

XXII Concurso sectorial de detección de fraudes

UNESPA / ICEA

Los intentos de fraude al seguro tuvieron en 2015 un impacto de 550 millones de euros. Esa es la estimación realizada por las aseguradoras a raíz de un sondeo elaborado por UNESPA y dado a conocer con motivo de la entrega de los premios del XXII Concurso sectorial de detección de fraudes que organiza Investigación Cooperativa de Entidades Aseguradoras (ICEA).

En concreto, el pasado año se produjeron cerca de 306.000 reclamaciones fraudulentas al seguro. Esa fue la suma de siniestros simulados, inducidos e inventados, así como de los incidentes fortuitos en los que los perjuicios padecidos fueron exagerados. Esta cifra puede parecer abultada pero, si se compara los 51,7 millones de siniestros que atendieron las aseguradoras durante el ejercicio, es una muestra de que los fraudes son obra de un colectivo minoritario que busca lucrarse ilícitamente a costa del resto de asegurados.

En el conjunto del seguro, las entidades estiman que un 1,22% de los partes que reciben son fraudulentos. La cobertura que presenta una mayor propensión a las estafas son los daños corporales en accidentes de tráfico. Detrás de un 5,35% de estos siniestros hay un fraude. Le siguen otras coberturas de autos como el robo (3,79%) y los daños materiales (1,80%).

Cuando se mide la huella del fraude tomando como referencia las cantidades que se aspira a defraudar el seguro automóviles se sitúa, de nuevo, claramente en cabeza. Este ramo concentra más de la mitad de los importes reclamados de manera ilícita (53%). En buena media, esas cuantías corresponden a indemnizaciones pagaderas por la cobertura de responsabilidad civil por daños a las personas.

Los engaños al seguro del hogar aparecen en segunda posición. Suponen un 20% del dinero que se intenta defraudar. El ramo de vida merece una mención especial por la gravedad de los fraudes que padece. En 2015, hubo un intento de estafa detrás de sólo un 0,86% de los siniestros de este ramo. Sin embargo, la cuantía que reclamaban estos pocos incidentes es particularmente abultada: 34 millones de euros (6,21% del total).

Los datos reunidos por UNESPA demuestran que los ramos que gozan de gran capilaridad social son los que presentan un mayor número de incidentes. No en vano, el seguro de automóviles está presente en un 81% de los hogares españoles, mientras que el de multirriesgos es contratado por un 75% de las familias.

Una cuestión importante al analizar las magnitudes del fraude al seguro es la eficiencia que tienen las medidas que adoptan las entidades para combatirlo. Un informe recién publicado por ICEA y titulado *El fraude en el seguro español*. Año 2015 muestra cómo, por cada euro invertido en investigar los casos sospechosos, las aseguradoras logran evitar el pago de 32,90 euros en indemnizaciones indebidas.

El estudio de ICEA muestra, igualmente, la creciente importancia de los fraudes de pequeña cuantía. Es decir, aquellos en los que la cantidad reclamada no alcanza los 500 euros. Este tipo de engaños muestra una senda creciente en los últimos cinco años y constituye en la actualidad un tercio de los fraudes.

ENTIDADES GALARDONADAS

El XXII Concurso sectorial de detección de fraudes organizado por ICEA reconoce las labores de investigación en tres categorías de seguros: automóvil, diversos y personales. Estos galardones premian los esfuerzos realizados por los profesionales del sector para detectar y combatir estafas que perjudican a todos los asegurados y a la sociedad en su conjunto.

A continuación se resumen los casos galardonados en la XXII edición:

