



Informe

I Mapa AXA del Fraude en Andalucía

Entidad AXA España
Fecha Mayo 2019

¿Cómo afecta el fraude al seguro? ¿Qué tácticas emplean los delincuentes? ¿Cuáles son los ramos más afectados? El pasado mes de febrero tuvo lugar la presentación del VI Mapa AXA del Fraude en España. Una radiografía que trata de transmitir y concienciar a la sociedad del grave perjuicio que supone esta práctica. Un perjuicio que, de forma directa, tiene efectos en el precio de los seguros; pero que además puede generar otras consecuencias perniciosas directas a aquellas personas que los cometen, derivadas de la comisión de un delito punible.

Por el peso específico que tiene Andalucía en la cartera de AXA (con un volumen de primas de más de 250 millones de euros en 2017) y por la propia relevancia de esta Comunidad Autónoma, la aseguradora ha decidido poner el foco en ella con el fin de realizar el análisis más exhaustivo realizado hasta ahora del fraude al sector asegurador andaluz.

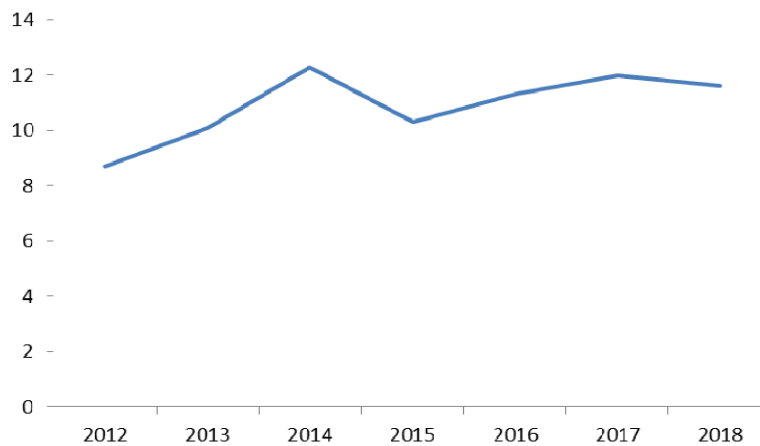
En ocasiones existe la falsa creencia de que los casos de fraude al seguro son resultado de la *picaresca española*, cuando en realidad se trata de un delito que puede acarrear graves consecuencias para las personas que los cometen.

AXA se rige por el principio de tolerancia cero frente al fraude. Por esa razón, lleva años invirtiendo importantes recursos en la prevención, detección y persecución del fraude; adaptando las últimas tecnologías y formando a las personas en las nuevas técnicas que emplean los defraudadores en sus prácticas delictivas.



Durante el año 2018 AXA evitó pagos indemnizatorios fraudulentos en Andalucía en todos sus ramos – Vida y No Vida, Particulares y Empresas– por un importe total de 11,6 millones de euros, lo que supone un descenso del 3,3% respecto del año anterior; lejos de los 12,3 millones de los pagos fraudulentos que se detectaron en 2014. Andalucía representa más del 17,5% del montante total defraudado a AXA en España en 2018, que superó los 66 millones de euros.

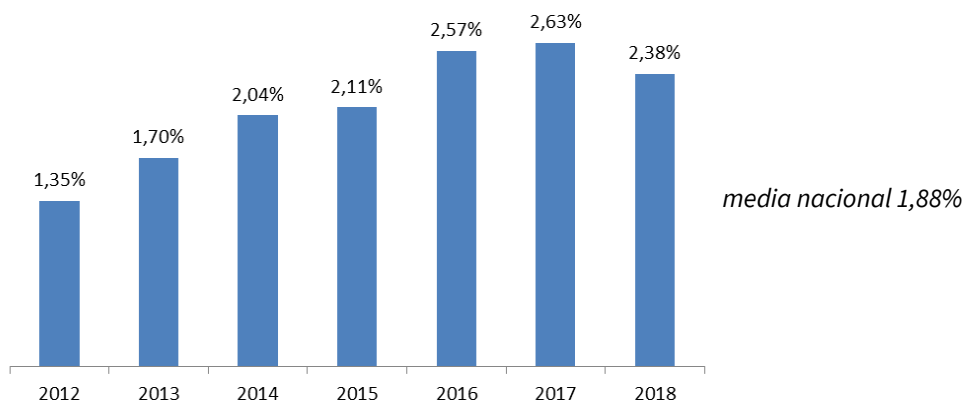
Fraude detectado en AXA en Andalucía (en millones de €)



