidas se comparan con el Gran Hermano que relataba George Orwell en su obra "1984"³².

³¹ <https://www.youtube.com/watch?v=-rmRkga8z9g>

³² Orwell, G. 1984 ed. especial. Barcelona. Ediciones Destino, 2006

Futuro: En el informe de ICEA "las Tecnologías de la información en el sector de la información en el Sector Asegurador"³³, Año 2012, el apartado de tendencias, se indica que "Aparte de Internet, las entidades aseguradoras disponen de una gran variedad de nuevas tecnologías relacionadas con la informática cuyo uso puede beneficiar al desarrollo de su actividad." Y muestran el siguiente gráfico con las herramientas más utilizadas por las aseguradoras, expresando el porcentaje de entidades que las emplean.

Fig. nº 31: Herramientas informáticas utilizadas por las aseguradoras



Fuente: ICEA "las Tecnologías de la información en el sector de la información en el Sector Asegurador. Año 2012"

La evolución tecnológica en este campo, técnicas de *Scoring*, *Data Mining*, *Business Intelligence* y *Big Data*, junto con la mejora en la recogida de datos, permitirá disponer de mejores herramientas en un futuro próximo.

Se habla de Tecnologías de reconocimiento facial que podrán identificar defraudadores en base a su fotografía, comparándolo con una base de datos previa de defraudadores

Fichero contra el fraude bancario en España: Se ha creado una plataforma junto con ASNEF y Confirma Sistemas de Información mediante el cual las entidades adheridas podrán compartir datos de defraudadores al sistema bancario. Ha sido pensada para reducir el fraude bancario en la fase inicial de admisión, cuando el cliente solicita un crédito de forma ilegítima. Esta plataforma puede ser utilizada por bancos, cajas de ahorro, aseguradoras y compañías de telecomunicaciones.

Esta plataforma incluye una base de datos compartida por las entidades sobre la admisión de créditos y que se utilizan exclusivamente para prevenir el fraude en la admisión y cuenta con las garantías exigidas por la LOPD.

Este tipo de iniciativas, si bien pueden no ser aplicables directamente al fraude en el sector asegurador, sí que resultan de utilidad como experiencia y determinar en la práctica sus implicaciones en la normativa de protección de datos, por lo que pueden ser la base para la creación de nuevas plataformas.

³³ ICEA "las Tecnologías de la información en el sector de la información en el Sector Asegurador. Año 2012. Informe nº 1310. Octubre 2013"

18. Conclusiones

La dimensión del fraude en el sector asegurador puede rondar el 10 % o más de los importes indemnizados y el número de defraudadores potenciales, es aún mayor, por lo que las aseguradoras y la sociedad en general deben aunar esfuerzos para combatir esta lacra.

Por un lado se debe potenciar la labor formativa en el sector asegurador y en la sociedad en general sobre las consecuencias derivadas del fraude en la reducción de la siniestralidad (y como consecuencia la rebaja del precio de las primas), y por otro lado de las consecuencias penales derivadas del delito de estafa.

Existe una relación directa entre la tasa de paro y la comisión de delitos de estafa, por lo que las crisis económicas afectan directamente en el aumento de casos de fraude, si bien, matizando que una recuperación económica reduciría la comisión del fraude siempre y cuando venga acompañada de la reducción de la tasa de paro y de los empleos precarios.

Respecto al estudio jurisprudencial puedo concluir por un lado que la judicialización de las estafas supone un elevado coste para las aseguradoras, tanto en el tiempo que deben mantener provisionado un siniestro, como en los gastos de investigación y judiciales que conlleva, y por otro, que las consecuencias de la comisión de fraudes no parecen ser lo suficientemente duras como para disuadir a los defraudadores potenciales.

De las Sentencias estudiadas se explica el por qué las aseguradoras no reclaman judicialmente más asuntos en los que existe fraude detectado: Las posibilidades de éxito del 55 % hacen desaconsejable iniciar cualquier reclamación judicial, pues las consecuencias de no ganar el juicio son mucho peores que los posibles beneficios de conseguir una sentencia favorable. Algunos de los supuestos estudiados en los que parecía existir una clara evidencia de estafa no han prosperado por no poder probar el hecho.

La creación de un Departamento de fraude debe fundamentarse en la perfecta conjunción de una gestión profesional y especialista de las personas que forman las compañías y la digitalización de los procesos, analizando los datos disponibles y tomando decisiones en base a ellos, que permitan al departamento gran flexibilidad para adaptarse a las circunstancias cambiantes.

Debe existir una ética impecable por parte de las entidades aseguradoras y las personas que lo forman, con una completa transparencia respecto al trabajo a realizar, con el único límite de la protección de datos de carácter personal.

Como conclusión final, destacar la necesidad de fomentar la coordinación y colaboración entre las entidades aseguradoras en la lucha contra el fraude, así como la importancia de que el sector público se involucre tanto en la educación a la sociedad, como en la cooperación con el sector para fomentar la detección del fraude.

19. Bibliografía

Artículos:

ASOCIACIÓN DE ASEGURADORES DE CHILE, A.G. Fraude en seguros, experiencia internacional. Boletín de opinión nº 55. 31 de marzo de 2015

BDS., "CAP propone controles preventivos "in situ" de la actividad pericial", 26 de marzo de 2015

CERRILLO, LL. La investigación del fraude permite ahorrar 426 en 2014. Actualidad Aseguradora 11 de mayo de 2015. Pág. 50-52.

HENRIQUEZ SALIDO, M. La fórmula in dubio en la jurisprudencia actual. Revista de Llengua i Dret, núm 62, p.5-22, 2014

MAGRO SERVET, V. Casuística y situación actual del fraude al seguro y su respuesta penal. Revista Aranzadi Doctrinal nº 2/2013, Cizur Menor, Aranzadi

OLLER, S. Detingut un gerent per haver simulat set robatoris als seus locals. La Vanguardia, Barcelona. 22 de mayo de 2015

Capítulos de Libro:

ROLDÁN CASAS, J.A. Y SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, M.I. La estadística en el análisis de la criminalidad organizada. Pág. 71 -91 La criminalidad organizada, Tirant Monografías, Valencia 2013

Libros:

BAJO FERNÁNDEZ, M. Los delitos de estafa en el Código Penal, Ed. Universitaria Ramón Areces, Madrid 2004

CAIN, JAMES M. Pacto de Sangre, Barcelona, RBA Libros, 2012

C.E.S., El Fraude en el Seguro de Automóviles. Centro de Estudios del Seguro, Madrid, 1992.

CHOCLÁN MONTALVO J.A. El Delito de Estafa, 2ª Ed. Barcelona: Bosch, 2009

COROMINAS, J. Breve diccionario etimológico de la lengua castellana. 3ª ed. Madrid: Editorial Gredos, 2006 (Biblioteca románica hispánica).

García Mosquera, M. La Estafa de Seguro, 1ª Ed. Las Rozas, La Ley, 2006

HELLER, K.J. DUBBER, M. The handbook of comparative criminal law. Stanford Law Books, California, 2011.

LUZÓN PEÑA, D.M. (Dir.) Enciclopedia Penal Básica, Ed. Comares, Granada, 2002

ORWELL, G. 1984 ed. especial. Barcelona. Ediciones Destino, 2006

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española. 23.^a ed. Madrid 2014

SAINZ RUIZ, J.A.. Tipificación penal del fraude y las alcoholemias en el seguro de automóviles. CES, Madrid 1993.

SÁNCHEZ CALERO, F. Comentarios a la Ley 50/1980 de 8 de octubre y sus modificaciones, 4^a ed. Cizur Menor, Aranzadi 2010

Estudios:

ADICAE. La realidad del seguro en España. ADICAE, Zaragoza, 2007.

ASOCIATION OF BRITISH INSURERS, General insurance claims fraud, Research Brief. 2009

ASOCIATION OF BRITISH INSURERS, Detering opportunistic general insurance fraud, Research Brief . 2010

ARENAS LOPEZ, M. El Fraude en los Seguros de Asistencia en Carretera, Viaje y Multirriesgo. Barcelona, UB, 2013

ARTÍS, AYUSO Y GUILLEN, Técnicas cuantitativas para la detección del fraude en el seguro del automóvil. Anales del Instituto de Actuarios Españoles: Colegio Profesional, Número 5 3^o época, Madrid, 1999

AYUSO GUTIERREZ, M. El fraude en el seguro del automóvil: Cómo detectarlo. Fundación Mapfre, 1999

FERRANTE, A. Indemnización del "latigazo cervical": La reforma italiana. Indret, Barcelona, 2014

FUENTES JASSÉ, J. El fraude en el seguro del automóvil. Barcelona, UB, 2008

GARCÍA PÉREZ, J.J. La praxis jurisprudencial sobre el fraude de seguro como delito de estafa, Boletín del Ministerio de Justicia 2032 pag7-28, Madrid 2007

GILL, M. Insurance fraudsters. Perpetuity Research & Consultancy International (PRCI) Ltd., Kent, United Kingdom, 2015

MORENO GABALDÓN, VÁZQUEZ HERNÁNDEZ, F.J., Watt, R. Experimentación en seguros: aplicación al estudio del fraude. Ponencias del IV Congreso "riesgo 2011"Fundación Mapfre, 2011

Informes:

AXA. II Mapa del fraude en España. 2015

AXA I Mapa del fraude en España. 2014

CPP, I Anuario del fraude en el seguro móvil en 2013. CPP 2013

GDV. Insurance fraud-Crime prevention by the German Insurance Association (GDV), 2013

INSTITUTO DE AUDITORES INTERNOS DE ESPAÑA. Gestión del riesgo de fraude: prevención, detección e investigación. Madrid , 2015

JOHN, K. Pressekonferenz Versicherungsbetrug: aktuelle Entwicklungen, Muster und ihre Abwehr, 2011

KPMG. Frodi nel settore assicurativo, KPMG2011

LINEA DIRECTA. 2º Barómetro Línea Directa 2013 el fraude en el seguro de autos. 2013

LINEA DIRECTA. Barómetro sobre el fraude en el seguro de autos. 2011

ICEA: Informe nº 1197 - El Fraude al Seguro Español., Madrid, Año 2010

ICEA: Informe nº 1238 - El Fraude al Seguro Español. Madrid Año 2011

ICEA: Informe nº 1285 - El Fraude al Seguro Español. Madrid Año 2012

ICEA: Informe nº 1327 - El Fraude al Seguro Español. Madrid Año 2013

ICEA: Informe nº 1370 - El Fraude al Seguro Español. Madrid Año 2014

ICEA: Informe nº 1310 - Las tecnologías de la información en el sector asegurador, Madrid 2013

ICEA: Anuario del sector asegurador. Madrid Año 2014

INSURANCE EUROPE. The impact of insurance fraud, Brussels, Belgium , 2013

TORRES-DULCE LIFANTE, D. Memoria elevada al gobierno de S.M. presentada al inicio del año judicial por el Fiscal General del Estado, Madrid, 2014

UNESPA. Memoria Social. Madrid 2014

UNESPA. El seguro recupera 43 euros por cada euro que dedica a investigar estafas. Nota de prensa, 22 de abril de 2015

Fuentes de internet:

ANDEKIAN, L. Fraude. ¿Cuentos asombrosos? <<https://www.cesvi.com.ar/revistas/r41/fraude41.pdf>> (fecha de consulta 15/07/2015)

HERNÁNDEZ RUBIO, R. manual de fraude en seguros. <<https://areadesiniestros.redcumes.com/2014/12/21/manual-de-fraude-en-seguros/>> (fecha de consulta 15/06/2015)

HERNÁNDEZ RUBIO, R. Tecnología contra el fraude en seguros-. <<https://areadesiniestros.redcumes.com/2012/12/11/tecnologia-contra-el-fraude-en-seguros/>> (fecha de consulta 15/06/2015)

HOLGADO, J. Las redes sociales, colaborador imprescindible para detectar fraudes al seguro. Redcumes. Mapfre 03/05/2015 <<https://www.redcumes.com/blog/2015/05/03/redes-sociales-colaborador-detectar-fraude/>>. (fecha de consulta 06/06/2015)

DEL RIO, J. DEL AMO, C, El fraude en seguros diversos. <http://www.mapfre.com/documentacion/publico/i18n/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1035946> (Fecha de consulta 27 de junio de 2015)

NEWSDESK, 28 de octubre 2014 IF>ED makes double arrest at claims management company <<http://m.insurancetimes.co.uk/ified-makes-double-arrest-at-claims-management-company/1410526.article>>(Fecha de consulta 27/06 2015)

MARSH, M. Newcastle fraudster breaks ankle in leap into flood - then tries to sue council 27 de enero de 2015 <<http://www.chroniclive.co.uk/news/north-east-news/watch-newcastle-fraudster-breaks-ankle-8524400>> (Fecha de consulta 27/06/ 2015)

20 MINUTOS. es. 16 de febrero de 2013. ¿Por qué los coches rusos llevan cámaras e el salpicadero? <http://www.20minutos.es/noticia/1732908/0/coches-rusos/camara-salpicadero/fraude-seguro/> (Fecha de consulta 27/06/ 2015).

BLANCO R, P. Lo que cuesta una vida. 9 de abril de 2014 <http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/04/08/actualidad/1396983870_372201.html#sumario_2> (Fecha de consulta 28/06/2015)

TIREA. SENDA. <<http://www.tirea.es/Entidades-Aseguradoras/Autos/SENDA/Descripcion.aspx>>(Fecha de consulta 28/07/2015)

Anexos

Anexo I: Comparativa entre casos de fraude detectado y condenas por defraudaciones

Comparativa entre número de casos de fraude detectado con condenas por defraudaciones

Año	Número de casos de fraude detectado	Condenas por Defraudaciones
2005	63526	Sin datos
2006	65791	Sin datos
2007	72424	Sin datos
2008	76569	4957
2009	101615	5211
2010	118470	5815
2011	130959	6048
2012	146792	7356
2013	151995	7876
2014	155994	Sin datos

Fuente: Elaboración propia con datos de ICEA El Fraude al Seguro Español. Estadística año 2014 y con datos del INE (Registro Central del Penado). Seguridad y justicia, estadísticas de condenados. Años 2005 a 2013

Anexo II: Normativa aplicable

Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.
«BOE» núm. 250, de 17 de octubre de 1980 Referencia: BOE-A-1980-22501
Última modificación: 15 de julio de 2015

Título I

Sección primera. Preliminar

Artículo cuarto.