Automóviles. 1º premio. Entidad: LÍNEA DIRECTA

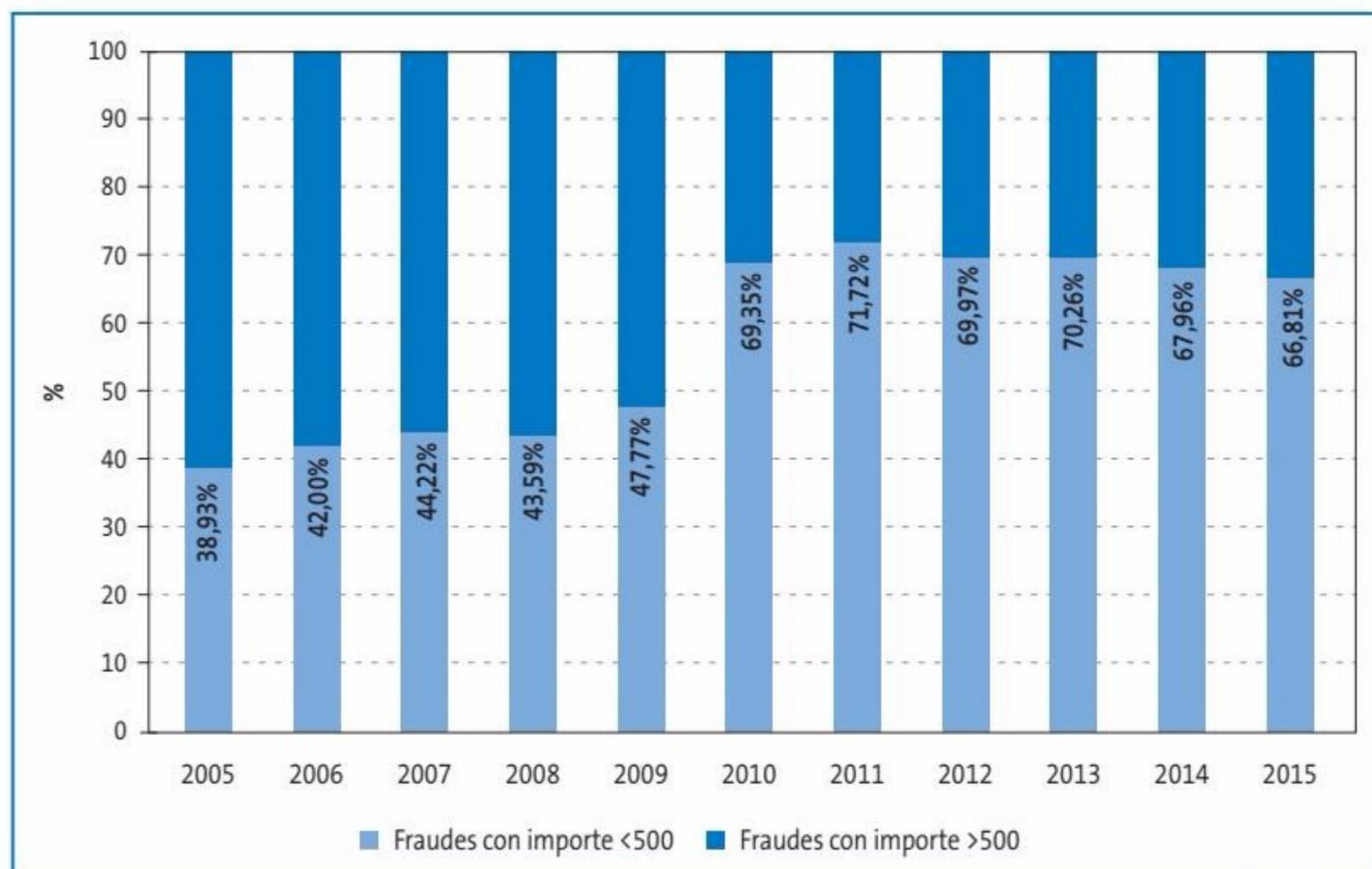
El ganador del primer premio de detección de fraudes de la categoría del seguro de automóviles ha sido una investigación que destapó la existencia de una red de delincuentes especializados en simular atropellos. El primer caso detectado fue un atropello a dos personas ocurrido en una localidad de Sevilla. A este percance le sucedió, un mes después, otro accidente similar en la misma provincia. A la aseguradora le llamó la atención que los dos asegurados implicados en estos sucesos distintos y separados en el tiempo