Las causas de este descenso en la comunidad autónoma habría que buscarlas en el mayor esfuerzo e inversión que AXA lleva años realizando en la lucha contra el fraude, y la voluntad de actuar frente a un problema de carácter global. Así, el número de casos fraudulentos detectados por AXA en Andalucía se ha reducido de 4.286 en 2017 a 3.961 el año pasado.

Esto es lo que explica la disminución de la tasa de fraude andaluza, entendida como el cociente de siniestros fraudulentos entre siniestralidad. El I Mapa AXA del Fraude en Andalucía ha extrapolado y ponderado los datos de la compañía por su cuota de mercado geográfica y de este análisis se puede inferir que la tasa de fraude al seguro en Andalucía cayó el año pasado por primera vez desde 2015, situándose en 2018 en el 2,38%. En todo caso, lejos de la media nacional, que está en el 1,88%.

Tasa de fraude en Andalucía (casos de fraude/siniestralidad)





En conclusión, se puede decir que el volumen de clientes tentados a cometer un fraude en Andalucía es muy reducido. La gran mayoría de los siniestros son reales y reflejan las situaciones de riesgos normales que se producen en la vida cotidiana, siendo solo una minoría quienes tratan de obtener una indemnización ilícita a través del engaño.

1. Fraude evitado por línea de negocio

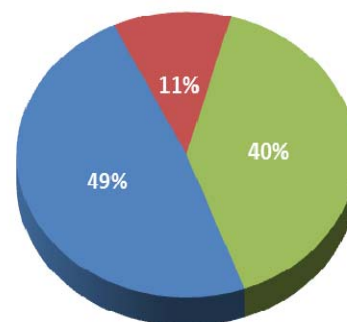
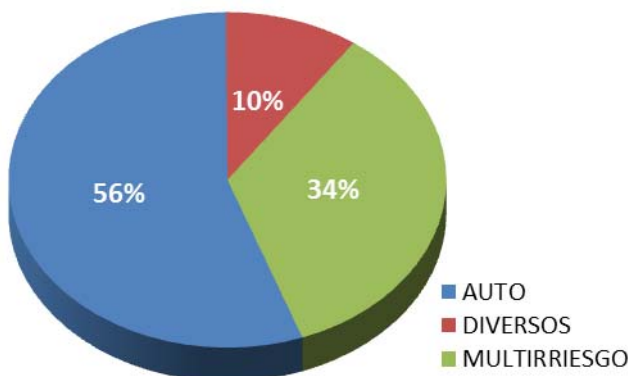
El patrón de lo ocurrido en la distribución del fraude por ramo en Andalucía es muy similar a lo que sucede en el resto del país. Auto sigue siendo el ramo que concentra el mayor porcentaje de fraude al seguro, con el 56% de los casos. El año pasado, sin embargo, este porcentaje era del 66%; lo que significa una caída de 10 puntos porcentuales. Una de las razones que explica esta importante disminución está en la entrada en vigor de la Reforma del Baremo el pasado 1 de enero de 2016, que analizaremos más adelante, cuando se aborde el fraude corporal en Auto.

Por su parte, en el ramo de Multirriesgos (Hogar, Comercio y Oficinas, y Comunidades) se observa un aumento de 10 puntos porcentuales respecto al año anterior, hasta el 34%, motivado principalmente por el repunte del fraude en Hogar. En los casos de fraude de este ramo se está observando una mayor versatilidad, imaginación y técnicas para delinquir. Estos ramos ofrecen la posibilidad de una mayor creatividad en la preparación de situaciones irregulares. Entre estas prácticas cabe señalar la presentación de facturas falsas a la hora de indemnizar un siniestro, la falta de mantenimiento de los bienes del hogar o el aprovechamiento de eventos climatológicos reales para generar siniestros falsos.

