



Informe

VI Mapa AXA del Fraude en España

Entidad AXA España
Fecha Febrero 2019

AXA presenta la VI edición del Mapa del Fraude al seguro en España con el objetivo 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 otros efectos perniciosos directos a aquellas personas que los cometen, derivados de la comisión de un delito punible.

Estos seis años de análisis, el más exhaustivo realizado por una compañía del sector asegurador del panorama nacional, permiten tomar un pulso tanto cuantitativo como cualitativo de una práctica, en ocasiones, socialmente tolerada.

A la luz de los datos analizados podemos concluir que el fraude al seguro continúa aumentando, tanto en número de casos como en pagos indemnizatorios fraudulentos detectados. Además, de alguna forma, esta práctica se está profesionalizando, en tanto que se observa un incremento de los casos planificados con antelación (fraude premeditado) frente a aquellos que tratan de introducir daños preexistentes o anteriores al siniestro (fraude oportunista). De hecho, el beneficio económico medio que se intenta defraudar en el fraude premeditado es de 3.200€, frente a los 600€ de media del fraude masa u oportunista.

Además, en el presente informe se aborda por primera vez un análisis del fraude al seguro desde la perspectiva de género.

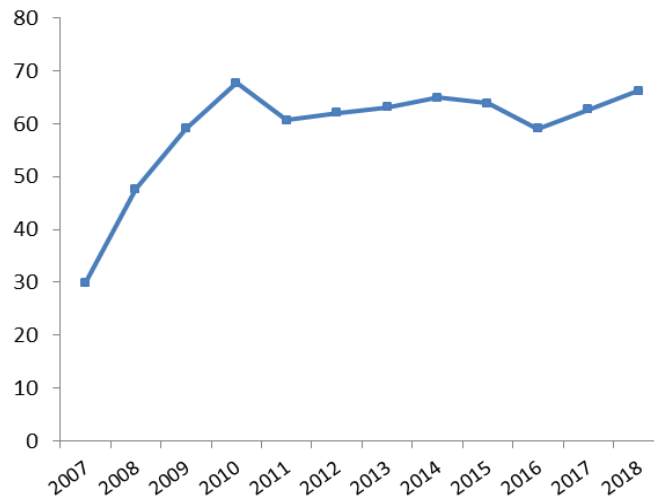
En ocasiones existe la falsa creencia de que los casos de fraude al seguro son resultado de la *picaresca española*, cuando en realidad se trata de un delito que puede acarrear graves consecuencias para las personas que los cometen.

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 todos sus ramos –Vida y No Vida, Particulares y Empresas– por un importe total de 66,2 millones de euros, lo que supone un incremento de más del 5,5% respecto del año anterior; y muy lejos de los 47 millones de los pagos fraudulentos que se detentaban hace solo 10 años.

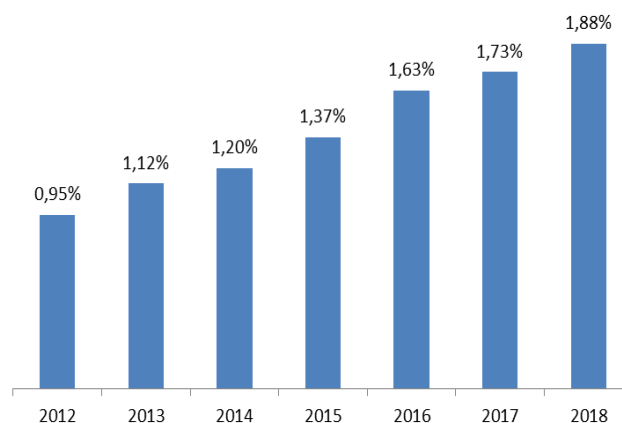
Fraude detectado en AXA (en millones de €)



Las causas de este incremento 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 sospechosos detectados por AXA han pasado de menos de 51.000 en el año 2016, a casi 64.000 el año pasado. Resultado de todo ello ha sido el aumento en un 12,5% del número de siniestros fraudulentos detectados, sobrepasando los casi 22.500.

