

Estafa de seguro

RICARDO FRANCO BUSTILLO
*Universidad de Salamanca*¹
r.franco bustillo@gmail.com

RESUMEN

La firma y contratación de un seguro conlleva unas normas que han de ser respetadas por ambas partes, tanto el asegurado como el asegurador. Los intentos de estafa a las aseguradoras son constantes y en ciertos momentos preocupantes. Las compañías aseguradoras dedican gran parte de su capital a la detección de dichos fraudes, lo cual repercute negativamente en el resto de los asegurados.

Palabras clave: Estafa, seguro, indemnización, fraude.

SUMMARY

The fact of signing and contracting an insurance entails some rules which must be respected by both sides, the insured and the insurer. The scam aims to insurers are steady and many times disturbing. Insurance companies spend a great deal of capital on the detection of those kinds of frauds, which adversely means a repercussion to the rest of the insured.

Keywords: Swindle, insurance, compensation, fraud.

¹ Ricardo Franco Bustillo es estudiante de tercero de Ciencias Empresariales en la Universidad de Salamanca.

1. INTRODUCCIÓN

Entre las diferentes formas de comisión del delito de estafa, que sanciona el artículo 248 del Código penal, es frecuente la que aparece bajo la denominada estafa de seguro. La citada norma legal define el delito en los siguientes términos:

Artículo 248

1. Cometan estafa los que, con ánimo de lucro, utilizaren engaño bastante para producir error en otro, induciéndolo a realizar un acto de disposición en perjuicio propio o ajeno.
2. También se consideran reos de estafa los que, con ánimo de lucro, y valiéndose de alguna manipulación informática o artificio semejante consigan la transferencia no consentida de cualquier activo patrimonial en perjuicio de tercero.
3. La misma pena se aplicará a los que fabricaren, introdujeran, poseyeran o facilitaren programas de ordenador específicamente destinados a la comisión de las estafas previstas en este artículo.

Será en síntesis, un desplazamiento patrimonial, es decir, entrega de bienes, efectos mercantiles, dinero, causado mediante el engaño. En el supuesto concreto que nos ocupa, el sujeto pasivo de esta conducta delictiva, en otras palabras la víctima, es una entidad aseguradora, mientras que el sujeto activo, autor en definitiva del engaño, bien puede ser uno de los intervinientes en el contrato de seguro (tomador, asegurado, beneficiario), e incluso un profesional del seguro, como un tercero ajeno al mismo, pero que aparece como supuesto perjudicado en un siniestro, amparado por una póliza de seguro. Por lo general, aquellos que maquinan un fraude, buscando su ilícito beneficio, a costa de una aseguradora, lo hacen habitualmente a través de la simulación de un siniestro, dentro del ámbito del seguro de automóvil o de daños, entre los que se encuentran los de incendio y robo.

2. ESTAFA EN SEGURO DE AUTOMÓVIL

Cuando se trata del seguro de automóvil, es frecuente ver cómo cuando se producen daños en un vehículo y su propietario debe hacer frente a su reparación, sin posibilidad de repercutir el gasto que se le ocasiona a un tercero, o a cargo de una póliza de seguro, trata de urdir lo que se denomina un “siniestro falso”, generalmente en connivencia con otro conductor, haciendo creer que se haya producido una colisión entre dos vehículos, asumiendo uno de ellos la responsabilidad, para así indemnizar al supuesto perjudicado. Y tal parece, en la práctica, por el mero

hecho de presentar un asegurado a su compañía de seguros una declaración de siniestro, la aseguradora, sin más, asuma su obligación de indemnizar al perjudicado, cuando, lejos de esa realidad, cada vez más las aseguradoras extremen sus precauciones a la hora de averiguar y llegar hasta el fondo de la realidad de lo que se les declara en los denominados “partes de siniestro”. Estas tareas de investigación se asumen por los peritos tasadores de daños, profesionales con titulación que examinan la ubicación de los daños y partes de la estructura de los vehículos intervinientes, con especial atención a la descripción de las circunstancias del lugar y tiempo del siniestro, tipo de vehículos, huellas y restos en la calzada y, en definitiva, todos aquellos datos que puedan llevar a deducir la realidad de lo ocurrido.