Tabla 1. Magnitud del fraude al seguro, en número de casos e importes reclamados

Tipo de cobertura de seguro	Fraudes sobre el total de siniestros (%)	Cuantía estimada del fraude (Euros)	Peso en el fraude (%)
Autos resp. civil daños corporales	5,35	193.512.062	35,18
Autos resp. civil daños materiales	1,80	54.050.054	9,83
Autos robo	3,79	9.275.013	1,69
Autos resto de garantías	0,39	32.972.567	5,99
Multirriesgo hogar	0,68	53.536.203	9,73
Multirriesgo comunidad	0,62	11.016.797	2,00
Multirriesgos comercio	1,04	18.345.557	3,33
Multirriesgo industrial	0,74	27.102.972	4,93
Otros ramos diversos	0,35	11.710.936	2,13
Trasportes	0,40	13.976.335	2,54
Responsabilidad civil	1,00	31.872.294	5,79
Decesos	0,60	5.151.268	0,94
Accidentes	0,55	10.282.685	1,87
Seguro de vida	0,86	34.173.177	6,21
Seguro de salud	0,43	31.705.590	5,76
Subsidios	0,77	11.311.642	2,06
Asistencia	0,01	104.615	0,02
Protección de pagos	0,01	25.538	0,02
Total	1,22	550.125.305	100,00

Fuente: UNESPA.

FIGURA 1. Distribución de los fraudes según cantidad reclamada



Fuente: ICEA.

hubiesen facilitado el mismo teléfono de contacto. Por esta vía se localizó un tercer siniestro donde uno de los asegurados reaparecía, si bien esta vez como lesionado (en lugar de como conductor) y junto a otras seis víctimas. A partir de ahí, se investigó con más detalle y se pudo comprobar cómo los implicados estaban relacionados entre sí. De hecho, se descubrió que se habían visto implicados en 30 accidentes de tráfico distintos. Alguno de los miembros de la red había llegado a estar involucrado en 19 siniestros, unas veces como conductor y otras como presunto peatón atropellado. La trama quedó así al descubierto y las falsas víctimas renunciaron a las indemnizaciones que reclamaban.

Automóviles. 2º premio. Entidad: LÍNEA DIRECTA

La aseguradora analizó los expedientes donde coincidía como reclamante un mismo abogado de Murcia. A partir de ahí, trató de dilucidar si existían patrones comunes entre los distintos siniestros. Las pesquisas permitieron descubrir cómo el letrado captaba a lesionados para hacerlos pasar por víctimas de accidentes de circulación, a las que representaba en los pleitos. En esta tarea contaba con la connivencia de una clínica de rehabilitación que, en lugar de facturas, emitía albaranes falsos. Los implicados fueron denunciados ante la Guardia Civil. Esta investigación puso al descubierto las reclamaciones indebidas de ocho lesionados ficticios y logró un ahorro de 57.000 euros en indemnizaciones.

Automóviles. 3º premio. Entidad: PELAYO

Un hombre viajaba por la noche por una carretera convencional de Asturias. Al tomar una curva, el vehículo se salió de la vía, cayó a un terraplén y dio varias vueltas de campana. El conductor telefoneó a su servicio de asistencia en carretera. Durante la llamada, no paraba de hiperventilar como si tuviera un ataque de ansiedad por lo ocurrido. Cuando la documentación del siniestro llegó a la aseguradora, el caso resultaba extraño. El coche era un amasijo de hierros. Llamó la atención que el conductor lograra salir prácticamente indemne. Su única lesión era un rasguño en la mano. Para mayor sospecha, el pretensor del cinturón de seguridad estaba sin activar, la ventanilla del conductor bajada y la zona era de tan difícil acceso que hubo que esperar a la mañana siguiente para que el vehículo fuera rescatado por la grúa.

Las pesquisas subsiguientes permitieron averiguar que ese mismo vehículo había sufrido meses antes un siniestro grave y que había sido declarado en situación de pérdida total. El conductor lo había adquirido apenas 19 días después de aquel siniestro total y, según declaraba, había pagado por él 21.000 euros. Sin embargo, muchas cosas no cuadraban. Los 19 días eran un plazo demasiado corto para acometer la reparación y proceder a la venta del coche. Además, los golpes que presentaba el vehículo tras salirse de la vía y caer por el terraplén coincidían en buena medi-

da con los que había padecido en su primer accidente. La declaración del conductor también resultó extraña y algo contradictoria. Alegó que se desplazaba a altas horas de la noche a un pueblo cercano para ver a una supuesta amante (decía tener en paralelo una pareja de carácter estable) y que había decidido emplear la vía secundaria en lugar de la autovía para evitar un peaje.

