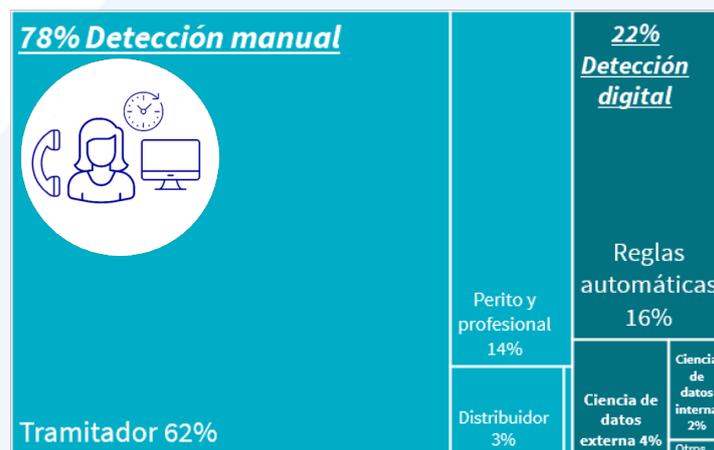


## VII Mapa AXA del Fraude en España

**Entidad** AXA España  
**Fecha** marzo 2020

**El VII mapa AXA del Fraude al Seguro en España analiza en esta edición los avances que ha experimentado el sector en la detección de estos delitos gracias a la revolución tecnológica. El desarrollo de nuevas herramientas ha hecho que el sector asegurador en los últimos diez años haya dado un paso de gigante en la manera de desarrollar su negocio y de aproximarse a los clientes. Y la lucha contra el fraude no ha sido ajena a estos avances.**

La tecnología está permitiendo desde hace algunos años usar de manera inteligente, y siempre dentro del marco regulatorio, la enorme cantidad de datos, tanto internos como públicos, que ha dispuesto históricamente el sector asegurador. El punto determinante es que, hasta hace muy poco, no existía la capacidad material de procesar ese volumen de información. Sin embargo, esa nueva capacidad ha permitido que en la actualidad más de 2 de cada 10 casos de fraude se detecten por la vía digital. Hace 10 años no se detectaban por estos medios el 5%.



A comienzo de la década pasada AXA empezó a implementar las primeras reglas automáticas que ayudaron, por ejemplo, a comprar datos básicos que antes realizaba un tramitador, como la fecha de un siniestro y la fecha de contratación de una póliza o de siniestros previos. Ahora se aplica una mayor sofisticación a los datos, no sólo para detectar más fraude, sino para investigarlo más rápidamente y evitar falsas sospechas que afecten a clientes honestos.

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. **De hecho, el número de siniestros investigados por AXA como sospechosos ha pasado de 50.900 en 2016, a 64.400.** 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 de seguros.

La automatización de los procesos 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.

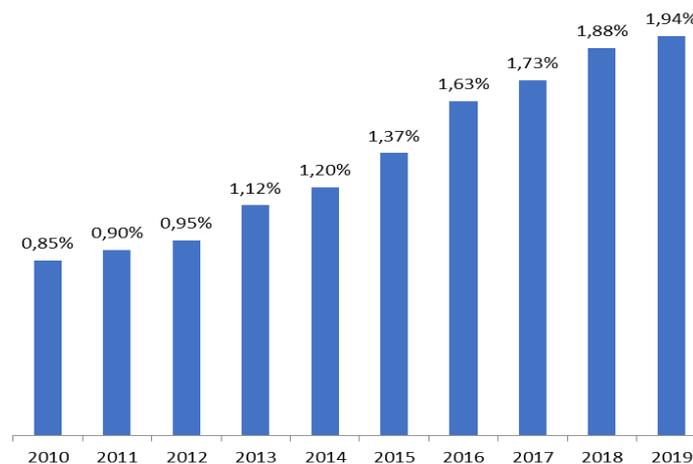
Un hecho que también cabe destacar es cómo el uso generalizado de **teléfonos móviles** inteligentes (*smartphones*) ha facilitado la colaboración de los ciudadanos en la lucha contra el fraude al seguro. Así, se observa que cada vez son más numerosas las personas que aportan grabaciones y fotografías de sus siniestros, sobre todo en el ramo de Auto, para evitar la exageración fraudulenta de lesiones por los perjudicados.