Así, podríamos decir a título de ejemplo cómo se miden las alturas de los vehículos, para comprobar si se corresponde, por ejemplo, un impacto de la defensa de un vehículo pesado (camión) contra un turismo; si no se da esa coincidencia, cabe la sospecha de la falsedad. Podríamos citar, sin ánimo de ser exhaustivos, la comprobación de los restos de pintura de un determinado color, que se corresponda con el del vehículo causante, o bien la proporcionalidad de los desperfectos con la velocidad a la que se produce el impacto ente los vehículos, y así una pluralidad de datos e indicios, que la experiencia y profesionalidad de los peritos tasadores aciertan a encontrar, para descubrir el engaño. Pero no sólo la labor de estos profesionales ayuda a las entidades aseguradoras a descubrir los fraudes, pues también la acción investigadora de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado coayudan a esta tarea, de forma altamente eficaz, garantizada, además, por su más absoluta imparcialidad, y que, en los accidentes de circulación, ejecuta esta tarea la agrupación de tráfico de la Guardia Civil, a través de sus equipos de atestados, altamente especializados y dotados, cada vez más, de medios técnicos que permiten determinar de forma precisa, verbigracia, la velocidad a la que circulaba un vehículo, estado de sus mecanismos, trayectorias etc. En definitiva, este conjunto de actividades indagatorias, tanto a título particular por las aseguradoras, como de forma oficial, llevan aparejado el fruto de descubrir a los presuntos estafadores y sus maquinaciones, en ocasiones tan burdas y elementales que se descubren por sí solas, aun cuando, en ocasiones, se hace muy dificultoso. Pongamos un par de ejemplos sacados de la realidad, si bien omitiendo datos personales.

En el primer caso, una persona reclama a su aseguradora por cuanto, según el asegurado, cuando se encontraba junto a su vehículo autocaravana para introducirse en él, que estaba estacionado, se le “saltó” el freno de mano provocando su deslizamiento en una pendiente, arrollándolo, con la consecuencia de resultar lesionado. A través de sus servicios jurídicos la aseguradora accede al atestado instruido por la Guardia Civil, descubriendo por las propias manifestaciones de los testigos que el vehículo tenía la llave de contacto y, engranada una velocidad sin freno de mano, estaba en una zona llana dentro de un camping y el lesionado se encontraba detrás

del vehículo, y la razón del desplazamiento no fue otra que el despliegue de una cubierta de lona, que aumenta la capacidad del habitáculo, en medio de un fuerte viento, que hizo de “vela” y arrastró al vehículo. Con el contundente informe de la fuerza instructora se desvanecieron las infundadas pretensiones indemnizatorias del lesionado, víctima de su propia imprudencia. O quien comunica una colisión con un tercero, declarándose culpable de la misma y, al examinar el perito tasador el turismo dañado, encuentra en los bajos restos de cal, tierra, vegetación y lo que definió como “materia orgánica en descomposición”. En realidad, como confesó el asegurado, quiso hacer un favor a un amigo que estrelló su coche contra la pared de una cuadra y que, por los restos de materia orgánica, se comprobó que estaba en uso y ocupada por una explotación ganadera. En su ingenuidad, dijo, nunca pensó que el perito iba a mirar el coche por arriba y por abajo.

En otras ocasiones, los presuntos estafadores no son tan ingenuos y elaboran un siniestro que ocurre en la realidad interviniendo dos conductores, sin aparente relación entre ellos. Así, se da el caso de quien, poseyendo un vehículo de proporciones mayor que un turismo (todoterreno o furgón) dotado de un enganche para remolque, causa daños intencionados a otro vehículo realizando la maniobra de marcha atrás y golpeando con la bola de remolque. El causante no sufre daño, dada la solidez y resistencia del enganche, mientras que el vehículo perjudicado resulta seriamente averiado. Si pensamos que los daños frontales de un vehículo, generalmente, son imputables a su conductor, de esta forma se pueden reparar a cargo del asegurador del vehículo dotado de ese mecanismo. E incluso se provocan siniestros entre personas que aparentemente son ajenas (no coinciden ni apellidos comunes ni domicilios próximos e incluso viven en lugares distantes), y en lugares distintos de su domicilio habitual, para obtener un lucro ilegítimo actuando en connivencia, cuando, en algunos casos, carecen de seguro que cubra sus daños, ya se los hayan causado con anterioridad al siniestro o tengan origen en agresiones u otras causas. En estos casos es más difícil averiguar esa posible estafa, pues el siniestro se produce, y se procura además que sea presenciado por “testigos”, llegando a solicitar la intervención policial. Es decir, tramas pensadas y elaboradas para burlar los controles de las aseguradoras, cosa que se logra a veces.