El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro.

Sección segunda. Conclusión, documentación del contrato y deber de declaración del riesgo

Artículo sexto.

La solicitud de seguro no vinculará al solicitante. La proposición de seguro por el asegurador vinculará al proponente durante un plazo de quince días.

Por acuerdo de las partes, los efectos del seguro podrán retrotraerse al momento en que se presentó la solicitud o se formuló la proposición.

Artículo diez.

El tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. Corresponderán al asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación.

Artículo once.

1. El tomador del seguro o el asegurado deberán durante la vigencia del contrato comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario previsto en el artículo anterior que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

Artículo doce.

El asegurador puede, en un plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del tomador, el asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al tomador la rescisión definitiva.

El asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el tomador del seguro o el asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, el asegurador queda liberado de su prestación si el tomador o el asegurado ha actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Artículo catorce.

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima en las condiciones estipuladas en la póliza. Si se han pactado primas periódicas, la primera de ellas será exigible una vez firmado el contrato. Si en la póliza no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del tomador del seguro.

Artículo quince.

Si por culpa del tomador la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso .

Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el tomador pagó su prima.

Artículo dieciséis.

El tomador del seguro o el asegurado o el beneficiario deberán comunicar al asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado en la póliza un plazo más amplio. En caso de incumplimiento, el asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

Este efecto no se producirá si se prueba que el asegurador ha tenido conocimiento del siniestro por otro medio.

El tomador del seguro o el asegurado deberá, además, dar al asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. En caso de violación de este deber, la pérdida del derecho a la indemnización sólo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.

Artículo diecisiete.

El asegurado o el tomador del seguro deberán emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro. El incumplimiento de este deber dará derecho al asegurador a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y el grado de culpa del asegurado.

Si este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al asegurador, éste quedará liberado de toda prestación derivada del siniestro.(...)

Artículo diecinueve.

El asegurador estará obligado al pago de la prestación, salvo en el supuesto de que el siniestro haya sido causado por mala fe del asegurado.

Artículo veintiuno.

Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros al asegurador en nombre del tomador del seguro surtirán los mismos efectos que si la realizara el propio tomador, salvo indicación en contrario de éste.

En todo caso se precisará el consentimiento expreso del tomador del seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el contrato de seguro en vigor.

TÍTULO II

Seguros contra daños

Sección primera. Disposiciones generales

Artículo veinticinco.

Sin perjuicio de lo establecido en el artículo cuarto, el contrato de seguro contra daños es nulo si en el momento de su conclusión no existe un interés del asegurado a la indemnización del daño.

Artículo veintiséis.

El seguro no puede ser objeto de enriquecimiento injusto para el asegurado. Para la determinación del daño se atenderá al valor del interés asegurado en el momento inmediatamente anterior a la realización del siniestro.

Artículo veintiocho.

No obstante lo dispuesto en el artículo veintiséis, las partes, de común acuerdo, podrán fijar en la póliza o con posterioridad a la celebración del contrato el valor del interés asegurado que habrá de tenerse en cuenta para el cálculo de la indemnización.

Se entenderá que la póliza es estimada cuando el asegurador y el asegurado hayan aceptado expresamente en ella el valor asignado al interés asegurado.

El asegurador únicamente podrá impugnar el valor estimado cuando su aceptación haya sido prestada por violencia, intimidación o dolo, o cuando por error la estimación sea notablemente superior al valor real, correspondiente al momento del acaecimiento del siniestro, fijado pericialmente.

Artículo treinta y uno.

Si la suma asegurada supera notablemente el valor del interés asegurado, cualquiera de las partes del contrato podrá exigir la reducción de la suma y de la prima, debiendo restituir el asegurador el exceso de las primas percibidas. Si se produjere el siniestro, el asegurador indemnizará el daño efectivamente causado.

Cuando el sobreseguro previsto en el párrafo anterior se debiera a mala fe del asegurado, el contrato será ineficaz. El asegurador de buena fe podrá, no obstante, retener las primas vencidas y la del período en curso.

Artículo treinta y dos.

Cuando en dos o más contratos estipulados por el mismo tomador con distintos aseguradores se cubran los efectos que un mismo riesgo puede producir sobre el mismo interés y durante idéntico período de tiempo el tomador del seguro o el asegurado deberán, salvo pacto en contrario, comunicar a cada asegurador los demás seguros que estipule. Si por dolo se omitiera esta comunicación, y en caso de sobreseguro se produjera el siniestro, los aseguradores no están obligados a pagar la indemnización. (...)

Artículo treinta y ocho.

Una vez producido el siniestro, y en el plazo de cinco días a partir de la notificación prevista en el artículo dieciséis, el asegurado o el tomador deberán comunicar por escrito al asegurador la relación de los objetos existentes al tiempo del siniestro, la de los salvados y la estimación de los daños.

Incumbe al asegurado la prueba de la preexistencia de los objetos. No obstante, el contenido de la póliza constituirá una presunción a favor del asegurado cuando razonablemente no puedan aportarse pruebas más eficaces. (...)

Artículo cuarenta y tres.

El asegurador, una vez pagada la indemnización, podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al asegurado frente a las personas responsables, del mismo, hasta el límite de la indemnización.

El asegurador no podrá ejercitar en perjuicio del asegurado los derechos en que se haya subrogado. El asegurado será responsable de los perjuicios que, con sus actos u omisiones, pueda causar al asegurador en su derecho a subrogarse.

El asegurador no tendrá derecho a la subrogación contra ninguna de las personas cuyos actos u omisiones den origen a responsabilidad del asegurado, de acuerdo con la Ley, ni contra el causante del siniestro que sea, respecto del asegurado, pariente en línea directa o colateral dentro del tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que convivan con el asegurado. Pero esta norma no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo o si la responsabilidad está amparada mediante un contrato de seguro. En este último supuesto, la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho contrato. (...)

Sección segunda. Seguro de incendios

Artículo cuarenta y ocho.

El asegurador estará obligado a indemnizar los daños producidos por el incendio cuando éste se origine por caso fortuito, por malquerencia de extraños, por negligencia propia o de las personas de quienes se responda civilmente.

El asegurador no estará obligado a indemnizar los daños provocados por el incendio cuando éste se origine por dolo o culpa grave del asegurado.

TÍTULO III

Seguro de personas

Sección segunda. Seguro sobre la vida

Artículo ochenta y nueve.

En caso de reticencia e inexactitud en las declaraciones del tomador, que influyan en la estimación del riesgo, se estará a lo establecido en las disposiciones generales de esta Ley. Sin embargo, el asegurador no podrá impugnar el contrato una vez transcurrido el plazo de un año, a contar desde la fecha de su conclusión, a no ser que las partes hayan fijado un término más breve en la póliza y, en todo caso, salvo que el tomador del seguro haya actuado con dolo. Se exceptúa de esta norma la declaración inexacta relativa a la edad del asegurado, que se regula en el artículo siguiente.

Artículo noventa.

En el supuesto de indicación inexacta de la edad del asegurado, el asegurador sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato excede de los límites de admisión establecidos por aquél.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación del asegurador se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

Artículo noventa y dos.

La muerte del asegurado, causada dolosamente por el beneficiario, privará a éste del derecho a la prestación establecida en el contrato, quedando ésta integrada en el patrimonio del tomador.

Artículo noventa y tres.

Salvo pacto en contrario, el riesgo de suicidio del asegurado quedará cubierto a partir del transcurso de un año del momento de la conclusión del contrato. A estos efectos se entiende por suicidio la muerte causada consciente y voluntariamente por el propio asegurado.

Sección tercera. Seguro de accidentes

Artículo cien.

Sin perjuicio de la delimitación del riesgo que las partes efectúen en el contrato, se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte.

Las disposiciones contenidas en los artículos ochenta y tres a ochenta y seis del seguro de vida y en el párrafo 1 del artículo ochenta y siete son aplicables a los seguros de accidentes.

Artículo ciento uno.

El tomador debe comunicar al asegurador la celebración de cualquier otro seguro de accidentes que se refiera a la misma persona. El incumplimiento de este deber sólo puede dar lugar a una reclamación por los daños y perjuicios que originen, sin que el asegurador pueda deducir de la suma asegurada cantidad alguna por este concepto.

Artículo ciento dos.

Si el asegurado provoca intencionadamente el accidente, el asegurador se libera del cumplimiento de su obligación.

En el supuesto de que el beneficiario cause dolosamente el siniestro quedará nula la designación hecha a su favor. La indemnización corresponderá al tomador o, en su caso, a la de los herederos de éste.

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Jefatura del Estado

«BOE» núm. 298, de 14 de diciembre de 1999

Referencia: BOE-A-1999-23750

Disposición adicional sexta. *Modificación del artículo 24.3 de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.*

Se modifica el artículo 24.3, párrafo 2.º de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, con la siguiente redacción:

"Las entidades aseguradoras podrán establecer ficheros comunes que contengan datos de carácter personal para la liquidación de siniestros y la colaboración estadístico actuarial con la finalidad de permitir la tarificación y selección de riesgos y la elaboración de estudios de técnica aseguradora.

La cesión de datos a los citados ficheros no requerirá el consentimiento previo del afectado, pero sí la comunicación al mismo de la posible cesión de sus datos personales a ficheros comunes para los fines señalados con expresa indicación del responsable para que se puedan ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación previstos en la ley.

También podrán establecerse ficheros comunes cuya finalidad sea prevenir el fraude en el seguro sin que sea necesario el consentimiento del afectado. No obstante, será necesaria en estos casos la comunicación al afectado, en la primera introducción de sus datos, de quién sea el responsable del fichero y de las formas de ejercicio de los derechos de acceso, rectificación y cancelación. En todo caso, los datos relativos a la salud sólo podrán ser objeto de tratamiento con el consentimiento expreso del afectado."

Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de ordenación y supervisión de los seguros privados.
Ministerio de Economía y Hacienda

«BOE» núm. 267, de 5 de noviembre de 2004
Referencia: BOE-A-2004-18908 Actualizado a 15/07/2015

Artículo 25. Estatutos, pólizas y tarifas. (...)

4. Las entidades aseguradoras podrán establecer ficheros comunes que contengan datos de carácter personal para la liquidación de siniestros y la colaboración estadístico actuarial para permitir la tarificación y selección de riesgos y la elaboración de estudios de técnica aseguradora. La cesión de datos a los citados ficheros no requerirá el consentimiento previo del afectado, pero sí la comunicación a éste de la posible cesión de sus datos personales a ficheros comunes para los fines señalados, con expresa indicación del responsable, para que se puedan ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación previstos en la ley.

También podrán establecerse ficheros comunes cuya finalidad sea prevenir el fraude en el seguro sin que sea necesario el consentimiento del afectado. No obstante, será necesaria en estos casos la comunicación al afectado, en la primera introducción de sus datos, de quién sea el responsable del fichero y de las formas de ejercicio de los derechos de acceso, rectificación y cancelación.(...)

Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor.

Ministerio de la Presidencia

«BOE» núm. 267, de 5 de noviembre de 2004
Referencia: BOE-A-2004-18911

Artículo 1. De la responsabilidad civil.

(...)En todo caso, no se considerarán hechos de la circulación los derivados de la utilización del vehículo a motor como instrumento de la comisión de delitos dolosos contra las personas y los bienes. (...)

Artículo 10. Facultad de repetición.

El asegurador, una vez efectuado el pago de la indemnización, podrá repetir:
a) Contra el conductor, el propietario del vehículo causante y el asegurado, si el daño causado fuera debido a la conducta dolosa de cualquiera de ellos o a la conducción bajo la influencia de bebidas alcohólicas o de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas. (...)

Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil.
Ministerio de Gracia y Justicia

«BOE» núm. 206, de 25 de julio de 1889
Referencia: BOE-A-1889-4763

Eficacia general de las normas jurídicas

Artículo 6.

4. Los actos realizados al amparo del texto de una norma que persigan un resultado prohibido por el ordenamiento jurídico, o contrario a él, se considerarán ejecutados en fraude de ley y no impedirán la debida aplicación de la norma que se hubiere tratado de eludir.

Artículo 7.

1. Los derechos deberán ejercitarse conforme a las exigencias de la buena fe.
2. La Ley no ampara el abuso del derecho o el ejercicio antisocial del mismo.
Todo acto u omisión que por la intención de su autor, por su objeto o por las circunstancias en que se realice sobrepase manifiestamente los límites normales del ejercicio de un derecho, con daño para tercero, dará lugar a la correspondiente indemnización y a la adopción de las medidas judiciales o administrativas que impidan la persistencia en el abuso.

De la naturaleza y efecto de las obligaciones Responsabilidad contractual:

Artículo 1101.

Quedan sujetos a la indemnización de los daños y perjuicios causados los que en el cumplimiento de sus obligaciones incurrieren en dolo, negligencia o morosidad, y los que de cualquier modo contravinieren al tenor de aquéllas.

Artículo 1102.

La responsabilidad procedente del dolo es exigible en todas las obligaciones.
La renuncia de la acción para hacerla efectiva es nula.

De los requisitos esenciales para la validez de los contratos. Del Consentimiento

Artículo 1265.

Será nulo el consentimiento prestado por error, violencia, intimidación o dolo.

Artículo 1269.

Hay dolo cuando, con palabras o maquinaciones insidiosas de parte de uno de los contratantes, es inducido el otro a celebrar un contrato que, sin ellas, no hubiera hecho.

Del cobro de lo indebido

Artículo 1896.

El que acepta un pago indebido, si hubiera procedido de mala fe, deberá abonar el interés legal cuando se trate de capitales, o los frutos percibidos o debidos percibir cuando la cosa recibida los produjere.

Además responderá de los menoscabos que la cosa haya sufrido por cualquier causa, y de los perjuicios que se irrogaren al que la entregó, hasta que la recobre. No se prestará el caso fortuito cuando hubiese podido afectar del mismo modo a las cosas hallándose en poder del que las entregó.

De las obligaciones que nacen de culpa o negligencia. Responsabilidad Extracontractual

Artículo 1902.

El que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal
Jefatura del Estado

«BOE» núm. 281, de 24 de noviembre de 1995

TÍTULO II

De las personas criminalmente responsables de los delitos

Artículo 31 bis.