Precisamente esa labor de concienciación es lo que lleva a AXA a elaborar cada año una nueva edición del Mapa del Fraude al seguro en España. Con él trata de 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.

Este 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. Aunque se podría decir que el volumen de clientes tentados a cometer fraude es muy reducido, y que la gran mayoría de los siniestros son reales, **la tasa en España se ha duplicado en la última década, pasando del 0,85% en 2010, al 1,94% de 2019.**

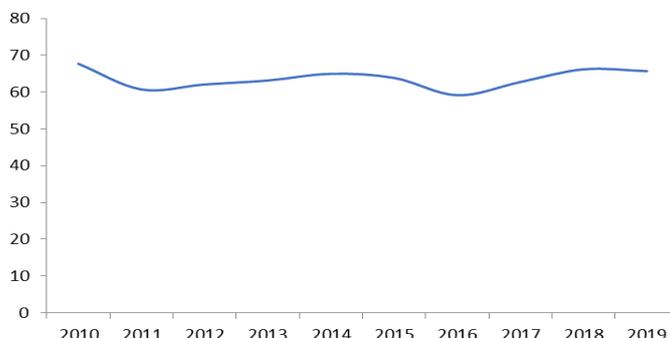
Las causas de este ligero incremento habría que buscarlas en el aumento del número de fraudes, que ha pasado de los poco más de 18.000 en 2012 a los casi 23.000 de 2019. Esto, unido a la reducción de la siniestralidad, explica el aumento de la tasa de fraude, entendida como el cociente de siniestros fraudulentos entre siniestralidad.

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



Durante el año 2019 AXA evitó pagos indemnizatorios fraudulentos en todos sus ramos –Vida y No Vida, Particulares y Empresas– por un importe total de 65,7 millones de euros, lo que supone un volumen prácticamente igual al del ejercicio anterior (descenso menor al 1%). Durante el evolutivo de los últimos años el montante del fraude detectado se ha mantenido en el entorno de los 60 millones de euros. En 2008 se produjo el aumento más significativo de que se tiene constancia, pasando de los 30 millones detectados en 2007 a los 48 que se identificaron aquel año. Después, la cifra se ha mantenido más o menos estable.

**Fraude detectado en AXA (millones de €)**



### 1. Fraude evitado por “ecosistema” de negocio

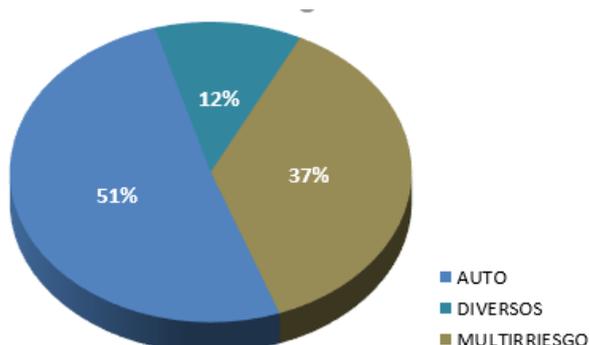
El seguro de **Auto**, la movilidad, continúa siendo el área de negocio que concentra el mayor porcentaje de fraude al seguro, con más de la mitad de los casos. En 2012 siete de cada 10 siniestros fraudulentos se producían en este ramo, pero el porcentaje ha ido reduciéndose paulatinamente, y de manera muy significativa en los últimos años como consecuencia de la reforma del Baremo y de nuevas técnicas de detección. El porcentaje de fraudes al seguro a través del coche ha caído 10 puntos porcentuales: del 61% de 2013, al 51% del año pasado.

