

Fraude en los seguros y lavado de activos NEGOCIOS SIN FRONTERAS

“El fraude en los seguros es uno de los retos más importantes que la industria del seguro tendrá que enfrentar en el futuro, ya que no sólo representa un gran costo para las aseguradoras sino también para los consumidores”, comentó recientemente Jacques Blondeau, Director General de SCOR, a los aseguradores colombianos.

El grupo asegurador SCOR de Francia es reconocido internacionalmente como uno de los precursores en el desarrollo de servicios especializados contra el fraude en los seguros. Blondeau, junto con sus colegas Yves Monmoton y Guy Pochon, viajaron a Santafé de Bogotá el pasado mes de junio para compartir sus experiencias en el seminario “El Fraude en los Seguros”, evento que fue coordinado por el Instituto Nacional de Seguros y Fasecolda.

Los tres ejecutivos coincidieron al afirmar que el aumento en el número de casos de fraude en los seguros que se ha venido registrando, especialmente en los últimos años, ha incidido de manera notable en el desempeño de las compañías aseguradoras en el mundo.

“En Europa, dicho tipo de fraude se avalúa, como mínimo, en 8 mil millones de euros (US \$8,8 mil millones) por año para los 22 países miembros del Comité de Seguros, CEA, cifra que representa más del 3% del total de las primas suscritas y entre un 5% y 8% de los siniestros pagados. No obstante, el monto real puede ser muchísimo mayor, ya que estas estimaciones sólo miden los siniestros fraudulentos que han sido identificados”, aclaró Yves Monmoton, Director de De-



William R. Fadul, Presidente Ejecutivo de Fasecolda, con los señores Jacques Blondeau, Yves Monmoton y Guy Pochon, del Grupo SCOR de Francia.

Los seguros se están utilizando cada día más como un medio para lavar dineros procedentes de todo tipo de actividades ilícitas.

sarrollo y Mercadeo de SCOR, al hacer referencia al impacto del fraude sobre el sector asegurador europeo.

CAUSAS DEL FRAUDE

El fraude en los seguros puede definirse como todo acto voluntario que busca obtener provecho ilegítimo de un contrato de seguro. Hay diversos factores que han llevado a un aumento en el mismo.

- En primer lugar, la naturaleza del contrato de seguro incentiva a los defraudadores. Al ser un contrato sinalagmático, es decir, que implica el acuerdo mutuo de dos partes, basado en la ética y la buena fe, se presta para ciertos abusos.

- Segundo, hay una falta de comunicación entre las compañías y el público en general. Al respecto, Yves Monmoton opina que en muchos casos la publicidad de las aseguradoras hace alusión a su riqueza, pero no explica que esta proviene de provisiones técnicas destinadas a pagar los siniestros. Ello ha contribuido a la proliferación de fraudes de tipo ocasional, perpetrados por asegurados que buscan recuperar primas que han pagado durante un tiempo y que de otra forma consideran se perderían. “Para las compañías, esta tipología es la más difícil de combatir y, por su frecuencia, se ha convertido en una fuente muy grande de pérdidas por concepto de fraude”, confesó.
- Tercero, las aseguradoras son víctimas de su mala reputación. Los medios de comunicación muchas veces critican o, incluso, atacan a las compañías. Al respecto, Guy Pochon, asesor técnico del Director General de SCOR Vida y encargado del servicio anti-fraude, comenta que “la imagen caricaturesca del asegurador es aquella del que se embolsilla las primas pero que se las arregla siempre para no pagar los siniestros. Por ello, se observa que en muchos casos las autoridades judiciales fallan en contra de las aseguradoras, aun cuando hay pruebas irrefutables de que hubo fraude. Afortunadamente se percibe una tendencia - si bien algo tímida - entre las autoridades y los jueces de ser menos indulgentes con los asegurados cuando se presentan acciones judiciales”.
- Cuarto, las exigencias de las actividades comerciales requieren de una respuesta oportuna, muchas veces dentro de plazos muy cortos establecidos por ley que dificultan las investigaciones y la obtención de las pruebas que demuestran el fraude.
- Quinto, las aseguradoras alientan el fraude al no combatirlo. Esta actitud se explica por varias razones, entre las cuales se encuentran el temor a perjudicar su imagen en el mercado o el