1. En los supuestos previstos en este Código, las personas jurídicas serán penalmente responsables:

a) De los delitos cometidos en nombre o por cuenta de las mismas, y en su beneficio directo o indirecto, por sus representantes legales o por aquellos que actuando individualmente o como integrantes de un órgano de la persona jurídica, están autorizados para tomar decisiones en nombre de la persona jurídica u ostentan facultades de organización y control dentro de la misma.

b) De los delitos cometidos, en el ejercicio de actividades sociales y por cuenta y en beneficio directo o indirecto de las mismas, por quienes, estando sometidos a la autoridad de las personas físicas mencionadas en el párrafo anterior, han podido realizar los hechos por haberse incumplido gravemente por aquéllos los deberes de supervisión, vigilancia y control de su actividad atendidas las concretas circunstancias del caso.

2. Si el delito fuere cometido por las personas indicadas en la letra a) del apartado anterior, la persona jurídica quedará exenta de responsabilidad si se cumplen las siguientes condiciones:

1.^a el órgano de administración ha adoptado y ejecutado con eficacia, antes de la comisión del delito, modelos de organización y gestión que incluyen las

medidas de vigilancia y control idóneas para prevenir delitos de la misma naturaleza o para reducir de forma significativa el riesgo de su comisión;

2.^a la supervisión del funcionamiento y del cumplimiento del modelo de prevención implantado ha sido confiada a un órgano de la persona jurídica con poderes autónomos de iniciativa y de control o que tenga encomendada legalmente la función de supervisar la eficacia de los controles internos de la persona jurídica;

3.^a los autores individuales han cometido el delito eludiendo fraudulentamente los modelos de organización y de prevención y

4.^a no se ha producido una omisión o un ejercicio insuficiente de sus funciones de supervisión, vigilancia y control por parte del órgano al que se refiere la condición 2.^a

En los casos en los que las anteriores circunstancias solamente puedan ser objeto de acreditación parcial, esta circunstancia será valorada a los efectos de atenuación de la pena.

3. En las personas jurídicas de pequeñas dimensiones, las funciones de supervisión a que se refiere la condición 2.^a del apartado 2 podrán ser asumidas directamente por el órgano de administración. A estos efectos, son personas jurídicas de pequeñas dimensiones aquellas que, según la legislación aplicable, estén autorizadas a presentar cuenta de pérdidas y ganancias abreviada.

4. Si el delito fuera cometido por las personas indicadas en la letra b) del apartado 1, la persona jurídica quedará exenta de responsabilidad si, antes de la comisión del delito, ha adoptado y ejecutado eficazmente un modelo de organización y gestión que resulte adecuado para prevenir delitos de la naturaleza del que fue cometido o para reducir de forma significativa el riesgo de su comisión.

En este caso resultará igualmente aplicable la atenuación prevista en el párrafo segundo del apartado 2 de este artículo.

5. Los modelos de organización y gestión a que se refieren la condición 1.^a del apartado 2 y el apartado anterior deberán cumplir los siguientes requisitos:

1.º Identificarán las actividades en cuyo ámbito puedan ser cometidos los delitos que deben ser prevenidos.

2.º Establecerán los protocolos o procedimientos que concreten el proceso de formación de la voluntad de la persona jurídica, de adopción de decisiones y de ejecución de las mismas con relación a aquéllos.

3.º Dispondrán de modelos de gestión de los recursos financieros adecuados para impedir la comisión de los delitos que deben ser prevenidos.

4.º Impondrán la obligación de informar de posibles riesgos e incumplimientos al organismo encargado de vigilar el funcionamiento y observancia del modelo de prevención.

5.º Establecerán un sistema disciplinario que sancione adecuadamente el incumplimiento de las medidas que establezca el modelo.

6.º Realizarán una verificación periódica del modelo y de su eventual modificación cuando se pongan de manifiesto infracciones relevantes de sus disposiciones, o cuando se produzcan cambios en la organización, en la estructura de control o en la actividad desarrollada que los hagan necesarios.

CAPÍTULO VI

De las defraudaciones

Sección 1.ª De las estafas

Artículo 248.

1. Cometan estafa los que, con ánimo de lucro, utilizaren engaño bastante para producir error en otro, induciéndolo a realizar un acto de disposición en perjuicio propio o ajeno.

2. También se consideran reos de estafa:

a) Los que, con ánimo de lucro y valiéndose de alguna manipulación informática o artificio semejante, consigan una transferencia no consentida de cualquier activo patrimonial en perjuicio de otro.

b) Los que fabricaren, introdujeran, poseyeran o facilitaren programas informáticos específicamente destinados a la comisión de las estafas previstas en este artículo.

c) Los que utilizando tarjetas de crédito o débito, o cheques de viaje, o los datos obrantes en cualquiera de ellos, realicen operaciones de cualquier clase en perjuicio de su titular o de un tercero.

Artículo 249.

Los reos de estafa serán castigados con la pena de prisión de seis meses a tres años. Para la fijación de la pena se tendrá en cuenta el importe de lo defraudado, el quebranto económico causado al perjudicado, las relaciones entre éste y el defraudador, los medios empleados por éste y cuantas otras circunstancias sirvan para valorar la gravedad de la infracción.

Si la cuantía de lo defraudado no excediere de 400 euros, se impondrá la pena de multa de uno a tres meses.

Artículo 250.

1. El delito de estafa será castigado con las penas de prisión de uno a seis años y multa de seis a doce meses, cuando:

1.º Reaiga sobre cosas de primera necesidad, viviendas u otros bienes de reconocida utilidad social.

2.º Se perpetre abusando de firma de otro, o sustrayendo, ocultando o inutilizando, en todo o en parte, algún proceso, expediente, protocolo o documento público u oficial de cualquier clase.

- 3.º Recaiga sobre bienes que integren el patrimonio artístico, histórico, cultural o científico.
- 4.º Revista especial gravedad, atendiendo a la entidad del perjuicio y a la situación económica en que deje a la víctima o a su familia.
- 5.º **El valor de la defraudación supere los 50.000 euros**, o afecte a un elevado número de personas.
- 6.º Se cometa con abuso de las relaciones personales existentes entre víctima y defraudador, o aproveche éste su credibilidad empresarial o profesional.
- 7.º **Se cometa estafa procesal**. Incurren en la misma los que, en un procedimiento judicial de cualquier clase, manipulen las pruebas en que pretendieran fundar sus alegaciones o emplearen otro fraude procesal análogo, provocando error en el juez o tribunal y llevándole a dictar una resolución que perjudique los intereses económicos de la otra parte o de un tercero.
- 8.º Al delinquir el culpable hubiera sido condenado ejecutoriamente al menos por tres delitos comprendidos en este Capítulo. No se tendrán en cuenta antecedentes cancelados o que debieran serlo
2. Si concurrieran las circunstancias incluidas en los numerales 4.º, 5.º, 6.º o 7.º con la del numeral 1.º del apartado anterior, se impondrán las penas de prisión de cuatro a ocho años y multa de doce a veinticuatro meses. La misma pena se impondrá cuando el valor de la defraudación supere los 250.000 euros.

Sección 4.ª De los incendios en bienes propios

Artículo 357.

El incendiario de bienes propios será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años si tuviere propósito de defraudar o perjudicar a terceros, hubiere causado defraudación o perjuicio, existiere peligro de propagación a edificio, arbolado o plantío ajeno o hubiere perjudicado gravemente las condiciones de la vida silvestre, los bosques o los espacios naturales.

CAPÍTULO II

De las falsedades documentales

Sección 1.ª De la falsificación de documentos públicos, oficiales y mercantiles y de los despachos transmitidos por servicios de telecomunicación

Artículo 390.

1. Será castigado con las penas de **prisión de tres a seis años, multa de seis a veinticuatro meses e inhabilitación especial por tiempo de dos a seis años, la autoridad o funcionario público que, en el ejercicio de sus funciones, cometa falsedad:**

- 1.º Alterando un documento en alguno de sus elementos o requisitos de carácter esencial.
- 2.º Simulando un documento en todo o en parte, de manera que induzca a error sobre su autenticidad.
- 3.º Suponiendo en un acto la intervención de personas que no la han tenido, o atribuyendo a las que han intervenido en él declaraciones o manifestaciones diferentes de las que hubieran hecho.

- 4.º Faltando a la verdad en la narración de los hechos.
2. Será castigado con las mismas penas a las señaladas en el apartado anterior el responsable de cualquier confesión religiosa que incurra en alguna de las conductas descritas en los números anteriores, respecto de actos y documentos que puedan producir efecto en el estado de las personas o en el orden civil.

Artículo 392.

1. El particular que cometiere en documento público, oficial o mercantil, alguna de las falsedades descritas en los tres primeros números del apartado 1 del artículo 390, será castigado con las penas de prisión de seis meses a tres años y multa de seis a doce meses.(...)

Sección 2.ª De la falsificación de documentos privados

Artículo 395.

El que, para perjudicar a otro, cometiere en documento privado alguna de las falsedades previstas en los tres primeros números del apartado 1 del artículo 390, será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años.

Artículo 396.

El que, a sabiendas de su falsedad, presentare en juicio o, para perjudicar a otro, hiciere uso de un documento falso de los comprendidos en el artículo anterior, incurrirá en la pena inferior en grado a la señalada a los falsificadores.

CAPÍTULO V

De la acusación y denuncia falsas y de la simulación de delitos

Artículo 456.

1. Los que, con conocimiento de su falsedad o temerario desprecio hacia la verdad, imputaren a alguna persona hechos que, de ser ciertos, constituirían infracción penal, si esta imputación se hiciera ante funcionario judicial o administrativo que tenga el deber de proceder a su averiguación, serán sancionados:

1.º Con la pena de prisión de seis meses a dos años y multa de doce a veinticuatro meses, si se imputara un delito grave.

2.º Con la pena de multa de doce a veinticuatro meses, si se imputara un delito menos grave.

3.º Con la pena de multa de tres a seis meses, si se imputara un delito leve.

2. No podrá procederse contra el denunciante o acusador sino tras sentencia firme o auto también firme, de sobreseimiento o archivo del Juez o Tribunal que haya conocido de la infracción imputada. Estos mandarán proceder de oficio contra el denunciante o acusador siempre que de la causa principal resulten indicios bastantes de la falsedad de la imputación, sin perjuicio de que el hecho pueda también perseguirse previa denuncia del ofendido.

Artículo 457.

El que, ante alguno de los funcionarios señalados en el artículo anterior, simulare ser responsable o víctima de una infracción penal o denunciare una inexistente, provocando actuaciones procesales, será castigado con la multa de seis a doce meses.

Otras normativas:

Ley Orgánica 7/2014, de 12 de noviembre, sobre intercambio de información de antecedentes penales y consideración de resoluciones judiciales penales en la Unión Europea

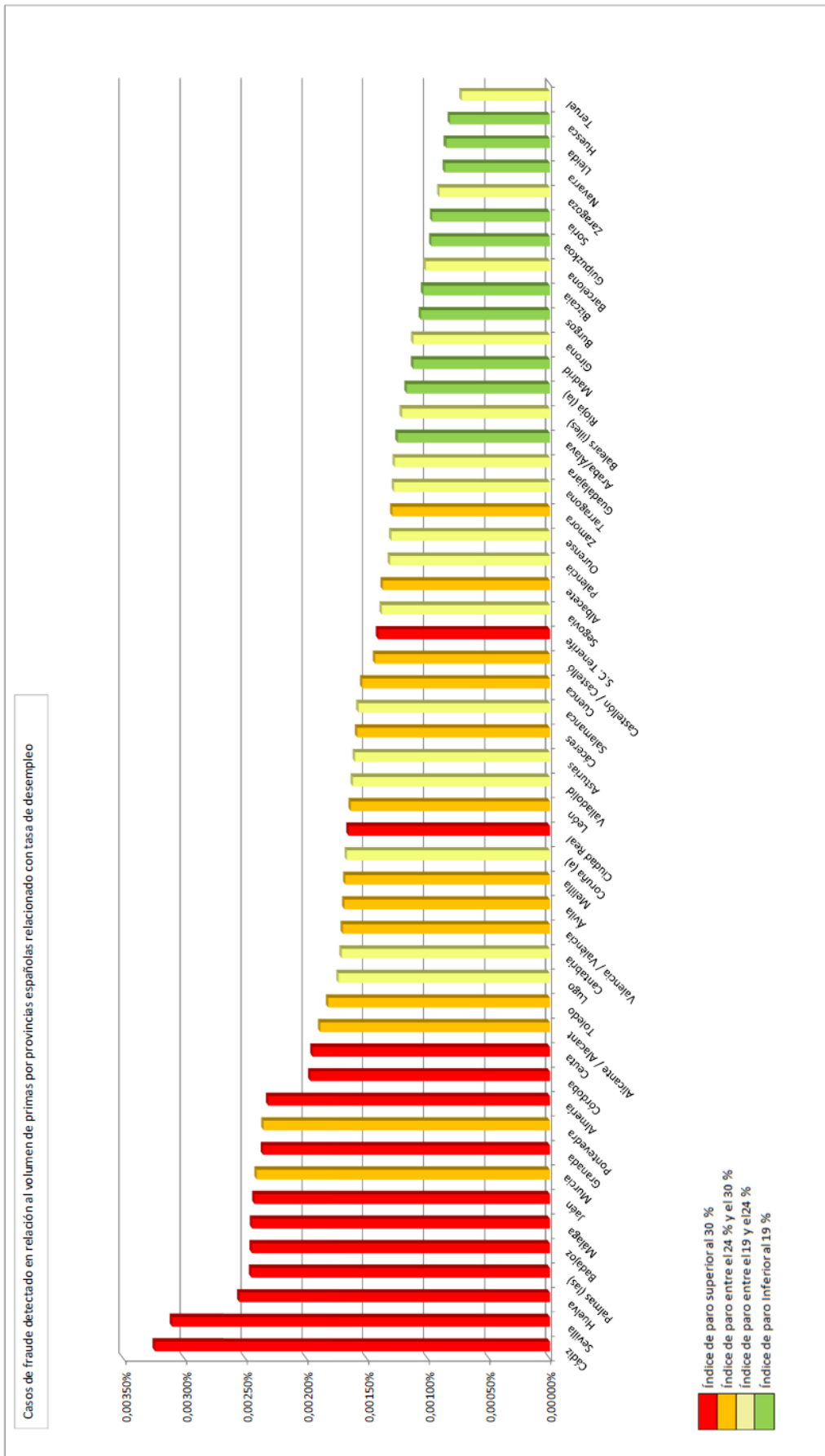
«BOE» núm. 275, de 13 de noviembre de 2014 Referencia: BOE-A-2014-11713
Decisión Marco 2008/315/JAI, de 26 de febrero de 2009, relativa a la organización y al contenido del intercambio de información de los registros de antecedentes penales entre Estados miembros.