Por su parte, en el área de **Multirriesgos** (Hogar, Comercio y Oficinas, y Comunidades) se observa una caída de 3 puntos porcentuales respecto al año anterior, hasta el 37%, motivado principalmente por la disminución de los casos de fraude en Hogar, que se ha reducido más de un 3%. En los casos de fraude de este ramo se está observando una mayor versatilidad, imaginación y técnicas para delinquir. Estos negocios 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 aumentado su porcentaje ligeramente respecto al año pasado hasta representar en torno al 12%.

En conclusión, puede decirse que no hay ningún área de negocio que se libre de la acción del defraudador. Si bien en el último año se observa una ligera basculación, de nuevo, de los casos de fraude de Multirriesgos hacia Auto.

**Distribución del fraude por áreas de negocio**





## 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. Representa la mayoría de los casos de fraude, con el 54% de los siniestros fraudulentos; un porcentaje que el año anterior había sido del 50%. 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 43% de los casos de fraude evitados durante 2019, frente al 47% del año anterior. Su coste medio es sensiblemente mayor a este último, y quien lo perpetra trata de obtener el máximo beneficio económico, lo que eleva la indemnización media a 3.460€. El 56% de las ocasiones se trata de un fraude inferior a 600€.

### c. 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 número de tramas detectadas por AXA ha ido aumentando considerablemente en los últimos años, pasando de las 183 que se identificaron en 2015 a las 735 del año pasado. En 2019 el crecimiento respecto al año anterior fue de casi el 15%.

También cabe señalar el fuerte crecimiento del importe defraudado por estas bandas organizadas. **En cinco años esta cantidad se ha triplicado**, y ha pasado del poco más del millón de euros que suponían en 2015, a las más de tres millones que trataron de defraudar el año pasado a la aseguradora. En todo caso, y pese a suponer un montante considerable, en términos de importes el peso de las tramas dentro de todo el universo de fraude al seguro es relativamente pequeño, pues en 2019 no llegó a suponer el 5% de los más de 65 millones que se intentó defraudar a AXA.

En el 64% de los casos de tramas los importes que se intentan defraudar son superiores a 600 euros.

Como se decía al inicio de este informe, 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 trama identificada el año pasado que simuló 41 siniestros falsos por valor de casi 200.000 euros. Advertida por la Guardia Civil, AXA analizó una serie de “partes de Auto” en los que se veía involucrada siempre una moto conducida por jóvenes menores de 20 años y cuyos casos eran llevados siempre por el mismo abogado.

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. Es el caso, por ejemplo, en las pólizas de Auto, de la utilización de sociedades pantalla o familiares, y numerosas estafas de pequeño importe que en total suponen un gran volumen. La dinámica es la de ofertar a través de diferentes páginas webs o redes sociales “seguros quitamultas”, o “seguros por 50 euros” que realmente no existen o cuya cobertura responden a vehículos profesionales.

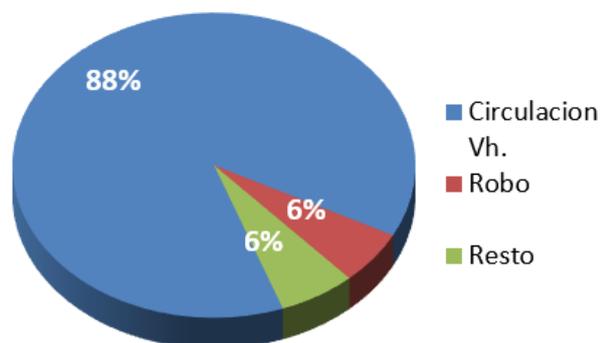
También existen las **tramas criminales**. Se caracterizan porque tienen una pirámide de mando criminal, y en ellas intervienen personas cuyo modus operandi está basado en la comisión de delitos. Son menos frecuentes, pero son las que entrañan mayor peligro, dado el perfil de estas personas. Cabe destacar 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 2019 se desprende que, como ocurriera el año anterior, en el ramo de Auto más del 88% de los casos están relacionados con supuestos siniestros que tuvieron lugar durante la circulación del vehículo. Casi el 6% de los intentos de defraudar al seguro en este ramo esgrimieron la causa de un robo.

