



AXA España
Marzo 2023

X Mapa AXA del Fraude en España



X Mapa AXA del Fraude en España

Índice

TRIBUNA: Olga Sánchez	3
TRIBUNA: Arturo López-Linares	4
Introducción	5
1. Medios de detección del fraude	7
2. Tasa de fraude al seguro en España	8
3. Tipologías de fraude	10
4. La naturaleza del fraude	12
5. El fraude por causas	13
6. Tasa de fraude por CCAA	16
7. Ejemplos de fraude al seguro	17
8. Consideraciones finales	18



TRIBUNA

Olga Sánchez

CEO de AXA España

Se cumplen diez años de la publicación del análisis más exhaustivo y completo realizado por una compañía del panorama nacional de los casos de fraude que sufre el sector asegurador. Anualmente, este estudio ha permitido tomar un pulso tanto cuantitativo como cualitativo a una práctica, en ocasiones, socialmente tolerada.

Hubo un tiempo en que se consideraba que hablar de fraude era un acicate para los potenciales defraudadores, que se verían supuestamente incentivados a cometerlo. No compartíamos esa visión.

En AXA pensamos que era un problema social y económico que había que poner sobre la mesa, explicar a los asegurados las implicaciones que tenían para todos estos delitos. Y advertir a los honestos, que son mayoría, que no nos quedábamos de brazos cruzados, sino que lo combatíamos.

El fraude al seguro, además de ser un delito tipificado en el código penal, es una práctica que repercute de manera negativa en la prima que pagan el resto de los asegurados. De ahí, que en AXA hayamos defendido desde siempre una política

de tolerancia cero frente al fraude.

Las técnicas utilizadas actualmente para tratar de defraudar al seguro en nada se parecen a las empleadas hace diez o veinte años. El desarrollo tecnológico ha llevado aparejado una sofisticación y una complejidad que nos ha obligado a invertir sumas considerables para mantener a raya a los que se ven tentados a delinquir. Y así seguiremos haciéndolo mientras nos dediquemos a esta actividad.

Porque, desgraciadamente, el fraude no va a desaparecer.

“

El fraude al seguro es un problema social y económico que había que poner sobre la mesa, y analizar las implicaciones de estos delitos

”

Pero nuestro compromiso con los clientes honrados, tampoco. En defensa de sus intereses, que son los nuestros, seguiremos plantando cara, estudiando, analizando y persiguiendo los casos de fraude al seguro.



TRIBUNA

Arturo López-Linares

Director de Siniestros de AXA España

La lucha contra el fraude es, ante todo, la defensa de los clientes honestos. Ellos son la inmensa mayoría, más del 98 %, y si no actuáramos, estaríamos permitiendo que asumieran el coste de los delitos que comenten unos pocos.

Nuestra obsesión frente al fraude es consecuencia de nuestra obsesión por el cliente, porque somos sabedores que evitando las indemnizaciones fraudulentas podremos asegurar que ningún cliente pague en su prima los fraudes de otros.

Durante los últimos 10 años, la lucha contra el fraude se ha mostrado como una actividad

apasionante. Primero, porque es un reflejo de nuestra responsabilidad para con la sociedad. Mantener una cultura en toda la organización de intolerancia frente el fraude, invertir de forma decidida, formar a los equipos y diseñar una sólida barrera con todos nuestros recursos y proveedores, es una consecuencia clara de nuestra razón de ser como aseguradores; proteger a las personas, proteger lo que importa.

Pero además es una actividad apasionante por la increíble evolución que ha sufrido en estos diez años. Evolución de las capacidades del defraudador,

y evolución tecnológica para enfrentarlas. En particular, la identidad digital en contratos y firmas, la sofisticación en el uso de un dato más accesible y de mayor calidad, la automatización de procesos para gestionar inmensos volúmenes de información en plazos muy reducidos, la inteligencia artificial aplicada al análisis de textos o la conectividad entre los intervinientes en un siniestro ha permitido multiplicar la capacidad que tenemos para detectar situaciones anómalas e investigarlas con gran velocidad.

Y dejo para el final la principal fortaleza en manos de AXA frente al defraudador: Su equipo

“
En los últimos diez años hemos visto una increíble evolución en las capacidades del defraudador y en la tecnología para enfrentarse a él

”
 humano. Las personas que forman AXA, sus proveedores, sus distribuidores y su cultura desarrollada y entrenada durante los últimos diez años, son, sin duda, las principales barreras para defender al cliente frente al defraudador.

Sin complacencia, pero con orgullo del camino recorrido, trabajaremos intensamente de cara a seguir asegurando la defensa del cliente los próximos diez años y más allá.

Introducción

La sociedad española lleva varias décadas inmersa en una transformación tecnológica a la que el sector asegurador en general, y AXA en particular, no es ajena. La forma de relacionarse con los clientes, distribuidores, y con los propios trabajadores de la organización ha cambiado muy rápidamente en un corto espacio de tiempo. Y seguirá haciéndolo durante varios años más. Este cambio ha llevado aparejado, entre otras cosas, una mayor sofisticación y complejidad en los intentos por defraudar al seguro, lo que ha obligado a AXA a redoblar sus esfuerzos,

destinando más recursos, formación y mejor tecnología. Fruto de todo ello, como se verá en este informe, ha sido un importante aumento de las indemnizaciones evitadas y que no se han abonado por tratarse de siniestros fraudulentos.

Este desarrollo tecnológico al que nos referimos está permitiendo usar de manera más inteligente y eficiente la enorme cantidad de datos internos de que ha dispuesto históricamente el sector asegurador. La cuestión determinante es que, hasta ahora, no existía la capacidad material de procesar ese

volumen de información. Sin embargo, hace más de una década AXA comenzó a implementar las primeras reglas automáticas que ayudaron, por ejemplo, a comprobar datos básicos de un siniestro o de un cliente que antes realizaba un tramitador, como la fecha de ocurrencia, la fecha de contratación de la póliza o el historial de siniestros.

Además, dentro de los equipos de investigación, AXA ha creado un *Master de Fraude*, que permite, principalmente: i) explotar al máximo la capacidad de detección, no solo mejorando las reglas automáticas sino

todas las herramientas analíticas y ii) mejorar la investigación de siniestros sospechosos, en particular la coordinación con el resto de los profesionales implicados (peritos, investigadores de causas, detectives, etc). La política es de tolerancia cero frente a cualquier tipo de fraude. Por ello, además de los equipos internos de tramitación, la aseguradora ha puesto en marcha un programa de formación continua también a proveedores y mediadores para facilitar la detección de situaciones sospechosas.

