



# El fraude en seguros diversos

**Javier del Río y Celia del Amo**  
Área Central de Siniestros  
MAPFRE Seguros Generales

**«... es necesario definir, con la mayor precisión posible, cuáles son las condiciones que permiten considerar un siniestro declarado como posible fraude, a efectos del plan de actuación interno de la compañía. Éste es siempre el asunto más complicado de abordar por la gran carga de subjetividad que conlleva.»**

En el mercado asegurador español la referencia obligada, y casi única, al hablar de cifras sobre el fraude en seguros, es el estudio preparado por ICEA sobre la base de los datos facilitados por las diferentes compañías que participan cada año en el Concurso Nacional de Detección de Fraudes que organiza esta entidad.

Del informe elaborado con los resultados del concurso de 1999, se concluye que el impacto del fraude sobre el seguro supuso en ese ejercicio la cifra de 125.000 millones de pesetas. O lo que es lo mismo, un volumen equivalente a la recaudación total por primas para el conjunto del mercado español alcanzada por los sectores de Res-

pensabilidad Civil y Defensa Jurídica en el ejercicio de 1999. Indudablemente mucho dinero.

Del total de casos presentados al concurso de ICEA de ese año por las 25 entidades participantes que representan el 25% de las primas totales del sector, el 93% se corresponde con el seguro de automóviles, en tanto que los casos detectados en seguros diversos representan el 6% del total, siendo el 1% restante correspondiente a comunicaciones de fraude del seguro de vida y enfermedad.

A la vista de estas cifras habría que preguntarse por el origen de tal desproporción y si realmente representan la incidencia real en cada sector, mayor concienciación a todos los niveles del seguro y relativa normalización de supuestos de fraude en la existencia de medios para contrastar objetivamente la realidad de los hechos, o a otras razones. Puede que, en parte, esta diferencia tan notoria entre la actividad «anti-fraude» desarrollada en el sector de automóviles frente al resto de sectores se explique por la mayor madurez alcanzada por la actividad de detección del fraude en este ramo. Sin embargo, también debería atribuirse parte de esta distancia a la distinta concepción del concepto de fraude entre los diferentes sectores.

Centrándonos exclusivamente en el fraude de seguros diversos (incluyendo accidentes personales) se presentaron al concurso de ICEA casi 1.700 casos distribuidos entre los distintos ramos (Responsabilidad Civil General, Multirriesgos de Hogar, Comercios, Comunidades e Industrial, y Transpor-

tes) y el sector con mayor número de casos presentados fue el de Hogar, que representó el 53% del total de los casos comunicados en Riesgos Diversos.

Por lo que respecta a MAPFRE, el conjunto de entidades que conforman la Unidad de Seguros Generales presentó al concurso 595 casos, lo que supuso un 35% del total de los casos de Riesgos Diversos aportados al concurso nacional.

Para este ejercicio 2000, MAPFRE Seguros Generales alcanzará previsiblemente los 800 casos presentados al Concurso de ICEA. Este considerable incremento se debe, sin duda, al esfuerzo de los departamentos de siniestros territoriales que han sistematizado la labor de comunicación de los casos de fraude detectados, lo que permitirá, por un lado, avanzar en el conocimiento de la diversa casuística de fraude y, por otro, interpretar con mayor precisión el impacto, en términos de ahorro económico, que esta labor tiene sobre la siniestralidad de la compañía.

En el Área de Siniestros de MAPFRE Seguros Generales se ha implantado desde hace dos años un plan de acción anual que contempla líneas de trabajo e incentivos económicos sobre algunas variables de gestión de los departamentos de siniestros tales como: velocidad de liquidación, actuación sobre costes medios de siniestralidad leve, gestión de recobros y, por supuesto, la labor de detección del fraude.

Respecto a esta última variable, los objetivos generales perseguidos en la labor de detección del fraude son los siguientes:



- Atribuir a las acciones contra el fraude la importancia que realmente tienen. Con la valoración de los importes ahorrados por el desarrollo de una gestión eficiente se conoce el alcance real de esta importante labor en términos económicos.

- Una actuación sistematizada ayudará a detectar hechos o situaciones que supongan indicadores de posibles actuaciones fraudulentas. Esta sistematización contribuirá a desarrollar procedimientos normalizados desde los primeros indicios de fraude detectados en determinados siniestros.