Mención aparte merece la cuestión de las lesiones que se reclaman derivadas de un accidente de tráfico. No es infrecuente ver en los juzgados una auténtica *Corte de los Milagros* en la que, como la que describe el clásico Víctor Hugo en su novela *El Jorobado de Notre Dame*², personas que acuden a la clínica forense se muestran como grandes lesionados y con dolores y padecimientos que nunca acaban, hasta el momento en que se vislumbra la compensación económica de sus males, que operan efectos curativos *milagrosos*. Esta conducta se define por

2 V. M. Hugo, *El Jorobado de Notre Dame*, Barcelona 2007.

el Dr. Iruela al referirse a las neurosis postraumática como: “en otras palabras, se encuentran tres elementos, lesiones mínimas, síntomas sobresimulados y una neurosis de deseo de ser compensado”³.

Coloquialmente, parece como si, el hecho de sufrir unas lesiones en accidente, fuera una especie de “premio gordo” de la lotería aseguradora. En consecuencia, las aseguradoras extreman sus precauciones en este tipo de siniestros, controlando a través de sus servicios médicos la evolución y curación de las lesiones, secuelas y demás circunstancias médicas, así como las del siniestro, para ver si existe proporción entre la violencia del impacto y las lesiones. Y como en el caso de los daños, también las entidades aseguradoras toman la referencia de los servicios públicos de salud que atienden a los heridos de tráfico y de los propios informes de sanidad de los médicos forenses, cuando el siniestro tiene alcance judicial. Todo ello dificulta el intento de engaño por parte de quien se finge lesionado, o exagera sus lesiones hasta límites rayanos con la estafa.

3. ESTAFA EN SEGURO DE DAÑOS

Nos referimos a la forma más frecuente de estafa en este ramo del seguro: el incendio provocado. En épocas de crisis, como la que padecemos, surge la tentación de liquidar un negocio ruinoso por el expeditivo método del “cerillazo”, y que pague el seguro. Las formas delictuales de este tipo de siniestro se ejecutan por medios que, una vez recae sobre la investigación de los técnicos de las compañías de seguros o de los cuerpos policiales, quedan generalmente al descubierto, dado que se utilizan materiales inflamables o que aceleran la combustión y, pese a que pueda parecer que se volatilizan con el fuego, dejan también su huella, y lo mismo ocurre cuando se provocan explosiones con gases, bien domésticos o industriales, pues es posible detectar la manipulación de los aparatos de regulación, uso y consumo. Pero también existen formas sofisticadas de provocar un incendio, como la ocurrida en una nave industrial, en la que, durante un periodo vacacional se extendió combustible (gasoil y gasolina) en recipientes para que llenase el ambiente de emanaciones inflamables. Una vez logrado se destruyeron los recipientes utilizados y, mediante un temporizador del alumbrado previamente manipulado en el cableado para provocar la chispa eléctrica, se produjo la deflagración con llamas, que afectó a materiales utilizados en la nave industrial colocados de forma estratégica. En principio, nada se sospechó, pues el origen parecía un cortocircuito fortuito, no había restos de líquidos y los materiales incendiados eran los propios

3 L.M. Iruela Cuadrado, *Psiquiatría, Psicología y Armonía social: Doctor Emilio Mira y López, la vida y la obra* Barcelona 1993.

de la actividad, pero con lo que no contaron los autores era que, una vez más, las exhaustivas investigaciones de los técnicos descubrieron en los filtros de los conductos de aireación cercanos al foco del incendio, la presencia de una gran e inusual concentración de gases derivados de los combustibles utilizados, y como el temporizador, pese a resultar directamente afectado por el fuego, se pudo determinar que se puso en funcionamiento a una hora en la que no había comenzado la actividad fabril. En las diligencias judiciales confesaron los autores su fraude, ante la imposibilidad de dar una explicación racional a lo que se les mostraba como un incendio provocado. Así pues, no sólo en las series de televisión se investigan delitos con medios que parecen sacados de la imaginación del guionista, sino que ocurre en nuestra realidad cotidiana.