Anexo III: Tipología de fraude

Ramo / Tipo	Subtipo	Formas de comisión de fraude	Como combatirlo
Vida	Vida	Silenciar/ocultar enfermedades preexistentes	buena revisión médica
	Vida	Certificados médicos falsos	buena revisión médica / Registrar datos de medicos que redactan informes dudosos
	Vida	Contratación seguro de vida de un tercero sin su consentimiento.	Revisión documentación.
	Vida	Cambio ilegal de beneficiario (firma falsa)	Revisión documentación
	Vida	"Asesinato de seguro"	Detective: Situación económica y conductas del beneficiario
	Vida	Suicidio	Claúsulas excluyendo
	Vida	Simulación absoluta (cadaver falso, muerte en otros países),	Pruebas de ADN
	Vida	Simulación de circunst que provocan la declaración de fallecimiento hacerse desaparecer)	Detective.
Accidente	Accidente	Silenciar/ocultar patologías preexistentes	Buena revisión médica
	Accidente	Autolesión	Perito médico y detective
	Accidente	Simulación absoluta (sordera,)	Perito médico y detective
	Accidente	Lesión real sin cobertura que se oculta para obtener cobertura (por ejemplo accidente de moto excluido)	Perito médico y detective
	Accidente	Prolongación de los días de baja	Perito médico y detective
	Accidente	Exageración lesiones	Perito médico y detective
Automóvil	Daños propios	Incendio/explosión	Investigador de causas / detective entorno económico
	Daños propios	Robo del vehículo	Detective. Posible red de venta
	Daños propios	Robo de piezas	Peritación
	Daños propios	Golpes intencionados	Investigador de causas
	Daños propios	Pintura total vehículo por rayadas	Consideración de varios siniestros y aplicar Franquicias por este tipo de daños. Verificar antigüedad daños
	Daños propios	Cambio de matrículas	Verificar número de chasis
	Daños propios	Fraude de taller	Análisis de datos / auditoría
	Resp. Civil	Simulación de siniestro	Prestar atención a los indicios (noche,
	Retirada de carnet	Provocar la retirada	Exclusiones, periodos de carencia, condiciones
	Transportes	Transportes	Simulación
Transportes	Transportes	Falsas declaraciones sobre cantidad o valor bienes	Análisis documentación, peritación
Multirriesgo	Incendio	Provocación intencional	Investigador de causas / detective entorno económico
	Incendio	Reclamación exagerada de daños	Estudio inventarios, facturas de compra, venta
	Riesgos extensivos	Fechas incorrectas	Control de datos meteorológicos
	Robo	Fingido	Colaboración policial, peritación origen, Si hay stros anteriores comprobar los objetos del siniestro anterior
	Robo	Exageración de los objetos robados	
	Daños eléctricos	Reclamar daños en aparatos que ya estaban dañados antes del siniestro.	Peritación especializada.
	Rotura de cristales	factura falsa	Comparar facturas de siniestros anteriores
	Rotura de cristales	Daños anteriores a la contratación	Peritación
	Comunes	Lifestyle fraud	Alertas, exigir preexistencia y peritación
	Comunes	Fraude de reparador	Análisis de datos
	Comunes	Inexistentes o preexistentes	Perito médico y detective
Lesiones	Lesiones	Posteriores al siniestro	Perito médico y detective
	Lesiones	Prolongación incapacidad temporal	Perito médico y detective
	Lesiones	Simular secuelas	Perito médico y detective
	Comunes	Multiplicación de seguros en la contratación	Comunicación con otras entidades
Comunes	Comunes	Ocultar/falsear datos contratación	Inspección de riesgos.
	Comunes	Contratación /ampliación garantías post-siniestro	Peritación
	Comunes	No comunicar incremento de riesgo	Aplicar regla proporcional / anular
	Comunes	Exageración de los daños. Pseudo-fraude	Peritación. Exigir preexistencia
	Comunes	Simulación de siniestro	Perito , investigador y detective
	Comunes	Siniestro intencionado	Perito , investigador y detective
	Comunes	Falsear datos de ocurrencia siniestro	Perito , investigador y detective
	Comunes	Cobertura con póliza ajena	Perito , investigador y detective
	Comunes	Fraude de favor o altruista	Perito , investigador y detective
	Comunes	Fraude de desesperación	Perito , investigador y detective
	Comunes	Fraude por vergüenza	Perito , investigador y detective
	Comunes	Falsificación documentación	Analisis detallado de la documentación.
	Comunes	Daños ya indemnizados en siniestro anterior	Revisión historial
	Comunes	Pérdida de beneficios/Lucro cesante	Revisión exhaustiva documentación
	Comunes	Fraude organizado	Contacto con Policía, entidades sector

Fuente: Elaboración propia

Anexo IV Ratio de fraude por provincia



Anexo V: Estudio Jurisprudencial

Juzgado o tribunal	Fecha Sentencia	Fecha hechos	Días entre hechos y Sentencia	Parte actora /denuncian te /Acusación	Demandado o denunciado	Sentido de la Sentencia	Resultado	Tipo penal	Motivo de la / Delito	Póliza	Garantía	Cantidad no pagada	Cantidad reclamada	Penal	Resumen	Motivos condenas/ Absolución	Observaciones
TS	01/06/2009	20/05/1995	5126	Zurich, Mapfre, Hercules, GAN, Euroseguro S, El corte Inglés seguros y Banco de Alcantar	Beneficiarios	Anula Sentencia anterior	-	Asesinato, Lesiones, Estafa	Muerte violenta de la asegurada	Vida	Falsedad	1.776.593,36	1.776.593,36	Abusivo de asesinato	El conyuge de la asegurada contrato 7 seguros de vida, por los que pagaba 423.000.- Pasa el año y sufrió un accidente de tráfico en el que murió su esposa	No se considera probado el asesinato (ni el fraude) a pesar de los indicios: Multiplicidad de seguros de vida en una póliza de ingresos vendieron las pólizas, quienes vendieron las pólizas, dicen haber oído otros seguros para el que este rechazó. Pasos de acelerantes en los bajos del vehículo que se incendió.	El TS no condena al esposo de la fallecida, pero anula la Sentencia, por lo que deberá repetirse el juicio
TS	09/12/2013	05/07/2003	3810	AXA Zurich y Victoria		Absuelve	En contra	Estafa		Transporte	Incendio y robo	1.170.291,60			Robo de mercancías en camión. Una de las veces con incendio provocado	Presunción de inocencia. Falta de pruebas concluyentes. A pesar de ser hechos reiterados, póliza contratada días antes del siniestro no ha quedado acreditado que sean facturas falsas, únicamente se duda de la existencia de las mercancías	Una de las Pólizas fue contratada dos días antes del siniestro. Interpone demanda civil en reclamación a la Cia. Aseguradora con escaso margen temporal, lo que dificulta la investigación del siniestro a la aseguradora. En apelación se condenó al acusado
Barcelona (Sección 9)	13/02/2012	06/02/2004	2929	AXA, Liberty y Vitalicio	Varios	Absuelve	En contra	Asociación ilícita, Estafa, denuncia falsas, falsedad documental e incendio en bienes propios	Trama organizada a detectada por póliza	Autos	Robo e incendio	772.978,33		Absolución	Una supuesta trama organizada conformada por 23 personas importaba vehículos de alta gama y los remanufacturaba en España. Se aseguraban por robo e incendio y se declaraban siniestros.	EL Juez de la AP de Barcelona sugiere que ha habido una mala instrucción del Juzgado, una deficiente investigación policial y de bomberos, así como una dejación por parte de las aseguradoras tanto en la contratación como en la tramitación de los siniestros	Sentencia comentada.
TS	05/04/2010	21/12/2005	1566	Allianz	Asegurado	Condena	A favor	Estafa (tentativa) y simulación de delito		Comercio	Robo	573.432,75	573.432,75	10 meses de prisión y 10 meses multa e indemnizar a cliente 4280,59	Robo en almacén.	Se basa en indicios: Empresa que emplea su actividad. Contrata póliza 1 mes después y realiza un pedido de 573.432,75 euros. Un pedido de esa cuantía no se le formula a una empresa claramente deficiente, que ha realizado solo cinco operaciones en el año	Gastos de investigación: 43.280,59 euros. Acusado demandó a la aseguradora
AP de Salamanca (Sección n.1)	13/03/2014	12/09/2006	2770	Vitalicio	Asegurado	Condena	A favor	Estafa	Incendio simulado	Industria	Incendio	529.923,25	529.923,25	9 meses de prisión y multa 3000.-€	Incendio en industria	Industria sin actividad. Indicio de que no podían producir lo que decían tener almacenado. Indicios de problemas económicos	El condenado habla demandado a la Cia reclamándole los daños derivados del incendio. Le absuelven del delito de falsedad
AP de Salamanca (Sección n.1)	13/03/2014	24/02/2006	2939	Vitalicio	Asegurado	Condena	A favor	Estafa (tentativa)		Industria	Incendio	529.923,25	529.923,25	9 meses prisión y 4 meses multa	Incendio en industria.	Suspecha al tratarse de industria con deudas. Cantidad de las mercancías quemadas no coincide con los restos y su importe se acercaba sospechosamente al límite contratado.	El condenado habla demandado a la Cia reclamándole los daños derivados del incendio. Le absuelven del delito de falsedad

TS	Penal	20/03/2003	23/10/1996	2339	AXA, Mapfre, Previsia	Beneficiaria	Condena	A Favor Cia	Estafa, asesinato, incendio en bienes propios	Intento de asesinato	Vida	Fallecimiento	396668,35	396668,35	14 años por el asesinato y 1 por la estafa, también en grado de tentativa	Plan para asesinar a su marido con la finalidad de cobrar indemnización seguros de vida y accidentes	La esposa del asegurado engañó a conocidos para que se hicieran pasar por su marido a efectos de las pruebas médicas. Encontraron indicios de fuego simulado y drogas que suministraba a la víctima. El asegurado sobrevivió al intento de asesinato
AP Vicevaya (Socón 5)	Civil	21/02/2003	23/10/1995	2678	Herederos del Asegurado	Mapfre, The Hartford	Abuelve	A Favor Cia	Asesinato. Estafa	No indemnización por parte de la Cia	Vida	Fallecimiento	300.506,05	300.506,05		Seguros de vida contratados por el hijo de la fallecida. Los herederos reclaman la indemnización	Se considera la nulidad de los contratos si no existiera la afección. El contrato no era el fallecido sino el del fraudador.
TS	Civil	17/07/2012	27/06/2006	2212	Asegurado	Zurich	Desestima	En contra Cia		No indemnización para de la Cia	PYME	Incendio	168152,56	275174,85		Incendio en almacén. Cia argumenta que se almacenaban productos peligrosos que excluían siniestro. Se detectaron indicios	No consta probado el dolo o culpa grave del asegurado en el almacenamiento. Constan siniestros anteriores de incendio que no se consideran prueba indiciaria
TS	Penal	17/10/2013	16/12/2010	1036	Grupama	Asegurado	Condena	A favor cia	Estafa (tentativa) y simulación de delito		Pyme	Robo	261.827,77	261.827,77	6 meses de prisión y 6 meses y multa de 5.723,30 de RC a la Cia	Robo en hotel	Los objetos denunciados como sustratos fueron localizados, algunos de ellos, en sendos hoteles de las acusadas. El asegurado redujo su presentación hasta 72 kg. Además para robar tantos objetos habría sido necesario un camión trailer que no encajaba con la versión.
AP Barcelo (Socón 10)	penal	07/01/2006	20/12/2001	2209	Whitehur	Asegurado	Abuelve	En contra Cia	Facturas falsas	Facturas falsas	Comercio	Robo	214841	214841		Robo en comercio por importe muy elevado. Suspectos de incremento valor bienes. Facturas aportadas a nombre de otra persona	precaria situación de la sociedad agravado por haber sido prociñado por Sanidad como consecuencia de un brote de salmonella
TS	Penal	15/01/2004	27/02/2000	1418	Impeto Seguros	Mediador y presunto asegurado	Condena	A Favor Cia	Estafa (tentativa)	Sin seguro en la fecha del siniestro	Autos	RC	200.000	200.000	10 meses de prisión y multa de 901,52 €	Mediador indicado: Empleo a la empresa de la aseguradora, a quien le solicitaron la documentación para modificar la liquidación	Importe no detallado. Estimado en base a dos fallecidos (batería 1999)
TS	Penal	05/05/2009	01/04/2000	3321	CESCE	Asegurado	Condena	A favor Cia	Estafa continuada	Estafa	Credito	Impago	150.000	150.000	4 años y 6 meses	Trama para estafar a empresas proveedoras de frutas. Aseguradas en compañías de crédito	No es propiamente una estafa a la aseguradora, porque el estafador no lo hace directamente a ella, pero las consecuencias para el sector son importantes. Posibilidad de recibir riente a los condenados
TS	Civil	08/11/2007	22/10/1988	6956	Asegurado	Allianz (AGF)	Estima	En contra Cia		Omitir circunstancias preexistentes	Accidentes	Invalidez	143.566,77	143.566,77		Mala praxis Cia aseguradora. El asegurado comunicó poliomielitis y no realizó examen médico. 10 LCS	
TS	Penal	29/09/2005	27/09/1994	4020	Generali, Mapfre, Allianz	Lesionados	Condena	A favor Cia	Estafa procesal	Siniestro simulado	Auto	RC	124.582,36	124.582,36	Entre 5 y 9 meses de prisión	Trama que simulaba accidentes de circulación.	Existe un riesgo que presenció el fraude en uno de los siniestros. Se extiende la credibilidad a los demás siniestros. Indicios: 4 accidentes en 3 años con lazos de parentesco o sentimentales.

