



EL FRAUDE EN SEGUROS

EL FRAUDE EN SEGUROS Y LA INCERTIDUMBRE.

La incertidumbre en el fraude de seguros es un desafío constante para la industria aseguradora. El fraude de seguros se refiere a cualquier acto intencional de engaño, manipulación o falsificación de información por parte de los asegurados, proveedores de servicios o terceros con el fin de obtener beneficios económicos ilegítimos. Esta incertidumbre surge porque los fraudes pueden ser difíciles de detectar y probar, lo que dificulta la toma de decisiones basadas en información precisa.

En primer lugar, la incertidumbre en el fraude de seguros se debe a la complejidad y diversidad de las tácticas utilizadas por los defraudadores. Estos individuos pueden presentar reclamaciones falsas, exagerar los daños sufridos o incluso simular accidentes o eventos para obtener indemnizaciones indebidas. La variedad de métodos utilizados hace que sea difícil para las compañías de seguros anticipar y detectar todas las formas posibles de fraude.

En segundo lugar, la falta de colaboración y comunicación entre las aseguradoras, los organismos de aplicación de la ley y otras partes interesadas también contribuye a la incertidumbre en el fraude de seguros. El intercambio limitado de información y datos entre estas entidades dificulta la identificación de patrones y tendencias delictivas, así como la adopción de medidas preventivas más efectivas. Además, el fraude de seguros puede trascender las fronteras, lo que agrega un nivel adicional de complejidad y dificultad para las investigaciones y la persecución de los defraudadores.

En resumen, la incertidumbre en el fraude de seguros surge debido a la diversidad de tácticas utilizadas, la falta de colaboración y la complejidad inherente a su detección. Para abordar este desafío, las aseguradoras deben invertir en tecnologías avanzadas de detección de fraude, promover la cooperación entre las partes interesadas y fomentar una cultura de prevención y ética en la industria. Al hacerlo, se puede reducir la incertidumbre y proteger los intereses de los asegurados y las compañías de seguros.

EL FRAUDE EN SEGUROS EN COLOMBIA

Se produce cuando una persona o un grupo de personas presentan una reclamación falsa o inflada para obtener un pago que no se merece. Este tipo de fraude puede involucrar a individuos, grupos organizados o incluso compañías de seguros que actúan juntos para defraudar a una aseguradora. Los tipos más comunes de fraude en seguros en Colombia incluyen:

- 1. Fraude de seguro de automóvil:** Este es uno de los tipos más comunes de fraude en seguros en Colombia. Incluye presentar una reclamación falsa por daños en un automóvil, inventar un accidente que nunca ocurrió o inflar los costos de reparación.

2. **Fraude de seguro de propiedad:** Este tipo de fraude implica presentar una reclamación falsa por daños en una propiedad, como un incendio o una inundación. Los estafadores pueden inflar el valor de los artículos dañados o incluso inventar un robo.

3. **Fraude de seguro de vida:** Este tipo de fraude implica presentar una reclamación falsa por la muerte de alguien para obtener el pago de la póliza. Los estafadores pueden falsificar documentos o incluso fingir la muerte de alguien.

4. **Fraude de seguro de salud:** Este tipo de fraude implica presentar una reclamación falsa por servicios médicos que nunca se recibieron o inflar los costos de los servicios recibidos.

5. El Fraude de seguros de SOAT.

Entre otros

Las compañías de seguros en Colombia utilizan diversas técnicas para detectar el fraude en seguros, como la revisión de reclamaciones sospechosas, el análisis de patrones de reclamaciones y el uso de la tecnología para detectar reclamaciones fraudulentas. Además, las aseguradoras trabajan con las autoridades policiales y los organismos reguladores para investigar y procesar a los delincuentes.

En resumen, el fraude en seguros en Colombia es un problema común en la industria de seguros. Los estafadores utilizan una variedad de técnicas para defraudar a las aseguradoras, pero las compañías de seguros utilizan diversas técnicas para detectar y prevenir el fraude en seguros. Es importante que las autoridades colombianas y las aseguradoras trabajen juntas para combatir este problema y proteger los intereses de los consumidores.

EL FRAUDE “DURO” EN SEGUROS:

Se refiere a actos fraudulentos que son mucho más sofisticados y complejos que el fraude “suave” en seguros. Este tipo de fraude implica la participación de organizaciones criminales altamente especializadas y capacitadas, que utilizan técnicas avanzadas para cometer delitos contra las compañías de seguros.