**Distribución de las causas del fraude en Auto**



En términos de importes, los siniestros fraudulentos durante la conducción son los más relevantes, como más de 24 millones de euros, un 8% menos que el año pasado.

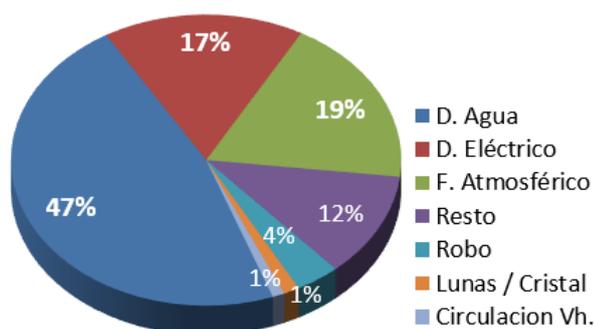
En cuanto a la tipología del fraude de Auto, el 77% de los casos corresponde al fraude oportunista, el 20% al premeditado, y el 3% restante a tramas organizadas.

Multirriesgos ofrece una mayor diversificación en las casuísticas del fraude. Cabe señalar que los casos relacionados con los daños por agua han vuelto a ser la primera causa de intento de fraude al seguro de este ramo, con el 475, después de verse superado en años anteriores por los daños eléctricos. Los grandes fenómenos climatológicos que afectaron a varias zonas de España el año pasado pueden ser una de las razones que expliquen el aumento de más de 12 puntos porcentuales en el número de casos que esgrimieron daños por agua para tratar de cometer un fraude. Por su parte, los casos en lo que se adujeron daños eléctricos descendieron más de 20 puntos porcentuales, hasta representar en la actualidad el 17% de todos los casos.

En cuanto a los importes, el ramo de Multirriesgos supuso casi 9 millones de euros. Y los daños por agua, como cabía esperar, fueron los más significativos, con casi 4 millones de euros.

A diferencia de los que sucede en el negocio de Auto, Multirriesgo es el segmento para las personas que llevan a cabo un fraude premeditado y pensado con anterioridad al siniestro. Estos casos representan el 81% del total, frente al 17% del oportunista y al 2% cometido por las tramas.

### 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, con el 24% de los casos. Por segundo año consecutivo la garantía de Extensivos (inundación, terremoto, tempestad ciclónica, erupción volcánica, caída de cuerpos siderales y aerolitos, choque o impacto de vehículo) es la que más aumenta como móvil para cometer un fraude, producto, en gran parte, a las DANAS y de los fenómenos climáticos que están teniendo lugar.

En este caso las tipologías están más compensadas. El 41% de los casos son fraudes oportunistas y el 53% premeditado. El 6% restante se lleva a cabo por grandes tramas.

#### 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 los primeros son los más numerosos, y representan el 82%. Por el contrario, los siniestros que fingen daños corporales suponen el 18% restante.

Esto no siempre ha sido así, hace solo tres años los daños corporales suponían más del 27% de los casos de fraude al seguro. La principal razón del descenso de casos de fraude al seguro que aducen daños corporales habría que buscarla en dos hechos.

Por un lado, antes de la reforma del Baremo de 2016 era relativamente sencillo obtener un informe médico aduciendo dolor cervical en los siniestros de Auto para conseguir una mayor indemnización por parte de las aseguradoras. Con la reforma 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), lo que hizo que este tipo de argucias fueran poco atractivas para los defraudadores.

Por otro, la reforma del Código Penal Ley Orgánica 1/2015 de 30 de marzo por la que modificaba la Ley Orgánica 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 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.



Estos cambios legislativos han hecho que el total del importe del fraude detectado aduciendo daños corporales haya caído también significativamente. En 2012, a través de los daños corporales se trataron de defraudar a AXA más de 40 millones de euros. El año pasado no llegaron a 30 millones

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€. Se podría concluir, por tanto, que 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 la mayoría 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. En 2019 la inversión superó los 3,5 millones de euros, frente a los 3 millones del año anterior.

Además de los desarrollos tecnológicos y de modelos predictivos que utiliza la tecnología del big data, dentro de los equipos de investigación, AXA ha creado una Escuela 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. En este sentido, 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.

