

EXTRA SEGUROS / ASÍ SE PREVIENEN LOS ABUSOS



Jose Antonio Pérez Pérez, director de la agencia Cosmos Detectives, especializada en investigar fraudes al seguro, se oculta el rostro.

SANTI BURGOS

El fraude bajo la lupa

El 2,5% de los siniestros contiene elementos de engaño. Aseguradoras, detectives y peritos intentan dar con ellos.

CARMEN PÉREZ-LANZAC

Al entrar en la sede de Cosmos Detectives, a la que se accede por un oscuro pasillo muy apto para ambientar una película policíaca, uno se topa con un póster tamaño natural de Humphrey Bogart enfundado en la gabardina con la que daba vida a Sam Spade, el mítico detective privado de la versión cinematográfica de *El halcón maltés*, de 1941. Una vez repuesto, el recién llegado empieza a toparse con otras sorpresas: fotos de James Bond y Sherlock Holmes en sus diversas encarnaciones cinéfilas, un busto de Tintín, una colección de lupas, de pipas, de pistolas antiguas, de placas de la policía científica... Y en una esquina, el detalle más detectivesco de todos: una pecera llena de unos diminutos tiburones de color negro al acecho. Jose Antonio Pérez Pérez, el director de la agencia —un hombre de apellido anodino muy útil para desarrollar su trabajo—, no oculta

que es un auténtico enamorado de su profesión. Desde niño. "¿Que por qué toda esta parafernalia?", pregunta orgulloso este hombre de aspecto impecable, engominado hasta el último mechón. "Un poquito de ambientación para no decepcionar a los clientes", sonríe.

Una especialidad en auge
Cosmos Detectives es una de las agencias que hay en España —pocas, según Pérez— que han hecho de la investigación del fraude en alguna de sus vertientes (contraespionaje industrial, estafas, seguros...) una de las especialidades de la casa. De que Cosmos tiene éxito dan fe los certificados de la Policía Nacional

Por cada euro dedicado a investigar fraudes las compañías recuperan 38

que cuelgan de las paredes de la oficina agradeciendo su colaboración en la desmantelación de alguna trama o los recortes de noticias publicadas en prensa sobre los casos más espectaculares que la agencia ha ayudado a esclarecer. "Cuando una aseguradora sospecha de un caso, bien porque la indemnización que solicita el cliente es muy elevada, porque el lesionado colabora poco o porque los datos no cuadran, se pone en contacto con nosotros para que verifiquemos la realidad", explica Pérez. "Lo más frecuente no es que el cliente se haya inventado el suceso, esos casos son los menos, sino que haya exagerado el daño ocasionado. ¿Quién no engorda un robo?".

Los datos del fraude

De los 35.000 millones de euros pagados el año pasado por el sector asegurador en concepto de indemnizaciones, al menos 612,5 millones tenían indicios de fraude, según datos de la asociación Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones (ICEA). De nuevo según sus cálculos, 2,5 de cada 100 siniestros declarados contienen elementos de fraude. Y de este 2,5%, alrededor del

70% de las cantidades reclamadas son ilegítimas.

Manuel Pardos, presidente de la Asociación de Usuarios de Bancos, Cajas de Ahorro y Seguros (Adicac), cree que no es para tanto: "Hay que tener cuidado con magnificar el fraude. Existe, pero no es algo alarmante. La inmensa mayoría de los españoles no somos unos tramposos. Lo que sí vemos es que a veces hay persecuciones de usuarios que no tienen bien recogida la reclamación o que no saben cómo probar un siniestro al que tienen derecho y quizá algunos magnifican parte de un siniestro real para que la aseguradora no le deje fuera en su afán por rebajar las indemnizaciones que pagan".

Sea como sea, las aseguradoras han tomado nota y han reforzado sus departamentos especializados en fraude. Gracias a ellos, el año pasado las 21 aseguradoras que participaron en el último informe de ICEA dedicado a este asunto —*El fraude al seguro español*— evitaron el pago de 144 millones de euros de un total de 190 millones de dudosa fiabilidad. Es decir, resultaron fraudulentos el 75% de los casos que investigaron. Mapfre, por poner un ejemplo concreto, se ahorró

31 millones de euros en 2005 gracias a la investigación. José María Olazábal, director de programas de ICEA, no se cansa de alabar los beneficios de la lucha contra el fraude: "Por cada euro que una aseguradora invierte en investigar el fraude recupera 38. En términos de inversión es más rentable que cualquier valor del Ibex", dice entusiasta.

Entre los casos con los que se topan las aseguradoras hay de todo. Olazábal no olvida el de una inmigrante a la que una red de estafadores convenció para que le destrozaran la rodilla con un martillo, simular un atropello y cobrar la posterior indemnización (que nunca llegó). Otro caso reciente es el de un varón que falleció mientras practicaba un deporte de riesgo. Sus cercanos simulaban que había muerto en un accidente de tráfico para que su familia pudiera cobrar una indemnización. Pérez Pérez recuerda especialmente el de un grupo de extranjeros que falsificaron el fallecimiento de uno de ellos para cobrar el seguro de vida, que habían suscrito con varias aseguradoras. Y a veces se dan casos espectaculares de redes de empresas falsas envueltas en supuestos robos millonarios con facturas ficticias.