Hacer por último mención al procedimiento pericial que regula la Ley 50/1980 de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en su artículo 38, para, en caso de desacuerdo entre asegurado y compañía de seguros, someterse al dictamen de un perito designado por cada parte, y si no hay acuerdo entre ellos, al de un tercero que es susceptible de impugnación judicial. En definitiva otra garantía más para evitar el fraude, con la intervención de estos expertos.

Pero no siempre el asegurado es el potencial autor del delito. Es frecuente también que, los propios agentes de seguros o empleados de aseguradoras cometan esta conducta ilícita con medios que obtienen de su actividad. Estos individuos manejan documentación de las entidades que, en sí misma, es legítima pero que es utilizada para la captación de clientes, quienes de buena fe, formalizan sus pólizas y pagan la correspondiente prima, pero que nunca llega a su legítimo destinatario, la aseguradora, y que es manipulada para dar apariencia de contrato legal, pero que en realidad no se lleva a efecto. El problema surge cuando, ocurrido el siniestro, el asegurado se ve desamparado, al negar la entidad cualquier vínculo contractual, por la razón evidente de que nunca se perfeccionó. Lo mismo ocurre en el caso de póliza de seguro que contratan los denominados “fondos de pensiones” u otros seguros sobre las personas. En este tipo de seguro la conducta habitual consiste en la captación de esos fondos, en ocasiones en cuantía muy elevada, y a los que el mediador o empleado da un destino en su propio beneficio, instrumentalizando el delito por medio de la documentación mercantil obtenida en las compañías de seguros. Práctica habitual ha sido, en épocas de bonanza económica y alto rendimiento del capital mobiliario, con la documentación sacada de su empresa aseguradora captar estos fondos para su inversión en Bolsa, reteniendo el mediador o empleado parte de la plusvalía obtenida en su beneficio y entregando el diferencial al presunto asegurado, pero con el desconocimiento de la entidad que, supuestamente, garantizaba la inversión. Este caso de estafa se desmoronó y quedó al descubierto con las primeras fluctuaciones bursátiles, al no poder hacer frente los presuntos estafadores a las obligaciones que habían contraído con sus clientes, o

cuando los propios estafados acudieron a las aseguradoras a rescatar su capital, viendo entonces cómo no existían tales contratos.

Como última consideración, en tiempos de crisis se buscan soluciones por caminos evidentemente equivocados. Pero si se intenta mediante el contrato de seguro, debe tenerse en cuenta que es un camino muy explorado y que las compañías de seguros dedican un esfuerzo económico y de personal técnico altamente cualificado muy importante para la prevención y desenmascaramiento de este tipo tan frecuente de estafa de seguro. Se puede ver en los últimos estudios de “persecución” del fraude cómo ha aumentado, no sólo por la crisis, sino que se ha investigado más y eso ayuda a que aumente el número.

La estafa al seguro del automóvil es una salida fácil ante una necesidad urgente de dinero, cómo estafar a veces no es tan fácil o tan conocido y ahí es cuando el seguro puede investigar los modos de actuación o el historial de accidentes del damnificado, pudiendo observar así una anomalía que una vez estudiada podría reconocerse como un fraude; lo que vamos a mostrar es la realidad en el día de hoy de esta situación.

Se puede defraudar a la compañía de seguros de muchas maneras: reclamaciones por daños materiales, daños corporales, daños propios, robos, incendios, accidentes personales o roturas de lunas, entre otros. Para ver cuál es la cifra nos basaremos en el informe que dio a conocer ICEA (Investigación Cooperativa de Entidades Aseguradoras) en el año 2007⁴ el cual habla de 56.456 casos de engaño al seguro, intentando estafar una cantidad de 136.373.321 €. Se debe saber que el automóvil es el fraude preferido, puesto que éste abarca un 77,95% de los casos de fraude en España.