AP Alicante (Sección nº8)	Civil	31/03/2015	12/09/2013	657	Asegurado	Mapfre	Absuelve	A Favor Cia	Estata y falso testimonio	No indemniza ción por parte de la Cia	Comercio	Incapacitacion	118.771,60	118.771,60	118.771,60	Incapacitacion por ataque de pánico amenazadora contra el asegurado.	Con prueba caligráfica se acredita que las pintadas amenazadoras las hizo el propio asegurado.	
TS	Penal	29/01/2009	23/09/2002	2320	Unión Aseguradora	Lesionado	Condena	A favor Cia	Estata y falso testimonio	Sinistro provocado	Auto	RC	100.800,73	100.800,73	100.800,73	Simulación de atropello y provocación de lesiones graves con la finalidad de vincular familiares con vínculos familiares razonable	Imprecisiones y contradicciones en que incurrieron todos los acusados en el acto de juicio penal. Con las pruebas indiciarias se alcanza el juicio de correa más allá de toda duda razonable	Lesiones graves provocadas
AP León (Sección nº3)	Penal	26/05/2014	01/01/2005	3432	AXA, Línea Directa, Palayo, Metropolis, Allianz, Reiley y Helvetia	Asegurado	Absuelve	En contra Cia	Estata	Simulación de accidente y lesiones	Auto y accidente terrestres	RC e incapacitacion temporal al	100.000	100.000	100.000	Contratación de 9 policías de vida y supuestamente simular accidente de tráfico	El Juez considera que existen muchos indicios, pero argumenta el in dubio pro reo para absolver	Menciona la vía civil para dilucidar la indemniz. Valoración estimada
AP de Valencia (Sección nº6)	Civil	19/05/2010	01/05/2007	1114	AXA	Asegurado	Condena	En contra Cia		Rehuse Cia	Daños temporales al trabajo de arte	Robo	96.506	96.506	96.506	Los ladrones no se llevaron otras cosas. Cia argumenta que es materialmente imposible que las otras cupieran en la maleta.	Interese art. 20 LCS	
TS	Civil	04/01/2008	14/03/1997	3948	Asegurado	Eagle Star	Absuelve	A Favor Cia		Omitir circunstancias preexistentes	Vida	Fallecimiento	92.555,66	92.555,66	92.555,66	A pesar de que en 2º Inst se condena a la Cia, el TS casa y absuelve. Aunque no haya reconocim. Médico se estima malta la. Art. 10 LCS		
TS	Penal	30/04/2001	07/12/1996	1605	Euromutua	Mediador y exemplado	Condena	A Favor Cia	Estata	Sin seguro en la fecha del sinistro	Accidente	Fallecimiento	90151,9	90151,9	90151,9	Fallece el familiar de un ex- empleado de la aseguradora, que tenía un seguro de accidentes impagado desde hacia meses	Implicados mediador y ex-empleado de Euromutua	
TS	Penal	02/07/2007	04/12/1999	2767	La Estrella	Asegurado	Condena	A favor Cia	Estata (tentativa)		Auto (cambio de rueda)	Daños	82729,24	82729,24	82729,24	Accidente real, pero se simuló la intervención de otro vehículo	Demandaron a la aseguradora.	
AP Girona (Sección nº2)	Civil	09/12/2014	09/06/2005	3470	Zurich	Asegurado	Desestima	En contra Cia	Simulación de delito	Robo simulado	Comercio	Robo	78462,48	0	78462,48	No se dio credibilidad a la testigo por ser la ex esposa del asegurado.		
AP Zaragoza (Sección nº1)	Penal	03/02/2010	29/09/2008	588	AXA	Asegurado	Condena	A Favor Cia	Estata agredida en grado de tentativa		Auto	Robo	65.756,11	65.756,11	65.756,11	El parking donde dijo aparcarlo y lo robaron no tenía constancia ni de la entrada ni de la salida del vehículo.		
TS	Civil	01/06/2006	03/02/1997	3405	Asegurado	Mapfre Vida	Estima	En contra Cia		Omitir circunstancias preexistentes	Vida	Invalidez	60.101,21	30.050,61	60.101,21	En 1º Inst. absuelve a Mapfre, condena parcialmente en 2º Inst aplicando regla de equidad en función de lo que habría pagado de prima de concorse las circunst. Hechos	EL TS sugiere que habría dado al razón totalmente a la cia si esta hubiese casado (prohibición de reformato in peius) Quien casa es el asegurado.	
TS	Civil	10/09/2007	30/09/1995	4363	Asegurado	Mapfre Vida	Absuelve	A Favor Cia		Omitir circunstancias preexistentes	Vida	Fallecimiento	60.101,21	60.101,21	60.101,21	Asignación de malicia de datos. Enfermedad de preexistentes	Asegurado omitió circunstancias preexistentes. Malta lo	

AP Málaga (Secció n 6)	Civil	31/07/2000	19/10/1995	1751	Beneficiario	MESA MUTUA	Absuelve	A Favor Cia	Esta y Simulación de delito	Situación antes de contratar la póliza	Accidente	Fallecimiento	60.101,21	60.101,21	50.480,37	50.480,37	6 meses + multa 450,- €	Contrato seguro de accidentes 9 días después del accidente sin consentimiento del asegurado que falleció	El Contratante se autocombró beneficiario 10 LCS	Valoración estimada
AP Madrid (Secció n 16)	Penal	26/09/2005	06/12/1997	2651	Tercero lesionado	Mapire	Condena	A favor Cia	Esta (tentativa)	Lesiones	Auto	RC	50.480,37	50.480,37	50.480,37	6 meses + multa 450,- €	Litigio cervical en accidente leve. Exagera lesiones. Miente al médico forense informando que acude a rehabilitación.	Prueba desplegada por Mapire: Detestivo, rehabilitación existente. Traductor en trabajador autónomo y argumentaba que casualmente esos tres días que fue el detective pasó por su trabajo.	Llama la atención la escasa pena de multa a Forense y tratar de estar en 50.000,- €	
AP de Málaga (Secció n 9)	Penal	16/10/2003	27/09/2000	1237	Previsión Española	Asegurado	Absuelve	En contra Cia	Esta y Simulación de delito		PYME	Robo	48.335,75	48.335,75			Existen 2 firmas Periciales y un informe de detective. El Juez absuelve aplicando el principio in dubio pro reo.			
AP Palencia (Secció n 1)	Penal	05/02/2015	10/07/2010	1671	Allianz	Asegurado	Condena	A favor cia	Incendio y esta	Hogar	Hogar	Incendio	43.000	43.000	40.000	2 años y 6 meses por incendio y multa por esta	Dos personas traman un plan que consiste en comprar una casa en mal estado a muy bajo precio, asegurarla por un capital elevado y posteriormente incendiarla	El investigador de incendios de la provincia determinó que fue provocado. Uno de los condenados contactó otro investigador que no realizó un trabajo de campo supuesta reforma.		
AP de Madrid (Secció n 14)	Civil	11/10/2010	11/04/2008	913	Vitalicio	Vitalicio	Absuelve	A favor Cia	Rehuse Cia	Rehuse Cia	Transporte	Robo	40.000	40.000	40.000		Negligencia aseguradora en el cuidado de la carga	Defectivo		
AP Murcia (Secció n 1)	Civil	17/06/2015	12/11/2010	1678	Groupama	Asegurado	Condena	A favor Cia	Esta y Simulación de delito	Robo simulado	Industria	Robo	39.110,21	39.110,21	39.110,21	8 meses de prisión y multa de 1200,- €	Incendio en industria	Investigador reputa imposible que se produjera un robo de 47 objetos, con un peso total de 1.700 kg y un volumen de 6 metros de largo, ancho y alto, sin el audio de varias personas y el empleo de un vehículo, del que no hay huellas de rodadura		
AP de Alicante (Secció n 4)	Civil	14/04/2006	01/09/2000	1686	Asegurado	Sur Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros	Condena	En contra Cia	Preexistencia objetos robados. Mela declaración de riesgo	Preexistencia	Hogar	Robo	37.958,40	37.958,40			Caja de caudales inexistente. Preexistencia objetos robados			
AP Jaén Sección 2	Penal	08/05/2001	19/07/1996	1758	MNA	Asegurado	Absuelve	En contra Cia	Contratación día siniestro	Contratación día siniestro	Auto	RC	36.368,77	36.368,77			Sospecha de contratación póliza posterior al siniestro	Cia no comunicó que la solicitud del seguro anterior al siniestro no era válida.		
AP Granada (Secció n 2)	Penal	29/04/2006	23/01/1995	3749	La Equitativa	Asegurado	Absuelve	En contra Cia			Auto (RC)	RC	35.581,70	35.581,70			Doble indemnización	No considera la ocultación de otra indemnización como engaño.		
AP Madrid (Secció n 15)	Penal	08/01/2013	12/09/2005	2706	HDI Hammer	Asegurado	Absuelve	En contra Cia	Esta	Simulación robo	Auto	Robo	35.000	35.000			Autorobo de vehículo.	Apareció el vehículo en poder del asegurado con las matriculas cambiadas. También se encontró en un registro varias denuncias de sustracción de vehículos	La imputada salió absuelta por no quedar probada su intervención. Existe un tener sospechoso	
AP LA Riba (Secció n 1)	Civil	05/06/2015	27/05/2012	1104	Asegurado	General	Absuelve	A favor Cia	Esta y Simulación de delito	No indemnización por parte de la Cia	PYME	Robo	31.347,28	31.347,28	31.347,28		Robo existente pero exagerado	Declaración tardía de objetos valiosos ¿Por qué tardó en denunciar el robo de maquinaria valiosa?	En la vía penal se activó el procedimiento por el delito de Simulación de delito. En vía Civil es la demandante quien debe demostrar el robo y preexistencia	

AP Zamoz (Secció n 6)	Penal	31/03/2011	02/08/2008	971	Lesionado	Zurich	Absuelve	En contra Cia	Estata y denuncia falsa	No indemniza	Auto	RC	30.255,67	30.000	30.000	30.000	4 meses + multa de 3650	Robo de retroescavadora que se recupera sin signos de instalaciones de un conocido del asegurado	Uno de los tres presentaba lesiones objetivables, por lo que se consideraba viable.	Valoración estimada
AP Zamora (secció n 1)	Penal	11/11/2014	15/01/2010	1761	Mapfre Empresas	Asegurado	Condena	A Favor Cia	Estata y denuncia falsa	Robo simulado	Maquina	Robo	30.000	30.000	30.000	30.000	6 meses + multa de 3650	Robo en comercio z apartería, aportación de facturas falsas para acreditar el contenido	No indemnizó al considerar sospechoso al asuntio.	
AP Valencia (Secció n 7)	Civil	04/07/2012	24/02/2006	2322	Asegurado	ASEVAL (asegurador a Valenciana)	Absuelve	A Favor Cia	Omtr circunstancias preexistentes	Omtr circunstancias preexistentes	Vida	Invalidez	30.000	30.000	30.000		Contestó negativamente a la cuestión de existencia de enfermedades anteriores. No era cierto	Dolo Art 10, 11 y 12 LCS		
AP de Málaga (Secció n 2)	Penal	09/05/2003	28/09/1998	1684	Winterthur	Asegurado	Condena	A favor Cia	Estata y simulación de delito	Robo. Facturas manipuladas	Comercio	Robo	29.107,13	29.107,13	29.107,13	6 meses prisión y 6 meses multa	Robo simulado en local de informática	Indicios: Robo el mismo día de la fecha efecto se la póliza. El negocio no tenía actividad real. En el local no hay luz, ni mesas, ni sillas, ni muebles ni carteles ni mercancía. Robo en el local sin huellas de robo	Condena en costas al condenado. Declara la Sentencia la nulidad del Contrato de seguro. El defraudador demandó a la Cia.	
AP Madrid (Secció n 17)	Penal	23/06/2014	06/11/2011	960	Mapfre	Asegurado	Condena	A favor Cia	Estata y falsificación de documento mercantil	Robo. Facturas manipuladas	Comercio	Robo	27.156,84	27.156,84	27.156,84	21 meses y un día + multa de 1620 €	Robo en comercio z apartería, aportación de facturas falsas para acreditar el contenido	Se detectó que el asegurado había manipulado el nombre del receptor de las facturas.		11 LCS 48 LCS
TS	Civil	20/07/2000	08/10/1990	3573	Asegurado	Aegón	Absuelve	A Favor Cia		Omtr Incremento del riesgo	Comunidades	Incendio	25.912					Incendio en edificio	falta prueba	
AP Madrid (Secció n 12)	Civil	26/11/2014	29/01/2011	1386	Asegurado	Mutua Madrileña	Absuelve	A favor cia	Estata	No indemniza con por parte de la Cia	Auto	Incendio	25.714	25.714	25.714	11 meses de prisión y multa de 900.-€	Asegurado compró un vehículo y lo aseguró por encima de su valor con el objetivo de simular un siniestro.	Existió condena penal previa declarando responsable al asegurado		
AP Vizcaya (Secció n 5)	Civil	26/02/2014	25/06/2008	2072	Asegurado	Mutua Madrileña	Estima	En contra Cia		No indemniza con por parte de la Cia	Auto	Daños	22.028,40				En Juicio penal anterior se absolvió al asegurado de haber aportado factura falsa, al considerar que aunque no se hubiese reparado no se trataba de un fraude. Simplemente se debía considerar que se trataba de una factura "pro-forma"	En Juicio penal anterior se absolvió al asegurado de haber aportado factura falsa, al considerar que aunque no se hubiese reparado no se trataba de un fraude. Simplemente se debía considerar que se trataba de una factura "pro-forma"	Petito Cia incurrió en contradicciones y anomalías. El primer Informe Pericial no disponía de fotografías	
AP Madrid (Secció n 20)	Civil	03/03/2015	24/04/2011	1409	Asegurado	Direct Seguros	Estima	En contra Cia		No indemniza con por parte de la Cia	Auto	Incendio	21600,8				Vehículo estacionado fuera de garaje en contra de lo indicado en póliza. Lugar de estacionamiento peligroso (zona industrial deshabitada) asegurado con otros siniestros anteriores similares	No se estima negligencia bastante del asegurado.		
AP Barcelona (Secció n 19)	Civil	22/06/2011	24/07/2000	3985	Asegurado	Linea Directa	Absuelve	A Favor Cia		No indemniza con por parte de la Cia	Auto	Robo	21.636,44	21.636,44	21.636,44		Vehículo siniestrado antes de contratar la póliza. Se contrato declarando buen estado y había sufrido siniestro grave con vuelco.	No acredita reparación de siniestro grave anterior. Arts 4, 27 LCS y 1261 CC		
AP Córdoba a Secc 2	Penal	27/05/2008	02/05/2000	2947	Casert	Tercero lesionado	Absuelve	En contra Cia	Estata	Informe médico manipulado	Accidente		20.000				Casert denegó indemnización por patología previa. Asegurado demandó y se descubrió que existía un informe médico manipulado	Abolición: No se acredita que fue el asegurado quien manipuló el informe médico a pesar de haberlo aportado como prueba en la jurisdicción civil	Ejemplo de por qué las aseguradoras no denuncian: Un caso tan ndario como este no resulta condena. Valoración estimada	