Los robots aplicados en la lucha contra el fraude permiten ser más proactivos, invirtiendo menos tiempo en resolver problemas complejos de clientes y mediadores

Los sistemas que emplea AXA permiten comparar información de un siniestro con el resto de información relacionada, como por ejemplo la contenida en las pólizas, recibos, datos del cliente, etc. Son sistemas basados en las matemáticas, algoritmos e informática, que permiten diseñar modelos predictivos capaces de anticiparse en la detección. Esto, en definitiva, ayuda a diseñar barreras de entrada al defraudador.

La automatización robótica de los procesos (RPA: *Robotic Process Automation*) está haciendo que aumente de manera muy importante el volumen de las investigaciones realizadas sobre los casos sospechosos. Los robots aplicados en la lucha contra el fraude, al igual que en el resto de las operaciones, permiten ser más proactivos; invirtiendo menos tiempo en resolver problemas complejos de clientes y mediadores. Esta mejora en los procesos de la

lucha contra el fraude se ha visto complementada por la inteligencia artificial aplicada a la gestión de siniestros. Nuevas técnicas, como el análisis de textos o la visión artificial, permiten identificar anomalías y disipar sospechas en la validación, por ejemplo, de documentos (DNI o facturas) o matrículas de vehículos.

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; pasando por entrevistas telefónicas orientadas o la intervención de detectives.



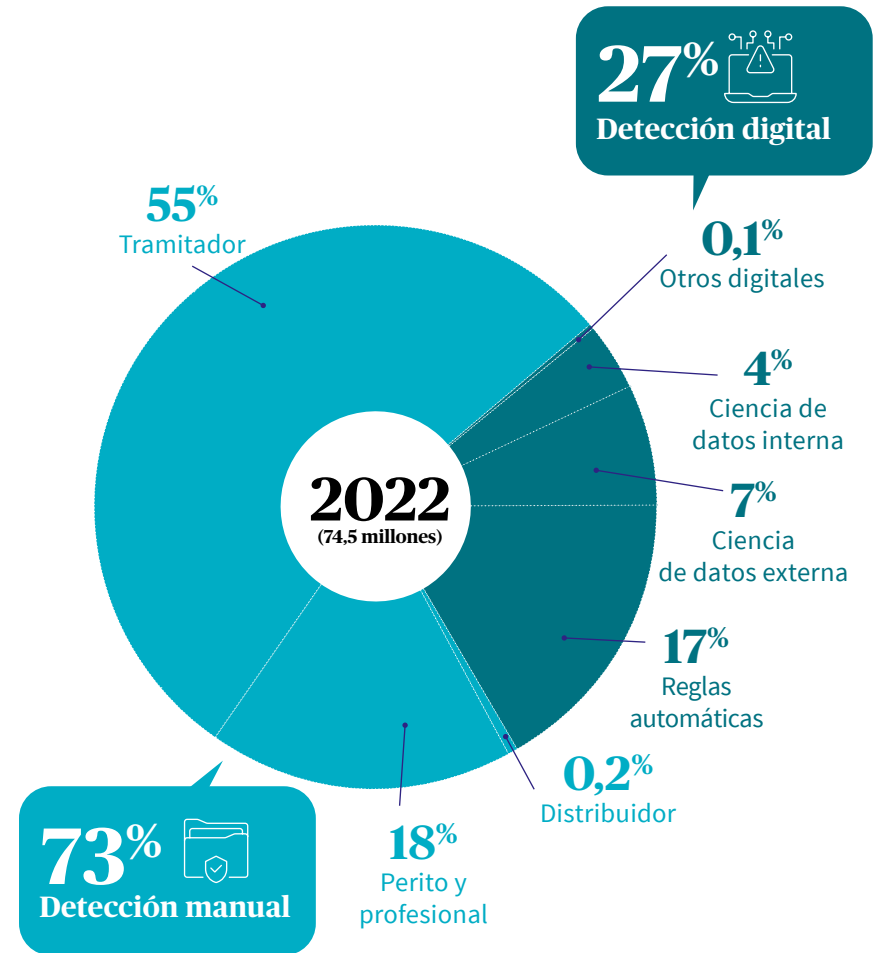
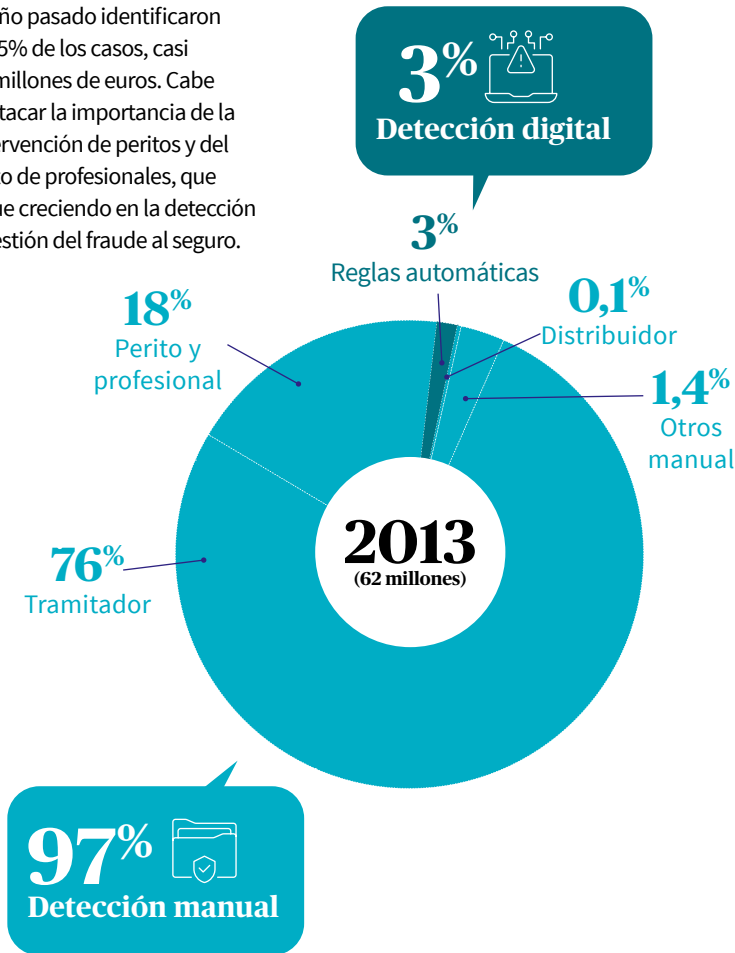
Los sistemas que emplea AXA permiten comparar información de un siniestro con el resto de información relacionada, como por ejemplo, la contenida en las pólizas, recibos, datos del cliente, etc.