Se debe observar también quién es el que defrauda en el caso del automóvil, pudiéndose diferenciar entre el asegurado, el contrario, el mediador, el reparador u otros profesionales. En el 79,03% de los casos es el asegurado el que se encarga de llevar a cabo el fraude mientras que en un 12,32% es el contrario y en un 0,19% y 1,60% son el mediador y el reparador respectivamente. Observamos que es el asegurado quien más defrauda, haciéndolo normalmente de acuerdo con otros defraudadores, y habiéndolo pactado previamente, quedando por ejemplo en acuerdo con el contrario, cuando se trata de daños corporales y cuando es una rotura de lunas, pactándolo con el reparador.

Se debería tener en cuenta también el reconocimiento de la autoría en el fraude, que es prácticamente nula y suele darse cuando, después de un juicio, aparece una sentencia favorable a la compañía aseguradora.

Las tipologías del fraude más significativas son seis, en las cuales contamos con el fraude en la suscripción, el fraude de un siniestro simulado, el fraude de

4 Asociación ICEA, *El fraude al seguro español, estadística año 2007*, Madrid 2007.

exclusión de cobertura, el fraude en el que se oculta un daño o lesión preexistente, el fraude que abarca la falsedad de documentos, minutas o facturas, y el fraude como una reclamación desproporcionada. En el caso del automóvil, lo que más se observa es el fraude de siniestro simulado⁵.

Ahora cabe hablar de qué indicios siguen las aseguradoras para cerciorarse de si están o no ante un caso de estafa. Normalmente lo que se estudia son los antecedentes del asegurado, problemas económicos que pudiera tener, contratación o ampliación de coberturas en fechas cercanas a cuando se produce el siniestro, una similitud en los apellidos, por el relato del siniestro, por desproporción en los daños y lesiones, por posible nerviosismo al declarar, posibles contradicciones o al peritar/tramitar el accidente, siendo esta última la mayor causa de fraude con un devastador 57,58% sobre el resto según diversos estudios.

Las aseguradoras deben llevar a cabo diversos métodos de detección, como son la comprobación de daños y lesiones o la localización y estudio de las diferentes características de los daños o lesiones producidos a causa, supuestamente, del accidente; así como inspección ocular o localización de testigos. Es interesante hablar del fraude por provincias, quedando Barcelona, Madrid, Alicante y Málaga como las provincias con mayor fraude y por el contrario a Cuenca, Guadalajara y Palencia como las provincias donde menos se defrauda a la compañía de seguro del automóvil. Presentando además a lo largo del tiempo tanto Cuenca como Palencia una disminución de las estafas y Cantabria o Salamanca un aumento de dichas estafas a las aseguradoras del automóvil.

Es importante saber cómo intentan actuar los españoles para timar a sus aseguradoras. Cada vez es más complicado puesto que dichas aseguradoras se esfuerzan más en detectar estos casos puesto que suponen un desembolso económico muy alto. Los asegurados suelen optar por simular numerosos atropellos a su cómplice, o también optan por declarar que han sufrido atracos.

Otro fraude que se suele realizar, como ya hemos explicado, es el engaño. Un tanto rocambolesco fue el engaño que tuvo lugar con la compañía Zurich. Un damnificado en un accidente reclamaba una cantidad de dinero por haber quedado parapléjico en un accidente de coche, el cual sufrió como acompañante. La aseguradora se dispuso a investigar puesto que las pólizas a terceros no cubren a los conductores del vehículo pero sí a sus acompañantes. Después de un minucioso, trabajo que tuvo que contar con una cuidada reconstrucción del accidente, y un especialista de una cátedra forense, se pudo probar que las sospechas de la compañía de seguros del automóvil eran ciertas y que la persona que decía ir de copiloto era la que en realidad iba conduciendo el automóvil en el momento del siniestro.