TS	Penal	07/10/2005	09/05/1999	2543	Agon y Previsión Española	Asegurado	Condena	A favor de la Estata (tentativa)	Hogar	Robo	19068,14	19068,14	19068,14	19068,14	Robo simulado en hogar. Cuatro robo de similares características. Previsión Española se persona por otros delitos similares pero el denunciado es absuelto por prescripción. Más de 5 años de los hechos. No estiman delito continuado.	Denunció el robo de los mismos objetos varias veces. El Juez considera sospechoso comprar el mismo equipo fotográfico igual a los otros delitos. Se especifica nº serie. Policía científica sospecho tras análisis de huellas.	El condenado habla demandado a la Cia para reclamarle las cantidades derivadas del robo. Cantidad que no pudo recuperar Previsión Española: 3.530.050.- Pies
AP Murcia (sección 5)	Penal	04/12/2014	24/07/2012	868	Péreyo	Lesionados	Absuelve	A favor de la Cia	Auto	RC	17.700			17.700	Accidente de tráfico leve con lesiones que apunta a la simulación	Juz critica los informes de detectives de las aseguradoras en general, así como los informes de reconstrucción de accidentes. No les da credibilidad	
AP Ginebra (sección n 4)	Civil	28/11/2014	01/09/2011	1184	Asegurado	CASER	Estima	En contra de la Cia	Hogar	Daños Agua	16.254,75			16.254,75	Hechos ocurridos antes de la contratación. No se considerara fraude. El asegurado lo ignoraba (tubería agujerada desde hace años pero los daños no se manifestaron hasta después de contratar)	Doctrina de los actos propios. CASER no ha mostrado negativa al pago.	
AP Avila (sección 1)	Penal	10/11/2008	05/11/1996	4388	AXA	Asegurado	Absuelve	En contra de la Cia	Auto	RC	15.984,69			15.984,69	Aparente accidente causado por vehículo industrial sin cobertura. Se pretende cubrir por otra póliza.	El Juez expone que se pasó un primer parte a la cia, se le comunicó la no cobertura y posteriormente se declaró otro. Considera que la Cia debería haberlo detectado	La esposa del asegurado era medidora de AXA
AP Sevilla (sección n 4)	Penal	19/04/2010	14/12/2007	857	Lesionado	Mapfre	Absuelve	En contra de la Cia	Auto	RC	15.723,15			15.723,15	Accidente circulación, lesigo cervical, alargamiento de baja	No considera el Juez que los tiempos medios de curación sea un dato relevante.	
AP de Tarragona (sección n 1)	Civil	18/03/2004	14/03/2001	1098	Asegurado	MGS	Condena	En contra de la Cia	Hogar	Robo	15.002,31			15.002,31	Robo supuestamente simulado. La prueba sobre la simulación del siniestro inculca a la compañía	La aseguradora era la que debía acreditar que el asegurado fue el que provocó o llevó a cabo la sustracción denunciada	Intereses art. 20 LCS
TS	Penal	10/04/2013	12/03/2005	2951	Mapfre Mutual	Lesionados	Condena	A favor de la Cia	Auto	RC	14733,45	14733,45		14733,45	8 personas pinchadas simulaban accidentes de tráfico con lesiones	Trama que buscaba coberturas con terceros no implicados. Indicios sólidos: No es viable la ocurrencia de tantos accidentes con las mismas personas implicadas	
AP de Sevilla (sección n 6)	Civil	15/10/2001	06/04/1999	923	Asegurado Sur Seguros	Condena	En contra de la Cia	En contra de la Cia		Robo	13.940,95			13.940,95	Robo en el que se aportan facturas de dudosa procedencia.	El perito no pudo comprobar vestigios al acudir cuando ya se había reparado En la tarde del mismo día en que ocurrió el robo, ya se encontraron ya reparadas las cerraduras.	
TS	Penal	27/02/2002	12/09/1997	1629	Vitalicio	Asegurado	Condena	A favor de la Cia	Hogar	Robo	13.222,26	13.222,26		13.222,26	Indicios: No aporta prueba de la preexistencia. Da versiones distintas sobre la adquisición. Prueba: se acredita que la cerradura de la vivienda no se puede abrir tal como se denunció	Indicios: No aporta prueba de la preexistencia. Da versiones distintas sobre la adquisición. Prueba: se acredita que la cerradura de la vivienda no se puede abrir tal como se denunció	
AP Zamora (sección n 1)	Penal	19/05/2014	20/03/2011	1156	Catalana Occidente y Allianz	Asegurado	Absuelve	En contra de la Cia	Hogar	Incendio	12.866,72			12.866,72	Incendio en vivienda con indicios de ser provocado. El asegurado habla terminado una relación como mediador de una de las aseguradoras	Prueba indiciaria insuficiente (Incendio claramente provocado, sin indicios de forzamiento, problemas económicos del asegurado que no quiso reparación sino indemnización, amplias coberturas, relación con la aseguradora. Era mediador y rescindieron su contrato por irregularidades	No concita la valoración daños en vida. El importe 12866,72 € corresponde a los daños en el edificio, sufragados por Allianz

AP de Toledo (Secció n 19)	Civil	08/10/2014	24/09/2010	1475	Allianz	Asegurado	Absuelve	En contra Cla		Rehuse Cla	Autos	Robo		11.350,00				Robo provocado	La aseguradora vio indicios de fraude al reclamar el asegurado un importe inferior al que tenía derecho según póliza	Defective
AP Jaen (Secció n 2)	Civil	04/01/2007	13/07/2001	2001	Asegurado	Nacional Suiza	Desestima	A Favor Cla		Robo inexistente	PYME	Robo	10800	10.800				Comercio de compraventa de vehículos de alta gama de vehículo. No acredita preexistencia		
Valencia (Secció n 14)	Penal	01/06/2009	25/09/2006	980	Caser	Asegurado	Estimatoria	A favor cla	Simulación delito + estafa (tentativa)	Robo simulado	Hogar	Robo	7.700	7.700				Robo simulado en vivienda. Cuando el asegurado se vio descubierta refirió la denuncia.	Se declaró probado el fraude	
Barcelona (Secció n 14)	Civil	28/10/2006	19/09/2002	1228	Lesionado	Mercurio	Condena	En contra Cla	Estafa procesal	Simulación lesión	Seguro obligatorio de viajeros	Accidente	5.935,69	7.480,44				Caída en autobús	Baja demasiado larga para las lesiones demostradas.	
AP Castellón (Secció n 2)	Penal	14/02/2014	26/06/2012	598	Real	Lesionado	Absuelve	En contra Cla	Lesiones simuladas	Lesiones simuladas	Auto	RC		7.426,98				Leve colisión trasera. La Cia. Sugiere que el accidente fue simulado frenando en rotación para provocar colisión	Jueces a la aseguradora que debió haber requerido la comparencia del Médico Forense. Policía no recibió daños en vehículo. La posterior peritación supuso reparación de parachoques. El Tribunal achaca a la cia no haber designado detective ni médico si sospechaba del fraude	
AP de Barcelona (Secció n 8)	Penal	23/01/2015	10/02/2011	1443	Allianz	Asegurado	Condena	A favor Cla	Estafa y Simulación de delito		Hogar	Robo	7.023,11	7.023,11				Robo simulado	Concreción de la lista de objetos robados en un siniestro anterior	Rebajan la cantidad a devolver a la aseguradora si no probase que un robo anterior fuese también simulado
AP Córdoba (Secció n 3)	Penal	05/03/2003	18/01/2000	1144	GES	Beneficiarios	Condena	A favor cla	Estafa, Falso testimonio,	Manipulación accidente lesiones días del siniestro		Falsificado	6.000	6.000				Cobertura de 6000.- € en póliza de accidentes si el asegurado fallecía en casa. El asegurado falleció en la calle y los beneficiarios manipularon la versión	Se probó la existencia de trama para engañar a la aseguradora. (Abogado implicado, familiares y testigos falsos implicados)	
AP Madrid (Secció n 10)	Civil	12/11/2008	01/09/2004	1625	Lesionado	Mutua Madrileña	Absuelve	A favor Cla	No indemnización	No indemnización	Auto	RC	5.470,15	5.470,15				Accidente de circulación leve, duda de las lesiones y responsabilidad	Juz tiene en cuenta indicios, circunstancias. Poca credibilidad del Peritaje lesionado.	
AP de Barcelona (Secció n 2)	Penal	19/12/2006	17/12/2001	1463	FIATC	Asegurado	Absuelve	En contra Cla	Estafa		Auto	RC		5.199,74				El asegurado contrató la póliza unas horas después del siniestro alegando la existencia de éste.	Error de la persona que emitió la póliza: corredor por aceptar fecha retroactiva y de la Cia por aceptarlo	En 1ª instancia dieron razón a Cia
Barcelona (Secció n 14)	Civil	03/12/2014	02/12/2009	1827	Asegurado	Mapfre	Condena	En contra Cla	No indemnización	No indemnización	Accidente	Incapacidad temporal	5110	5110				Ocultar info en cuestionario de salud. El asegurado contactó al seguro horas después de visitar al médico	No considera los antecedentes médicos relevantes (dolor cervical y ansiedad)	
Barcelona (Secció n 16)	Civil	12/04/2006	31/03/2003	1108	Lesionado	Zurich	Condena	En contra Cla	No indemnización	No indemnización	Auto	RC	4.697,18	4.697,18				Accidente de circulación leve con lesionados	El hecho de que el siniestro sea leve no implica fraude. El informe médico de primera asistencia ya indicaba latigazo cervical	
AP Madrid (Secció n 20)	Civil	11/03/2008	24/07/2000	2787	Asegurado	Euromutua	Estima	A favor cla	No indemnización parte de la póliza	No indemnización parte de la póliza	Comercio	Robo		4.514,58				Robo en Local en el que se detecta indicios de fraude, tanto en la comisión como en los objetos reclamados	No se ha podido probar el fraude	

AP Illice Baleares (Secc 4)	Chilil	26/10/2004	03/01/2001	1392	Asegurado	Santa Lucía	Condena	En contra Cía				Robo simulado	Hogar	Robo	4.498,27		Suspecha de robo simulado: Indicios de fraude: Radiente nuevos sin aportar facturas. Era casi imposible entrar por donde se decía que lo habían hecho.	Prueba insuficiente. Juez observa que el investigador de causas tarda mucho en acudir al riesgo (fodías) por lo que resta validar a su revisión de huellas.	Importancia de la prueba. La buena fe se presume.
AP València (Seccó n 11)	Chilil	05/09/2012	02/09/2010	826	Asegurado	Cigroupama	Estima	En contra Cía				No indemnización por parte de la Cía	Hogar	Robo	4.000		Robo de joyas y dinero en metálico. Denuncia tardía del robo (más de 48 h)	No se ha podido probar el fraude	
AP Badajoz (Seccó n 3)	Chilil	05/12/2005	11/05/2004	573	Mapire	Asegurado	Condena	En contra Cía		1.214,10	3.026,56	Factura Falsa	Auto	Daños			Fra. falso. Mapire no paga el valor reparación. Ofrece valor venal. Asegurado aporta factura cuando se comprueba que no se ha reparado el vehículo	El Juez no da importancia a la factura falsa, considera que vendría a ser un presupuesto	
AP Alicante (Seccó n 9)	Chilil	18/11/2014	14/07/2011	1.223	Lesionado	Casor	Absuelve	A favor Cía		3.000	3.000	No indemnización	Auto	RC	3.000		Accidente de circulación leve por alcance, policía y testigos similares	Accidente muy leve. Lesionados con historial de accidentes similares	Valoración estimada
APA Coruña (Secc 6)	Chilil	18/07/2007	10/02/2003	1619	Asegurado	Allianz	Estima	A favor Cía		3.000	3.000	Ombión inf. Incremento del riesgo	Auto	RC	3.000		Asegurado miente en cuestionario: con 21 años de edad indica que es mayor 25.	11 y 12 LCS	Valoración estimada
AP de Granada (Seccó n 1)	Penal	27/02/2006	23/04/2001	1771	Mapire	Asegurado	Condena	A favor Cía	Estafa (tentativa)		2.975,01	2.975,01	Comercio	Robo	2.975,01	6 meses prisión y 4 meses multa	4 robos en muy poco tiempo en dos categorías.	Denuncian el robo de los mismos objetos y la policía encuentra los objetos robados en una de las categorías	Condena con conformidad de los condenados
AP Oviedo Secc 5	Chilil	22/10/2008	20/02/2005	1340	Mapire	Asegurado	Asegurado	A favor Cía		2.403,26	2.403,26		Auto	Daños	2.403,26		Siniestro simulado		
AP Pontevedra (Seccó n 1)	Chilil	08/11/2010	20/07/2008	841	Asegurado	Avia	Condena	En contra Cía			2.125	No indemnización	Auto	Accidentes	2.125		Accidente muy leve. Lesiones improbables	Las imputaciones requieren pruebas contundentes	
AP València (Seccó n 2)	penal	09/01/2015	28/06/2010	1656	AXA	Asegurado	Condena	A favor Cía	Estafa	469,8	469,8	Declaración falsa de objetos robados	PYME	Robo	469,8	7 meses de prisión + 1890.-€ multa	Robo existente pero exagerado	A través de la inclusión de dos teléfonos móviles que se declararon robados, la Guardia Chilil Investigó el INEJ y descubrió el engaño. El condenado confesó	Escasa cuantía.
AP Madrid (Seccó n 23)	penal	20/01/2015	07/08/2013	531	?	Asegurada	Absuelve	En contra Cía	Simulación de delito	300	300	Hurto declarado como robo con fuerza	Hogar	Explotación	300		Hurto de bolsa, con la finalidad de lograr cobertura lo denuncia como robo con fuerza	Confesión de la asegurada en comisaría	Inhabilitante condena por simulación de delito. En aplicación la absuelven, interés reside en el tipo de fraude. No consta importe. Valoración estimada

Fuente: Elaboración propia

Anexo VI: Cheat Line



¡ESTO NO FUE UN ACCIDENTE!

