



AXA España
Marzo 2024

XI Mapa AXA del Fraude en España

Índice



TRIBUNA: Olga Sánchez	3
TRIBUNA: Arturo López-Linares	4
<i>Cambio climático y fraude. Introducción</i>	5
1. Transformación tecnológica	7
2. Inteligencia Artificial	7
3. Tasa de fraude al seguro en España	10
4. Tipologías de fraude	13
5. La naturaleza del fraude	15
6. El fraude por causas	17
7. Tasa de fraude por CCAA	19
8. Ejemplos de fraude al seguro	22
Consideraciones finales	23

XI Mapa AXA del Fraude en España



((TRIBUNA))

Olga Sánchez

CEO de AXA España

Desde estas líneas les invito a hacer un experimento, abrir un buscador de internet y teclear “cómo defraudar al seguro”. En menos de medio segundo obtendrás más de 800.000 entradas en internet sobre este tema. Este es un ejemplo de la magnitud que tiene un problema social que afecta mucho más que al sector asegurador, a la sociedad en general.

En AXA creemos que los clientes honestos no tienen que pagar las consecuencias de los que no lo son y cada euro que invertimos en la detección del fraude va dirigido a este fin, a proteger a los clientes honrados que, además, son más del 98%. En esta labor cada año invertimos más recursos lo que nos permite mejorar nuestras técnicas de detección del fraude, además, afinar más el análisis de los siniestros.

Hoy en día el uso de la tecnología (con la inteligencia artificial en cabeza) nos permite analizar en apenas segundos si un documento es falso o si una imagen se ha manipulado. Es sencillo y simple.

En esta XI edición del Fraude al seguro en España hemos dado un paso más, analizando nuevas prácticas y áreas donde el fraude está creciendo. Como dice la sabiduría popular “a río revuelto, ganancia de pescadores” y veremos en estas páginas como la desgraciada proliferación de eventos climáticos también ha “animado” a los defraudadores a aprovechar estas circunstancias para “hacer su agosto”. Esta es una carrera en la que las compañías aseguradoras contamos, además, con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado con los que compartimos una vocación de protección de los clientes honrados y una lucha inquebrantable en la que no cesaremos.

“ *En esta XI edición del Fraude al seguro en España hemos dado un paso más, analizando nuevas prácticas y áreas donde el fraude está creciendo*

”





((TRIBUNA))

Arturo López-Linares

Director de Siniestros de AXA España

La lucha contra el fraude en el seguro es una prioridad en AXA. Estamos convencidos de que solo siendo férreos frente a este tipo de actividades seremos capaces de defender al cliente honesto, evitando así que los clientes paguen el delito cometido por unos pocos.

Tras más de 10 años analizando a fondo el fraude a través del presente estudio, en AXA podemos concluir que es una actividad amplia, reiterada y que no va a desaparecer. Como tampoco lo hará el empeño, la inversión y la preparación de los profesionales que trabajan en AXA para detectarlo, combatirlo y evitarlo.

Durante el año 2023 hemos seguido viendo intentos de estafa al seguro en todas las modalidades y en todas las líneas de negocio. Desde los casos habituales en los ramos de Auto y Hogar, hasta otros más complejos desarrollados por redes organizadas. Sin embargo, este año destacamos especialmente el fuerte incremento de fraudes que se han tratado de cometer con ocasión del clima. Así, algunas personas, bajo el amparo de los fuertes eventos climáticos ocurridos en el año 2023, han tratado de obtener indemnizaciones haciéndolas pasar como daños generados por ese clima extremo.

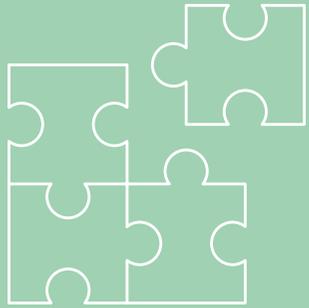
“ *La tecnología nos está permitiendo fortalecer las capacidades digitales para detectar y evitar fraudes* ”

También quiero destacar la, cada vez más compleja utilización de herramientas digitales para la “construcción” de fraudes elaborados. Esta tecnología, en manos de quien se siente tentado de tratar de defraudar, puede ser un facilitador para alterar documentos, pruebas y hechos. Pero también, esta misma tecnología esta permitiendo al sector en general, y a AXA en particular, fortalecer las capacidades digitales para detectar y evitar este tipo de fraudes.

No debemos olvidar que el fraude es un delito y como tal, esta tipificado en el código penal, pudiendo ser generador de consecuencias penales para aquellos tentados a cometerlo. Y en AXA seguiremos empleando el esfuerzo, la inversión y el foco necesario para defender a la gran mayoría de clientes, más del 98%, que emplean el seguro para lo que es; encontrar asesoramiento, apoyo y protección frente a las eventualidades y accidentes que puedan ocurrir.



« Cambio climático y fraude. Introducción



Según el Informe de Evaluación del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC*), las proyecciones a 75 años en la Región Mediterránea contemplan incrementos medios de temperatura de 3,8°C y de 6°C en los meses invernales y estivales, respectivamente; reducciones medias de precipitación del 12% y de 24% en los meses invernales y estivales, respectivamente; y un aumento de los extremos relacionados con las precipitaciones de origen tormentoso.

