



Nota de prensa

Madrid, 21 de marzo de 2023

X MAPA AXA DEL FRAUDE EN ESPAÑA

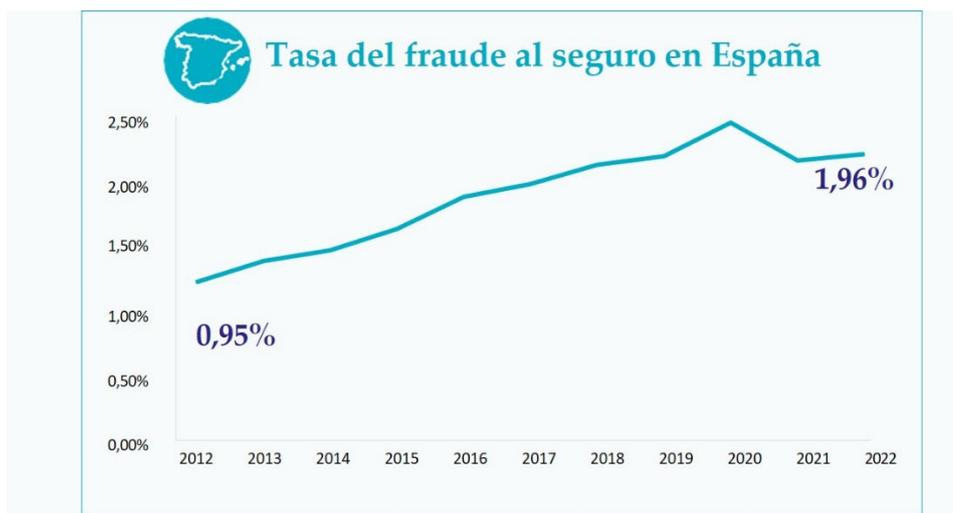
La tasa de fraude al seguro en España se ha duplicado en una década, hasta alcanzar el 2%

- **La ciencia de datos, inexistente hasta hace poco, evitó el año pasado pagos fraudulentos por más de 7,5 millones.**
- **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.**
- **En más de la mitad de los casos el asegurado intenta introducir en un siniestro real, daños que nada tienen que ver con el suceso.**
- **Ocho de cada diez casos simulan daños materiales; pero en términos de dinero defraudado la mayoría de los casos de fraude corresponden a daños corporales.**
- **Madrid, Cataluña y País Vasco son las Comunidades Autónomas con menores tasas de fraude en los últimos diez años.**

La tasa de fraude al seguro en España no ha dejado de aumentar en los últimos diez años, pasando del 0,95% en 2012, al 1,95% en 2022; es decir, en la actualidad en casi 2 de cada 100 siniestros se detecta fraude. El crecimiento ha sido constante, con un repunte especialmente significativo en el año 2020, coincidiendo con la pandemia de Covid19 y el confinamiento obligado en todo el territorio nacional. En los años posteriores, se ha moderado. Esta es una de las principales conclusiones de la X edición del Mapa AXA del fraude en España. Un estudio que cumple una década, y con el que la aseguradora trata de arrojar luz a una práctica delictiva que, en ocasiones, ha sido socialmente tolerada, pero que deja tras de sí una serie de consecuencias negativas para los clientes honestos, que son la inmensa mayoría.

Olga Sánchez, consejera delegada de AXA España, asegura en la X edición del informe: “Hubo un tiempo en que se consideraba que hablar de fraude era un acicate para los