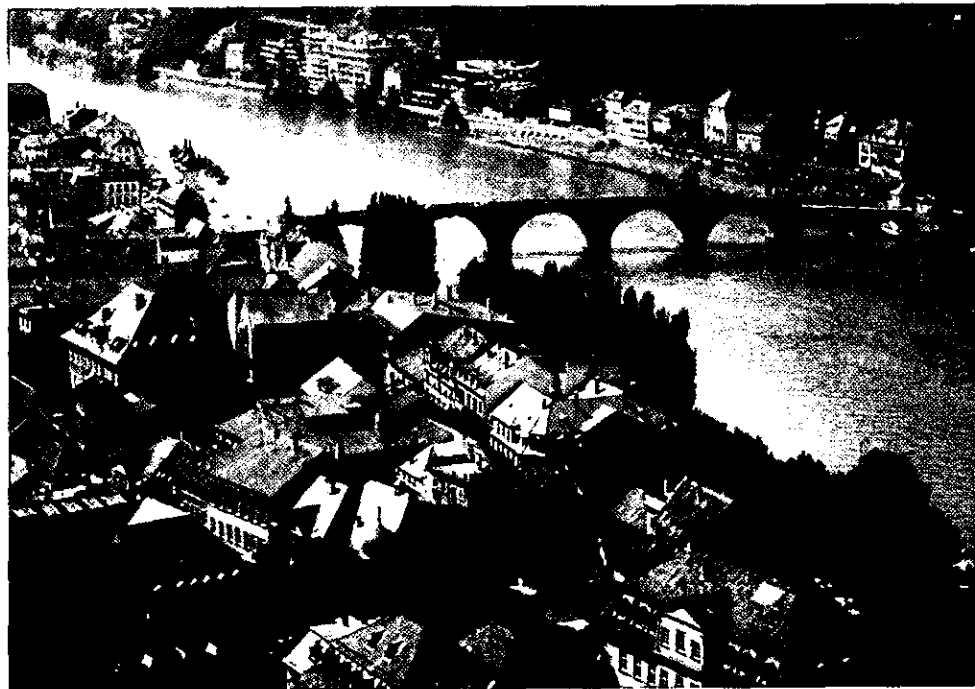
deseo de evitar conflictos con clientes importantes, o con algunos ajustadores, agentes de seguros e intermediarios que, en ocasiones, pueden ser cómplices de los defraudadores. También, existe cierto escapismo, en el sentido de que se piensa que por tratarse de un problema generalizado las pérdidas se pueden compensar con un aumento en las primas. El más afectado, sobra decir, es el consumidor.

- Sexto, inciden factores exógenos como el aumento en el desempleo en los últimos años y un cambio en la mentalidad de la gente, que no percibe al fraude como un acto criminal. “El fraude es visto por quienes lo cometen como otra fuente de ingresos”, explicó Pochon.

En Europa el fraude en los seguros representa entre un 5% y 8% de los siniestros pagados.

EL FRAUDE EN EL SEGURO DE AUTOS

“El ramo de automóviles representa el 33% del volumen total de las primas de los quince países que hacen parte de la Comunidad Europea”, comentó Monmoton, al señalar el impacto del fraude sobre este segmento. A continuación, explicó algunos de los mecanismos empleados por los defraudadores, que también se utilizan en otros ramos.





Suscripción del contrato. Se hace una falsa declaración con el fin de ocultar los factores de riesgo y, de esta manera, obtener una cobertura que normalmente sería negada o implicaría una sobretasa. Esto incluye la sobrevaloración de los bienes asegurables o inexistentes y la no-declaración de la existencia de otras pólizas de seguro que amparan el mismo riesgo.

Hechos relacionados con el siniestro. Se presentan pérdidas intencionales, inexistentes o mal representadas (como sería el caso de un robo falso) para cubrir siniestros que no estarían amparados de otra manera. También se puede presentar la falsificación o simulación de un accidente y la sobrevaluación de los daños.