1 Medios de detección del fraude

Antes de que AXA comenzara a implementar las primeras reglas automáticas, la práctica totalidad de los casos de fraude (un 97%) eran detectados de forma manual. En concreto, gracias a la labor de los tramitadores se evitaban pagos fraudulentos por valor de más de 47 millones de euros, el 76% del total. Y solamente el 3% se lograba gracias a la detección digital, básicamente reglas automáticas.

En la actualidad, la foto es bien distinta. Aquel 3% se elevó el año pasado hasta el 17%. Con las reglas automáticas AXA ahorró en 2022 más de 12 millones de euros. Pero es que, además, los métodos aplicados por la ciencia de datos (tanto internos como de proveedores externos), que no existían hasta hace poco, evitaron pagos por más de 7,5 millones. Por su parte, los tramitadores siguen jugando un papel fundamental en la detección del fraude.

El año pasado identificaron el 55% de los casos, casi 41 millones de euros. Cabe destacar la importancia de la intervención de peritos y del resto de profesionales, que sigue creciendo en la detección y gestión del fraude al seguro.



2 Tasa de fraude al seguro en España

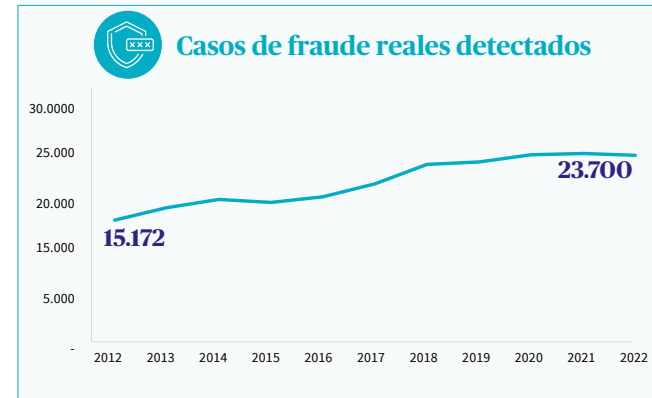
La tasa de fraude al seguro en España –entendida como el cociente de siniestros fraudulentos entre el total de siniestros declarados– ha ido aumentando de manera paulatina en los últimos diez años. Con el fin de poder extrapolar este índice al conjunto del sector asegurador nacional, AXA ha ponderado los datos por su cuota de mercado geográfica, y de ese análisis se puede inferir que la tasa de fraude

al seguro en España continúa creciendo, hasta duplicarse en una década y alcanzar el 1,96%.

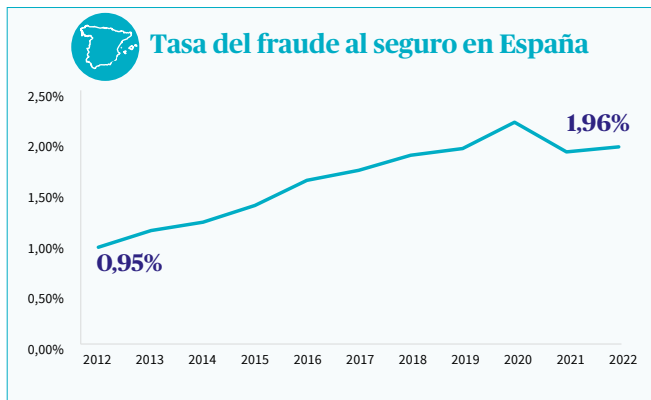
El crecimiento ha sido constante, con un repunte especialmente significativo en el año 2020, coincidiendo con la pandemia de Covid19 y el confinamiento obligado que se impuso desde el Gobierno en todo el territorio nacional. En los años posteriores, se ha moderado.

Una de las explicaciones que hay detrás de este aumento de las tasas de fraude es el incremento de los casos de fraude reales detectados (numerador de la ecuación), que han pasado de los 15.000 en 2012 a los casi 24.000 diez años después. Se detectan más casos como consecuencia de los mayores recursos y perfeccionamiento de la tecnología que permite identificarlos. Además, las dos crisis económicas que han azotado a España en la última década han podido tentar a un mayor número de ciudadanos a cometer un delito de fraude.

El aumento de la tasa ha sido constante, con un repunte especialmente significativo en 2020, coincidiendo con la pandemia



Se detectan más casos como consecuencia de los mayores recursos y perfeccionamiento de la tecnología que permite identificarlos





En 2022 AXA evitó pagos indemnizatorios fraudulentos en todos sus ramos –Vida y No Vida, Particulares y Empresas– por un importe total de 78,6 millones de euros, frente a los 71,3 millones que se evitaron el año anterior. A principios de la década pasada, este importe a penas superaba los 60 millones; sin embargo, la tendencia ha ido en aumento en todo el periodo.

A pesar de que Auto, la movilidad, continúa siendo el área de negocio que concentra el mayor