Finalmente, Diversos (RC, Transporte, Industrias, Salud, Accidentes y Vida), ha mantenido su porcentaje respecto al año pasado en torno al 10%.

En conclusión, puede decirse que no hay ninguna línea de negocio que se libere de la acción del defraudador. Si bien en el último año se observa una basculación de los casos de fraude de Auto hacia Multirriesgos, y más concretamente hacia Hogar.

Distribución del fraude por ramos





2. Tipología de fraude en Andalucía

Las aseguradoras se enfrentan a tres grandes tipos de fraudes.

a El fraude ocasional u oportunista.

Es aquel en el que se aprovecha la realidad de un siniestro para introducir daños preexistentes o anteriores. Después del repunte de casos observado en 2017, el año pasado volvió a descender el número de este tipo de sucesos en Andalucía, también denominado fraude masa, hasta representar el 47,3%, frente al 54,8% del año anterior. El 68% de las ocasiones se trata de un fraude inferior a 600€, pero el coste medio es significativamente mayor, de 2.625€. En el conjunto de España este tipo de fraude representa el 50% de todos los casos.

b El fraude premeditado.

Se trata de casos en los que los daños reclamados son reales o ficticios, pero todos han sido planificados con antelación. En ellos se suelen ver implicadas varias personas y suponen casi la mitad de los casos de fraude evitados durante 2018, frente al 41,6% del año anterior. Quien lo perpetra trata de obtener el máximo beneficio económico, lo que eleva la indemnización media a más de 3.328€. En el conjunto del territorio nacional estos casos suponen el 47,5% del total.

c El fraude organizado.

Es sin duda el más peligroso. Se trata de bandas o tramas organizadas, y ocasionalmente apoyadas por profesionales que buscan la industrialización de su proceso delictivo, lo que supone un fuerte perjuicio económico. Representa un gran riesgo por su profesionalización. El número de siniestros llevados a cabo por las tramas organizadas el año pasado en Andalucía descendió más de un 17% respecto a 2017. En todo caso, el número de tramas organizadas detectadas en la Comunidad Autónoma supera con creces a las 15 que se interceptaron en 2015.

En el conjunto de España, el número de siniestros llevados a cabo por las tramas organizadas el año pasado descendió más de un 10% respecto a 2017. Se trata de la primera caída en el número de este tipo de casos a nivel nacional desde 2015. En todo el país, el fraude organizado al seguro supone ya el 2,6% del total, frente al 1% que suponía en 2015.

El importe medio a defraudar por las grandes tramas andaluzas en 2018 fue de poco más de 2.000€, la mitad de la media española, que se sitúa en los 4.400€.

El empleo de herramientas tecnológicas está favoreciendo la detección de este tipo de situaciones, al permitir combinar grandes volúmenes de datos y tratarlos a través de metodologías matemáticas avanzadas. El incremento de una criminalidad organizada y compleja, que en ocasiones se suma a otras actividades delictivas, complica el reto para el mercado asegurador y exige un mayor esfuerzo y *expertise* para afrontarlo, así como una estrecha colaboración con los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado para evitarlo.

Dentro del fraude organizado observamos un amplio y variado rango de tipologías de trama. Por un lado se encuentran las tramas sencillas. Básicamente, en ellas, una o varias personas encuentran un método de poner en marcha un fraude y lo reproducen. Es el caso, por ejemplo, de una señora que obtenía información de sus amigas para generar partes falsos en sus aseguradoras.

Por otro lado estarían las tramas de carácter profesional. Son aquellas en las que existe toda una jerarquía, con un cerebro, unos *captadores* y, finalmente, aquellos que llevan a cabo los siniestros fraudulentos para lograr la indemnización. Se califican como *profesionales* porque suelen contar con algún experto, buen conocedor de los procesos de las compañías. Por ejemplo, cabecillas que captan a personas para simular siniestros de automóvil utilizando para todos los casos la misma red de abogados y de clínicas para pedir de forma sistemática indemnizaciones a las compañías de seguros; y distribuyendo posteriormente los beneficios entre todos los intervinientes.