Hechos relativos a las circunstancias del siniestro. Muchos siniestros fraudulentos ocurren en el fin de semana, lo que permite que no haya testigos y que el defraudador tenga suficiente tiempo para preparar su denuncia. También hay motivos para sospechar cuando el siniestro ocurre en el extranjero, donde es más difícil reportarlo, o cuando el asegurado hace la denuncia lejos de su domicilio, donde no es bien conocido.

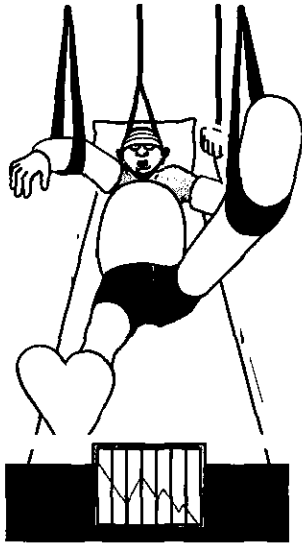
Las exigencias de las actividades comerciales requieren de una respuesta oportuna, lo que dificulta las investigaciones y la obtención de pruebas que demuestren el fraude.

Hechos relativos al valor del vehículo. Un asegurado que no está contento con su vehículo puede encontrar que la forma más rápida de recuperar su inversión es a través de un fraude. Por ello, hay que prestar mucha atención a los casos que involucran vehículos nuevos o de segunda recién adquiridos, compras a crédito que no han sido totalmente pagadas, o posibles salvamentos donde se hace una declaración falsa relativa al estado del vehículo. Excepción hecha de los automóviles clásicos y de colección, también pueden ser objeto de robo los autos que tienen un alto kilometraje, los que tienen motores viejos y los modelos discontinuados que son difíciles de vender en el mercado de segunda o que serían más comerciales si se ofrecieran por partes.

Hechos relativos al estado del vehículo recuperado. Puede haber indicios de fraude cuando no hay concordancia entre el estado declarado en la denuncia y el del vehículo recuperado. *Cualquier automóvil que ha sido estrellado, averiado o presenta fallas mecánicas es sospechoso, así como los que han sido incendiados, sumergidos o han caído al abismo, todas circunstancias que permitirían ocultar su estado original.* También hay que tener cuidado cuando el vehículo ha sido recuperado 'por casualidad' por el asegurado o por un miembro de su familia.

Hechos relativos al contrato firmado. Por ejemplo, una garantía que ha sido suscrita menos de dos meses antes de un robo, caso en el cual se puede pensar que había intención inicial y cierta premeditación; una alta frecuencia de siniestros, lo que puede indicar que el asegurado es muy mal conductor; la ausencia de una fotocopia de la tarjeta de propiedad cuando se suscribe el contrato, o bien de una nota en la cual se describe el estado del vehículo en ese momento; la ausencia de una garantía de daños o un atraso en el pago de las primas que sucede con cierta regularidad.

Hechos relativos al comportamiento del asegurado después del robo. Puede existir un fraude cuando el asegurado sólo presenta una fotocopia de los documentos y no



El grupo asegurador francés ha hecho especial énfasis en el problema de lavado de activos en los seguros que involucran altos componentes de ahorro o inversión. Los seguros se están utilizando cada día más como un medio para lavar dineros procedentes de todo tipo de actividades ilícitas, incluidos el tráfico de drogas, la prostitución y los atracos, entre otros. Una larga cadena de múltiples operaciones financieras permite poco a poco ir disimulando el origen de los fondos, especialmente en países donde la reglamentación bancaria al respecto es laxa o ambigua. “Es, sin duda alguna, el riesgo más alto que tendrán que enfrentar los aseguradores de vida en los próximos años”, afirmó Pochon.