Esto, unido a la reducción de la siniestralidad, explica el aumento de la tasa de fraude, entendida como el cociente de siniestros fraudulentos entre siniestralidad. El VI Mapa AXA del Fraude en España 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 nacional continúa creciendo, pasando de menos del 1% en 2012 al 1,88% del año pasado. Es decir, que se ha duplicado en 6 años.

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





En conclusión, se puede decir que el volumen de clientes tentados a cometer un fraude 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

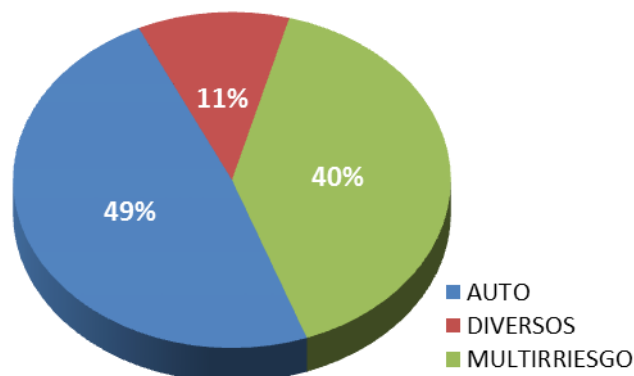
Auto sigue siendo el ramo que concentra el mayor porcentaje de fraude al seguro, con casi el 50%. En 2012 siete de cada 10 siniestros fraudulentos se producían en este ramo, pero el porcentaje ha ido reduciéndose paulatinamente, y de manera muy significativa en los últimos meses. Solo en el último año, el porcentaje de fraudes al seguro a través del coche ha caído 10 puntos porcentuales: del 61% de 2017, al 49% de 2018. Es probable que una de las razones que expliquen esta disminución esté en la entrada en vigor de la Reforma del Baremo el 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 40%, 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 11%.

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

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, también denominado fraude masa, hasta representar el 50%, frente al 55,2% del año anterior. El 66% de las ocasiones se trata de un fraude inferior a 600€.

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 el 47,5% de los casos de fraude evitados durante 2018, frente al 41% del año anterior. Su coste medio es sensiblemente mayor a éste último, y quien lo perpetra trata de obtener el máximo beneficio económico, lo que eleva la indemnización media a más de 3.200€.

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. Los casos detectados se mantienen estables. 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 desde 2015. En su conjunto, el fraude organizado al seguro supone ya el 2,6% del total, frente al 1% que suponía en 2015.

Del mismo modo, el importe medio a defraudar por las grandes tramas aumentó en 2018 después de dos años consecutivos de caída, pasando de los 2.400€ de 2017, a los de 4.400€ del año pasado; lo que indica que el fraude organizado ha tratado de cometer un menor número de delitos por un importe mayor.

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 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.



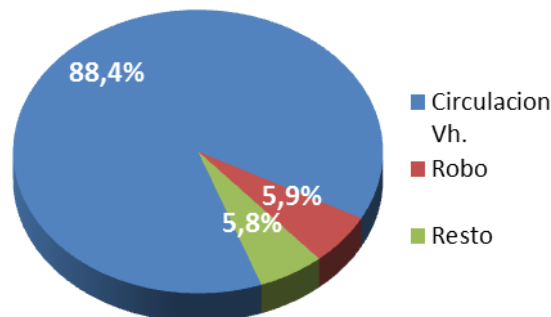
También existen las tramas criminales. Se caracterizan porque tienen una pirámide de mando criminal, y en ellas intervienen personas cuyo modus operandi está basado en la comisión de delitos. Son menos frecuentes, pero son las que entrañan mayor peligro, dado el perfil de estas personas. Cabe destacar 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, como ocurriera el año anterior, en 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 85%.

Distribución de las causas del fraude en Auto



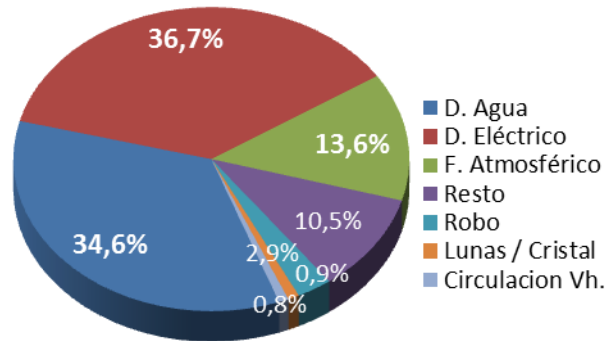
Multirriesgos ofrece una mayor diversificación en las casuísticas del fraude. Cabe señalar que los fraudes relacionados con los daños por agua han dejado de ser la primera causa de este ramos al verse superada por los daños eléctricos. Estos últimos suponen ya más del 36% del total y los segundos, los daños por agua, más del 34%. 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, casi dos puntos porcentuales, hasta representar ya más del 13% 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 1.135 el número de siniestros de esta casuística.