- Mejorar de forma continuada el rigor en el análisis e investigación de los supuestos fraudes.

Para ello es necesario definir, con la mayor precisión posible, cuáles son las condiciones que permiten considerar un siniestro declarado como posible fraude, a efectos del plan de actuación interno de la compañía.

Éste es siempre el asunto más complicado de abordar por la gran carga de subjetividad que conlleva. En general, son pocos los límites objetivables y muchas y de diferente naturaleza, las circunstancias que se pueden valorar en cada caso concreto.

En MAPFRE Seguros Generales se ha constituido un comité compuesto por personal de siniestros que evalúa uno a uno los fraudes comunicados, con el fin de unificar los criterios en la selección de los casos que se presentan al concurso y de esta manera favorecer, en la medida de lo posible, una mayor homogeneidad en los criterios aplicables desde toda el área de siniestros a los casos considerados como fraude.

Existen pocas máximas respecto a los criterios utilizados por este comité, pero si existiera una ésta sería: «Si de la documentación aportada se desprende alguna duda sobre la naturaleza del supuesto presentado, el caso es excluido a efectos del concurso.»

El concepto general de fraude utilizado a efectos del plan de actuación interno se apoya en las siguientes cinco premisas:

1. Que exista un engaño o intento de engaño por parte de los intervinientes en la contratación de un seguro o declaración de siniestro.

2. Que se efectúe una investigación, más allá de la simple comprobación necesaria y elemental en la tramitación de cualquier siniestro (por ejemplo, póliza y recibo en vigor, que el riesgo real coincide con el asegurado, etc.).

3. Que se obtengan las pruebas suficientemente demostrativas de la existencia de un fraude.

4. Que se comunique fehacientemente el rechazo.

5. Que se produzca un ahorro económico.

La aplicación estricta de todos estos condicionantes limita en gran medida el concepto más amplio, que sin duda existe, de supuestos fraudulentos pero que no se consiguen acreditar totalmente, sin que esto suponga en ningún caso un demérito de la tramitación efectuada, a veces muy laboriosa y que en muchas ocasiones, supone una importante reducción de la indemnización finalmente satisfecha.

¿Cuántas transacciones ventajosas para la compañía se obtienen y se han obtenido por la habilidad del tramitador ante situaciones dudosas que, sin embargo, no es posible acreditar como fraude al cien por cien!

De la experiencia obtenida tras la realización de varias ediciones de concursos internos se han ido delimitando algunos supuestos que contribuyen a perfilar la linde, siempre difusa, del fraude. Éstas son algunas de las premisas más significativas:

- No basta con la mera transcripción de la declaración telefónica de un siniestro para declarar un fraude.

«Me han robado el bolso en la calle con 100.000 pesetas en efectivo.» Recibida la denuncia

se comprueba que ha sido un hurto (al descuido) y no un robo. ¿Cuántos de nuestros asegurados saben diferenciar un robo de un hurto?

- No es suficiente con que exista una reclamación exagerada que luego finalmente se reduce tras las gestiones de tramitación efectuadas.

¿Cuántas reclamaciones de RC de este tipo se presentan en los juzgados diariamente? ¿Son un intento de estafa en todos los casos?

- Debemos diferenciar lo que consideramos como fraude de lo que es una simple aplicación de las exclusiones del condicionado.

«Por una alteración eléctrica se me ha estropeado el calentador.» Tras la intervención pericial se comprueba que es por falta de mantenimiento y se excluye.

¿Estamos ante una declaración malintencionada o en muchos casos es simple desconocimiento?

- El hecho de no acreditar suficientemente la preexistencia de los bienes reclamados no es en sí mismo un fraude. Recordemos que el contenido de la póliza es una presunción a favor del asegurado. Además no es fácil a veces disponer de facturas o justificantes de la adquisición de todos los bienes incluidos como contenido de la póliza.

- Una transacción ventajosa (por ejemplo en un robo aparentemente simulado), como ya se ha comentado, incluso aunque al final suponga una diferencia desmedida entre lo pagado y lo inicialmente reclamado, no supone tampoco un fraude a efectos del concurso. Optar inteligentemente por cerrar un siniestro en estas condiciones, será en la mayoría de las ocasiones el resultado de no poder acreditar al cien por cien la conducta fraudulenta del asegurado.