Se trata de una tendencia en la que ya estamos inmersos. Unos días antes del comienzo de la COP28 que tuvo lugar en Dubái, la publicación *Journal of Climate* se hacía eco de un estudio del Instituto de Potsdam para la Investigación sobre el Impacto del Cambio Climático que advertía: «La intensidad y frecuencia de las lluvias torrenciales aumenta exponencialmente con cada incremento del calentamiento global». Y añadía: «Las precipitaciones extremas serán más fuertes y frecuentes; y la sociedad debe prepararse para ello».

Esta realidad tiene un efecto colateral en el sector asegurador. Y todo apunta a que será aún mayor en el futuro. Los siniestros relacionados con eventos climáticos (básicamente, lluvia, pedrisco-nieve y viento) han aumentado significativamente en la última década; y lo que es aún más preocupante, los casos de fraude detectados con motivo de fenómenos meteorológicos han pasado de representar apenas el 2% en 2013 del total de casos fraudulentos, al 9% en 2023; con picos en 2020 y 2021 que superaron el 11%, algunos de ellos consecuencia de *Filomena*. El aumento de la intensidad de determinados fenómenos meteorológicos y su utilización como coartada para tratar de cometer un fraude al seguro es un desafío para todo el sector.

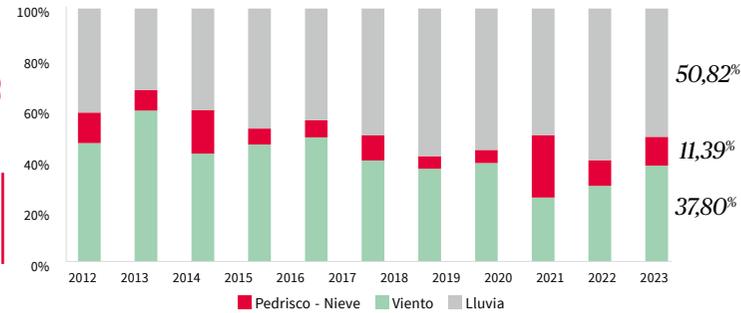
Atendiendo a la naturaleza climática del fenómeno, los casos de fraude que utilizan como excusa los daños por lluvia se han multiplicado por ocho en la última década; aquellos que aducían daños por viento, por más de cinco; y los casos de fraude a causa del pedrisco o la nieve, aunque también han aumentado en los últimos años, lo han hecho de una forma más moderada. El año pasado, más de la mitad del fraude detectado por estos fenómenos aducían daños a consecuencia de las lluvias; casi el 38% al viento, y el 11% restante a la nieve o al pedrisco.



*El Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC) es el órgano internacional encargado de evaluar los conocimientos científicos relativos al cambio climático. Fue establecido en 1988 por la Organización Meteorológica Mundial (OMM) y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) para facilitar a las instancias normativas evaluaciones periódicas sobre la base científica del cambio climático, sus repercusiones y futuros riesgos, así como las opciones que existen para adaptarse al mismo y atenuar sus efectos.



Naturaleza del siniestro

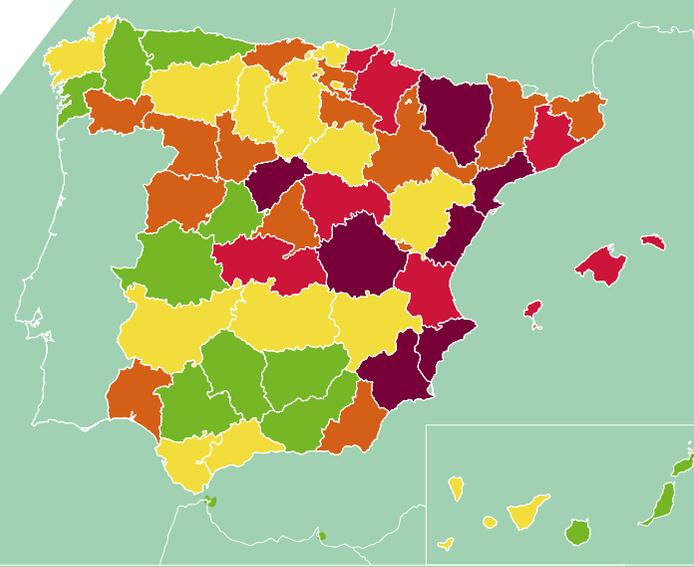


En cuanto a la distribución geográfica de la evolución de los casos de fraude por eventos climáticos en los últimos años, el mayor incremento se observa en toda la costa mediterránea. Prácticamente, en todas las provincias costeras se ha producido un aumento de los intentos de fraude al seguro por estos motivos que van del 200%, al 800% en zonas como Murcia o Tarragona.

Por su parte, en todo el este peninsular, pese a que también han aumentado los casos de intentos de fraude al seguro por causas meteorológicas, su evolución ha sido significativamente menor que en las regiones antes mencionadas.

Es importante señalar que en España, algunas de las pérdidas generadas por catástrofes naturales (terremotos, inundaciones, etc.) son asumidas por el Consorcio de Compensación de Seguros (CCS), que es una entidad pública empresarial adscrita al Ministerio de Economía. El CSS cubre, por ejemplo, algunos de los daños derivados de catástrofes naturales extraordinarias. En el caso de inundaciones, se hace cargo de las anegaciones del terreno por lluvia o deshielo, salidas naturales de lagos, ríos y rías cuando se desborden de sus cauces normales; o el embate del mar en la costa sin anegamiento. Sin embargo, el Consorcio no se hace responsable, entre otras, de las que vengan de roturas de presas, alcantarillas y cauces construidos por el hombre.