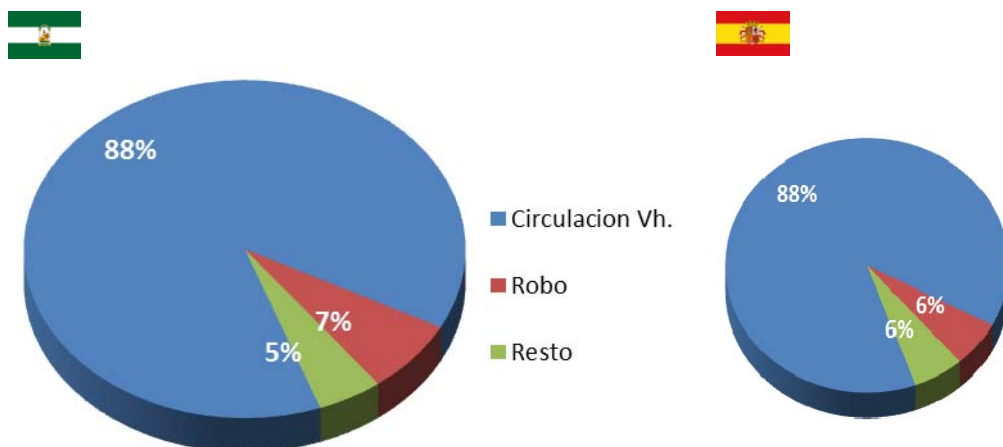
También existen las tramas criminales. Se caracterizan porque tienen una pirámide de mando criminal, y en ellas intervienen personas cuyo *modus operandi* está basado en la comisión de delitos. Son menos frecuentes, pero son las que entrañan mayor peligro, dado el perfil de estas personas. Cabe destacar que para su tramitación se cuenta con protocolos de trabajo internos que evitan el contacto directo con un investigado, así como con el total apoyo de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

Finalmente estarían las tramas tecnológicas. Son aquellas en las que existe la repetición sistemática de un fraude empleando una tecnología desarrollada. Aquí se encuadrarían, por ejemplo, los casos de falsificación de documento digital, como facturas o documento de identidad, o el uso de las páginas web de gestión de siniestros. Nunca existe un contacto físico entre el defraudador y la compañía de seguro ya que todo se hace de forma digital.

3. El fraude por causas

En cuanto al fraude al seguro en función de las causas aducidas, de los datos de 2018 se desprende que en el ramo de Auto más del 88% de los casos tienen que ver con la conducción del vehículo. A penas uno de cada diez fraudes en Auto contiene una versión que no afecta a la conducción y que está relacionada con otras situaciones como robo del vehículo, rotura de lunas o daños atmosféricos. También es importante destacar que las cantidades económicas que se tratan de defraudar al seguro aduciendo causas relacionados con la conducción están en línea con el número de casos, al representar un 86%.

Distribución de las causas del fraude en Auto



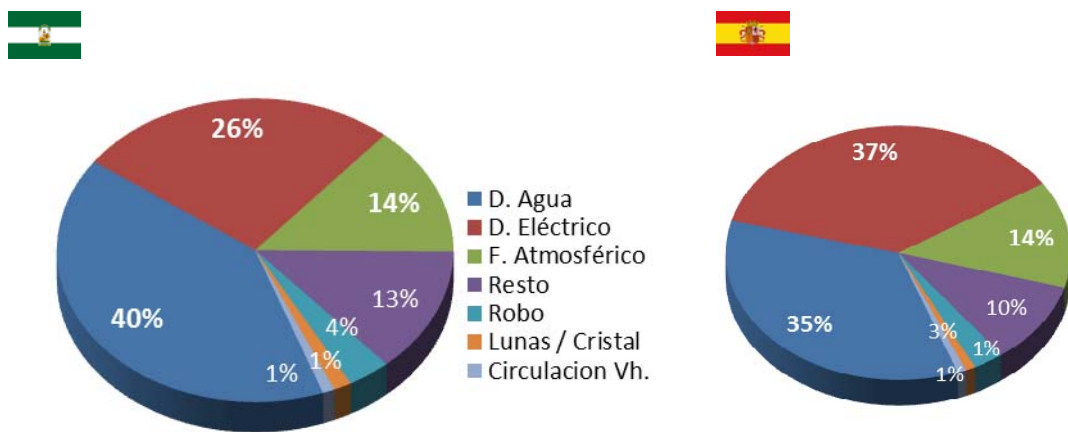
Multirriesgos ofrece una mayor diversificación en las casuísticas del fraude. Cabe señalar que los fraudes relacionados con los daños por agua continúan siendo la primera causa que se utiliza para tratar de defraudar al seguro en este ramo, con más del 40%, seguido de daños eléctricos, con más del 26%. Se trata de un patrón diferente a la media nacional. En el resto del territorio nacional el año pasado los daños por agua dejaron de ser la primera causa de este ramos al verse superada por los daños eléctricos. En el resto de España éstos últimos suponen ya casi el 37% del total y los segundos, los daños por agua, el 35%.

