

Isabel Casares San José-Martí

Economista. Actuarial de seguros. Asesora actuarial y de riesgos.

EL FRAUDE EN LOS SEGUROS

Las entidades aseguradoras reciben semanalmente cientos de siniestros fraudulentos, especialmente para las coberturas de Responsabilidad Civil por daños materiales y Responsabilidad Civil por daños corporales.

Según un informe publicado por ICEA (Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones como primera asociación de entidades de seguros que se constituye en España con fines exclusivos de estudio, formación, investigación y asesoría sobre materias que afectan a la actividad aseguradora), automóviles, hogar y comercios son los ramos de seguros que concentran los mayores fraudes. ICEA es miembro del grupo de la Conferencia Europea de Instituciones de Formación Profesional en Seguros, formado en la actualidad por 25 países.

Las estadísticas obtenidas a lo largo de los años por las propias compañías aseguradoras, nos reflejan que el coste por los intentos de fraude suponen casi el 2,5% del total de los seguros contratados.

Podemos decir que entre los fraudes se mezclan muchos casos de picaresca e intentos de la misma que llegan a rozar el delito, sobre todo en las coberturas de robo en domicilios y comercios. Otros casos más dramáticos, son los generados en el seguro del automóvil mediante declaraciones de atropello, al ser el seguro obligatorio y existir un gran parque de vehículos, podemos decir que casi el 80 por ciento de los intentos de fraude se produce en estas coberturas de seguro. Pero también nos encontramos con situaciones de fraude en los seguros personales, de vida, de accidente y de salud de los que se detectan más de un 4 por ciento de situaciones de fraude.

Analizando los mecanismos existentes para la lucha contra el fraude, podemos asegurar que ya son muchos los años de experiencia en la lucha contra las prácticas fraudulentas por lo que los inspectores de las compañías aseguradoras disponen de una tipología de casos a los que se aplica una metodología consistente en un procedimiento de "verificación de los datos materiales sufridos", que llevan a cabo los peritos de las entidades aseguradoras. Asimismo, se contratan detectives privados por parte de las entidades aseguradoras que se encargan del seguimiento a personas que declaran teóricas incapacidades, existen equipos de investigación contra el fraude y ficheros informatizados anti-fraude.

Según el Código Penal, la sanción varía entre 6 meses y 4 años de cárcel, para las estafas a las compañías de seguros de tipo básico que superen los 300€. Por otra parte, la Ley de Contrato de Seguro contiene 13 preceptos por los que el asegurador exonera de su obligación de pago de la indemnización. Sin embargo, nos encontramos que en épocas de recesión económica, se produce una disminución de dicha conciencia de delito, debido a las dificultades económicas en que se encuentran familias y cuando se plantea la posibilidad de llevar a cabo un fraude, aparecen una serie de condicionantes que influyen en dicha decisión:

- Las dificultades económicas o la mala experiencia tras un siniestro.

- Falta de reproche social.
- Respuesta lenta por parte de las compañías de seguros, debido a la no existencia de una política anti-fraude concreta y a que no se tratan los siniestros de forma estructurada y sistemática en las propias entidades aseguradoras.
- Actividad con altas expectativas de obtener beneficios y bajo riesgo para los estafadores, ya que una vez detectado el fraude por las compañías de seguros, generalmente no se pone en conocimiento de la Justicia o de la Policía, lo que favorece que se siga defraudando.

Actualmente, tenemos dos tipos de defraudadores:

- Defraudador ocasional:
 - 1- Que defrauda cuando tiene que hacer frente a un problema económico creado por un siniestro auténtico.
 - 2- Que defrauda, simulando daños, sin tener que hacer frente a un problema económico tras un siniestro auténtico.
 - 3- Que defrauda, simulando un siniestro.
- Defraudador habitual, que defrauda, simulando un siniestro, de manera repetida a lo largo del tiempo.

El defraudador, utiliza el seguro como un medio para obtener ingresos ilícitos en cuantía y en frecuencia y dependiendo de la necesidad de garantizarse los ingresos hace que el defraudador perfeccione su método.

Si analizamos los **tipos de fraude**, éstos se pueden producir en el momento de la contratación de la póliza de seguro (fecha de efecto) o en el momento de la declaración del siniestro y podemos resumirlos de la siguiente forma:

- Duplicidad de seguros para el mismo riesgo en el momento de la contratación de la póliza.
- Ocultar o falsear información relevante en el momento de la contratación de la póliza.
- Simulación de robo.
- Agravamiento del siniestro para obtener un beneficio injusto, simulando daños y/o lesiones de mayor gravedad.
- Simulación de accidentes.
- Cobertura con otra póliza de seguro distinta a la del siniestro que si tiene cobertura.
- Modificación de las condiciones del siniestro para que esté cubierto por las condiciones generales, especiales y particulares de la póliza de seguros.

Actualmente, el importe de los siniestros fraudulentos reclamados ante las entidades aseguradoras es muy alto, suponiendo más del 1,70% de los siniestros reclamados, lo que genera un coste muy elevado para las aseguradoras y para los propios asegurados que vemos subir las primas de seguro año tras año por la alta siniestralidad, por lo que es fundamental que se continúe trabajando para prevenir, detectar y sancionar el fraude.