El fraude duro en seguros puede ser difícil de detectar, ya que a menudo involucra la falsificación de documentos y la creación de empresas ficticias para llevar a cabo actividades fraudulentas. Además, los delincuentes pueden utilizar la tecnología para falsificar documentos y realizar transferencias bancarias ilegales.

Para combatir el fraude duro en seguros, las compañías de seguros utilizan tecnología avanzada y trabajan con las autoridades policiales y los organismos reguladores para investigar y procesar a los

delincuentes. También utilizan técnicas de análisis de datos y aprendizaje automático para detectar patrones y anomalías en las reclamaciones de seguros.

Es importante que las aseguradoras sean diligentes en la identificación y prevención del fraude duro en seguros. El fraude puede tener un impacto significativo en las finanzas de la compañía, lo que puede llevar a un aumento en las primas y una disminución en la confianza del consumidor en la industria de seguros.

En conclusión, el fraude duro en seguros es un problema grave que afecta a la industria de seguros en todo el mundo. Las compañías de seguros deben tomar medidas para detectar y prevenir este tipo de fraude, trabajando con las autoridades policiales y los organismos reguladores para investigar y procesar a los delincuentes. Además, deben utilizar tecnología avanzada y técnicas de análisis de datos para detectar patrones y anomalías en las reclamaciones de seguros.



EL FRAUDE “SUAVE” EN SEGUROS

Se refiere a actos fraudulentos que son más comunes y menos complejos que el fraude “duro” en seguros. A menudo son cometidos por individuos que actúan por su cuenta y buscan obtener beneficios personales a través de la manipulación de los términos de sus pólizas de seguros.

El fraude suave en seguros puede ser tan simple como presentar una reclamación falsa, exagerar una lesión o daño, o proporcionar información inexacta en una solicitud de seguro. Aunque estas actividades pueden parecer relativamente inofensivas, el fraude suave en seguros es un delito y puede tener un impacto significativo en las finanzas de las compañías de seguros.

A pesar de que el fraude suave en seguros puede parecer menos dañino que el fraude duro, puede tener un impacto significativo en la industria de seguros. Las compañías de seguros pueden perder grandes cantidades de dinero a través de reclamaciones falsas y tarifas inadecuadas, lo que a su vez puede resultar en primas más altas para los clientes y una pérdida de confianza en la industria.

Para combatir el fraude suave en seguros, las compañías de seguros utilizan una variedad de técnicas, incluyendo la verificación de la información proporcionada en las solicitudes de seguro y la revisión cuidadosa de las reclamaciones de seguros. También pueden utilizar la tecnología para detectar patrones y anomalías en las reclamaciones.

Es importante que los consumidores sean conscientes del impacto del fraude suave en seguros y que actúen con honestidad al presentar una solicitud de seguro o una reclamación. Además, es importante que las compañías de seguros continúen trabajando para detectar y prevenir el fraude suave en seguros, lo que puede ayudar a reducir el costo de las primas para los clientes y mantener la confianza en la industria de seguros.

En conclusión, el fraude suave en seguros es un problema común en la industria de seguros que puede tener un impacto significativo en las finanzas de las compañías de seguros y en la confianza del consumidor. Las compañías de seguros deben utilizar técnicas de verificación cuidadosa y tecnología avanzada para detectar el fraude suave en seguros y tomar medidas para prevenirlo. Los consumidores también deben actuar con honestidad al presentar una solicitud de seguro o una reclamación para ayudar a reducir el impacto del fraude en la industria.



LOS INDICADORES DE FRAUDE EN SEGUROS

Son aquellos factores o patrones de comportamiento que pueden sugerir la existencia de una actividad fraudulenta en el proceso de solicitud de un seguro o en la presentación de una reclamación.

Las compañías de seguros utilizan una variedad de técnicas para detectar y prevenir el fraude en el seguro, y los indicadores de fraude en seguros son una de las herramientas más importantes. Estos indicadores pueden ayudar a las compañías de seguros a identificar patrones y comportamientos sospechosos, lo que les permite investigar y tomar medidas preventivas para evitar el fraude en el seguro.