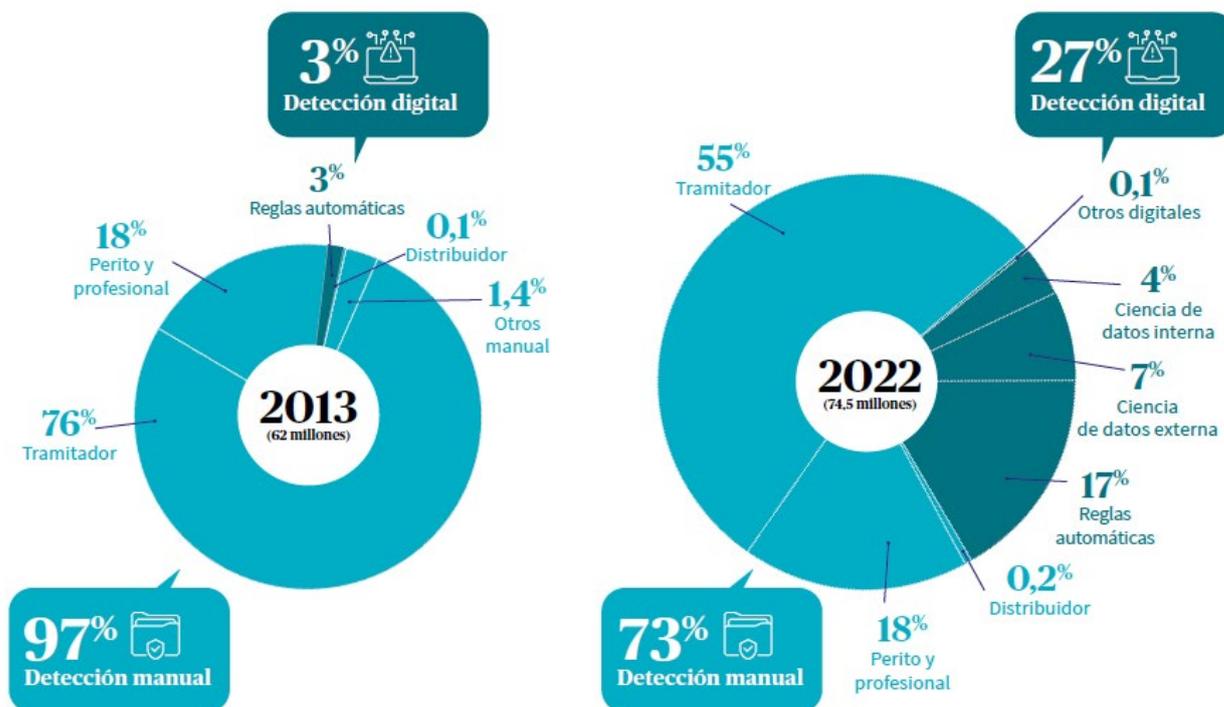
potenciales defraudadores, que se verían supuestamente incentivados a cometerlo. No compartíamos esa visión. En AXA pensamos que era un problema social y económico que había que poner sobre la mesa, explicar a los asegurados las implicaciones que tenían para todas estas prácticas. Y advertir a los honestos, que son mayoría, que no nos quedábamos de brazos cruzados, sino que lo combatíamos”.



En estos diez años, el desarrollo tecnológico ha hecho que tanto los delitos como la forma de combatirlos se haya transformado radicalmente. Hace una década, 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% (2 millones de euros), afloraba gracias a 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.

La lucha contra el fraude "es una actividad apasionante por la increíble evolución que ha sufrido en estos diez años", afirma Arturo López-Linares, director de Siniestros de AXA España. "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", concluye.

Medios de detección del fraude



En 2022 AXA evitó pagos indemnizatorios fraudulentos en todos sus ramos –Vida y No Vida, Particulares y Empresas– por un importe total de 74,5 millones de euros, frente a los 71,3 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.

Según Renato Schipani, Criminal Intelligence Officer de la Secretaría General de Interpol, "España, en particular, no se ve más afectada por el cibercrimen que otros países. Ha puesto en marcha medidas de prevención y lucha contra el fraude bastante eficaces. Las campañas de sensibilización contra el fraude son muy importantes y, en ese sentido, España está en primera línea; ya sea a nivel policial o privado".

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. 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. 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.



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.