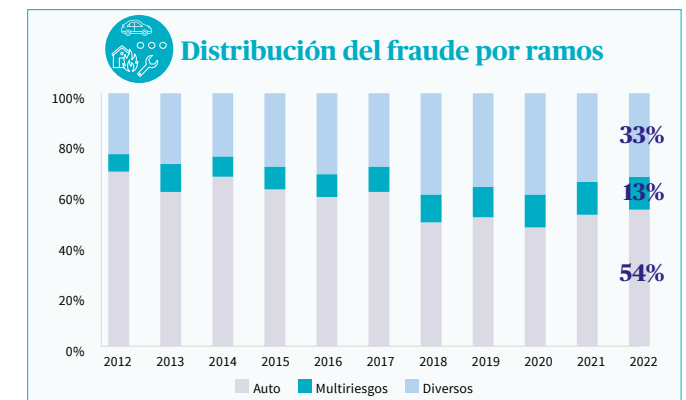
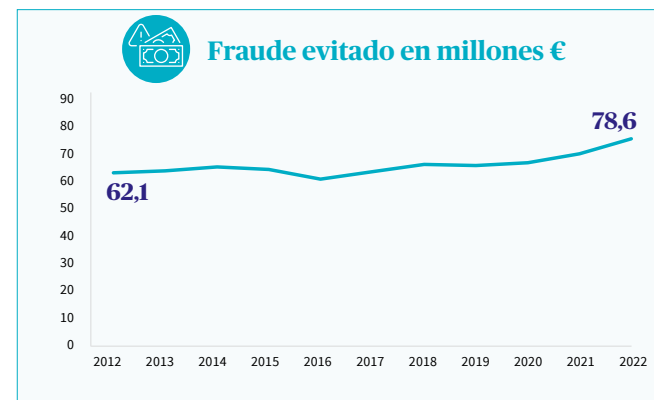
porcentaje de fraude al seguro, éste ha caído de manera muy significativa en los últimos diez años. En 2012, siete de cada diez casos de fraude al seguro se producían en el ramo del Auto. En la actualidad son cinco de cada diez. Como veremos más adelante, una de las razones que está detrás de esta caída han sido las reformas del Baremo de Lesionados, que desde hace unos años han hecho menos atractiva la coartada del coche para defraudar al seguro. El Baremo redujo las indemnizaciones de los pequeños lesionados

para aumentar la de los grandes afectados, y esto hizo desistir a muchos defraudadores, que solían utilizar la excusa del latigazo cervical para cometer un delito.

Es exactamente lo contrario de lo que ha ocurrido con el ramo de Multirriesgos (Hogar, Comercio y Oficinas, y Comunidades). Aquí el porcentaje se ha duplicado en diez años, pasando del 7%, al actual 13%. El aumento de los eventos climáticos severos ha podido servir como coartada para simular o fingir daños no

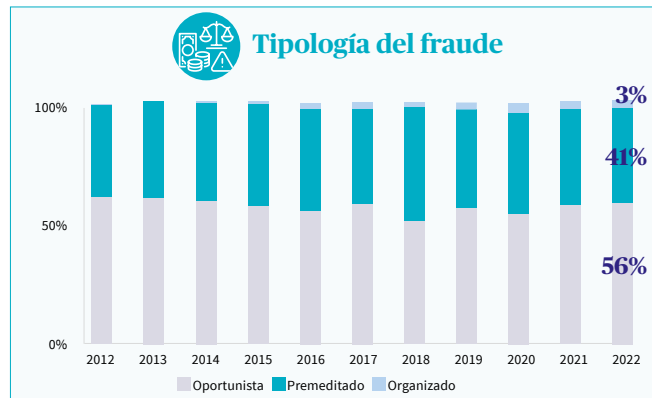
relacionados con tales causas o, en caso de existir, exagerar tales daños para sacar un mayor provecho del seguro. Otras de las prácticas más habituales son la presentación de facturas falsas a la hora de indemnizar un siniestro o la falta de mantenimiento de los bienes del hogar.

Finalmente, los casos de fraude en el ramo de Diversos (RC, Transporte, Industrias, Salud, Accidentes y Vida) han aumentado casi 10 puntos porcentuales en la última década, del 24%, al 33%.



3 Tipologías de fraude

Las aseguradoras se enfrentan a tres grandes tipos de fraudes. Por un lado, el fraude ocasional u oportunista. Es aquel en el que se aprovecha un siniestro real para reclamar daños preexistentes, anteriores o exagerar sus consecuencias. Su práctica se incrementa con las crisis económicas, sofisticándose, aumentando también la frecuencia pero bajando su coste medio.



Por otro lado, el fraude premeditado. Se trata de casos en los que los daños reclamados son reales o ficticios, pero todos han sido planificados con antelación. También repunta en los periodos de crisis económica. Y finalmente, el fraude organizado. Es el que lleva a cabo un modus operandi más peligroso. Se trata de bandas o tramas organizadas



ocasionalmente apoyadas por profesionales que buscan la industrialización de su proceso delictivo.

El fraude puede ser ocasional, premeditado u organizado





La forma en la que se distribuye el fraude en función de su tipología apenas ha variado en los últimos años. Más de la mitad corresponden a casos en los que el asegurado ha sufrido un siniestro real, pero intenta introducir daños que nada tienen que ver con el suceso. De todos estos casos, los que trataban de defraudar menos de 600 euros, han supuesto entre el 50% y el 60% del total en los últimos diez años.

Por otra parte, el 41% de todo el fraude corresponde a casos en los que existe una premeditación, una planificación para tratar de delinquir y obtener un beneficio económico del seguro, ya sea a través de un daño real a o ficticio. Este porcentaje se ha mantenido más o menos estable a lo largo del tiempo; y el coste medio ha oscilado entre los 3.000 y los 4.000 euros durante el mismo periodo.

Más de la mitad del fraude corresponde a casos en los que el asegurado ha sufrido un siniestro real, pero intenta introducir daños que nada tienen que ver con el suceso

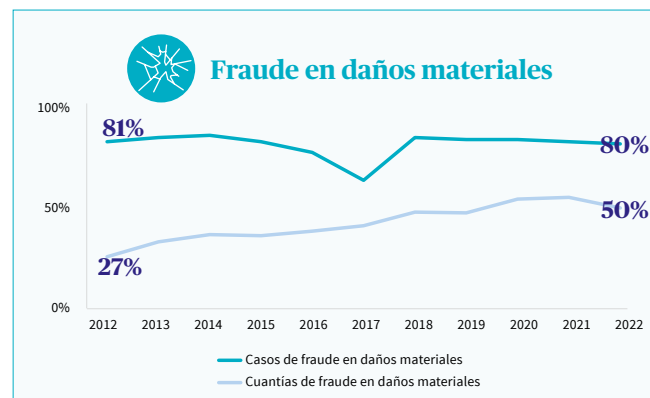
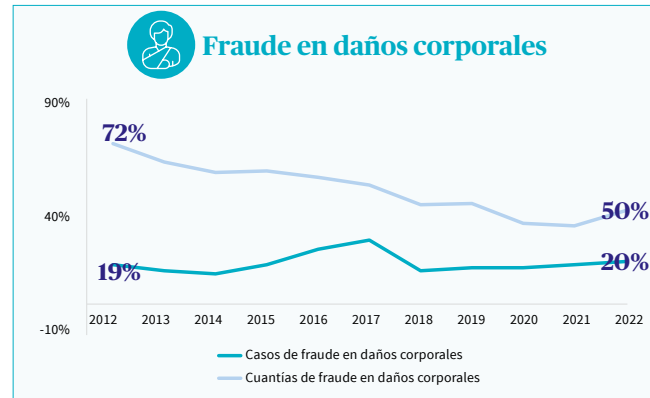
Finalmente, el peso de las tramas organizadas en el total de los casos es relativamente menor, apenas el 3%. Sin embargo, los importes defraudados por cada una de ellas son mayores, y la forma de combatirlo, más compleja. De hecho, el aumento de una criminalidad organizada, que en ocasiones se suma a otras actividades delictivas, complica el reto para el sector asegurador y exige un mayor esfuerzo y *expertise* para afrontarlo, así como una estrecha colaboración con los Cuerpos y Seguridad del Estado para evitarlo.