### **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 los asegurados supusieron un ahorro del 25% en el seguro de RC o del 12% en los casos de Accidentes.

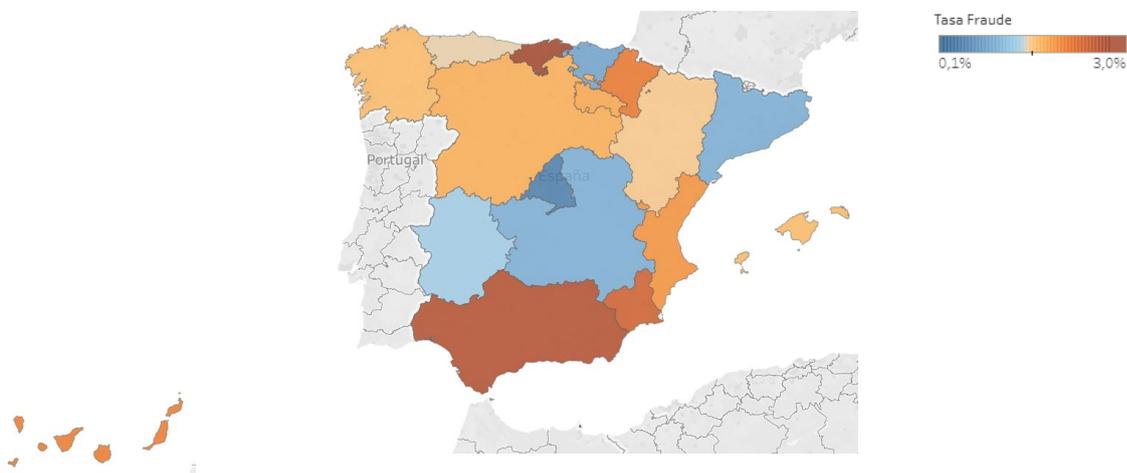
### Cómo afecta el fraude al precio del seguro

AUTO	4%
HOGAR	5%
COMERCIO	9%
COMUNIDADES	7%
OFICINAS	5%
ACCIDENTES	12%
INDUSTRIAS	10%
RESPONSABILIDAD CIVIL	25%
TRANSPORTES/EMBARCACIONES	3%
INCENDIOS	8%
TECNICOS(C/MAQ.)	5%

### 6. Tasa de fraude por Comunidad Autónoma y provincia.

El VII Mapa AXA del Fraude en España ha extrapolado y ponderado los datos de la aseguradora por su cuota de mercado geográfica y de este análisis se puede inferir que la tasa de fraude nacional continúa creciendo hasta situarse en 2019 en el 1,94%. Las comunidades autónomas donde esta tasa es mayor son Cantabria (3,8%), Andalucía (2,9%) y Murcia (2,7%).

Tasa del fraude al seguro por CCAA



Consulta [aquí](#) la tasa de fraude al seguro en España por Comunidades Autónomas en 2019

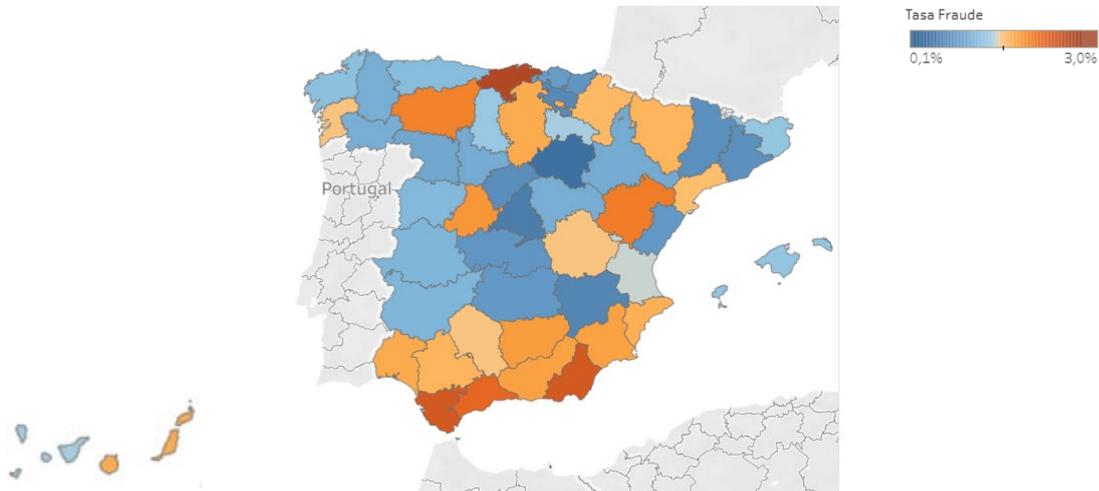
Por el contrario, las comunidades autónomas con menor tasa de fraude al seguro han vuelto a ser Madrid (1,1%), País Vasco (1,4%), Castilla la Mancha y Cataluña (1,5% ambas).