En cuanto a los importes por daños de agua, representa un 40% del total del dinero defraudado en Multirriesgos. Es significativo observar que la causa de Robo, que supone el 3% de los casos, representa casi del 12% del total de los importes defraudados.

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. Accidentes, que hasta el año pasado era la segunda causa, se vio superada en 2018 por los robos.

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, de 10 puntos porcentuales, pasando de representar el 27% en 2017 a significar el 17% 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 83% del total.

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. En 2012 representaba más del 72% del total. En 2018 apenas suponía el 52%.

El importe medio defraudado excusándose en los daños corporales antes de las reformas era de más de 17.000€. El año pasado esta cantidad no llegaba a 9.000€. Las reformas han disuadido a los defraudadores de utilizar esta vía.

La principal metodología que se emplea en el fraude corporal es la simulación del daño. En más del 66% 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. Por ejemplo, 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.

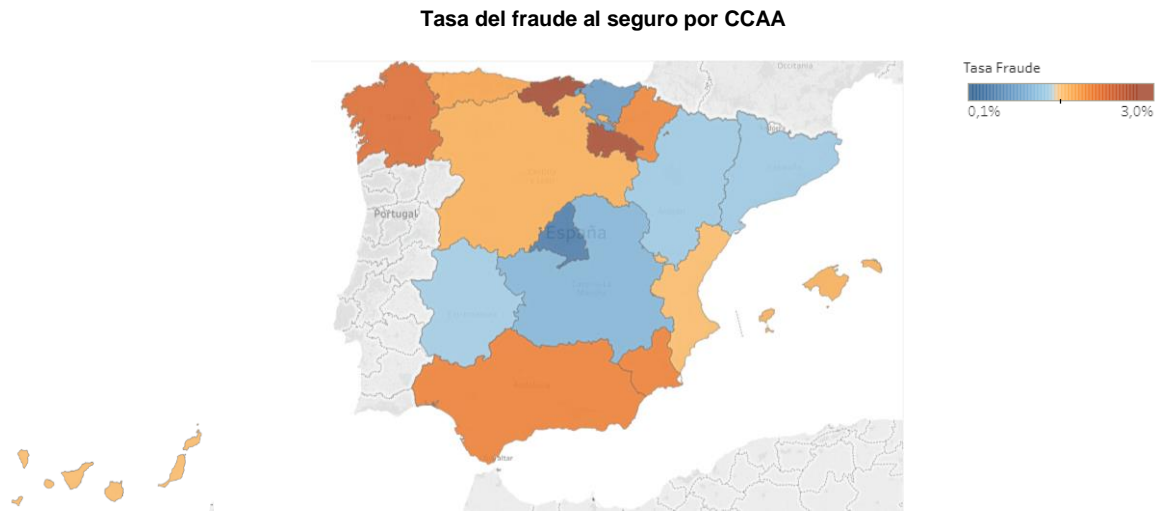
Cómo afecta el fraude al precio del seguro

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 Comunidad Autónoma

La tasa de fraude al seguro en España aumentó el año pasado hasta el 1,88%; frente al 1,73% que se registró en 2017. Las comunidades autónomas donde esta tasa es mayor son Cantabria (3%), La Rioja (2,94%) y Galicia (2,52%).