4 La naturaleza del fraude

Los casos de fraude al seguro también se pueden clasificar atendiendo a si afectan a daños materiales o si persiguen obtener indemnizaciones fingiendo daños corporales. En porcentaje, los casos de fraude que simulan daños materiales siempre han sido mayores. Ocho de cada diez responden a esta casuística. Sin embargo, en términos de dinero defraudado, ese 80% de casos apenas representaba en 2012 el 30% del total de las cuantías. En 2022, el 80% de los casos representó el 50% de los importes defraudados.

En el reverso de la moneda, los casos de fraude por daños corporales se han mantenido en los últimos 10 años entorno al 20%. Un 20% de casos que en 2012 suponían más del 70% de las cuantías defraudadas.

En la evolución de los casos corporales se observa un repunte y una caída posterior especialmente relevante a mediados de la década pasada. Hasta 2015 el traumatismo menor de columna vertebral (esguinces cervical, dorsal y lumbar) era un agujero para las compañías de seguros, convirtiéndose en la primera causa de fraude en el ramo de Auto aduciendo daños corporales. Sin embargo, la reforma del sistema de valoración de daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de tráfico, el conocido como Baremo de Auto, pasó a considerar estos casos, también llamados *latigazo cervical*, como una incapacidad transitoria sin secuelas (salvo que exista un informe médico concluyente), lo que hizo que este tipo de argucias fueran poco atractivas para



los defraudadores, haciendo descender el número de casos.

Por otro, una reforma del Código Penal despenalizó las faltas en los accidentes de

Cuando la reforma del Baremo de Auto pasó a considerar el 'latigazo cervical' como una incapacidad transitoria sin secuelas, cayeron los casos de fraude corporal

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 hacerse por la vía Civil, salvo los casos graves con

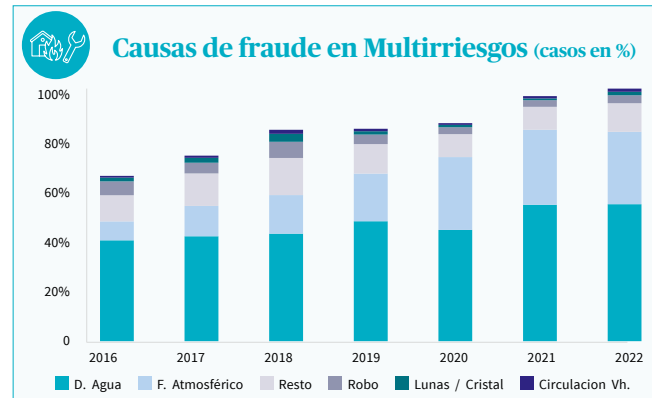
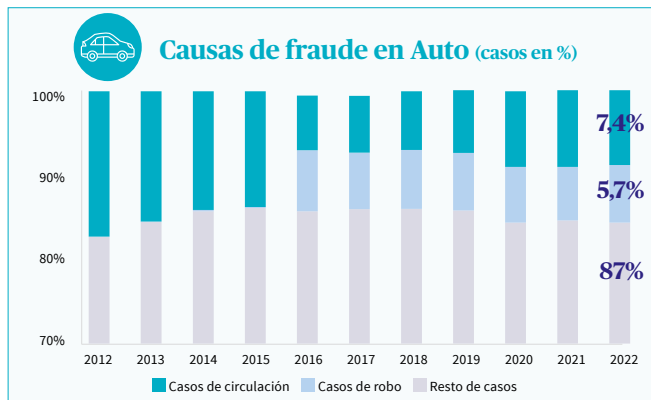
presuntos delitos. Vía Civil que obliga al afectado a justificar que ha solicitado de manera amistosa una reclamación a la entidad aseguradora y ésta ha contestado con una oferta o respuesta motivada a la misma.

Tanto aquella reforma, como la reciente de 2021, en términos generales, han aumentado las cuantías de las indemnizaciones a los grandes lesionados en detrimento de las lesiones más leves, que son las más susceptibles de utilizarse como cohartada para defraudar al seguro. Esto ha provocado una tendencia a la baja en los últimos diez años en las cuantías de corporales, pasando de representar más del 70% del total en 2012, al actual 50%. En el lado apuesto, las cuantías de dinero tratadas de defraudar en los casos con daños materiales no han dejado de aumentar en todo el periodo.

5 El fraude por causas

En cuanto al fraude al seguro en función de las causas aducidas en el ramo de Auto, a lo largo de los últimos diez años, casi el 90% de los casos están relacionados con supuestos siniestros que tuvieron lugar durante la circulación del vehículo. Cabe señalar que la coartada del robo, que a principios de la década pasada apenas era empleada, en la actualidad se utiliza en casi el 6% de los casos del ramo de Auto.