Los daños eléctricos suelen estar vinculados al actual ciclo de vida de los aparatos y las nuevas tecnologías, donde son recurrentes los intentos de lograr la renovación de aparatos a través del fraude al seguro.

Los daños en Multirriesgos por fenómenos atmosféricos también crecieron el año pasado en Andalucía de manera muy significativa, más de seis puntos porcentuales, hasta representar ya casi el 14% del total. El gran número de temporales que azotaron España durante 2018, unido al incremento de los casos que declaraban siniestros no cubiertos o adaptando el cliente la fecha de ocurrencia a la de las tormentas para ser atendido, elevó a 142 el número de siniestros de esta casuística.

En cuanto a los importes por daños de agua, representa un 53% del total del dinero defraudado en Multirriesgos. Es significativo observar que la causa de daños eléctricos, que como hemos dicho supone el 26% de los casos, cuando atendemos a los importes defraudados, solo representan el 8% del total del ramo.

Distribución de las causas del fraude en Multirriesgos



Finalmente, en el ramo de Diversos son las garantías de Responsabilidad Civil las que más se emplean para tratar de acometer fraudes.

a Auto

Reclamación de daños de un siniestro anterior. El asegurado con póliza a terceros tiene un siniestro del que es culposo, y posteriormente simula otro del que es inocente para se le reparen los daños del primero.



También es habitual que un asegurado que tiene daños sin reparar y sin cobertura declare un siniestro simulado con un tercero causante (familiar, amigo...), de forma que éste último asume la culpa para que le reparen los daños al asegurado. En ocasiones, el *falso* causante también reclama lesiones para que se le indemnice por dicho concepto.

b Multirriesgos

Daño eléctrico. El asegurado, aprovechando que un aparato en su vivienda ha sido dañado por alteración eléctrica, realiza una reclamación añadiendo diferentes aparatos dañados por uso o desgaste.

Daños anteriores a la Contratación. El asegurado sufre un daño teniendo seguro pero sin tener la garantía asociada al mismo, contratándola con posterioridad para que la compañía repare el daño ocasionado.

Daños por agua. El asegurado tiene un siniestro real en su casa derivado, por ejemplo, de una fuga de agua, y al reclamar el bien afectado aprovecha para reclamar otros enseres del hogar dañados por el paso del tiempo.

c Diversos

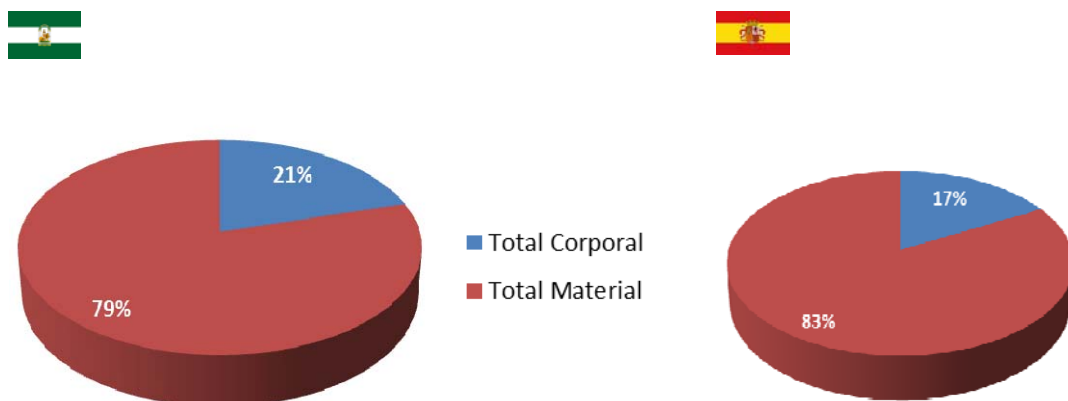
Robos y actos vandálicos en naves abandonadas. Se corresponde con naves vacías, con un deterioro importante, y que el asegurado quiere poner al mercado para su venta o alquiler. En estos casos, aprovecha la ocurrencia de un siniestro para que la póliza asuma el “coste de ponerla en condiciones”, de daños existentes previamente.