Algunos de los indicadores de fraude en seguros más comunes incluyen:

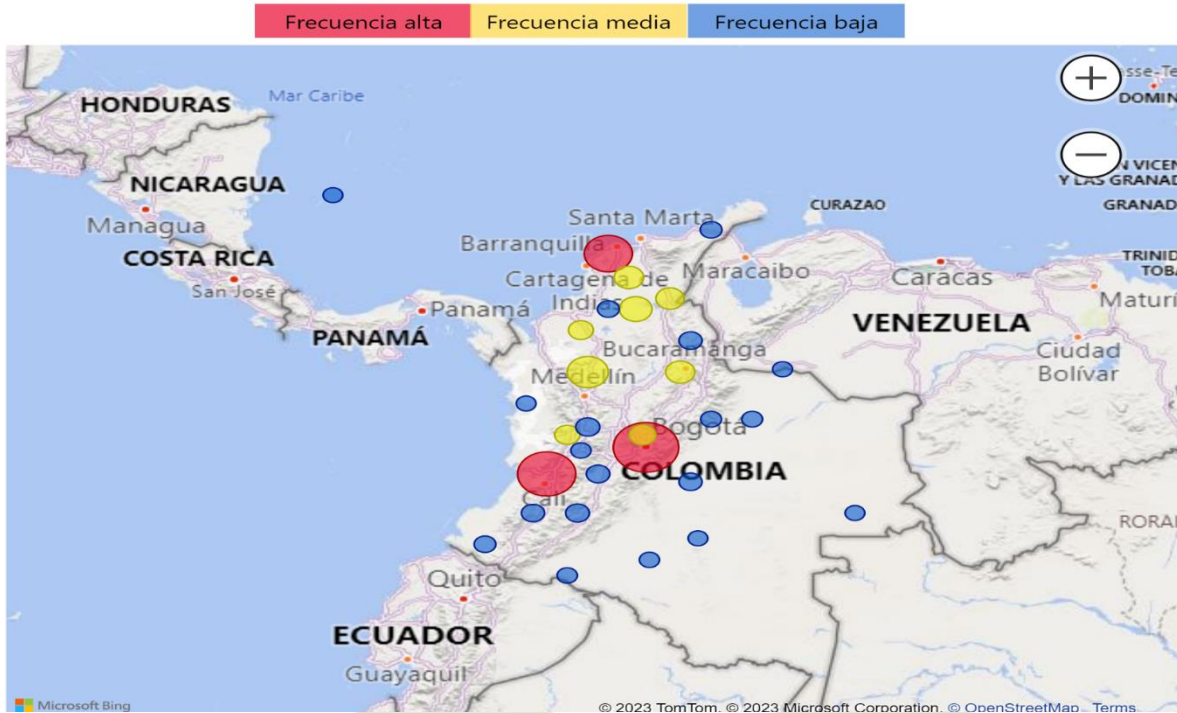
- 1. Reclamaciones inusuales o excesivas:** Las reclamaciones que parecen ser inusuales o excesivas en comparación con la norma son una señal de alerta para las compañías de seguros. Esto puede incluir reclamaciones por daños o lesiones que no parecen ser coherentes con la causa del accidente o el nivel de daño reportado.
- 2. Cambios recientes en la póliza de seguro:** Si un cliente cambia recientemente su póliza de seguro, como aumentar la cobertura poco antes de presentar una reclamación, puede ser un indicador de fraude. Este cambio puede sugerir que el cliente está tratando de obtener una cobertura adicional o una indemnización mayor.
- 3. Historial de reclamaciones:** Los clientes que tienen un historial de presentar reclamaciones frecuentes o de reclamaciones inusuales pueden ser considerados como un mayor riesgo de fraude. Esto puede ser un indicador de que el cliente está tratando de obtener beneficios adicionales a través de reclamaciones fraudulentas.
- 4. Información inconsistente:** Si la información proporcionada en la solicitud de seguro o en la reclamación es inconsistente o inexacta, esto puede ser un indicador de fraude. Por ejemplo, si la información en la solicitud de seguro difiere de la información en la reclamación o si la información en la reclamación cambia con el tiempo, puede ser una señal de alerta para la compañía de seguros.
- 5. Colusión:** Si hay indicios de que el cliente está trabajando en colaboración con otra persona para cometer fraude, esto puede ser un indicador de fraude por colusión. Por ejemplo, si hay evidencia de que un cliente ha colaborado con un taller de reparación de automóviles para inflar la factura de reparación, esto puede ser una señal de alerta para la compañía de seguros.