Evolución del fraude al seguro por eventos climáticos en la última década



((1))



Transformación tecnológica

La transformación tecnológica que llevamos viviendo desde hace varias décadas ha traído dos principales consecuencias en la lucha contra el fraude al seguro.

Por un lado, 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.

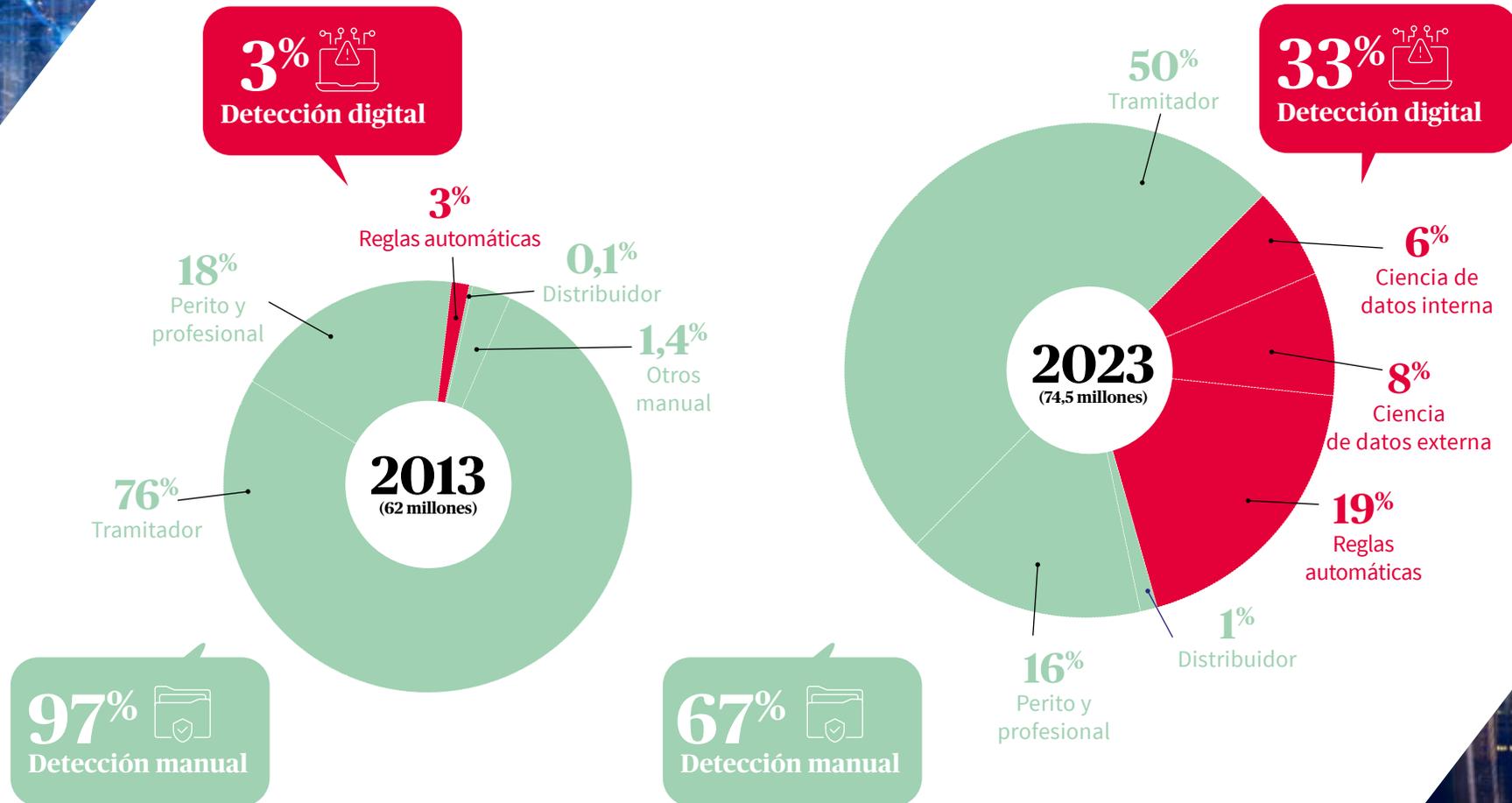
Antes de que AXA comenzara a implementar las primeras reglas automáticas, la práctica totalidad de los casos de fraude (un 97%) eran detectados de forma manual.

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. Los peritos, por su parte, eran capaces de detectar el 18% de los casos. Y solamente el 3% afloraba gracias a medios digitales.

En la actualidad, la foto es bien distinta. Aquel 3% se elevó en 2023 hasta representar el 33% (en 2022 era el 27%). De todos los medios digitales, las reglas automáticas son las más importantes. El año pasado gracias a ellas se detectó el 19% de todos los casos y AXA ahorró casi 17 millones de euros. 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.

“
Los medios digitales detectaron el año pasado el 33% de los casos de fraude
 ”

Canales de detección del fraude



“ Los ‘canales tradicionales’ siguen manteniendo un peso importante en la lucha contra el fraude ”

“

La tecnología ha traído una mayor sofisticación en los intentos de fraude al seguro

”

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 el año pasado pagos por más de 12 millones.