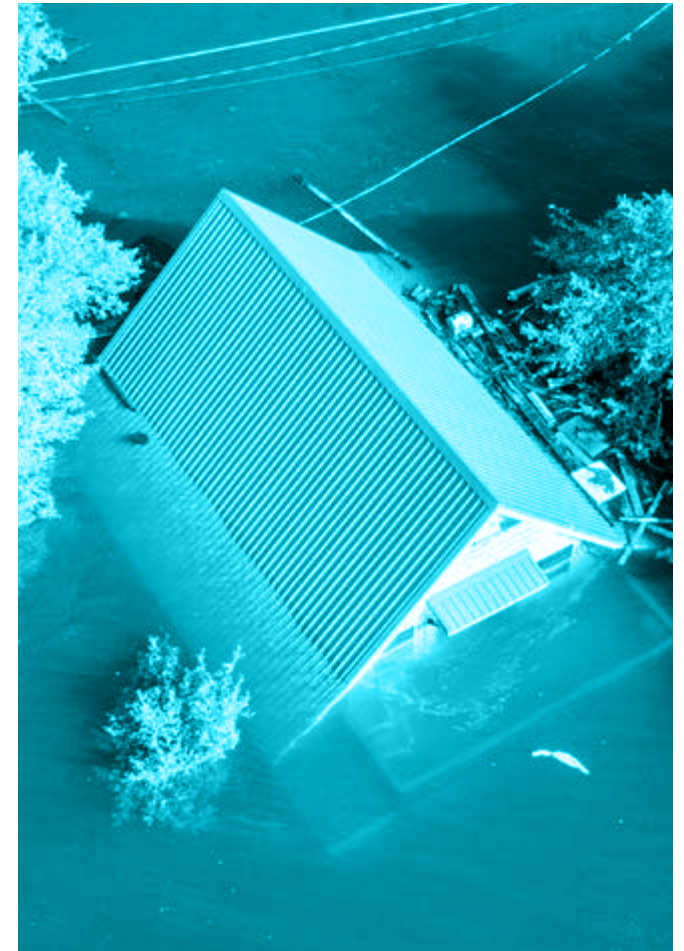
En términos de importes, en 2022, el montante que supuso el fraude durante la circulación fue de casi 22 millones de euros, lo que significa el 75% del importe total defraudado en los casos de Auto. Por su parte, el fraude que aducía robo supuso más de un millón de euros. En 2022, en cuanto a la tipología del fraude de Auto, el 77% de los casos (en 2021 era el 78%) corresponde al fraude oportunista, el 23% premeditado y el 1% restante a tramas organizadas.



Multirriesgos (Comercio, Comunidades, Hogar y Oficinas) ofrece una mayor diversificación en las casuísticas del fraude. Cabe señalar que los casos de fraude aduciendo daños por agua que no tienen cobertura o que fueron exagerados son la mayoría (casi 54% en 2022), y llevan aumentando desde 2016 (cuando suponían menos del 40%). El fuerte incremento de los últimos años puede deberse a los grandes fenómenos climatológicos

(DANAs, borrasca Gloria, etc.) que afectaron a varias zonas de España en 2020 y que terminaron de resolverse en 2021, unidas a la borrasca Filomena en el inicio de 2021. En términos de importes, el fraude aduciendo estos daños supuso el año pasado más de 4 millones de euros, más del 40% del fraude total del ramo de Multirriesgos, con un importe medio de 1.200€.

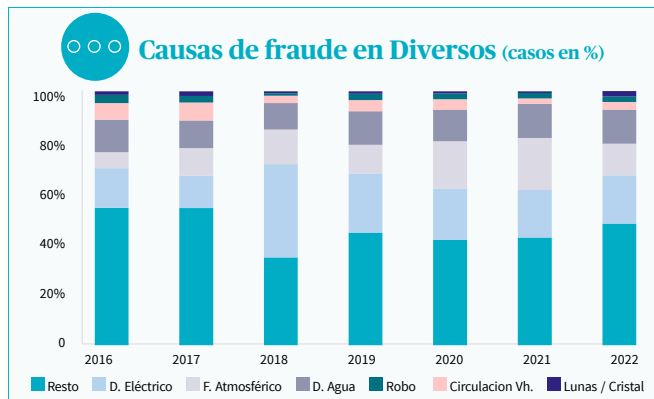
En la misma línea de lo sucedido con los daños por Agua, el fraude que utiliza



como coartada daños Atmosféricos no deja de crecer desde 2016. Entonces suponían el 7% del total, y el año pasado significaban el 28% de todos los casos de fraude de Multirriesgos; casi tres millones de euros y el 28% del total del importe defraudado en este ramo. El año pasado, el importe medio de los casos de fraude que aducían daños por agua fue de 1.600 euros.

A diferencia de los que sucede en el negocio de Auto, Multirriesgo es el segmento preferido para las personas que llevan a cabo un fraude premeditado y pensado con anterioridad al siniestro. Estos casos representan el 72% del total, frente al 28% del oportunista.

Finalmente, en el ramo de Diversos (RC, Industrias, Incendios, Decesos, etc.) los daños eléctricos vuelven a ser los más utilizados en este ramo para tratar de acometer fraudes, con casi del 20% de los casos, seguidos



de los daños por agua y los atmosféricos.

Sin embargo, en términos de importe, son los atmosféricos los que representan un mayor monto, con más de 2 millones de euros, del total del fraude en Diversos, lo que significa el 22% del importe total del ramo. En este caso, el importe

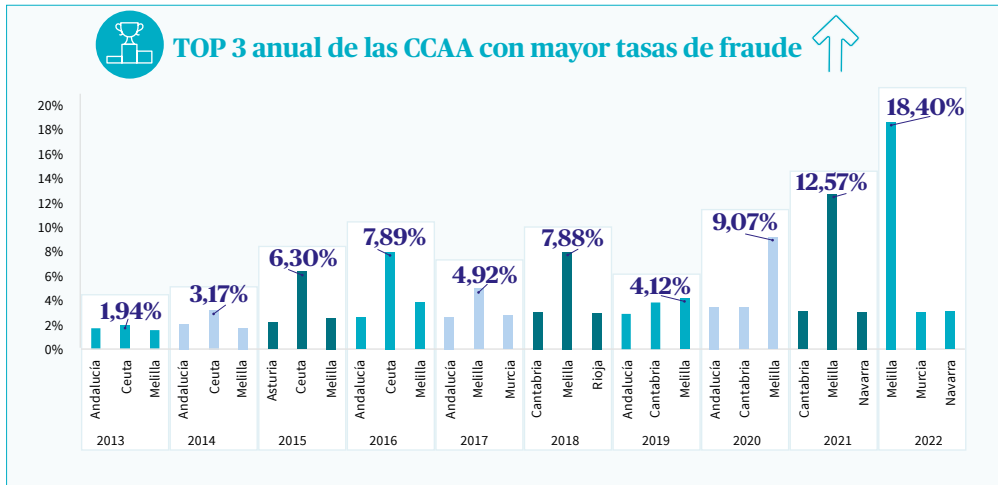
medio defraudado por daños atmosféricos fue en 2022 de más de 6.000 euros.

En este caso, en 2022 las tipologías están más compensadas. El 53% de los casos son fraudes oportunistas y el 47% premeditado. La presencia de tramas aquí es residual.