Responsabilidad civil. El adverso aprovecha que el asegurado está ejecutando una obra en el piso superior para reclamarle daños previos existentes en su vivienda.

4. El fraude, por su naturaleza

Atendiendo al análisis del fraude por su naturaleza; es decir; si afecta solo a daños materiales o si persigue obtener indemnizaciones fingiendo daños corporales, concluimos que éstos últimos han sufrido una importante caída, pasando de representar el 27% en 2017 a significar el 21% en 2018. En consecuencia, el número de casos de fraude en los que se reclamaba una indemnización por daños materiales ha crecido hasta significar ya el 79% del total.

Distribucion del Fraude entre Material y Corporal





La principal razón del descenso de casos de fraude al seguro que aducen daños corporales habría que buscarla en dos hechos. Por un lado, en la reforma del Baremo de 2016, con la que se pasó a considerar al traumatismo menor de columna vertebral (esguinces cervical, dorsal y lumbar) como una incapacidad transitoria sin secuelas (salvo que exista un informe médico concluyente). Antes de dicha reforma, era relativamente sencillo obtener un informe médico aduciendo dolor para conseguir una valoración por secuelas, y con ella una mayor indemnización por parte de las aseguradoras.

Por otro, la reforma del Código Penal Ley Organica 1/2015 de 30 de Marzo por la que modificaba la Ley Organica 10/1995 de 23 de Noviembre. Con este cambio legislativo se despenalizaron las faltas en los accidentes de tráfico con lesiones leves, con lo que los perjudicados ya no disponían de la valoración gratuita por el médico forense y la posterior celebración de los juicios de faltas en vía penal. Hasta entonces, la facilidad y el bajo coste de este trámite suponían una importante tentación para el defraudador. En la actualidad, aunque puede haber un Informe de Medicina Legal (IML), la reclamación tiene que ser en la vía civil, salvo los casos graves con presuntos delitos. Vía civil que obliga al afectado a justificar que ha solicitado de manera amistosa una reclamación a la entidad aseguradora y ésta ha contestado con una oferta o respuesta motivada a la misma.

Estos cambios legislativos han hecho que el total del importe del fraude detectado aduciendo daños corporales haya caído también significativamente más de un 13%, hasta representar en 2018 el 63% de los casos. Los datos vienen a concluir que esta vía, la reclamación de daños corporales para defraudar al seguro, está dejando de ser atractiva para los delincuentes. Por el contrario, el importe de los casos de fraude que aducen daños materiales han aumentado más de un 40%.

El importe medio defraudado excusándose en los daños corporales es de casi 6.800 euros, frente a los 1.500 euros de media de los daños materiales.

La principal metodología que se emplea en el fraude corporal es la simulación del daño. En la mayoría de las ocasiones el fraude se apoya en una desproporción entre el daño real y el daño reclamado.

5. Tolerancia cero contra el fraude y nuevas tecnologías

AXA lleva años realizando un esfuerzo de inversión en nuevas tecnologías y formación con el fin de reducir al máximo los casos de fraude. Y está comenzando a dar sus primeros frutos. Se estima que el uso de estas herramientas tecnológicas ayuda a detectar más de un 21% de los siniestros fraudulentos, cuando hace cuatro años apenas suponían un 5%, lo que le convierte en un canal de detección cada vez más importante.