Por su parte, los tramitadores siguen jugando un papel fundamental en la detección del fraude. El año pasado identificaron el 50% de los casos, más de 43 millones de euros. También cabe destacar la importancia de la intervención de peritos y del resto de profesionales, cuyo peso en la detección y gestión del fraude al seguro se ha mantenido más o menos estable. Aquí, 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.

La otra gran consecuencia en la lucha contra el fraude al seguro que ha traído las grandes transformaciones tecnológicas ha sido 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.

En este sentido AXA creo hace varios años 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 cuenta con un programa de formación continua también a proveedores y mediadores para facilitar la detección de situaciones sospechosas.

((2))



Inteligencia Artificial

La inteligencia artificial ha comenzado a transformar la seguridad y la eficiencia de los procesos del sector asegurador, lo que hará de ella un elemento fundamental muy importante en la protección contra las amenazas fraudulentas.

Uno de los casos de uso de la inteligencia artificial en AXA es la detección de la manipulación de documentos e imágenes; y su capacidad para clasificar, asociar y analizar documentos de manera automatizada.

Esta tecnología permite la identificación temprana de patrones sospechosos en los documentos o imágenes gestionadas en la tramitación de un siniestro. Esto no solo reduce la carga de trabajo manual, sino que también mejora la capacidad de identificar documentos fraudulentos al analizar la estructura y el formato, contextualizando el documento o la imagen al caso concreto con fechas, importes y detalles del emisor. Al contextualizar la información, aporta una capa adicional de comprensión que resulta esencial para una detección más precisa y rápida ante posibles fraudes.

Otra área de impacto relevante de la inteligencia artificial es la generación de alertas automáticas basadas en la información del siniestro y su contexto. La inteligencia artificial analiza patrones y comportamientos pasados, identificando tendencias y señales de alerta. Esta capacidad contribuye a la mejora continua de los sistemas de detección.

Además, es relevante destacar que en el proceso de generación de alertas automáticas, se ha observado que 1 de cada 3 alertas con sospecha por documento manipulado resulta ser fraudulenta.



((3))



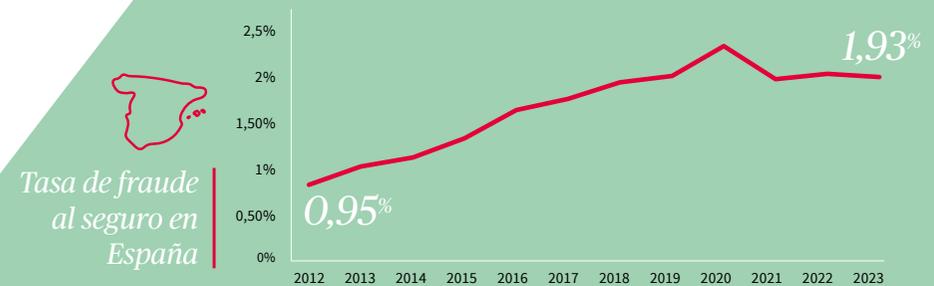
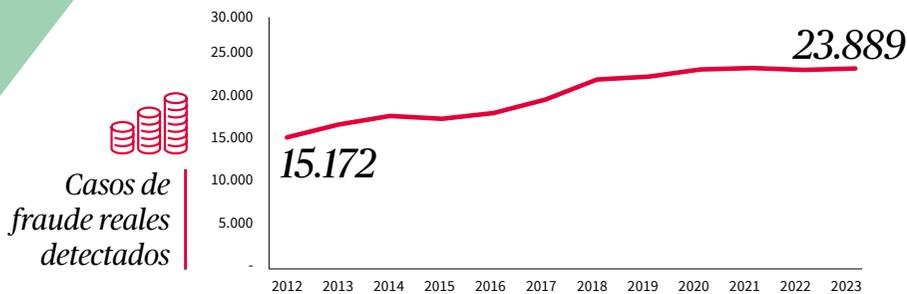
Tasa de fraude al seguro en España

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 sus datos por su cuota de mercado geográfica, y de ese análisis se puede inferir que la tasa de fraude al seguro en España permanece estable desde la pandemia entorno al 1,9%.

El crecimiento ha sido constante en la última década, con un repunte especialmente significativo en el año 2020, coincidiendo con la pandemia de Covid19 y el confinamiento en todo el territorio nacional. La tasa de fraude al seguro en España no ha superado desde entonces la barrera psicológica del 2%.

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 once años después. Se detectan más casos como consecuencia de los mayores recursos y perfeccionamiento de la tecnología que permite identificarlos. Como la tasa, desde el año 2020 los casos de fraude detectados por AXA se han estabilizado entorno a los 24.000 y mantiene crecimientos muy moderados.

“
Los casos y la tasa de fraude se han estabilizado desde el Covid
”





En 2023 AXA evitó pagos indemnizatorios fraudulentos en todos sus ramos –Vida y No Vida, Particulares y Empresas– por un importe total de casi 84 millones de euros, frente a los 78,6 millones que se evitaron el año anterior. A principios de la década pasada, este importe apenas superaba los 60 millones; sin embargo, la tendencia ha ido en aumento en todo el periodo. De hecho, tras la leve caída en 2016 hasta los 65,7 millones de euros, el importe total evitado no ha dejado de crecer ningún año.