- El asegurado, tras sufrir un siniestro, reclama una cantidad como indemnización. Tras la intervención pericial, se valora adecuadamente el daño, se comprueba la documentación apor-



tada descartando alguna partida como no procedente por algún motivo y se propone finalmente una indemnización inferior a la reclamada.

El trabajo de determinación de las causas y ajuste de los daños es inherente a la importante labor pericial, que requiere de unos conocimientos técnicos y aseguradores que los asegurados no tienen por qué poseer. Puede haber ahorro pero no necesariamente una conducta fraudulenta.

En el caso de que se presentaran facturas falsas o manipuladas con la intención de inducir a error, obviamente sí estaríamos ante un caso de fraude.

- Los supuestos en los que exista un intento de engaño, en los que se realice una investigación de las causas y de las consecuencias reclamadas, de la que se obtengan las pruebas acreditativas suficientes para el rehúse total del siniestro, pero en los que se produzca posteriormente un pago por intereses comerciales, no se consideran fraude al no producirse ahorro económico para la entidad. Estos casos, bien es cierto que excepcionales, son los más doloro-

sos de excluir del concurso. Sin embargo, y dejando al margen otro tipo de cuestiones, la naturaleza y motivaciones de estas decisiones exceden del ámbito de actuación de las áreas de siniestros y por lo tanto no requieren de mayor comentario.

Este escenario, bastante restrictivo de lo que debe considerarse como fraude, permitiría concluir, y aquí cabrían algunas excepciones puntuales, que todo fraude, considerado como tal a efectos de nuestro concurso interno, debe suponer el rehúse total de la reclamación efectuada, sin admitir por tanto los pagos parciales.

Junto a estos criterios genéricos de delimitación del concepto de fraude, es posible articular algunos sistemas automáticos de avisos especiales facilitados por la propia aplicación informática de siniestros y que deben añadirse a la información manejada en la tramitación del siniestro. Como ejemplo de alguno de los avisos más sencillos podrían citarse los siguientes:

- Fecha de ocurrencia del siniestro y fecha de contratación

de la póliza muy próximas (por ejemplo menos de 30 días).

- Siniestros anteriores del mismo tipo comunicados en un plazo inferior a un tiempo determinado.

- Existencia de «llamadas rehusadas» directamente desde el propio **Call Centre**, por ejemplo por no tener la cobertura contratada en la fecha de comunicación del siniestro, y que podrían suponer un cambio de versión respecto al mismo siniestro.

- Siniestro comunicado a pólizas con incidencias en suscripción detectadas en siniestros comunicados con anterioridad.

Puesto que el análisis de toda la casuística del fraude posible en los distintos sectores del negocio de diversos sería demasiado amplio para recogerlo en el contenido de este artículo, a modo de resumen final presentamos una serie de indicadores o situaciones que pueden alertar sobre la existencia de un posible fraude, obtenidos de la casuística más habitual del sector de Hogar que es el más representativo en número de pólizas, dentro del área de Seguros Generales. ■

## INDICADORES DE POSIBILIDAD DE FRAUDE EN EL SEGURO DE HOGAR

### Indicadores en relación con el siniestro

- El siniestro ocurre poco después del inicio de la vida de la póliza/garantía o poco antes de su vencimiento.
- Relato anormal o rareza del siniestro. Origen del siniestro poco claro.
- Existencia de varios siniestros con los mismos daños en diferentes fechas u ocurridos en circunstancias dudosas.
- Siniestros que se comunican con retraso, sin tiempo para peritar.
- El siniestro se ha producido en un lugar despoblado, durante la noche, en días no laborables.
- Los daños del siniestro ya han sido reparados y nos presentan las facturas de reparación.

### Indicadores en relación con los comprobantes

- No se aportan o no existen comprobantes originales, sólo copias.
- Se presentan facturas de varios emisores pero con el mismo tipo de letra y las mismas características.
- Se facilita a la compañía una excesiva documentación no solicitada o se proporcionan datos escasos.

### Indicadores en relación con el asegurado

- Alta siniestralidad del asegurado.
- Contratación/ampliación de coberturas en fecha próxima al siniestro.
- Nerviosismo o contradicciones en la declaración del siniestro.
- Interés especial del asegurado para que todas las gestiones relativas al siniestro se realicen con él. Facilita información vaga e imprecisa.
- Indicios de connivencia: similitud de apellidos, domicilios próximos entre los implicados en el siniestro.