Para detectar el fraude en el seguro, las compañías de seguros utilizan una variedad de herramientas y técnicas, como la revisión manual de las reclamaciones, la investigación de reclamaciones sospechosas y el uso de tecnología avanzada para analizar grandes conjuntos de datos. Además, muchas compañías de seguros también trabajan con agencias de aplicación de la ley y organismos reguladores para detectar y prevenir el fraude en el seguro.

En conclusión, los indicadores de fraude en seguros son una herramienta importante para detectar y prevenir el fraude en el seguro. Los indicadores más comunes incluyen reclamaciones inusuales o

excesivas, cambios recientes en la póliza de seguro, historial de reclamaciones, información inconsistente y colusión.

Distribución geográfica de los casos de fraude por departamento en el último periodo de reporte



Así como los seguros han evolucionado para mitigar de una forma más efectiva los riesgos a que se ven expuestos los asegurados, de la misma forma las modalidades de fraude en los seguros se han ido transformando. Hoy en día los fraudes hacen uso de medios tecnológicos y son mucho más elaborados y complejos desde el punto de vista jurídico y financiero, lo que hace más difícil su detección, por ello se hace necesario contar con metodologías y herramientas más robustas.

Una de las metodologías más conocidas es el modelo del triángulo del fraude, propuesto por el criminólogo Donald R. Cressey (1961), el cual señala que deben existir tres elementos básicos para que el fraude se materialice: la presión, la oportunidad y el razonamiento.

Triángulo del Fraude:



Incentivo / Presión: por posibilidades de beneficios propios o presión externa a la realización del fraude

Racionalización / Actitud: factor subjetivo, responsabilidad, ética del empleado

Oportunidad: por falta de controles en el proceso o concentración indebida de funciones

El primer

elemento del triángulo del fraude es la presión (Incentivo), hace referencia a las razones que motivan a cometer el fraude como, por ejemplo, problemas económicos, de juego o drogas, el interés por mantener un estatus social o el deseo de multiplicar rápidamente los ingresos, lo cual solo puede ser identificado mediante una investigación exhaustiva del asegurado, que se hace mucho más efectiva si se recurre a las bases de datos que tienen terceros y que permiten identificar variables que puedan dar cuenta de una situación de presión del asegurado.

El segundo elemento es la oportunidad, esta corresponde a las circunstancias que propician el fraude, es decir, las situaciones a través de las cuales las personas consideran que pueden obtener un beneficio mayor abusando de su posición, con una baja probabilidad de ser descubiertas.

El tercer elemento del triángulo del fraude es el razonamiento, hace referencia a la justificación que construye el defraudador sobre sus actos, con el objetivo de intentar excusar sus acciones, por ejemplo, crear sentimientos de merecer beneficios sin importar los medios por los cuales los obtenga, abusar de la confianza planteando que sus acciones corresponden a un préstamo temporal o justificándose en las necesidades familiares.

Triángulo del fraude, como metodología, no solo ayuda a identificar y analizar si las acciones presentadas corresponden a un posible fraude, sino que permite estructurar y enfocar las estrategias de mitigación. En el sector asegurador el fraude no solo se manifiesta en una reclamación por siniestro como, por ejemplo, aumentado los precios de los bienes o servicios, simulando accidentes o enfermedades, alterando información sobre los hechos ocurridos para lograr el reconocimiento de la

indemnización, entre otros, sino que puede comenzar mucho antes, es decir, desde que se toma la decisión de suscribir un seguro, ocultando condiciones que aumentan el riesgo, siniestros anteriores, pólizas adquiridas con otras compañías que otorgan una cobertura para el mismo riesgo o declaración de valores excesivos en los bienes asegurados. Es ahí donde el triángulo del fraude resulta útil, porque a partir de la información disponible y las herramientas adecuadas, que permitan el tratamiento de los datos, es posible realizar una identificación anticipada, lo que se traduce en menos costos para las empresas y en una ayuda para la prevención del delito.

El fraude puede tener un origen externo o interno. En el de origen externo intervienen terceros, como clientes o proveedores, que buscan obtener un beneficio económico vulnerando la operación o procesos de la empresa como, por ejemplo, la presentación de situaciones ficticias. El fraude de origen interno se presenta cuando un empleado, gerente, o ejecutivo comete acciones en contra de su empleador, con el objetivo de obtener un beneficio para sí o para otros, es decir, se convierte en la fuente y medio para un fraude aprovechando la posición dentro de una organización y la posibilidad de acceder a información o alterar datos.