Tras avanzar en las pesquisas, la aseguradora logró demostrar que la factura de compra del vehículo por 21.000 euros era falsa. El asegurado había adquirido el coche hecho un amasijo de hierros y había pagado por él una cantidad muy inferior: 2.400 euros. Luego, el conductor habría buscado una carretera aislada y con curvas para empujar el coche por un barranco y simular así un accidente. Esa era la razón por la que no habían saltado los pretensores del cinturón de seguridad, la ventanilla del pasajero estaba bajada y, lo más evidente, el asegurado no presentaba lesiones de gravedad.

Diversos. 1º premio. Entidad: MAPFRE EMPRESAS

Una compañía dedicada a la cría de pescado contrató una póliza para cubrir el traslado de unos atunes vivos en jaulas hacia unas granjas de engorde ubicadas en las costas de Alicante y Murcia. El contrato establecía que el asegurado debía informar con carácter previo de cada traslado y características (capital asegurado, toneladas de mercancía, buque empleado, itinerario, etc.). La empresa asegurada declaró un siniestro por pérdida de los atunes transportados. En concreto, informó de que el buque que remolcaba las jaulas sufrió una rotura del timón, quedó sin gobierno y tuvo que ser asistido por otra embarcación y remolcado a tierra. Una vez en puerto, el buque quedó retenido por terceros que reclamaban a la empresa asegurada el pago de unas deudas que había contraído previamente. Cuando dicho pago se saldó, el buque quedó libre para volver a la mar, pero buena parte del cargamento de pescado había desaparecido porque las jaulas estaban dañadas. El valor de los atunes ascendía, según el asegurado, a 1,7 millones de euros.

La aseguradora procedió a investigar los hechos y pudo observar que la posición geográfica de las jaulas con los atunes no concordaba con los puntos de recogida indicados en el diario de navegación del buque. Igualmente, se comprobó que la embarcación no presentaba daños en el timón ni tampoco había constancia de actuación alguna de los servicios públicos de salvamento marítimo. Mientras tanto, llegaron rumores de que las jaulas no habían sufrido accidente alguno sino que, en lugar de escaparse, los atunes habían sido vendidos a un comprador distinto del previsto en la póliza. El comprador que finalmente había recibido los atunes confirmó la transacción. La aseguradora pudo incluso constatar que la empresa había contratado a un buzo para romper las jaulas y simular de esa forma el siniestro. Los hechos fueron puestos en conocimiento de la Guardia Civil, que detuvo al

responsable de la trama y dio inicio a diligencias penales. El asegurado desistió en la reclamación de la indemnización.

Diversos. 2º premio. Entidad: FIATC

El propietario de una discoteca en la provincia de La Coruña presentó una denuncia por robo. Al acudir a limpiar al local se encontró que la puerta de emergencia había sido forzada y que había desaparecido buena parte del equipo de sonido (altavoces, mesa de mezclas, monitor, tarjeta de sonido, ordenador portátil, etc.), así como varias botellas de bebidas. La aseguradora pudo observar que la puerta forzada carecía de cerradura de seguridad, era de madera y no tenía una plancha metálica antirrobo. A continuación, solicitó las facturas que demostraran la existencia del material sustraído, así como las del equipo de reposición adquirido a raíz del robo. El asegurado no presentó factura alguna en un principio. En su lugar, hizo entrega de un inventario que podía haber sido confeccionado para la ocasión. Este hecho hizo sospechar a la aseguradora, que decidió recurrir a un investigador. A través de él se pudo averiguar que la empresa A (la asegurada y dueña de la discoteca) afirmaba que el equipo de música se lo había vendido la empresa B (que era a su vez la propietaria y arrendadora del local donde estaba ubicado el negocio). Cuando se contactó con la empresa B, ésta alegó que carecía de facturas porque ella había adquirido a su vez el material musical de segunda mano. Cuando finalmente los implicados presentaron unas facturas, se demostró que eran falsas. De hecho, las facturas estaban emitidas por una tercera empresa (empresa C) que se encontraba en concurso de acreedores y sin actividad comercial desde hacía años. La Policía detuvo al presunto estafador y lo puso a disposición judicial.