Delincuentes organizan accidentes automovilísticos diariamente para obtener ganancias grandes que las compañías de seguros pagan. Es un crimen en el cual todos pagamos.

Para informar acerca de actividades sospechosas de accidentes automovilísticos, contacte a National Insurance Crime Bureau en una de las tres maneras fáciles:

Vía texto con la palabra clave "FRAUD" o TIP411 (847411)

Llame al 1-800-TEL-NICB (1-800-835-6422)

Envíe una forma en www.nicb.org

Su información puede ser anónima.



Fraud Solutions **now.**

Pedro Antonio Escalona Cano

Nacido en Barcelona en 1974. Abogado colegiado en el Il.lustre Col.legi d'Advocats de Barcelona desde 1999 y Master en Responsabilidad Civil (ICAB 2005).

Se incorporó al sector asegurador en 2001, en DAS como tramitador de siniestros, pasando a trabajar como abogado autónomo y a especializarse en cobros amistosos y judiciales en empresas proveedoras de compañías aseguradoras.

En el año 2008 se incorporó al Departamento de siniestros de Mutua de Propietarios, donde ha realizado trabajos en tramitación y en el área de cobros y judiciales. Desde el año 2014 como Responsable de tramitación de siniestros.

COLECCIÓN “CUADERNOS DE DIRECCIÓN ASEGURADORA”
Master en Dirección de Entidades Aseguradoras y Financieras
Facultad de Economía y Empresa. Universidad de Barcelona

PUBLICACIONES

- 1.- Francisco Abián Rodríguez: “Modelo Global de un Servicio de Prestaciones Vida y su interrelación con Suscripción” 2005/2006
- 2.- Erika Johanna Aguilar Olaya: “Gobierno Corporativo en las Mutualidades de Seguros” 2005/2006
- 3.- Alex Aguyé Casademunt: “La Entidad Multicanal. Elementos clave para la implantación de la Estrategia Multicanal en una entidad aseguradora” 2009/2010
- 4.- José María Alonso-Rodríguez Piedra: “Creación de una plataforma de servicios de siniestros orientada al cliente” 2007/2008
- 5.- Jorge Alvez Jiménez: “innovación y excelencia en retención de clientes” 2009/2010
- 6.- Anna Aragonés Palom: “El Cuadro de Mando Integral en el Entorno de los seguros Multirriesgo” 2008/2009
- 7.- Maribel Avila Ostos: “La tele-suscripción de Riesgos en los Seguros de Vida” 2009/2010
- 8.- Mercé Bascompte Riquelme: “El Seguro de Hogar en España. Análisis y tendencias” 2005/2006
- 9.- Aurelio Beltrán Cortés: “Bancaseguros. Canal Estratégico de crecimiento del sector asegurador” 2010/2011
- 10.- Manuel Blanco Alpuente: “Delimitación temporal de cobertura en el seguro de responsabilidad civil. Las cláusulas claims made” 2008/2009
- 11.- Eduard Blanxart Raventós: “El Gobierno Corporativo y el Seguro D & O” 2004/2005
- 12.- Rubén Bouso López: “El Sector Industrial en España y su respuesta aseguradora: el Multirriesgo Industrial. Protección de la empresa frente a las grandes pérdidas patrimoniales” 2006/2007
- 13.- Kevin van den Boom: “El Mercado Reasegurador (Cedentes, Brokers y Reaseguradores). Nuevas Tendencias y Retos Futuros” 2008/2009
- 14.- Laia Bruno Sazatornil: “L’ètica i la rentabilitat en les companyies asseguradores. Proposta de codi deontològic” 2004/2005
- 15.- María Dolores Caldeés Llopis: “Centro Integral de Operaciones Vida” 2007/2008
- 16.- Adolfo Calvo Llorca: “Instrumentos legales para el recobro en el marco del seguro de crédito” 2010/2011
- 17.- Ferran Camprubí Baiges: “La gestión de las inversiones en las entidades aseguradoras. Selección de inversiones” 2010/2011
- 18.- Joan Antoni Carbonell Aregall: “La Gestió Internacional de Sinistres d’Automòbil amb Resultat de Danys Materials” 2003-2004
- 19.- Susana Carmona Llevadot: “Viabilidad de la creación de un sistema de Obra Social en una entidad aseguradora” 2007/2008
- 20.- Sergi Casas del Alcazar: “El PLAN de Contingencias en la Empresa de Seguros” 2010/2011
- 21.- Francisco Javier Cortés Martínez: “Análisis Global del Seguro de Decesos” 2003-2004
- 22.- María Carmen Ceña Nogué: “El Seguro de Comunidades y su Gestión” 2009/2010
- 23.- Jordi Cots Paltor: “Control Interno. El auto-control en los Centros de Siniestros de Automóviles” 2007/2008
- 24.- Montserrat Cunill Salgado: “Los riesgos operacionales en las Entidades Aseguradoras” 2003-2004

- 25.- Ricard Doménech Pagés: "La realidad 2.0. La percepción del cliente, más importante que nunca" 2010/2011
- 26.- Luis Domínguez Martínez: "Formas alternativas para la Cobertura de Riesgos" 2003-2004
- 27.- Marta Escudero Cutal: "Solvencia II. Aplicación práctica en una entidad de Vida" 2007/2008
- 28.- Salvador Esteve Casablanca: "La Dirección de Reaseguro. Manual de Reaseguro" 2005/2006
- 29.- Alvaro de Falguera Gaminde: "Plan Estratégico de una Correduría de Seguros Náuticos" 2004/2005
- 30.- Isabel M^a Fernández García: "Nuevos aires para las Rentas Vitalicias" 2006/2007
- 31.- Eduard Fillet Catarina: "Contratación y Gestión de un Programa Internacional de Seguros" 2009/2010
- 32.- Pablo Follana Murcia: "Métodos de Valoración de una Compañía de Seguros. Modelos Financieros de Proyección y Valoración consistentes" 2004/2005
- 33.- Juan Fuentes Jassé: "El fraude en el seguro del Automóvil" 2007/2008
- 34.- Xavier Gabarró Navarro: ""El Seguro de Protección Jurídica. Una oportunidad de Negocio"" 2009/2010
- 35.- Josep María Galcerá Gombau: "La Responsabilidad Civil del Automóvil y el Daño Corporal. La gestión de siniestros. Adaptación a los cambios legislativos y propuestas de futuro" 2003-2004
- 36.- Luisa García Martínez: "El Carácter tuitivo de la LCS y los sistemas de Defensa del Asegurado. Perspectiva de un Operador de Banca Seguros" 2006/2007
- 37.- Fernando García Giralt: "Control de Gestión en las Entidades Aseguradoras" 2006/2007
- 38.- Jordi García-Muret Ubis: "Dirección de la Sucursal. D. A. F. O." 2006/2007
- 39.- David Giménez Rodríguez: "El seguro de Crédito: Evolución y sus Canales de Distribución" 2008/2009
- 40.- Juan Antonio González Arriete: "Línea de Descuento Asegurada" 2007/2008
- 41.- Miquel Gotés Grau: "Assegurances Agràries a BancaSeguros. Potencial i Sistema de Comercialització" 2010/2011
- 42.- Jesús Gracia León: "Los Centros de Siniestros de Seguros Generales. De Centros Operativos a Centros Resolutivos. De la optimización de recursos a la calidad de servicio" 2006/2007
- 43.- José Antonio Guerra Díez: "Creación de unas Tablas de Mortalidad Dinámicas" 2007/2008
- 44.- Santiago Guerrero Caballero: "La politización de las pensiones en España" 2010/2011
- 45.- Francisco J. Herencia Conde: "El Seguro de Dependencia. Estudio comparativo a nivel internacional y posibilidades de desarrollo en España" 2006/2007
- 46.- Francisco Javier Herrera Ruiz: "Selección de riesgos en el seguro de Salud" 2009/2010
- 47.- Alicia Hoya Hernández: "Impacto del cambio climático en el reaseguro" 2008/2009
- 48.- Jordi Jiménez Baena: "Creación de una Red de Agentes Exclusivos" 2007/2008
- 49.- Oriol Jorba Cartoixà: "La oportunidad aseguradora en el sector de las energías renovables" 2008/2009
- 50.- Anna Juncá Puig: "Una nueva metodología de fidelización en el sector asegurador" 2003/2004
- 51.- Ignacio Lacalle Goría: "El artículo 38 Ley Contrato de Seguro en la Gestión de Siniestros. El procedimiento de peritos" 2004/2005
- 52.- M^a Carmen Lara Ortíz: "Solvencia II. Riesgo de ALM en Vida" 2003/2004
- 53.- Haydée Noemí Lara Téllez: "El nuevo sistema de Pensiones en México" 2004/2005

- 54.- Marta Leiva Costa: "La reforma de pensiones públicas y el impacto que esta modificación supone en la previsión social" 2010/2011
- 55.- Victoria León Rodríguez: "Problemática del aseguramiento de los Jóvenes en la política comercial de las aseguradoras" 2010/2011
- 56.- Pilar Lindín Soriano: "Gestión eficiente de pólizas colectivas de vida" 2003/2004
- 57.- Victor Lombardero Guarner: "La Dirección Económico Financiera en el Sector Asegurador" 2010/2011
- 58.- Maite López Aladros: "Análisis de los Comercios en España. Composición, Evolución y Oportunidades de negocio para el mercado asegurador" 2008/2009
- 59.- Josep March Arranz: "Los Riesgos Personales de Autónomos y Trabajadores por cuenta propia. Una visión de la oferta aseguradora" 2005/2006
- 60.- Miquel Maresch Camprubí: "Necesidades de organización en las estructuras de distribución por mediadores" 2010/2011
- 61.- José Luis Marín de Alcaraz: "El seguro de impago de alquiler de viviendas" 2007/2008
- 62.- Miguel Ángel Martínez Boix: "Creatividad, innovación y tecnología en la empresa de seguros" 2005/2006
- 63.- Susana Martínez Corveira: "Propuesta de Reforma del Baremo de Autos" 2009/2010
- 64.- Inmaculada Martínez Lozano: "La Tributación en el mundo del seguro" 2008/2009
- 65.- Dolors Melero Montero: "Distribución en bancaseguros: Actuación en productos de empresas y gerencia de riesgos" 2008/2009
- 66.- Josep Mena Font: "La Internalización de la Empresa Española" 2009/2010
- 67.- Angela Milla Molina: "La Gestión de la Previsión Social Complementaria en las Compañías de Seguros. Hacia un nuevo modelo de Gestión" 2004/2005
- 68.- Montserrat Montull Rossón: "Control de entidades aseguradoras" 2004/2005
- 69.- Eugenio Morales González: "Oferta de licuación de patrimonio inmobiliario en España" 2007/2008
- 70.- Lluís Morales Navarro: "Plan de Marketing. División de Bancaseguros" 2003/2004
- 71.- Sonia Moya Fernández: "Creación de un seguro de vida. El éxito de su diseño" 2006/2007
- 72.- Rocio Moya Morón: "Creación y desarrollo de nuevos Modelos de Facturación Electrónica en el Seguro de Salud y ampliación de los modelos existentes" 2008/2009
- 73.- María Eugenia Muguera Goya: "Bancaseguros. La comercialización de Productos de Seguros No Vida a través de redes bancarias" 2005/2006
- 74.- Ana Isabel Mullor Cabo: "Impacto del Envejecimiento en el Seguro" 2003/2004
- 75.- Estefanía Nicolás Ramos: "Programas Multinacionales de Seguros" 2003/2004
- 76.- Santiago de la Nogal Mesa: "Control interno en las Entidades Aseguradoras" 2005/2006
- 77.- Antonio Nolasco Gutiérrez: "Venta Cruzada. Mediación de Seguros de Riesgo en la Entidad Financiera" 2006/2007
- 78.- Francesc Ocaña Herrera: "Bonus-Malus en seguros de asistencia sanitaria" 2006/2007
- 79.- Antonio Olmos Francino: "El Cuadro de Mando Integral: Perspectiva Presente y Futura" 2004/2005
- 80.- Luis Palacios García: "El Contrato de Prestación de Servicios Logísticos y la Gerencia de Riesgos en Operadores Logísticos" 2004/2005
- 81.- Jaume Paris Martínez: "Segmento Discapacitados. Una oportunidad de Negocio" 2009/2010
- 82.- Martín Pascual San Martín: "El incremento de la Longevidad y sus efectos colaterales" 2004/2005