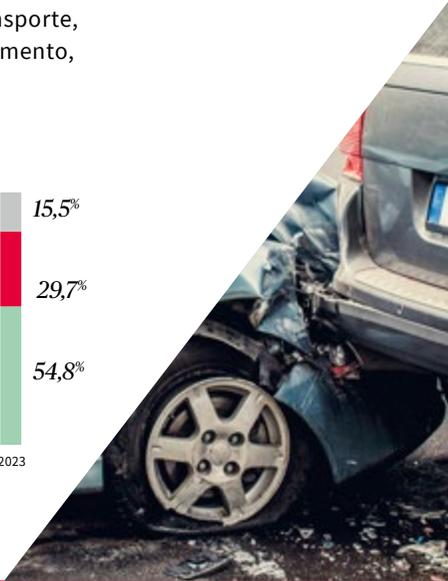
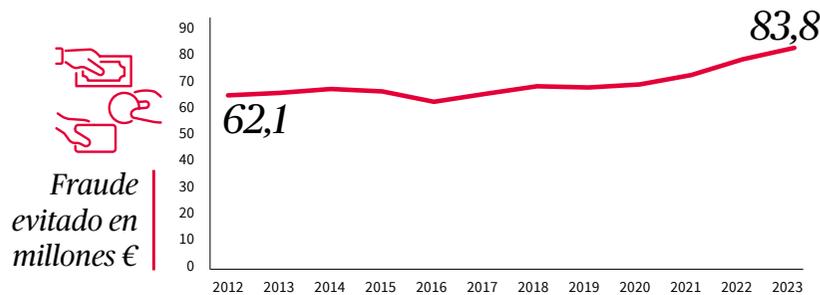
excusa del latigazo cervical para cometer un delito. En concreto, en 2023, el 54,8% de los casos de fraude se cometieron en Auto; frente al 53,9% del año anterior.

Una de las principales razones de que Auto sea el ramo más afectado es, sin duda, el hecho de que sea el único seguro obligatorio, lo que multiplica el número de fraudes potenciales.

A pesar de que Auto, la movilidad, continúa siendo el área de negocio que concentra el mayor porcentaje de fraude al seguro, ésta ha sufrido un gran descenso en los últimos once 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. En términos generales, 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

El ramo de Multirriesgos (Hogar, Comercio y Oficinas, y Comunidades) fue aumentado el volumen de casos de fraude desde 2012 hasta 2020, cuando alcanzó un pico del 40%. Desde entonces los casos han ido descendiendo progresivamente hasta el año pasado, que concentró el 29,7% de todos los casos. Aún así, todavía queda lejos de 2012, cuando Multirriesgos suponía el 24% del total.

Finalmente, los casos de fraude en el ramo de Diversos (RC, Transporte, Industrias, Salud, Accidentes y Vida) ha experimentado un gran aumento, pasado del 7% en 2012 más del 15% en 2023.



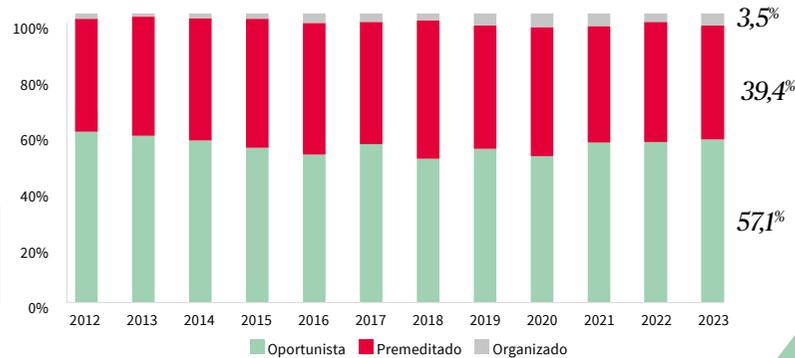


Tipologías de fraude

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.

Tipología del fraude



La forma en la que se distribuye el fraude en función de su tipología apenas ha variado en los últimos años. Más del 57% corresponde a casos en los que el asegurado ha sufrido un siniestro real, pero intenta introducir daños que nada

“
 Más del 57% es fraude oportunista: siniestros reales que tratan de introducir daños que nada tienen que ver con lo sucedido
 ”

tienen que ver con el suceso. El importe medio de esta tipología de fraude es de 600 euros. Tras una reducción en 2020, el fraude oportunista ha ido aumentando desde entonces.

Por otra parte, el 39,4% 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 o ficticio. Este porcentaje se ha mantenido más o menos estable a lo largo del tiempo. De hecho, al contrario que el oportunista, ha ido cayendo levemente de manera progresiva desde 2020. El coste medio ha oscilado entre los 3.000 y los 4.000 euros en el mismo periodo.

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. En términos de volúmenes de casos, desde 2016 el porcentaje sobre el total ha oscilado entre el 3% y el 4%.

“ El fraude premeditado ha ido reduciéndose levemente desde el año 2000 ”