Diversos. 3º premio. Entidad: SEGUROS RGA

Un empresario de la provincia de Toledo denunció que, una noche, un grupo de desconocidos accedió a su nave industrial y sustrajo un cargamento de motores y cremalleras mecánicas. La mercancía había sido recibida dos semanas antes. La aseguradora procedió a pagarle una indemnización de 47.469 euros. Algún tiempo después, la aseguradora recibió una nueva declaración de siniestro por parte del mismo empresario. Esta vez denunciaba actos vandálicos sobre la nave (la rotura del luminoso y de algunos cristales) y acusaba de los mismos a un tercero. Al contactar con este último, el presunto vándalo negó la acusación y apuntó en su lugar que el asegurado era un estafador que se estaba dedicando a vender los motores que presuntamente le habían sido sustraídos. La aseguradora contrató en ese momento los servicios de un detective privado que pudo demostrar que, efectivamente, el propio empresario estaba comercializando esos motores a 350 euros la unidad. En ese momento, la entidad procedió a denunciar al empresario. Cuando la nave industrial fue registrada por orden del juez aparecieron los motores. En el pleito subsiguiente el asegurado fue condenado a prisión y multado como autor de un delito de estafa y otro de simulación de delito.

Personales. 1º premio. Entidad: FIATC

Un asegurado reclamó a su aseguradora de salud una indemnización por lesiones sufridas en una agresión producida en el Metro de Madrid. A la aseguradora le llamó la atención que la documentación aportada estaba borrosa, mal cumplimentada, presentaba anotaciones de puño y letra realizadas por personas distintas, contenía numerosas faltas de ortografía e iba acompañada de informes médicos que fueron realizados por especialistas que no eran los que correspondían para el tratamiento de las lesiones. En el documento emitido por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) se hacía constar, incluso, que el motivo de la baja era "enfermedad común" en lugar de "accidente". A pesar de todo esto, la entidad procedió al pago de la indemnización.

Un mes y medio después, la aseguradora recibió un segundo parte motivado por un accidente de tráfico en Madrid donde, de nuevo, la documentación estaba presentada de forma deslavazada. Al tramitador le llamó la atención que algunos de los elementos de estos dos siniestros, en principio inconexos, coincidieran. Eran el mismo tipo de pólizas, las fechas de los dos siniestros eran próximas a las de contratación de los seguros y coincidían los apellidos de los implicados. Dos meses después, se recibió un tercer parte por una colisión entre vehículos. La documentación volvía a aparecer borrosa, mal redactada, etcétera.

En ese momento, la aseguradora decidió investigar más a fondo el asunto y averiguó que el presunto vehículo que causó el último accidente no había declarado siniestro alguno. La entidad decidió reunir entonces la documentación de los dos casos anteriores y se constató con la ayuda del Metro de Madrid y de la Policía Municipal que también había sido falsificada la documentación de esos siniestros (atestados policiales, etc.). La investigación siguió adelante y se logró dilucidar que dos de los asegurados implicados eran hermanos, que eran originarios de un país de Europa del Este y, además, que uno de ellos tenía antecedentes penales.

La operativa de la banda era sistemática y seguía el siguiente patrón. Los defraudadores contrataban las pólizas a través de internet empleando identidades ajenas, ya fuera con datos ficticios (nombres y números de DNI inventados) o de personas a quienes habían sustraído el carnet de identidad. De hecho, ya habían ingresado indemnizaciones por parte de distintas aseguradoras por valor de 400.000 euros. En el registro del domicilio del asegurado y sus colaboradores se localizó una maleta que contenía varias copias de documentación médica, bajas laborales e informes emitidos por varios hospitales a nombre de distintas personas; documentos de seguros, sellos, así como informes manipulados.

En el procedimiento penal, todos los implicados fueron condenados por un delito continuado de falsedad en do-

cumento mercantil, más un delito continuado de estafa. La pena impuesta fue de dos años de prisión y la obligación de devolver todas las indemnizaciones percibidas.