Las organizaciones deben implementar estrategias diferentes para combatir el fraude interno y el externo; aunque en ambos casos se busca aprovechar vulnerabilidades de las organizaciones, tales como la falta de automatización, interoperabilidad entre sistemas, deficiencias en la información, uso de alertas, uso de ajustadores e investigadores profesionales entre otros, resulta imprescindible que se implementen metodologías que se complementen y se actualicen continuamente a través del uso de diversas herramientas que permitan el análisis masivo de información externa e interna y la identificación oportuna de fraudes, e incluso que puedan anticiparse a ellos.

La asimetría de la información hace referencia a la posición desigual en cuanto a la cantidad y a la calidad de la información disponible para las partes que intervienen (Stiglitz, 1979) 1°. En cualquier contrato, cuando uno de los agentes tiene más información que el otro se puede crear una seria distorsión en detrimento del equilibrio.

Así, la asimetría de la información que se encuentra entre la aseguradora y el asegurado, donde cada uno de estos agentes tiene información diferente, es un factor que propicia la generación del fraude; la aseguradora conoce claramente el servicio que ofrece, respaldado en un contrato de seguros con cláusulas que se convierten en información de difícil interpretación, por su extensión y lenguaje técnico, y el asegurado claramente conoce su comportamiento e intenciones y es quien al final conoce los hechos por los cuales se presentó el siniestro.

DIVERGENCIA DE INTERESES / RIESGO MORAL.

Las divergencias de intereses que pueden tener los agentes (aseguradora y el asegurado) afectan el equilibrio contractual que la actividad aseguradora supone; es allí donde el riesgo moral cobra

importancia, por el impacto económico que tiene la compensación. Un siniestro debería solo presentarse bajo ciertas circunstancias que han sido estudiadas y medidas a través de los registros históricos, el análisis y la estadística, pero se puede presentar de forma atípica, debido a la falta de previsión del asegurado, quien, luego de adquirir la protección, decide tomar riesgos, que no asumiría de no contar con la póliza. Aquí es donde aparece el riesgo moral, el cual lleva a que las aseguradoras implementen acciones que pueden incrementar el costo de sus pólizas o determinar que para ciertos riesgos existan condiciones adicionales para ser asegurables.

Es importante diferenciar entre el riesgo moral ex ante y ex post; El primero hace referencia al cambio de comportamiento del asegurado, que lo lleva a tomar mayores riesgos durante el tiempo de vigencia del contrato de seguro, por considerar que su riesgo está cubierto por el mismo. El riesgo ex post se genera por la limitación de las compañías de seguros para observar y verificar el comportamiento el asegurado luego de que ocurre el siniestro, esta es la principal fuente de generación de Fraude en los seguros.

El fraude en las diferentes etapas del seguro.

1. Precontractual; Artículo 863. Buena Fe en el Período Precontractual. “Las partes deberán proceder de buena fe exenta de culpa en el período precontractual, so pena de indemnizar los perjuicios que se causen.” Artículo 871. Principio de Buena Fe. “Los contratos deberán celebrarse y ejecutarse de buena fe y, en consecuencia, obligarán no sólo a lo pactado expresamente en ellos, sino a todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural.” Código de Comercio de Colombia.

Por ejemplo: El primero, constituye fraude en la etapa precontractual, al declarar un tipo de vehículo, cilindraje o edad del automotor diferente, con el fin de obtener un menor valor de la prima.

2. Contratación; Ocurre cuando un asegurado retiene o deliberadamente omite revelar a la compañía de seguros hechos materialmente relevantes del riesgo al momento de la aplicación, con la idea de obtener un beneficio económico. Se conocen como hechos materialmente relevantes aquellos que se contraponen a las condiciones y términos de la póliza al momento de la suscripción o la renovación.
3. Suscripción; Este tipo de fraude ocurre cuando los solicitantes proporcionan información falsa o engañosa al momento de suscribir una póliza de seguro. Pueden ocultar antecedentes médicos relevantes, información sobre su historial de conducción o propiedades, o incluso inventar accidentes o pérdidas previas. Esta conducta fraudulenta tiene como objetivo obtener una prima más baja o incluso asegurar bienes o riesgos que de otro modo serían considerados inaceptables.