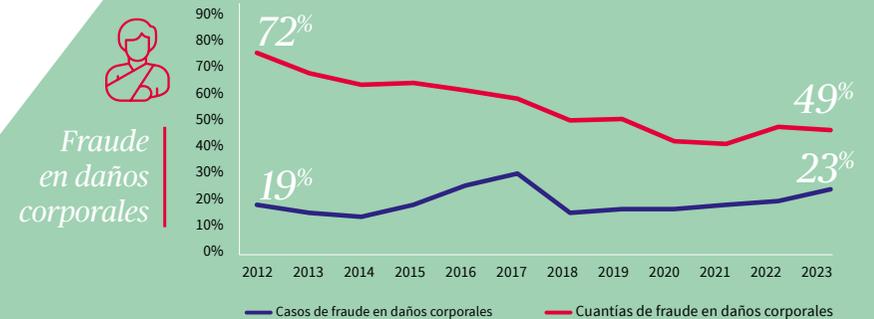
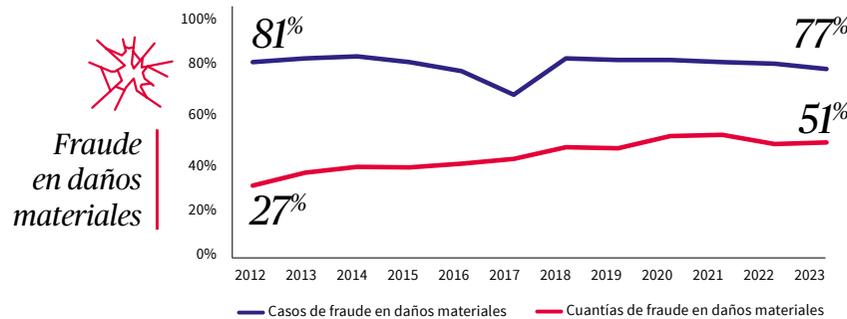


La naturaleza del fraude

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, el número de casos de fraude que simulan daños materiales siempre han sido mayores. El año pasado, por ejemplo, los materiales representaron el 77%, frente al 23% de los corporales. Sin embargo, ese 77% de volumen de casos apenas supusieron la mitad del total del importe defraudado a AXA. Por el contrario, aquel 23% de casos de fraude corporal supuso la otra mitad del total del importe que se intentó defraudar.

Los casos de fraude por daños corporales se han mantenido en los últimos 11 años entorno al 20%. 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

“
En porcentaje, el fraude que simula daños materiales siempre ha sido mayor que en corporales
”



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 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 coartada para defraudar al seguro. Esto ha provocado una tendencia a la baja en los últimos once años en las cuantías de corporales que se intentan defraudar al seguro, pasando de representar el 72% del total en 2012, al actual 49%. 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, pasando del 27% en 2012, al 51% el año pasado.

“ *La reforma del Baremo de Auto y del Código Penal desincentivó el uso del letigazo cervical como cohartada para defraudar al seguro* ”

((6))



El fraude por causas

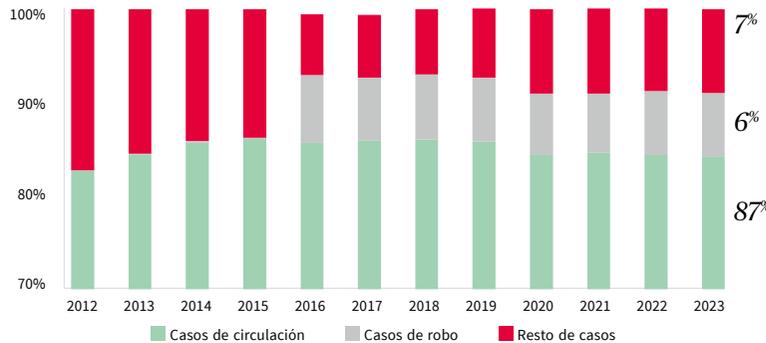
En cuanto al fraude al seguro en función de las causas aducidas en el ramo de Auto, a lo largo de los últimos diez años, casi el 90% de los casos están relacionados con supuestos siniestros que tuvieron lugar durante la circulación del vehículo. Cabe señalar que la coartada del robo, que a principios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

En términos de importes, en 2023, el montante que se intentó defraudar a AXA en supuestos siniestros que ocurrieron durante la circulación significaron más de 24 millones de euros, el 82% del importe total defraudado en los casos de Auto. Por su parte, el fraude que aducía robo supuso más de un millón y medio de euros (el 5,7% de los casos). En ambos casos, el importe medio que se intentó defraudar fue 2.500€.

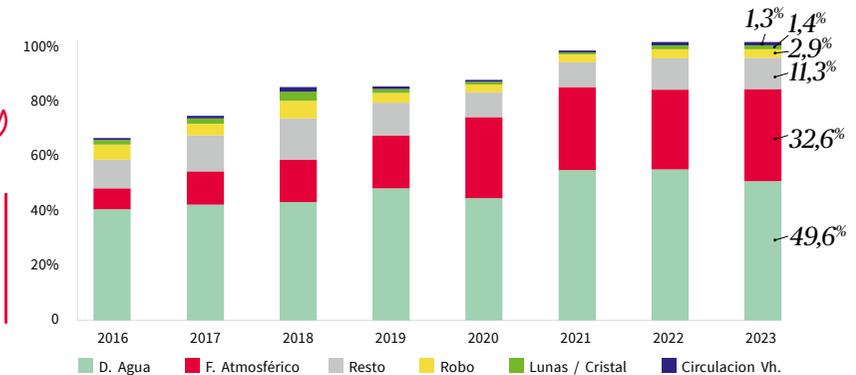
En 2023, en cuanto a la tipología del fraude de Auto, el 74,5% de los casos (en 2022 fue el 77%) corresponde al fraude oportunista, el 22,5% premeditado y el 3% restante a tramas organizadas. El 60% del fraude oportunista detectado en Auto es por importes inferiores a 600€; y el coste medio de los siniestros premeditados fue de 2.750€.