Hay varios mecanismos que se utilizan para tal efecto:

- La suscripción de un contrato de prima única muy cuantiosa, por poco tiempo, con pago en efectivo o con cheque bancario. Si no hay controles
- La suscripción de un contrato con primas periódicas se presta para que otra persona entre a reemplazar al asegurado si hay problemas de pago.

muestra los originales; cuando la declaración del robo se hace en forma tardía o cuando el asegurado no acepta recibir su vehículo una vez ha cobrado la indemnización, aun si éste ha sido recuperado en buen estado poco tiempo después. También hay que estar atentos cuando el asegurado vuelve a comprar un vehículo que ha sido desvalijado, una vez cobrada la indemnización por el mal estado del mismo. Otros indicios incluyen la compra de un nuevo vehículo por parte del asegurado antes de 30 días de ocurrido el siniestro (o el período estipulado por ley para dar respuesta); así mismo, la denuncia de pérdida de objetos o efectos personales que normalmente no habría razón para encontrar en el vehículo y casos en que las pruebas que se aportan son dudosas o falsificadas.

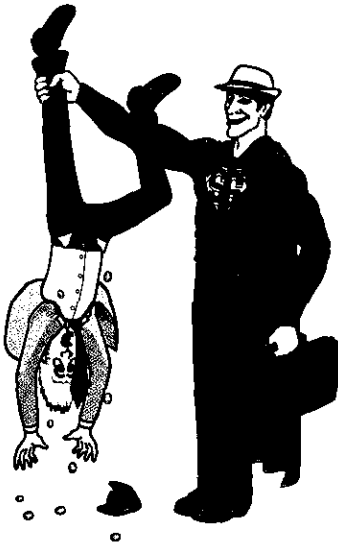
EL FRAUDE EN LOS SEGUROS DE VIDA

A diferencia de los seguros de daños, las investigaciones en los ramos de seguros de vida son mucho más difíciles de realizar debido a la estricta regulación que protege los datos personales de los individuos. “Dicha protección es ampliamente garantizada y, naturalmente, ello no tiene nada de malo. Sin embargo, es evidente que los aseguradores no pueden dejar de actuar ante el fraude, que cada día los toca más”, afirmó Guy Pochon.



Hay que prestar especial atención a siniestros relacionados con enfermedades de difícil comprobación como la "conyugopatía"

- También existe otra práctica inmoral, pero de todas formas legal, en países como los EE.UU., donde hay personas que le compran la póliza de seguro de vida a un asegurado moribundo, invitándolo a disfrutar del dinero del seguro mientras aún vive.



"La imagen caricaturesca del asegurador es aquella del que se embolsilla las primas pero que se las arregla siempre para no pagar los siniestros. Por ello, se observa que en muchos casos las autoridades judiciales fallan en contra de las aseguradoras, aun cuando hay pruebas irrefutables de que hubo fraude".

"Desdichadamente, el lavado de activos no es el único problema ni la única causa del fraude en los seguros", comentó Pochon, cuyos treinta y cinco años de experiencia como policía le han permitido tener una visión única de este delito. Durante este tiempo, ha sido testigo de casos irrisorios y escenas macabras que muestran hasta qué punto un defraudador está dispuesto a llegar para cobrar un seguro de vida.

Según el experto, el fraude puede presentarse en el momento de la suscripción, cuando se da una falsa declaración, ya sea voluntaria o involuntaria; incluye la omisión de antecedentes médicos; la presentación de certificados médicos falsos o adulterados; la entrega de certificados firmados por médicos falsos; la omisión de una acumulación de contratos (pólizas en varias compañías) y la sobrevaluación de contratos (varias pólizas en una sola compañía).

El intercambio de información entre compañías es esencial en este punto. Sin ella, es posible que un asegurado pase de una compañía a otra o que suscriba múltiples contratos de seguros de vida por pequeños montos para evitar que se le practique el examen médico de rigor, un requisito de las grandes pólizas de seguro. También recomienda que las preguntas hechas en el momento de la suscripción sean claras y precisas, lo que permitirá ver, cuando ocurra un siniestro, si el asegurado respondió con honestidad. Si las respuestas del asegurado han sido ambiguas, es posible que las autoridades judiciales declaren la nulidad del contrato.

Durante la vida del contrato se puede presentar una agravación del riesgo que no es reportada.