Multirriesgo es el segmento preferido para las personas que llevan a cabo un fraude premeditado y pensado con anterioridad al siniestro



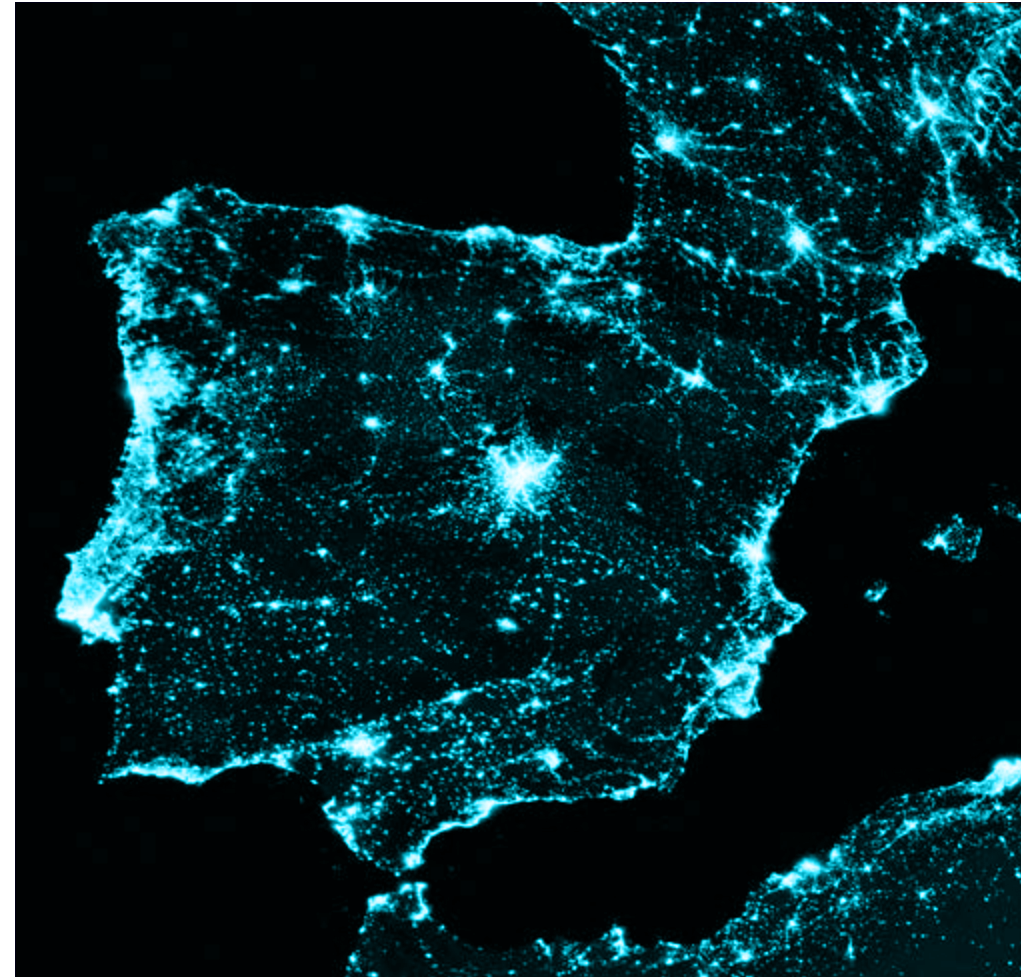
6 Tasa de fraude por CCAA

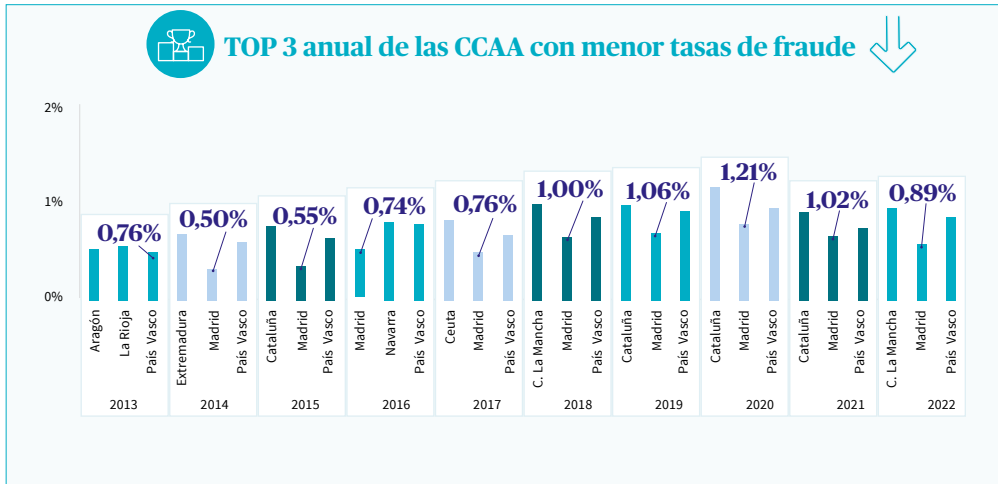


Aunque la tasa media de fraude al seguro se ha doblado en diez años, se debe concluir que la inmensa mayoría de los españoles son honestos a la hora de declarar un siniestro. Y menos de dos de cada cien trata de cometer un delito. Sin embargo, la situación varía entre Comunidades Autónomas. En estos últimos diez años,

las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla son las que más han repetido en el Top3 de las mayores tasas, superando los dos dígitos. Si descrestamos el caso de Melilla, cabe señalar que en 2012 las Comunidades Autónomas con mayores tasas de fraude a penas llegaban al 2%, y diez años después lo sobrepasan ampliamente.

En 2012 las Comunidades Autónomas con mayores tasas de fraude a penas llegaban al 2%, y diez años después lo sobrepasan ampliamente





Aunque se han hecho avances en los últimos años, el volumen de información que se comparte entre compañías y con las propias Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en la lucha contra el fraude al seguro es muy pequeño



En el lado opuesto de la tabla, Madrid, Cataluña y País Vasco, son las Comunidades que más aparecen entre aquellas con menor tasa de fraude en los últimos diez años. En algunos años, con datos del 0,5%, podría decirse que en número de casos, el fraude es casi inexistente en estas regiones.

Sobre estas bajas tasas de fraude tienen mucho que decir las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. Guardia civil y UNESPA, la patronal del sector asegurador, cuentan con 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.