“
En el ramo de Auto,
casi el 90% de los
casos de fraude
están relacionados
con la conducción
”

Causas de fraude en Auto
(casos en %)



Causas de fraude en Multirriesgos
(casos en %)





Multirriesgos (Comercio, Comunidades, Hogar y Oficinas) ofrece una mayor diversificación en las casuísticas del fraude. Como se señalaba al comienzo de este informe, solo los daños por agua y los derivados de los fenómenos atmosféricos supusieron el año pasado más del 80% de todos los casos de fraude de este ramo, y llevan creciendo constantemente desde 2016. Solo los derivados de los fenómenos atmosféricos, que el año pasado significaban el 32%, en 2016 apenas suponían el 7,4% del total de casos de Multirriesgos.

En términos de importes, estas dos causas, vinculadas en muchos casos a supuestos daños derivados de eventos climáticos, representaron en 2023 casi 7,5 millones de euros, de los 10 millones en total que se trataron de defraudar a AXA en el ramo de Multirriesgos.

El importe medio de los casos que adujeron falsamente daños por agua o los derivados de los fenómenos atmosféricos estuvo en 2023 entorno a los 1.500€.

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 66% del

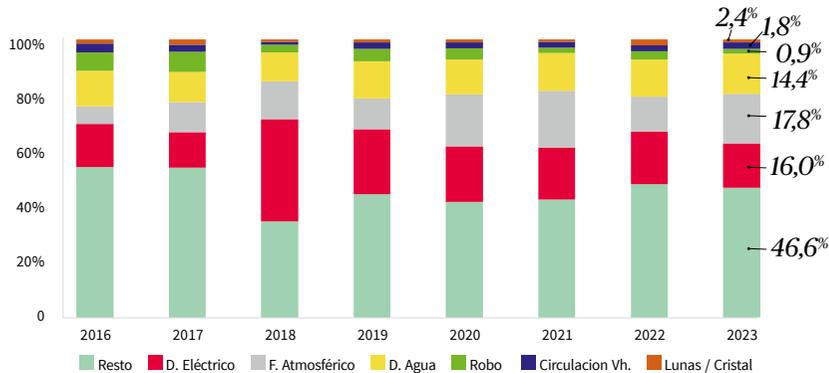
total, frente al 29% del oportunista; y el importe medio defraudado es de 1.750€.

Finalmente, en el ramo de Diversos (RC, Industrias, Incendios, Decesos, etc.) los daños que aducen fenómenos atmosféricos superaron en 2023 a los daños eléctricos, muy vinculados también con las inclemencias climatológicas. Solo la suma de los daños por agua, los eléctricos y los atmosféricos suponen casi la mitad de los intentos de defraudar al seguro en este ramo.

Sin embargo, en términos de importe, son los atmosféricos los que representan un mayor monto. De los 2 millones de euros que se ahorró AXA en 2022 en pagos por siniestros que aducían daños atmosféricos que no habían sucedido o se habían exagerado en el ramo de Diversos, se pasó en 2023 a casi 4 millones. En daños por agua el ahorro en 2023 fue de más de 900.000€, y en daños eléctricos de más de 800.000€.

En este caso las tipologías están más compensadas. El 49% de los casos son fraudes oportunistas y el 48% premeditado. En el 36% de los casos oportunistas de Diversos los fraudes detectados son inferiores a 600€; y en el premeditado el coste medio es de 9.500€.

Causas de fraude en Diversos (casos en %)



“ En el ramo de Multirriesgos, en términos de importes, AXA evitó el año pasado 7,5 millones de € por fenómenos atmosféricos y daños por agua ”



((7))

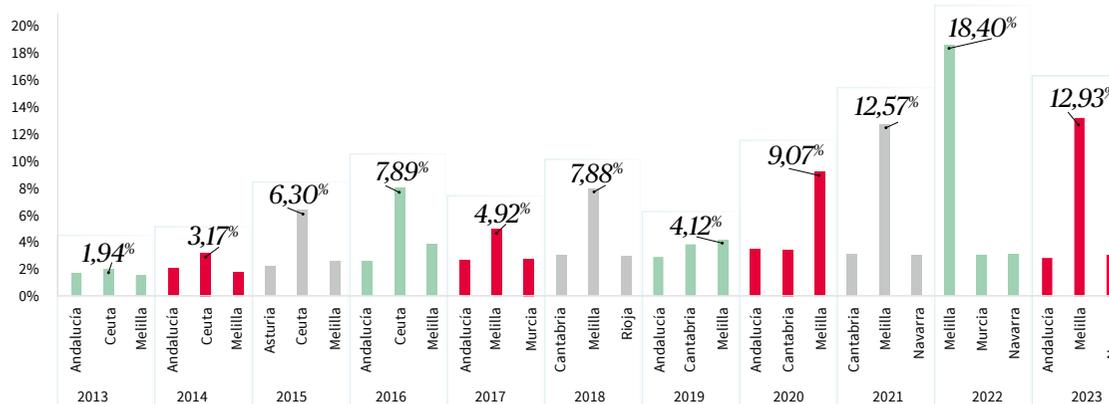


Tasa de fraude por CCAA

Aunque la tasa media de fraude al seguro se ha doblado en diez años, es importante señalar 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. Desde 2019 Andalucía, Cantabria, Melilla y Navarra se reparten los primeros puestos del ranking de las tasas más altas de fraude al seguro en España. El caso concreto de Melilla es excepcional porque multiplica varias veces la tasa de la segunda Comunidad con más fraude. También cabe señalar que, por tercer año consecutivo, Navarra muestra una tasa por encima del 3%. Una Comunidad que en 2016 estaba en el TOP3 de la menor tasa.