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

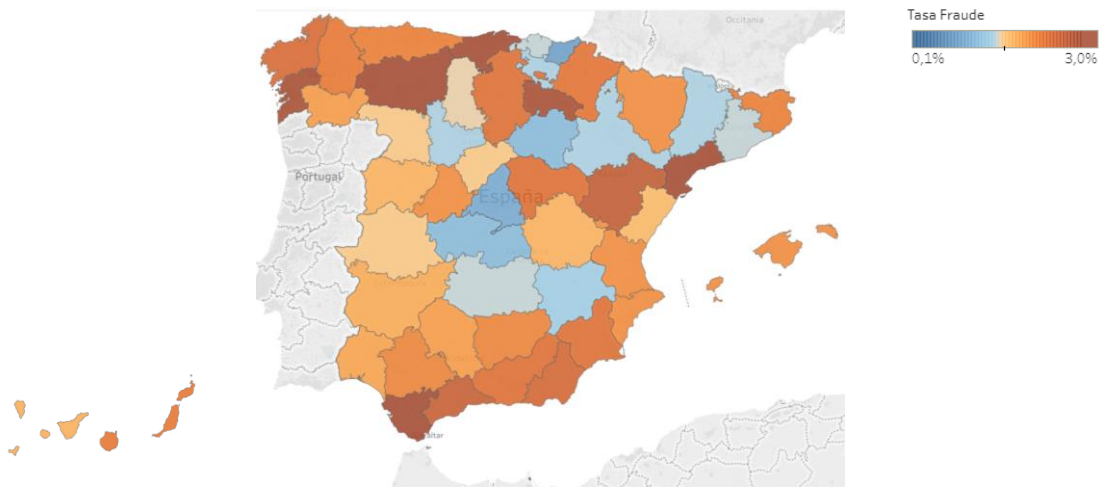
Por el contrario, las comunidades autónomas con menor tasa de fraude al seguro son Madrid (1%), País Vasco (1,32%), Castilla la Mancha (1,54%); y Cataluña y Aragón (ambas con un 1,73%).

En 2018 todas las comunidades autónomas vieron incrementarse su tasa de fraude al seguro, a excepción de Canarias, Murcia y Andalucía; donde descendió. Las que mayor repunte sufrieron fueron Cantabria (del 1,9% al 3%), La Rioja (del 1,8% al 2,9%) y Baleares (del 1,6% al 2,1%).

Por provincias, León, Cantabria, Tarragona y Cádiz son las que mayores tasas de fraude presentan; frente a Guipúzcoa, Madrid, Soria, Toledo y Albacete; que es donde menos se defrauda al seguro.

Aquellas cuya tasa creció en 2018 más de un punto porcentual son La Rioja, León y Cantabria; y aquellas donde más descendió fueron Huelva y Cádiz.

Tasa del fraude al seguro por provincias



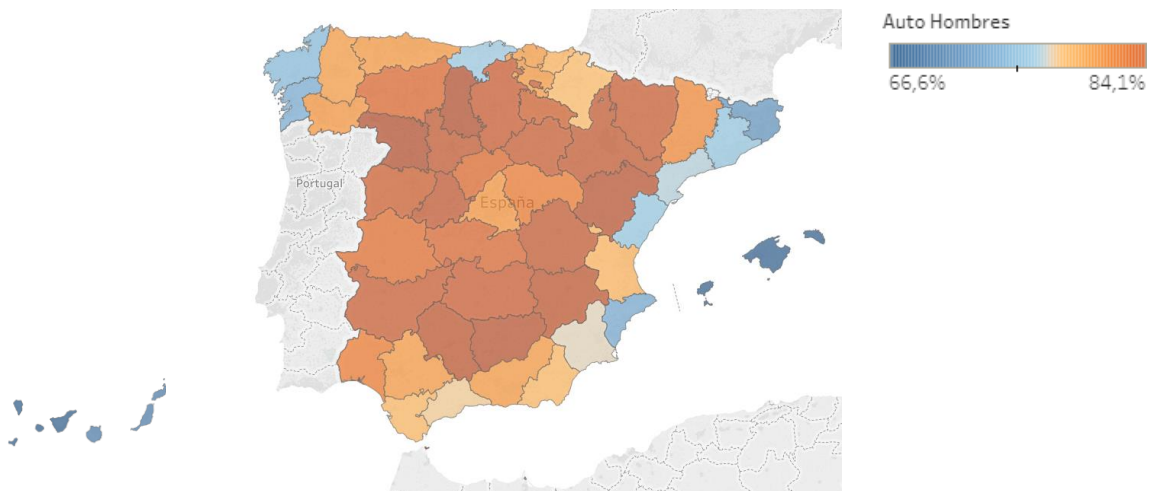
Consulta [aquí](#) la tasa de fraude al seguro en España por provincias en 2018

Por provincias, León (3,41%), Cantabria (3%), Tarragona (2,96%), Cádiz (2,96%), La Rioja (2,94%) y Pontevedra (2,90%) son las que mayores tasas de fraude al seguro registran. Por su parte, Guipúzcoa (0,89%), Madrid (1%), Soria (1,19%) y Toledo (1,2%); las que menos.