Sin embargo, todavía queda un largo camino por recorrer. Aunque se han hecho avances en los últimos años, el volumen de información que se comparte entre compañías y con las propias Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en la lucha contra el fraude al seguro es muy pequeño. El propio reglamento de la Ley de Protección de Datos, las limitaciones tecnológicas que existen en la Administración Pública y en algunas aseguradoras, y los propios recelos entre éstas a compartir información, hace que exista un gran margen de mejora para detectar un mayor porcentaje de casos fraudulentos.

AXA opera en más de 50 países del mundo y puede constatar que, en muchos de ellos, como en el Reino Unido, este tipo de iniciativas colaborativas están dando unos grandes resultados. Además, tienen un importante

efecto disuasorio entre los potenciales delincuentes. Una mayor integración en la lucha contra el fraude beneficia al sector asegurador y, sobre todo, protege a los clientes honestos.

Porque no hay que perder de vista que los mayores perjudicados del fraude al seguro son los clientes honestos. La detección de los casos de fraude tiene un impacto importante en la prima que pagan los asegurados por sus pólizas. En los últimos diez años, los pagos evitados por casos de fraude y que no fueron repercutidos en el resto de los asegurados supusieron un ahorro de entre el 20% y 27% en el seguro de Responsabilidad Civil y de entre el 6% y el 10% en Industrias. Por su parte, en los ramos con mayor penetración en el mercado, este ahorro para los clientes ha estado entorno al 4% en Auto y al 5% en Hogar.

7 Ejemplos de fraude al seguro



En los últimos años se han destapado nuevas tipologías de fraude al seguro en España, como el empleo inadecuado de pólizas de concesionarios de coches. Son casos en los que una o varias personas físicas se dan de alta como profesionales de la compraventa de vehículos y ofertan a través de Internet seguros de Auto a menor precio haciendo pasar el vehículo de un tercero por vehículo de su flota. Esta contratación es fraudulenta porque las pólizas Global Concesionario únicamente dan cobertura a la Responsabilidad Civil (RC) básica de los vehículos de la flota del concesionario (siempre que fuera conducido por personal autorizado, con limitación en un radio de kilómetros y en horario comercial).

En esta década también han sido recurrentes los casos

de turistas que venían a pasar unos días a España y, una vez en sus países de origen, reclamaban a los Tour Operadores con quien contrataron el viaje una indemnización por intoxicaciones alimentaria durante su estancia en el hotel. Además, esta operativa fraudulenta obtenía el apoyo de la legislación de algunos países en los que la demostración y prueba del daño sufrido y la acreditación del nexo causal era menos exigente que en España.

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 que éste último evada impuestos. Y cuando la Agencia Tributaria detecta el fraude y sanciona a esta 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. En tres años AXA pasó de detectar tres casos por una suma total de casi 22.500€, a identificar 14 por valor de más de 1,5 millones de euros.

AXA ha detectado también numerosos intentos de fraude cometidos por gestorías aseguradas en connivencia con empresas supuestamente perjudicadas por “olvidos”. La empresa perjudicada

reclama una sanción impuesta por la Seguridad Social, al detectar en una inspección a trabajadores que no estaban dados de alta. La gestoría asegurada se hace responsable argumentando haber olvidado gestionar dichas altas. Durante la investigación se detectan las contradicciones al solicitar la documentación acreditativa del encargo, y la imposibilidad de haberlo recibido según la versión proporcionada. Es un intento de que su póliza de Responsabilidad Civil asumiera el coste de una conducta empresarial inadecuada. En 2022 AXA ahorró casi 2 millones de € en el seguro de RC Profesional. Esto supone casi el doble que lo detectado el año anterior.

En los últimos años también han proliferado los fraudes en las 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.

Los temporales y las DANAS que están teniendo lugar de forma más intensa en los últimos años se están utilizando cada vez más como móvil para tratar de cometer un fraude al seguro. Esto ha hecho que la garantía de Extensivos, que es la que cubre este tipo de siniestros, sea la segunda más utilizada de su ramo con fines delictivos. Desde 2020 este tipo de causas concentra en torno al 30% de los fraudes.

Las nuevas formas de movilidad están llevando aparejada nuevas necesidades de aseguramiento y, por

consiguiente, nuevas formas de fraude. Es el caso, por ejemplo, de los patinetes eléctricos. Aquí lo que se hace es simular un daño material causado por el conductor de un patinete contra un tercero, y que suele afectar a teléfonos móviles, tratando de activar así la cobertura de responsabilidad civil.

Aunque todavía son pocos los casos que se han identificado a nivel mundial llaman la atención por su novedad los intentos de defraudar al seguro a través de la suplantación de la identidad con la tecnología que permite recrear la fisonomía facial e incluso la voz de un individuo a través de *deepfakes*. Los sistemas de reconocimiento facial se han encontrado estos años con el desafío de un nuevo desarrollo tecnológico que está al alcance de cualquier persona y que permite de manera más o menos sencilla la suplantación de la identidad.

Los temporales y las DANAS que están teniendo lugar de forma más intensa en los últimos años se están utilizando para tratar de cometer fraude



8 Consideraciones finales



Diez años de análisis del fraude al seguro en España han servido para confirmar que, pese a que la gran mayoría de los clientes son honestos, la tasa de fraude lleva diez años manteniendo una tendencia al alza. Un incremento que se explica, en parte, por la inversión del sector y por el desarrollo de nuevas y más eficaces herramientas y tecnologías de detección. Los baches económicos que han azotado a la economía española en los últimos años también han podido incrementar el número de personas que se han visto tentadas de defraudar al seguro.

El seguro más extendido en el mercado, Auto, concentra el mayor número de casos.

En la actualidad son cinco de cada diez. Pero hace una década esta relación era de siete de cada diez.

Por otro lado, más de la mitad de todos los casos de fraude corresponden a sucesos en los que el asegurado ha sufrido un siniestro real, pero intenta introducir daños que nada tienen que ver con él: es el fraude oportunista.

La política de AXA es de tolerancia cero frente a cualquier tipo de fraude. Un compromiso ineludible con sus clientes y con el resto de la sociedad al que nunca va a renunciar.

Pese a que la gran mayoría de los clientes son honestos, la tasa de fraude lleva diez años creciendo



 www.axa.es

 [@AXASegurosEs](https://twitter.com/AXASegurosEs)

 comunicacioncorporativa@axa.es