5 M. Guillén Estany *El seguro de automóviles, estado actual y perspectiva de la técnica actuarial*, Madrid 2005.

A pesar de que la actuación de las compañías aseguradoras cada vez se deja notar más, se echa en falta una serie de tratamientos metodológicos concretos que realicen un análisis estadístico de la información que aparece en las reclamaciones. La estructura del seguro genera *per se* situaciones que podrían llegar a inducir al individuo a comportarse de manera fraudulenta, aumentando, de esta manera, el nivel de azar moral. La fundamentación teórico-económica del problema sería determinar cómo influye el hecho de que haya información asimétrica (entre los agentes que intervienen) en la formalización y posterior aplicación del contrato de seguro. Lo interesante sería determinar ciertas circunstancias para las cuales un control, por parte de la compañía, podría ayudar a detectar un mayor número de casos de fraude.

Cómo detectar dicho fraude se está estudiando en el día de hoy, puesto que no es un campo muy desarrollado hasta el momento. Se intenta buscar lo que antes ya hemos explicado: los patrones. Diferentes artículos publicados en distintas revistas especializadas del sector y en algunos manuales como es la *Guía anti-fraude*, editada en 1996 por el Comité Europeo de Seguros⁶, o el libro *Manual de investigación de siniestros y lucha contra el fraude en el seguro de automóviles*⁷ llaman la atención sobre la existencia de dicho problema, sobre las distintas formas de presentarse que tiene, y señalan algunas pautas de actuación frente al fraude. Siempre se pone como referencia, por su suma utilidad, el hecho de diseñar un perfil del asegurado que defrauda y la necesidad de identificar los factores que pueden aumentar la posibilidad de que aparezca el fraude. Aún así, el diseño de métodos cuantitativos dirigidos al estudio de esos factores o de las circunstancias que normalmente suelen estar asociadas a la aparición de comportamientos deshonestos ha sido inexistente, tanto en el ámbito nacional, como a escala internacional.

Por ello, un grupo de expertos en economía en un trabajo de investigación⁸ con la Universidad de Barcelona recoge la necesidad de localizar los problemas y pautas que pueden aparecer. Basándonos en ese trabajo, podemos comentar que ahí se habla de la alarma desencadenada dentro del sector asegurador en torno al problema y que puede existir una posibilidad de tratar el problema desde un punto de vista aplicado. Son muchos y diferentes los grupos de investigación en el fraude al seguro del automóvil, y aunque estos sean de diferentes países, no se encuentran diferencias notables en los resultados.

6 Comité Europeo de Seguros, *Le guide de l'anti-fraude à l'assurance en Europe*, París 1996.

7 P. Cobo González, *Manual de investigación de siniestros y lucha contra el fraude en el seguro de automóviles*, Madrid ²1994.

8 M. Ayuso Gutiérrez - M. Guillén Estany - M. Artís Ortuño, *Técnicas cuantitativas para la detección del fraude en el seguro del automóvil*, Madrid 1999.

Sería muy interesante hablar de los últimos avances en el campo de la investigación, y de cómo estos se han centrado en el estudio de técnicas cuantitativas y de detección del fraude. Las distintas variables que podrían llevar al fraude son las variables explicativas introducidas en la especificación del modelo y están relacionadas con aspectos diversos de la póliza, del siniestro y de las partes intervinientes en el mismo. Todo esto ha sido estudiado como ya hemos dicho por un grupo de expertos en economía.