4. Postcontractual (durante la vigencia); Este tipo de fraude se produce cuando los asegurados presentan reclamaciones fraudulentas o exageradas con el objetivo de obtener un beneficio financiero ilícito. Pueden inflar los costos de reparación, reportar daños inexistentes o presentar reclamaciones repetitivas para obtener indemnizaciones adicionales. Estas prácticas deshonestas generan un aumento en los costos de los seguros, afectan la rentabilidad de las aseguradoras y perjudican a los clientes honestos.

La denuncia como Herramienta. La denuncia es una de las herramientas más fuertes que se puede utilizar para enfrentar el fenómeno del fraude, pues es a través de esta que se ponen en conocimiento de las autoridades competentes las actuaciones irregulares o ilegales que están afectando a personas o empresas.

La organización de la información, la estructuración de los casos y una correcta gestión de la cadena de custodia se convierten en puntos diferenciadores y relevantes que viabilizan y facilitan los procesos de investigación y judicialización por parte de las autoridades competentes.

La denuncia permite no solo investigar y procesar un delito, sino que genera un efecto de disuasión en la comisión de nuevos delitos.

El uso de Metadata, Macrodatos, machine learning e Inteligencia artificial para combatir el fraude. Las técnicas de inteligencia artificial llegaron a revolucionar los métodos de análisis que son utilizados por las compañías para tomar decisiones relacionadas con el desarrollo de su portafolio de servicios, la innovación de productos, la penetración en nuevos mercados y, por supuesto, la detección y prevención del fraude, utilizando análisis forenses y modelos predictivos, entre otros campos de acción.

El factor de éxito de estas técnicas radica en la capacidad de las compañías de administrar y correlacionar una gran cantidad de datos para identificar tendencias, patrones, predecir comportamientos y detectar anomalías.

Las compañías de seguros son dueñas de grandes volúmenes de información relacionada con pólizas, siniestros, reclamantes, intermediarios, terceros afectados y abogados, entre otros; al aplicar técnicas de inteligencia artificial y de negocios pueden optimizar el proceso de gestión para la detección y prevención del fraude.

A través de estas herramientas se puede también llegar a identificar atipicidades en los siniestros, detectar argumentos similares en las reclamaciones, frecuencia de víctimas o vehículos con siniestros recurrentes, diagnósticos médicos frecuentes conforme a las regiones y ocupaciones, e identificación de redes criminales y modus operandi de los defraudadores.

De ahí radica la importancia de estructurar y consolidar bases de datos con información de calidad y gestionar su actualización de forma oportuna, pero siempre velando por el cumplimiento de Ley 1581 de 2012 (protección de datos personales) y evitando la conformación de bases de datos relacionadas con listas negras, en conformidad con el parágrafo 4 del artículo 14 de la Ley 1266 de 2008 donde: Se prohíbe la administración de datos personales con información exclusivamente desfavorable.

INVESTIGADORES.

El uso de investigadores es una de las herramientas más frecuentemente utilizadas por las compañías de seguros para identificar posibles fraudes en la reclamación de un siniestro.

Algunas compañías cuentan con sus propios investigadores, mientras otras deciden tercerizar estos servicios con empresas especializadas, lo que, en algunos casos, se puede convertir en una ventaja cuando el investigador lleva procesos de diferentes compañías de seguros, esto le permite evidenciar casos con patrones de comportamiento similares, que pueden estar asociados a posibles defraudaciones a más de una aseguradora y que probablemente corresponden a delitos cometidos por estructuras criminales.

Pero el éxito de una investigación radica en la correcta orientación, supervisión y gestión. Es decir, todo proceso de investigación debe iniciar con la construcción de una hipótesis que permitirá realizar el primer análisis con base en la información que se tiene al alcance; si luego de efectuar este proceso se evidencia que existe una alta probabilidad de fraude, es necesario estructurar un plan de acción de forma conjunta con el investigador, en el cual se plantee el alcance de la investigación, las evidencias recolectadas en la etapa inicial y las señales de alerta identificadas; todo esto con el fin de orientar al investigador sobre lo que se deberá revisar y evitar investigaciones predefinidas que no conducen a los resultados que se esperan obtener.



Mateo Lancheros Delgado
BC's BA