La inversión recurrente se mantuvo en los 3 millones de euros el año pasado. Estas inversiones incluyen la elaboración de modelos predictivos que utiliza la tecnología del big data para automatizar, por ejemplo, la detección de falsificaciones de documentos digitales en procesos masa. Así, AXA ha desarrollado robots capaces de leer de forma automática facturas para interpretarlas y, al mismo tiempo, identificar cualquier tipo de falsificación. También se está trabajando en proyectos para detectar, con ayuda de las imágenes por satélite, incongruencias entre siniestros, afectando a daños en partes exteriores.

Además, dentro de los equipos de investigación, AXA ha creado un Master de Fraude con el fin de mejorar las aptitudes de sus investigadores.

La política es de tolerancia cero frente a cualquier tipo de fraude. Por ello, AXA ha puesto en marcha también un programa de formación continua a empleados, proveedores y mediadores para facilitar



la detección de situaciones sospechosas. Algunas de las aplicaciones de detección interna consisten en reglas de negocio automáticas que permiten identificar situaciones sospechosas que requiere de un mayor análisis.

Las nuevas fórmulas de peritación, a través de técnicas avanzadas, permiten controlar con mayor precisión los elementos mecánicos del vehículo en los casos de Auto, así como la obtención de toda la información digital de su utilización.

Los sistemas van, desde los más tradicionales, basados en la detección de anomalías en documentación; hasta la grafología o cotejo documental digital que permite identificar anomalías en la documentación; pasando por entrevistas telefónicas orientadas o la intervención de detectives.

Como no puede ser de otra forma, AXA observa un escrupuloso cumplimiento a la Ley, y en particular a la que afecta a la protección de datos personales, y mantiene unas magníficas relaciones de colaboración con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en la persecución y lucha contra el fraude.

5. Las consecuencias del fraude

La detección de los casos de fraude tiene un impacto importante en la prima que pagan los asegurados por sus pólizas. El año pasado los pagos evitados por casos de fraude y que no fueron repercutidos en el resto de asegurados supusieron un ahorro del 5% en el seguro de Auto o del 19% en los casos de Responsabilidad Civil.

Cómo afecta el fraude al precio del seguro

Auto	5%
Hogar	5%
Industrias	9%
Comercio	7%
Comunidades	6%
Responsabilidad Civil	19%
Accidentes	10%
Oficinas	3%
Transporte/Embarcaciones	3%
Incendios	1%
Técnicos (C/Maq)	11%

En 2015 la Guardia civil y UNESPA, la patronal del sector asegurador, firmaron un acuerdo para mejorar la colaboración operativa en la lucha contra el fraude. El objetivo principal es establecer un modelo de colaboración entre Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y las entidades aseguradoras habilitadas para operar en territorio nacional con el fin de facilitar la prevención e investigación de las acciones encaminadas a defraudar a algún tipo de seguro.

6. Tasa de fraude por provincia en Andalucía

Como se podía apreciar en epígrafes anteriores, la tasa de fraude al seguro en Andalucía cayó al 2,38% en 2018 después de dos años consecutivos de subidas. Sin embargo, la comunidad autónoma se mantiene por encima de la media nacional, del 1,88%.

Del mismo modo, todas las provincias andaluzas presentan tasas de fraude superiores a la media nacional; aunque algunas de ellas no difieren mucho, como es el caso de Huelva y Córdoba, con un porcentaje de fraude entre su población del 1,91% y 1,97% respectivamente. En el extremo opuesto, Málaga con el 2,62% y Cádiz con el 2,96%.

Cabe señalar que en esta última provincia, en Cádiz, la tasa se ha reducido muy significativamente en el último año, en más de 1,7 puntos porcentuales. Se trata de la caída más importante de toda España en el último ejercicio. Otras provincias que también vieron descender su tasa de fraude al seguro en 2018 fueron Huelva, Sevilla y Almería.