Sí tenemos que hablar, para finalizar, del porqué del fraude en España, es bien sencillo exagerar un parte de lesiones o aprovechar cuando se ha roto algo del coche a introducirlo en un parte de accidentes con un amigo lo cual a primera vista no parece grave. Por ello puede llegarse a pensar que hay cierta inducción al delito, puesto que el engaño es muy fácil, y en definitiva no pasa nada por intentarlo. Hay otros casos en los que la situación del asegurado, cansado de pagar un seguro todos los años y ver que no se le devuelve ningún dinero, puede llevar a parecerle “justo” estafar a su aseguradora, bajo su punto de vista, y repitiéndolo así varios años. Sin embargo, esto no es así, la estafa es una situación fraudulenta del asegurado con su compañía. Cada defraudador no sólo genera un gasto a la aseguradora a través de la indemnización sino que detrás de ello hay un juicio y un grupo humano que requiere compensación económica por su trabajo, y si además de eso le añadimos la constancia que tienen ahora las compañías aseguradoras del automóvil en detectar un fraude, en investigar cómo detectar dichos fraudes, etcétera, se puede observar que la pérdida de dinero es mucho mayor que la compensación económica que recibe el asegurador fraudulento en una sentencia. Este gasto genera para las empresas una obligación de subir el precio de los seguros puesto que, como es de entender, dichos fraudes los cubre con el dinero de todos, así que cuando alguien estafa a su aseguradora se está estafando a sí mismo y a otros miembros de la sociedad. Y aunque la gente no lo crea así, el último damnificado es Mapfre, Metrópolis o Fiact (por citar algunas); pues mucho antes de defraudar a dichas aseguradoras, se defrauda a los demás ciudadanos. Si las empresas no tuviesen que gastar las cantidades desorbitadas que se gasta con este conflicto, tal vez todos podrían tener un acceso más sencillo a las pólizas de seguros puesto que su precio o cuota sería menor.

4. CRUCE DE DATOS PARA EVITAR FRAUDES

El cruce de datos siniestrosales y de intentos de fraudes aparece como uno de los más efectivos remedios contra la incansable inventiva de los estafadores. Sin embargo, sólo un pequeño grupo de compañías intercambia información anti-fraude.

En el negocio de las aseguradoras, uno de los efectos principales que producen las crisis económicas es el aumento de los intentos de fraude. En los últimos tiempos, si bien hubo un franco incremento de los fraudes, cualitativamente se registraron distintos tipos de *modus operandi* de bandas e individuos. Para las aseguradoras dedicadas al automóvil, los iniciadores de las estafas muchas veces no fueron los mismos clientes en forma directa sino organizaciones y terceros que les ofrecieron a ellos la posibilidad de ganar dinero de una forma no legal, pero más o menos rápida.

Podríamos citar como dos las modalidades que se registran en los intentos de fraude. Una es la del asegurado, que circunstancialmente piensa en obtener un beneficio ilícito, la otra es la de complejas organizaciones delictivas compuestas por personas de diferentes grupos sociales, incluyendo a profesionales con amplia experiencia. En el primero de los casos puede que se haya tratado de una conducta ocasional, pero también se han detectado individuos que una vez descubiertos en un intento de estafa a una aseguradora insisten en otra con el mismo fin. Estas bandas son grupos de personas que siempre actúan de forma premeditada y la estafa es su objeto de existencia.

Sin embargo para Hernando Plandolit, jefe del departamento antifraude de Mapfre Argentina, el mayor número está dado por casos individuales: “La mayor cantidad en la práctica es llevada a cabo por el acto individual, por ejemplo, por un asegurado que presta su póliza a un amigo que chocó con otro que no tenía cobertura, pensando en sacar algún provecho de lo que le paga a la aseguradora. Si bien el caso de las organizaciones delictivas es menor en cantidad numérica, el daño es importante en lo que se refiere a motos”⁹.

Estas bandas juegan también con el factor tiempo: a la aseguradora le conviene en la mayoría de los casos arreglar una cifra indemnizatoria en una mediación judicial rápida, que enfrentar un juicio. De esta manera, siempre en el caso de que el fraude sea llevado a término por los estafadores, hay mucho dinero a corto plazo. Las nuevas estrategias fraudulentas son varias y cada vez más creativas. Para contrarrestar esto las compañías crearon departamentos antifraude que tienen como finalidad detectar estos casos y cruzar información entre aseguradoras.

Al respecto, Leonardo Andekián, jefe del departamento antifraude del Centro de Experimentación de Seguridad Vial, expresa: “Los intercambios de información se están realizando en una forma cada vez más eficiente y entre más empresas. En el 2001 sólo cuatro empresas contaban con un departamento de fraudes propiamente dicho. Actualmente hay doce. El panorama es positivo, pero no olvidemos que el mercado tiene muchas más compañías”¹⁰.

9 www.revistaestrategas.com (23/2/2009).

10 www.cesvi.com (15/2/2009).