Ahora bien, en el momento del siniestro, hay toda suerte de factores que deben considerarse. Resumidos brevemente, incluyen los siniestros falsos o imaginarios (donde ocurre la sustitución de personas, como sería el caso de un cadáver irreconocible que se trata de pasar por el asegurado); siniestros simulados que normalmente tienen que ver con una falsa invalidez por enfermedades de difícil comprobación (tales como depresión, enfermedades de origen articular o psiquiátrico o incluso, enfermedades como la "conyugopatía" - más conocido como *alergia al cónyuge* - que por increíbles que parezcan a veces son admitidas); siniestros reales pero premeditados, como el asesinato o la amputación de órganos secundarios; siniestros inflados, que se refieren a la omisión de una acumulación de contratos; siniestros armonizados, que se presentan cuando un suicidio se convierte en muerte natural o accidental.

Finalmente, se da el caso de siniestros múltiples. "Por ejemplo, se da el caso de un individuo que incendia una bodega donde se guardan ciertos repuestos; coloca piezas viejas que serán irreconocibles después del hecho y vende las nuevas por otro lado. De esta manera recoge dinero por dos lados. Luego, a raíz del trauma sufrido por esta pérdida, el gerente se enferma - una de aquellas enfermedades difícilmente observables - y entonces cobra otra indemnización. Esto es posible porque por lo general no hay comunicación entre el ramo de vida y otros ramos. Por ello, recomiendo que se den reuniones frecuentes entre los responsables de mercados, de seguro de daños y seguros de vida, aunque sea cada tres meses, para ver si el mismo nombre surge para varios siniestros. Encontrarán que surgen cosas interesantes".

LA LUCHA CONTRA EL FRAUDE

Este tema ha sido tratado en varias ocasiones. No obstante, vale la pena recalcar la necesidad de ponerse en el pellejo del defraudador antes, durante y después del siniestro. Con este fin, algunas compañías de seguros y organismos de lucha anti-fraude como ALFA en Francia han desarrollado indicadores de fraude. Muchos de éstos ya han sido desarrollados en este escrito y se utilizan tanto en los ramos de no-vida como en los de vida. Está demostrado que cuando se reúnen dos o más indicadores, la probabilidad de que haya fraude es muy alta.

Un mecanismo muy efectivo para luchar contra el lavado de activos es el establecimiento de una estructura de información centralizada que permita recopilar información relativa a sospechas de dineros sucios. En Francia se ha tenido mucho éxito con el TRACFIN y en el Reino Unido, con el Claims Underwriting Exchange, CUE. En Europa también se ha observado la necesi-



**Algunos asegurados
buscan recuperar primas
que de otra forma
consideran se perderían.**

dad de ampliar la legislación para abarcar la investigación del origen de fondos sospechosos de ser objeto de lavado, más allá de actividades relacionadas con el tráfico de drogas.

Aunque vale la pena contar con un servicio anti-fraude dentro de la misma compañía, también es factible contar con organismos independientes creados para tal efecto. Por el volumen de operaciones realizado por cualquier compañía de seguros, es claro que no todos los casos pueden ser investigados. Por ello, se debe fijar un monto mínimo a partir del cual se deben iniciar investigaciones. Con el establecimiento de controles y medidas preventivas semejantes y el uso de indicadores de fraude, se pueden prevenir muchos fraudes elementales.

Finalmente, es claro que la lucha contra el fraude implica un gran esfuerzo de tiempo y de recursos financieros. Bien dirigida, sin embargo, logrará economías realizables que compensarán con creces el costo de la inversión. Si esta determinación se hace pública y si se solicita la colaboración de la clientela, las compañías lograrán percibir valores morales y valores agregados, que lejos de afectarla, realzarán su imagen y, en últimas, beneficiarán al asegurado. Al fin de cuentas, es la credibilidad de las aseguradoras la que está en juego. **G**

Suiza de Reaseguros



Compañía Suiza de Reaseguros
Oficina de Asesoría Técnica
Calle 72 No. 12-65, Piso 9
Apartado aéreo 057293
Santa Fe de Bogotá, D. C.

Teléfono 345 0369
Telefax 212 4201
Internet <http://www.swissre.com>