- 83.- Montserrat Pascual Villacampa: "Proceso de Tarificación en el Seguro del Automóvil. Una perspectiva técnica" 2005/2006
- 84.- Marco Antonio Payo Aguirre: "La Gerencia de Riesgos. Las Compañías Cautivas como alternativa y tendencia en el Risk Management" 2006/2007
- 85.- Patricia Pérez Julián: "Impacto de las nuevas tecnologías en el sector asegurador" 2008/2009
- 86.- María Felicidad Pérez Soro: "La atención telefónica como transmisora de imagen" 2009/2010
- 87.- Marco José Piccirillo: "Ley de Ordenación de la Edificación y Seguro. Garantía Decenal de Daños" 2006/2007
- 88.- Irene Plana Güell: "Sistemas d'Informació Geogràfica en el Sector Assegurador" 2010/2011
- 89.- Sonia Plaza López: "La Ley 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal" 2003/2004
- 90.- Pere Pons Pena: "Identificación de Oportunidades comerciales en la Provincia de Tarragona" 2007/2008
- 91.- María Luisa Postigo Díaz: "La Responsabilidad Civil Empresarial por accidentes del trabajo. La Prevención de Riesgos Laborales, una asignatura pendiente" 2006/2007
- 92.- Jordi Pozo Tamarit: "Gerencia de Riesgos de Terminales Marítimas" 2003/2004
- 93.- Francesc Pujol Niñerola: "La Gerencia de Riesgos en los grupos multisectoriales" 2003-2004
- 94.- M^a del Carmen Puyol Rodríguez: "Recursos Humanos. Breve mirada en el sector de Seguros" 2003/2004
- 95.- Antonio Miguel Reina Vidal: "Sistema de Control Interno, Compañía de Vida. Bancaseguros" 2006/2007
- 96.- Marta Rodríguez Carreiras: "Internet en el Sector Asegurador" 2003/2004
- 97.- Juan Carlos Rodríguez García: "Seguro de Asistencia Sanitaria. Análisis del proceso de tramitación de Actos Médicos" 2004/2005
- 98.- Mónica Rodríguez Nogueiras: "La Cobertura de Riesgos Catastróficos en el Mundo y soluciones alternativas en el sector asegurador" 2005/2006
- 99.- Susana Roquet Palma: "Fusiones y Adquisiciones. La integración y su impacto cultural" 2008/2009
- 100.- Santiago Rovira Obradors: "El Servei d'Assegurances. Identificació de les variables clau" 2007/2008
- 101.- Carlos Ruano Espí: "Microseguro. Una oportunidad para todos" 2008/2009
- 102.- Mireia Rubio Cantisano: "El Comercio Electrónico en el sector asegurador" 2009/2010
- 103.- María Elena Ruíz Rodríguez: "Análisis del sistema español de Pensiones. Evolución hacia un modelo europeo de Pensiones único y viabilidad del mismo" 2005/2006
- 104.- Eduardo Ruiz-Cuevas García: "Fases y etapas en el desarrollo de un nuevo producto. El Taller de Productos" 2006/2007
- 105.- Pablo Martín Sáenz de la Pascua: "Solvencia II y Modelos de Solvencia en Latinoamérica. Sistemas de Seguros de Chile, México y Perú" 2005/2006
- 106.- Carlos Sala Farré: "Distribución de seguros. Pasado, presente y tendencias de futuro" 2008/2009
- 107.- Ana Isabel Salguero Matarín: "Quién es quién en el mundo del Plan de Pensiones de Empleo en España" 2006/2007
- 108.- Jorge Sánchez García: "El Riesgo Operacional en los Procesos de Fusión y Adquisición de Entidades Aseguradoras" 2006/2007
- 109.- María Angels Serral Floreta: "El lucro cesante derivado de los daños personales en un accidente de circulación" 2010/2011

- 110.- David Serrano Solano: "Metodología para planificar acciones comerciales mediante el análisis de su impacto en los resultados de una compañía aseguradora de No Vida" 2003/2004
- 111.- Jaume Siberta Durán: "Calidad. Obtención de la Normativa ISO 9000 en un centro de Atención Telefónica" 2003/2004
- 112.- María Jesús Suárez González: "Los Poolings Multinacionales" 2005/2006
- 113.- Miguel Torres Juan: "Los siniestros IBNR y el Seguro de Responsabilidad Civil" 2004/2005
- 114.- Carlos Travé Babiano: "Provisiones Técnicas en Solvencia II. Valoración de las provisiones de siniestros" 2010/2011
- 115.- Rosa Viciano García: "Banca-Seguros. Evolución, regulación y nuevos retos" 2007/2008
- 116.- Ramón Vidal Escobosa: "El baremo de Daños Personales en el Seguro de Automóviles" 2009/2010
- 117.- Tomás Wong-Kit Ching: "Análisis del Reaseguro como mitigador del capital de riesgo" 2008/2009
- 118.- Yibo Xiong: "Estudio del mercado chino de Seguros: La actualidad y la tendencia" 2005/2006
- 119.- Beatriz Bernal Callizo: "Póliza de Servicios Asistenciales" 2003/2004
- 120.- Marta Bové Badell: "Estudio comparativo de evaluación del Riesgo de Incendio en la Industria Química" 2003/2004
- 121.- Ernest Castellón Teixidó: "La edificación. Fases del proceso, riesgos y seguros" 2004/2005
- 122.- Sandra Clusella Giménez: "Gestió d'Actius i Passius. Inmunització Financera" 2004/2005
- 123.- Miquel Crespí Argemí: "El Seguro de Todo Riesgo Construcción" 2005/2006
- 124.- Yolanda Dengra Martínez: "Modelos para la oferta de seguros de Hogar en una Caja de Ahorros" 2007/2008
- 125.- Marta Fernández Ayala: "El futuro del Seguro. Bancaseguros" 2003/2004
- 126.- Antonio Galí Isus: "Inclusión de las Energías Renovables en el sistema Eléctrico Español" 2009/2010
- 127.- Gloria Gorbea Bretones: "El control interno en una entidad aseguradora" 2006/2007
- 128.- Marta Jiménez Rubio: "El procedimiento de tramitación de siniestros de daños materiales de automóvil: análisis, ventajas y desventajas" 2008/2009
- 129.- Lorena Alejandra Libson: "Protección de las víctimas de los accidentes de circulación. Comparación entre el sistema español y el argentino" 2003/2004
- 130.- Mario Manzano Gómez: "La responsabilidad civil por productos defectuosos. Solución aseguradora" 2005/2006
- 131.- Àlvar Martín Botí: "El Ahorro Previsión en España y Europa. Retos y Oportunidades de Futuro" 2006/2007
- 132.- Sergio Martínez Olivé: "Construcción de un modelo de previsión de resultados en una Entidad Aseguradora de Seguros No Vida" 2003/2004
- 133.- Pilar Miracle Vázquez: "Alternativas de implementación de un Departamento de Gestión Global del Riesgo. Aplicado a empresas industriales de mediana dimensión" 2003/2004
- 134.- María José Morales Muñoz: "La Gestión de los Servicios de Asistencia en los Multirriesgo de Hogar" 2007/2008
- 135.- Juan Luis Moreno Pedroso: "El Seguro de Caución. Situación actual y perspectivas" 2003/2004
- 136.- Rosario Isabel Pastrana Gutiérrez: "Creació d'una empresa de serveis socials d'atenció a la dependència de les persones grans enfocada a productes d'assegurances" 2007/2008
- 137.- Joan Prat Rifà: "La Previsió Social Complementaria a l'Empresa" 2003/2004

- 138.- Alberto Sanz Moreno: "Beneficios del Seguro de Protección de Pagos" 2004/2005
- 139.- Judith Safont González: "Efectes de la contaminació i del estils de vida sobre les assegurances de salut i vida" 2009/2010
- 140.- Carles Soldevila Mejías: "Models de gestió en companyies d'assegurances. Outsourcing / Insourcing" 2005/2006
- 141.- Olga Torrente Pascual: "IFRS-19 Retribuciones post-empleo" 2003/2004
- 142.- Annabel Roig Navarro: "La importancia de las mutualidades de previsión social como complementarias al sistema publico" 2009/2010
- 143.- José Angel Ansón Tortosa: "Gerencia de Riesgos en la Empresa española" 2011/2012
- 144.- María Mercedes Bernués Burillo: "El permiso por puntos y su solución aseguradora" 2011/2012
- 145.- Sònia Beulas Boix: "Prevención del blanqueo de capitales en el seguro de vida" 2011/2012
- 146.- Ana Borràs Pons: "Teletrabajo y Recursos Humanos en el sector Asegurador" 2011/2012
- 147.- María Asunción Cabezas Bono: "La gestión del cliente en el sector de bancaseguros" 2011/2012
- 148.- María Carrasco Mora: "Matching Premium. New approach to calculate technical provisions Life insurance companies" 2011/2012
- 149.- Eduard Huguet Palouzie: "Las redes sociales en el Sector Asegurador. Plan social-media. El Community Manager" 2011/2012
- 150.- Laura Monedero Ramírez: "Tratamiento del Riesgo Operacional en los 3 pilares de Solvencia II" 2011/2012
- 151.- Salvador Obregón Gomá: "La Gestión de Intangibles en la Empresa de Seguros" 2011/2012
- 152.- Elisabet Ordóñez Somolinos: "El sistema de control Interno de la Información Financiera en las Entidades Cotizadas" 2011/2012
- 153.- Gemma Ortega Vidal: "La Mediación. Técnica de resolución de conflictos aplicada al Sector Asegurador" 2011/2012
- 154.- Miguel Ángel Pino García: "Seguro de Crédito: Implantación en una aseguradora multirramo" 2011/2012
- 155.- Genevieve Thibault: "The Customer Experience as a Source of Competitive Advantage" 2011/2012
- 156.- Francesc Vidal Bueno: "La Mediación como método alternativo de gestión de conflictos y su aplicación en el ámbito asegurador" 2011/2012
- 157.- Mireia Arenas López: "El Fraude en los Seguros de Asistencia. Asistencia en Carretera, Viaje y Multirriesgo" 2012/2013
- 158.- Lluís Fernández Rabat: "El proyecto de contratos de Seguro-IFRS4. Expectativas y realidades" 2012/2013
- 159.- Josep Ferrer Arilla: "El seguro de decesos. Presente y tendencias de futuro" 2012/2013
- 160.- Alicia García Rodríguez: "El Cuadro de Mando Integral en el Ramo de Defensa Jurídica" 2012/2013
- 161.- David Jarque Solsona: "Nuevos sistemas de suscripción en el negocio de vida. Aplicación en el canal bancaseguros" 2012/2013
- 162.- Kamal Mustafá Gondolbeu: "Estrategias de Expansión en el Sector Asegurador. Matriz de Madurez del Mercado de Seguros Mundial" 2012/2013
- 163.- Jordi Núñez García: "Redes Periciales. Eficacia de la Red y Calidad en el Servicio" 2012/2013
- 164.- Paula Núñez García: "Benchmarking de Autoevaluación del Control en un Centro de Siniestros Diversos" 2012/2013

- 165.- Cristina Riera Asensio: "Agregadores. Nuevo modelo de negocio en el Sector Asegurador" 2012/2013
- 166.- Joan Carles Simón Robles: "Responsabilidad Social Empresarial. Propuesta para el canal de agentes y agencias de una compañía de seguros generalista" 2012/2013
- 167.- Marc Vilardebó Miró: "La política de inversión de las compañías aseguradoras ¿Influirá Solvencia II en la toma de decisiones?" 2012/2013
- 168.- Josep María Bertrán Aranés: "Segmentación de la oferta aseguradora para el sector agrícola en la provincia de Lleida" 2013/2014
- 169.- María Buendía Pérez: "Estrategia: Formulación, implementación, valoración y control" 2013/2014
- 170.- Gabriella Fernández Andrade: "Oportunidades de mejora en el mercado de seguros de Panamá" 2013/2014
- 171.- Alejandro Galcerán Rosal: "El Plan Estratégico de la Mediación: cómo una Entidad Aseguradora puede ayudar a un Mediador a implementar el PEM" 2013/2014
- 172.- Raquel Gómez Fernández: "La Previsión Social Complementaria: una apuesta de futuro" 2013/2014
- 173.- Xoan Jovaní Guiral: "Combinaciones de negocios en entidades aseguradoras: una aproximación práctica" 2013/2014
- 174.- Àlex Lansac Font: "Visión 360 de cliente: desarrollo, gestión y fidelización" 2013/2014
- 175.- Albert Llambich Moreno: "Distribución: Evolución y retos de futuro: la evolución tecnológica" 2013/2014
- 176.- Montserrat Pastor Ventura: "Gestión de la Red de Mediadores en una Entidad Aseguradora. Presente y futuro de los agentes exclusivos" 2013/2014
- 177.- Javier Portalés Pau: "El impacto de Solvencia II en el área de TI" 2013/2014
- 178.- Jesús Rey Pulido: "El Seguro de Impago de Alquileres: Nuevas Tendencias" 2013/2014
- 179.- Anna Solé Serra: "Del cliente satisfecho al cliente entusiasmado. La experiencia cliente en los seguros de vida" 2013/2014
- 180.- Eva Tejedor Escorihuela: "Implantación de un Programa Internacional de Seguro por una compañía española sin sucursales o filiales propias en el extranjero. Caso práctico: Seguro de Daños Materiales y RC" 2013/2014
- 181.- Vanesa Cid Pijuan: "Los seguros de empresa. La diferenciación de la mediación tradicional" 2014/2015.
- 182.- Daniel Ciprés Tiscar: "¿Por qué no arranca el Seguro de Dependencia en España?" 2014/2015.
- 183.- Pedro Antonio Escalona Cano: "La estafa de Seguro. Creación de un Departamento de Fraude en una entidad aseguradora" 2014/2015.
- 184.- Eduard Escardó Lleixà: "Análisis actual y enfoque estratégico comercial de la Bancaseguros respecto a la Mediación tradicional" 2014/2015.
- 185.- Marc Esteve Grau: "Introducción del Ciber Riesgo en el Mundo Asegurador" 2014/2015.
- 186.- Paula Fernández Díaz: "La Innovación en las Entidades Aseguradoras" 2014/2015.
- 187.- Alex Lleyda Capell: "Proceso de transformación de una compañía aseguradora enfocada a producto, para orientarse al cliente" 2014/2015.
- 188.- Oriol Petit Salas: "Creación de Correduría de Seguros y Reaseguros S.L. Gestión Integral de Seguros" 2014/2015.
- 189.- David Ramos Pastor: "Big Data en sectores Asegurador y Financiero" 2014/2015.

190.- Marta Raso Cardona: "Comoditización de los seguros de Autos y Hogar. Diferenciación, fidelización y ahorro a través de la prestación de servicios" 2014/2015.

191.- David Ruiz Carrillo: "Información de clientes como elemento estratégico de un modelo asegurador. Estrategias de Marketing Relacional/CRM/Big Data aplicadas al desarrollo de un modelo de Bancaseguros" 2014/2015.

192.- Maria Torrent Caldas: "Ahorro y planificación financiera en relación al segmento de jóvenes" 2014/2015.

193.- Cristian Torres Ruiz: "El seguro de renta vitalicia. Ventajas e inconvenientes" 2014/2015.

194.- Juan José Trani Moreno: "La comunicación interna. Una herramienta al servicio de las organizaciones" 2014/2015.

195.- Alberto Yebra Yebra: "El seguro, producto refugio de las entidades de crédito en épocas de crisis" 2014/2015.