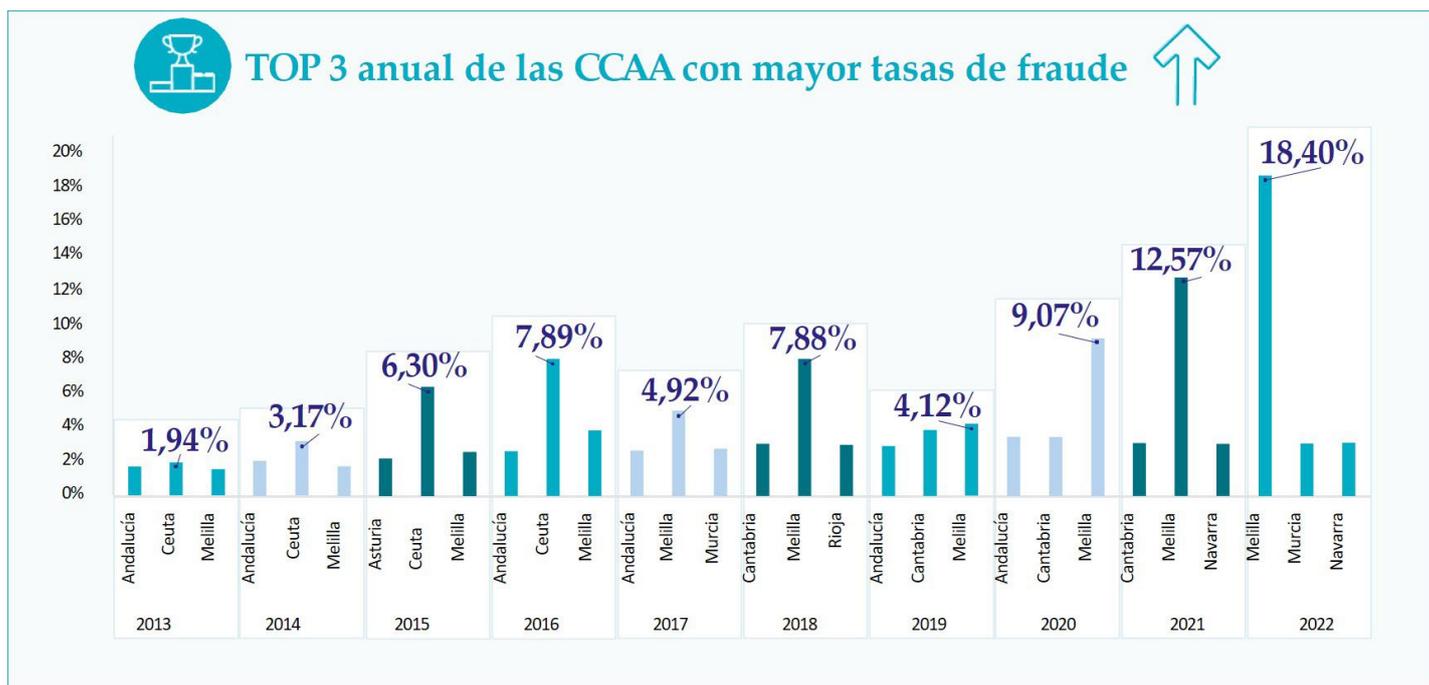
Por otra parte, el 41% de todo el fraude corresponde a casos en los que existe una premeditación, una planificación para tratar de delinquir y obtener un beneficio económico del seguro, ya sea a través de un daño real a o ficticio. Este porcentaje se ha mantenido más o menos estable a lo largo del tiempo;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

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 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.

Por su parte, 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 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 apenas llegaban al 2%, y diez años después lo sobrepasan ampliamente.

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.



Accede al informe



SOBRE AXA

El Grupo AXA es uno de los grandes grupos aseguradores de España, con un volumen de negocio total de más 2.500 millones en 2020, más de 3,2 millones de clientes y 5,6 millones de contratos. La compañía, multirramo y omnicanal, dispone de más de 7.000 puntos de venta repartidos por todo el territorio nacional.

MÁS INFORMACIÓN:

Relaciones con los Medios:

Gema Rabaneda: 91 538 8603/ 669465054

gema.rabameda@axa.es

Juan Jiménez: 91 538 87 36// 625042118

juan.jimenez@axa.es