TOP 3 anual de las CCAA con mayor tasas de fraude



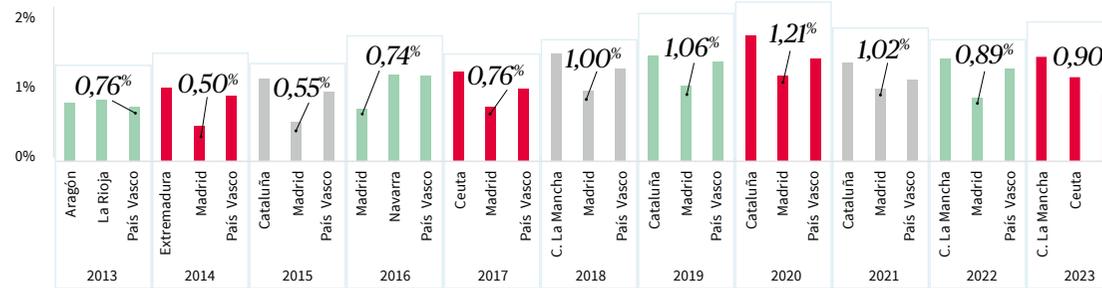
“ La inmensa mayoría de los españoles son honestos a la hora de declarar un siniestro ”

En el lado opuesto de la tabla están Castilla La Mancha, País Vasco, Madrid y Cataluña, que llevan desde 2018 intercambiando

puestos entre las regiones españolas con menor tasa de fraude.



TOP 3 anual de las CCAA con menor tasas de fraude



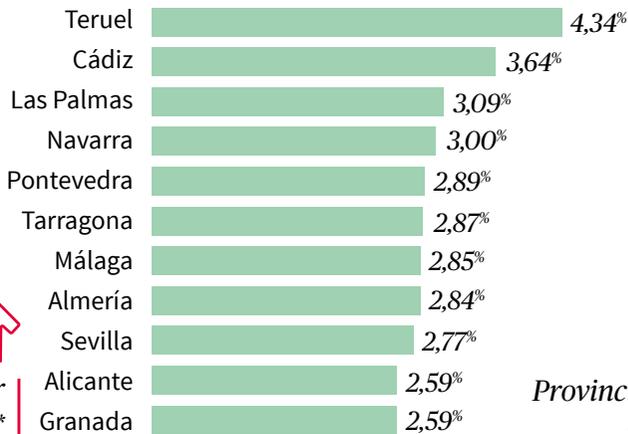
“
Castilla La Mancha, País Vasco, Madrid y Cataluña, entre las regiones españolas con menor tasa de fraude”

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

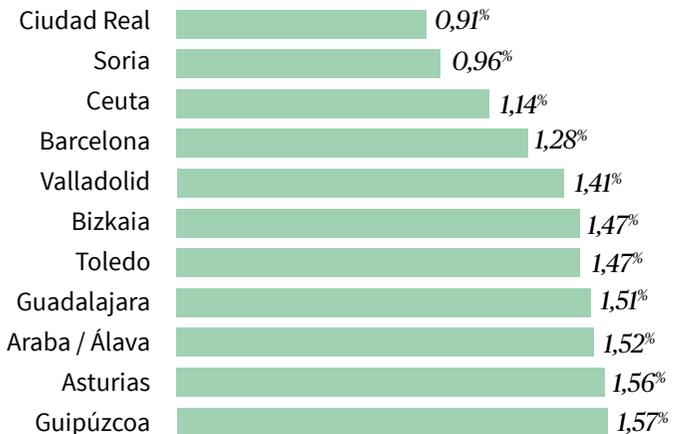
modelo de colaboración entre las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y las entidades aseguradoras habilitadas para operar en territorio nacional con el fin de facilitar la prevención e investigación de las acciones encaminadas a defraudar a algún tipo de seguro.



Provincias con mayor tasa de fraude en 2023*



Provincias con menor tasa de fraude en 2023*



*Sin tener en cuenta las CCAA uniprovinciales.

Sin considerar las Comunidades Autónomas uniprovinciales, Teruel encabeza la lista de las provincias con mayor tasa en España, con el 4,34%, y Ciudad Real la que menos, con un 0,91%.

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. Los pagos evitados por casos de fraude y que no fueron repercutidos en el resto de los asegurados supusieron el año pasado un ahorro del 31% en el seguro de Responsabilidad Civil y del 39% en los seguros de Incendios. Por su parte, en los ramos con mayor penetración en el mercado, este ahorro para los clientes ha estado entorno al 21% en Auto Particulares y al 4% en Hogar.

“

Teruel es la provincia con mayor tasa de fraude en España: el 4,3%

”

((8))



Ejemplos de fraude al seguro

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 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. Confirmamos así su 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 pasado.

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.

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.

“

Las coberturas de RC, las de Caución y la movilidad concentran nuevas formas de defraudar al seguro

”

Consideraciones finales



Tras más de una década de análisis del fraude al seguro en España, se puede afirmar que, pese a que la gran mayoría de los clientes son honestos, la tasa de fraude lleva once 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.

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.

“

La lucha contra el fraude en AXA es un compromiso ineludible con sus clientes

”





XI Mapa AXA del Fraude en España

 www.axa.es

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

 comunicacioncorporativa@axa.es