Personales. 2º premio. Entidad: GENERALI

La aseguradora detectó una relación anómala de partes en el seguro de reembolso de gastos médicos que reclamaban el reintegro de los gastos e indemnizaciones derivados de operaciones por hemorroides y fisura anal. Llamó la atención que todos estos casos siempre provenían de un mismo centro médico de Madrid, del mismo cirujano y se llevaban a cabo en el mismo hospital. Al indagar más a fondo, se constató que existían varios casos idénticos en los últimos cuatro años. El perfil de la paciente era, igualmente, siempre el mismo: mujeres jóvenes, de posición socioeconómica parecida y aquejadas todas ellas de problemas de hemorroides con un tratamiento previo sin mejoría y con posterior intervención quirúrgica.

Un equipo de detectives contratado al efecto acudió a la clínica sospechosa y solicitó información para una rinoplastia. Cuando se consultó qué parte de la intervención podría sufragar el seguro, el médico ofreció a los detectives que actuaban de incógnito realizar una “pequeña triquiñuela”. En concreto, les dio las instrucciones sobre cómo presentar el parte ante la aseguradora y les explicó que él se ocuparía de entregar la documentación como si fuera una intervención de cirugía general (supuesto cubierto por la póliza) en lugar de un caso de cirugía plástica (concepto no contemplado por el seguro). Las pesquisas de la aseguradora fueron más allá y demostraron que el doctor no realizaba

intervenciones relacionadas con hemorroides, sino que su especialidad era la cirugía estética. Un vistazo a fotografías de las pacientes del doctor colgadas en redes sociales confirmaron, asimismo, que todas ellas fueron sometidas a rinoplastias. Al quedar patente la estafa, se contactó con el doctor que inducía al fraude y se le reclamó la devolución de 35.000 euros a la aseguradora por los perjuicios ocasionados.

Personales. 3º premio. Entidad: CASER

Un vehículo entró en una rotonda sin respetar la preferencia de paso e invadió un carril colisionando con otro vehículo. En el siniestro, acaecido en Cantabria, resultaron presuntamente lesionadas dos personas. Los accidentados, que eran funcionarios vascos, tenían contratadas pólizas individuales con tres entidades (CASER, DKV y MAPFRE), reclamaban una indemnización por lesiones y solicitaban la incapacidad permanente absoluta. Ente tanto, LAGUN ARO era la aseguradora del vehículo impactado y ALLIANZ la del presunto causante del choque.

Las declaraciones del conductor que causó el accidente llamaron la atención, pues alegó que parecía que las víctimas estuvieran buscando la colisión. La existencia de un multiaseguramiento, entre tanto, hizo pensar a los tramitadores del siniestro que a los afectados podría motivarles un enriquecimiento ilícito. Tres de las aseguradoras implicadas (CASER, LAGUN ARO y ALLIANZ) decidieron investigar a los lesionados. La labor de seguimiento puso en evidencia que los accidentados se encontraban en buen estado y que las lesiones que reclaman eran simuladas.

REFERENCIAS AL TEMA DE PORTADA EN REVISTA ANALES

Por **ESTER ARENCIBIA**

TÉCNICAS CUANTITATIVAS PARA LA DETECCIÓN DEL FRAUDE EN EL SEGURO DEL AUTOMÓVIL

AYUSO, M. / GUILLÉN, M. / ARTÍS, M. (1999)

La aplicación de técnicas estadísticas y econométricas dirigidas a cuantificar la probabilidad de fraude en los expedientes de siniestros automovilísticos está ganando terreno en los últimos años. La validación estadística de los denominados indicadores de fraude es, sin duda, una pieza clave a la hora de dirigir de forma adecuada la investigación de los accidentes.

Los estudios de carácter cuantitativo sobre el fraude no son numerosos. La literatura existente presenta, funda-

mentalmente, un enfoque teórico-económico teniendo como principal objetivo modelizar cómo influye la existencia de información asimétrica en la formalización y posterior aplicación del contrato de seguro.

Adicionalmente, es posible encontrar una serie de manuales, muchas veces editados por las propias compañías, dirigidos a motivar al personal asegurador en la lucha contra el problema.

Sin embargo, las posibilidades que la estadística y la econometría ofrecen para realizar estudios de carácter aplicado son numerosas. En este artículo se presenta una revisión de las principales contribuciones existentes, fundamentadas, todas ellas, en el uso de muestras de expedientes de siniestros reales.