En 2018 las comunidades autónomas que más vieron incrementarse su tasa de fraude al seguro fueron Cantabria (del 3% a 3,78%), Andalucía (del 2,38% al 2,87%), Murcia (del 2,38% al 2,67%) y Canarias (del 2,04% al 2,37%). Por el contrario, Melilla y La Rioja son las dos que más redujeron tu tasa de fraude.

Por provincias, Cantabria (3,78%), Almería (3,41%), Cádiz (3,39%) y Málaga (3,20%) son las que mayores tasas de fraude presentan; frente a Soria (0,89%), Madrid (1,06%), Albacete (1,19%) y Álava (1,22%); que es donde menos se defrauda al seguro.

Aquellas que más vieron crecer su tasa de fraude en 2019 fueron Almería, Ávila y Cantabria. Y las que más la redujeron, Melilla, La Rioja y Guadalajara.

### Tasa del fraude al seguro por provincias



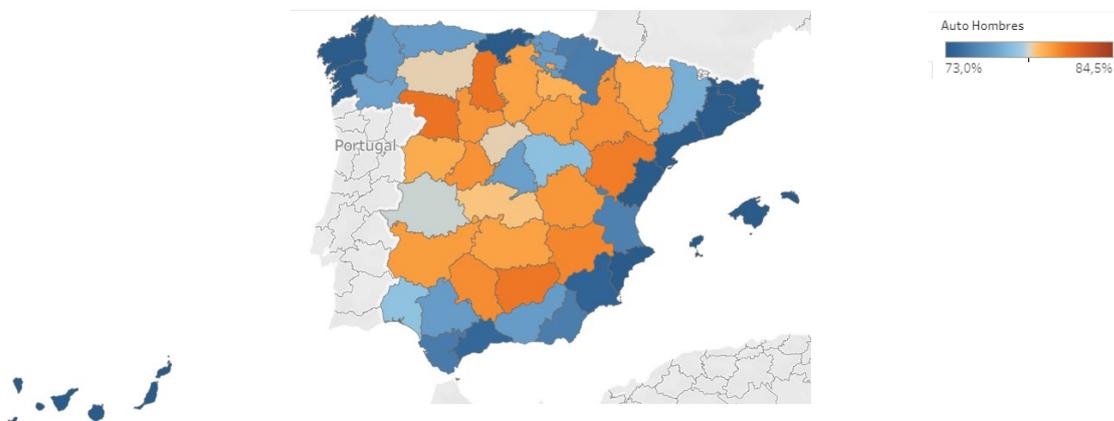
Consulta [aquí](#) la tasa de fraude al seguro en España por provincias en 2019

### 7. Tasa de fraude por género

El VII Mapa AXA del Fraude en España ofrece de nuevo una visión por género, de la que se desprende, por ejemplo, que el 74% del fraude en Auto lo cometen los hombres. Así, en todas las provincias de España el porcentaje de hombre que defraudan al seguro en el ramo de Auto es significativamente mayor que el de las mujeres.