Tasa del fraude al seguro por provincias en Andalucía



Consulta [aquí](#) la tasa de fraude al seguro en España por provincias en 2018

7. Tasa de fraude por género

El I Mapa AXA del Fraude en Andalucía ha realizado también un análisis de los datos por género, del que se desprende que, de media nacional, más del 75% del fraude en Auto lo cometen los hombres. Atendiendo al caso andaluz, en tres provincias, Huelva, Córdoba y Jaén, más de ocho de cada diez casos de fraude en este ramo los realizan los varones. En el extremo opuesto, Málaga, donde el porcentaje de varones que cometen fraude al aseguro en Auto es del 76%, en línea con la media nacional.

Porcentaje de fraude al seguro de Auto cometido por hombres en Andalucía



Consulta [aquí](#) la tasa de fraude al seguro de Auto en España por género y provincias en 2018

Estos porcentajes varían sensiblemente si atendemos al ramo de Hogar. Aquí los porcentajes de casos de fraude cometidos por hombre y mujeres están más equilibrados, aunque los españoles siguen defraudando más al seguro que las españolas. En media en España, el 59% de los casos detectados en los seguros de Hogar son cometidos por varones. Por el contrario, cuatro de cada diez los cometen las mujeres.

En el caso andaluz, prácticamente todos los varones a excepción de los almerienses, se encuentran por encima de la media nacional también en los casos de fraude al seguro en este ramo.

Especialmente relevante son los casos de Córdoba, Huelva y Jaén, donde el 65% de los fraudes en Hogar son cometidos por hombres.

Fuera de Andalucía, Vizcaya, Tenerife, Madrid y Baleares son las que presentan mayor tasa de fraude al seguro de Hogar entre mujeres. En todas estas, el 45% de los casos son cometidos por ellas.

Porcentaje de fraude al seguro de Hogar cometido por mujeres en Andalucía



Consulta [aquí](#) la tasa de fraude al seguro de Hogar en España por género y provincias en 2018

8. Nuevas formas de fraude al seguro

a Pólizas de RC en asesorías fiscales

Una de las últimas prácticas de fraude al seguro detectadas por AXA es aquella que afecta a los siniestros de empresas que activan su cobertura de responsabilidad civil (RC) de manera maliciosa. El cliente de la aseguradora en estos casos es una gestoría o una asesoría fiscal que, en connivencia con su propio cliente, planean una estrategia destinada a éste último evada impuestos. Y cuando la Agencia Tributaria detecta el fraude y sanciona a éste cliente, aduce un supuesto error de cálculo del asegurado (la gestoría) para activar la cobertura de RC y que sea la aseguradora la que afronte el pago de la sanción tributaria. Hace dos años AXA apenas detectó tres casos por una suma total de casi 22.500€. En 2018 los casos se elevaron a 14 y cantidad que trataron de defraudar fue de más de 1,5 millones de euros.

b Pólizas de RC Profesionales

El fraude que realizan algunas gestorías laborales es similar al comentado anteriormente. En este caso, el cliente de la gestoría (una empresa X) despide a un trabajador de manera improcedente calculando una indemnización a la baja a sabiendas. Posteriormente, y tras la denuncia judicial del trabajador a la empresa, ésta aduce que la propia gestoría es la responsable de cometer un error de cálculo en el finiquito del trabajador. Así la gestoría laboral, cliente de la aseguradora, solicita la activación de la cobertura RC Profesional para que sea el seguro quien afronte la indemnización. Aunque en número todavía no son muy significantes, en tres años la detección de estos casos ha crecido de seis en 2016, a 13 en 2018.

c Pólizas de Caución

Se trata de una práctica que llevan a cabo algunas agencias de viajes que se liquidan pocos meses después de su creación apropiándose de las cantidades de las reservas de los viajes de sus clientes, a los que dirigen tras la liquidación a la aseguradora para que haga frente al pago de los anticipos mientras ellos abren una nueva agencia y continúan con la estafa.



Estudio realizado en AXA España a través del análisis de casi 10.000 siniestros sospechosos de fraude que tuvieron lugar en Andalucía de un total de más de 140.000 siniestros declarados en 2018 en esta comunidad autónoma. Se entiende como fraude el tipo de estafa que consiste en realizar actos u omisiones conscientes que persiguen el engaño para obtener un beneficio económico de un tercero.