7. Tasa de fraude por género

El VI Mapa AXA del Fraude en España ofrece por primera vez una visión por género, de la que se desprende, por ejemplo, que más del 75% del fraude en Auto lo cometen los hombres. Así, en 22 provincias españolas, entre las que destacan Jaén, Palencia, Teruel y Zamora, más de ocho de cada diez casos de fraude en este ramo los realizan los varones. En el extremo opuesto, Baleares, Las Palmas y Tenerife son las provincias donde el porcentaje de varones que cometen fraude al aseguro en Auto frente a las mujeres es menor; y aun así suponen casi el 70% de los casos.

Porcentaje de fraude al seguro de Auto cometido por hombres

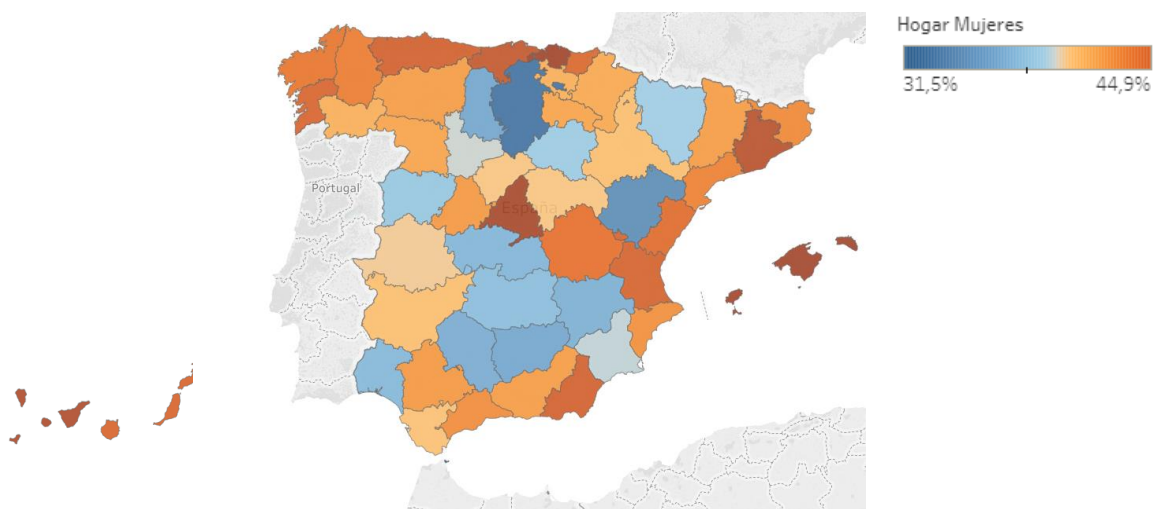


Consulta [aquí](#) la tasa de fraude al seguro de Auto en España por género y provincias en 2018

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.

Por provincias, 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



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

El VI Mapa AXA del Fraude al Seguro ha analizado también la tipología de los casos en función del género. Así, si bien la cartera de la aseguradora tiene en la actualidad una proporción de 68% hombres, 32% mujeres; el 73% de los fraudes que se cometen introduciendo daños preexistentes o anteriores al siniestro (fraude ocasional u oportunista), los llevan a cabo los varones.

Sin embargo, el 37% de casos en los que los daños reclamados son reales o ficticios, pero todos han sido planificados con antelación (fraude premeditado), han sido perpetrados por mujeres; a pesar de que, como decimos, ellas solo representan el 32% de la cartera.

Finalmente, el 74% de los casos de tramas organizadas son protagonizados por hombres.

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 Caucción

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 63.700 siniestros sospechosos de fraude de un millón de siniestros declarados en 2018. 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.