En 18 de ellas, entre las que destacan Zamora, Palencia, Jaén, Teruel, Albacete, Córdoba, Ávila y Zaragoza, ocho de cada diez casos de fraude en este ramo los realizan los varones. En el extremo opuesto, Baleares, Tenerife, Las Palmas y Girona son las provincias donde el porcentaje de varones que cometen fraude al aseguro en Auto frente a las mujeres es menor; por debajo del 70%.

### Porcentaje de fraude al seguro de Auto cometido por hombres



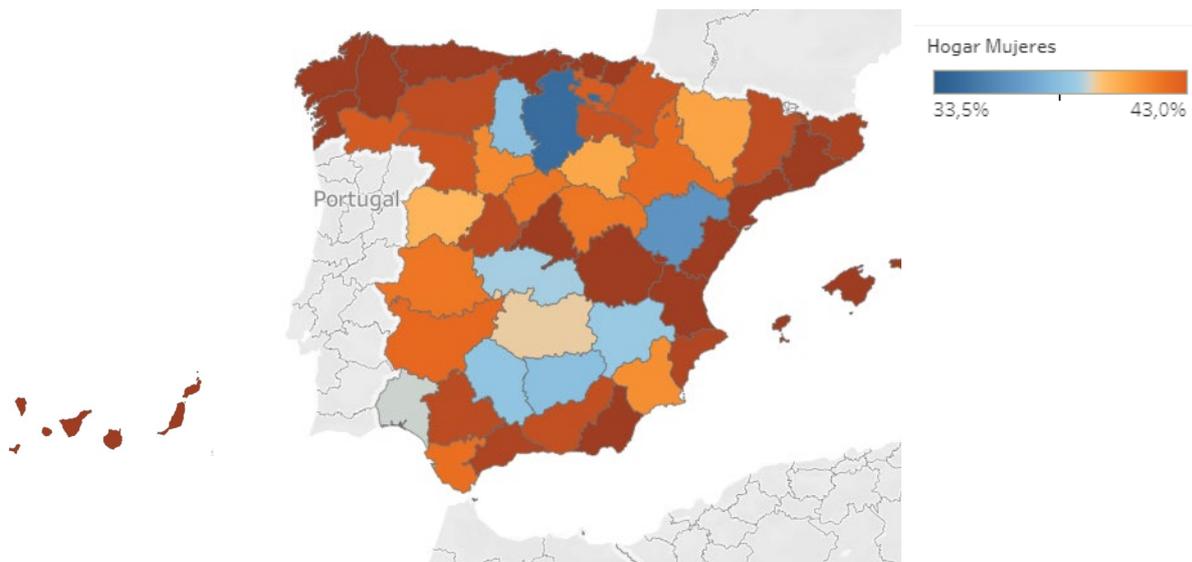
Consulta [aquí](#) la tasa de fraude al seguro de Auto en España por género y provincias en 2019

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 57% 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, Baleares, Madrid, Tenerife y Barcelona son las que presentan mayor tasa de fraude al seguro de Hogar entre mujeres. En todas estas, más del 46% 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 2019.

El VII 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 71% de los fraudes que se cometen introduciendo daños preexistentes o anteriores al siniestro (fraude ocasional u oportunista), los llevan a cabo los varones. El año pasado este porcentaje era del 73%.

Sin embargo, el 40% 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, 71% el de los casos de tramas organizadas son protagonizados por hombres.

## 8. Nuevas formas de fraude al seguro

### a Pólizas de RC Profesionales.

En el informe anterior apuntábamos a esta modalidad de fraude como una nueva fórmula en alza. Y así lo corroboran los datos de 2019. Estos casos han pasado de seis en 2016, a 64 el año pasado. Aquí el fraude que realizan gestorías laborales. 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.

**b** Eventos climáticos.

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. En 2019 estos casos representaban el 15% del total, por encima de los daños eléctricos y de los daños por agua.

**c** Patinetes eléctricos.

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 corporativa.

**d** Suplantación de identidad.

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 este año 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.

---

**Nota metodológica.** Estudio realizado en AXA España a través del análisis de 64.400 siniestros sospechosos de fraude de más de un millón de siniestros declarados en 2019. 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.

---