Detectar el 'garbanzo negro'

La mayoría de los fraudes, sin embargo, son más de andar por casa y probablemente aburrirían a Sherlock Holmes. Para empezar la mayoría se focaliza en el sector del automóvil, que aglutina alrededor del 75% de los casos detectados. Y dentro de éstos, lo más habitual es la exageración de daños. Pero cuando una aseguradora recibe cerca de mil partes diarias, ¿cómo puede detectar al *garbanzo negro*?

Liberty Seguros, en el décimo puesto según el último ranking de aseguradoras, hace tiempo que puso en marcha su propio engranaje para reducir los efectos del fraude. Este año ganaron el primer premio del XII Concurso Sectorial de Detección de Fraudes en Seguros en la modalidad de Seguros Personales al desentrañar el caso de un carnicero que se cortó dos dedos presuntamente despiezando un animal. En realidad, se había producido el daño él mismo.

Los tramitadores de Liberty Seguros atienden alrededor de 900 partes diarias, cada uno de los cuales pasa automáticamente por el rastreador del sistema informático, *entrenado* para detectar pautas sospechosas. Las aseguradoras no entran en detalles, pero un suceso que tuviera lugar poco tiempo después de la fecha de alta del seguro, desataría las sospechas del programa. Cuando esto sucede, el sistema

Pasa a la página IX

Exagerar los daños sufridos en un siniestro, la irregularidad más extendida

Qué tipos de fraude son más habituales?, ¿qué indicios tenía la aseguradora para empezar a investigarlos? ¿Y cómo lograron descubrirlos? Las 21 aseguradoras que participaron en el estudio *El fraude al seguro español*, que elabora ICEA, respondieron a estas preguntas, aunque sin desvelar las claves de su trabajo. Aunque no entran en detalle, sus respuestas arrojan resultados interesantes.

En el sector del automóvil, la más cuantiosa, y del que las empresas que participan en el estudio investigaron

49.603 casos con los que evitaron pagar cerca de cien millones de euros, se detectaron principalmente dos tipos de fraude: las reclamaciones desproporcionadas (32,03%) seguidas de aquellas con ocultación de daños o lesiones preexistentes (32,75%). La mayoría de las veces (67%) la aseguradora empezó a sospechar tras el análisis del perito, seguido por un misterioso "otros indicios".

En los seguros de hogar, comercio, empresas y de responsabilidad civil, del que se investigaron 10.958 casos que evitaban pagar cerca de 27 millones de eu-

ros, encabezaron el ranking los casos de fraude en la suscripción (39,89%) y los de ocultación de daños o lesión preexistentes (30,54%). En esta ocasión, la aseguradora empezó a sospechar al perito o tramitar el caso (71%) o tras oír el relato del siniestro.

En los seguros de vida, salud y de accidentes, del que se investigaron 1.524 casos que les permitieron ahorrarse algo más de 9 millones de euros, se llevan la palma los casos de ocultación de daños o lesiones preexistentes (57%) y aquellos con fraude en la suscripción

(25%). Los indicios que llevaron a las aseguradoras a dar con el engaño fueron de nuevo el misterioso "otros indicios" (69%), seguido del relato del siniestro de los afectados.

Entre las acciones antifraude llevadas a cabo por las aseguradoras el año pasado las más habituales fueron la comprobación de daños y lesiones, seguida de la localización y estudio de las características de los daños y lesiones, así como la realización de entrevistas a testigos y afectados y, finalmente, la inspección ocular.

Viene de la página VIII

hace saltar una alarma que llega hasta la que llaman su Unidad de Verificación de Siniestros, bautizada así porque, como explica Jaime Teruel, director de Siniestros de la aseguradora, "no nos gusta la palabra fraude".

Allí, Aitor Larauogoitia y su equipo —algunos entrenados por detectives con experiencia para que desarrollen el olfato— echan un segundo vistazo a unos 70 partes diarios. Pero Larauogoitia le resta espectacularidad al asunto: "Ni somos CSJ ni estamos con una lupa encima de cada documento", explica. "Nos guiamos por las alertas y por nuestros principales ojos: los peritos. Ellos son quienes nos avisan cuando encuentran algo raro, como puede ser un poco de óxido en un coche que supuestamente ha recibido un golpe reciente o rastros de tierra en un accidente que el cliente asegura tuvo lugar en asfalto". Una vez revisados los datos del siniestro, el departamento de verificación de Liberty Seguros rechaza el 37% de los expedientes por falta de dudas suficientes. El 63% restante, pasa a la fase B.

Un muerto con teléfono

La fase B a veces consiste en una tarea muy sencilla. A Mapfre en una ocasión le bastó con levantar el teléfono para descubrir que uno de sus clientes, que supuestamente había fallecido, estaba vivo y coleando: respondió él mismo. Pero no siempre es tan obvio. Y ahí es cuando las agencias de investigación entran en acción. Una vez llegan a sus manos —y por unos honorarios mínimos que rondan los 600 euros diarios—, los investigadores agudizan el ingenio para aportar pruebas que demuestren el fraude. La metodología varía. "Yo no tengo una fórmula", explica el investigador Pérez Pérez. "Depende del caso. Normalmente hay que montar un dispositivo, para lo que cuento con 15 colaboradores. Reconstruimos el accidente, el alcance de las lesiones... Supón un cliente que alega que ha quedado inválido después de un accidente de automóvil. A veces basta con seguirle durante unos días para comprobar que incluso juega al fútbol, como ya me ha pasado. Antes me sorprendía, pero me he acostumbrado".

Las pruebas que aportan los investigadores deben cumplir la ley de seguridad privada o no se podrán usar a la hora de un posible juicio. José Luis Nieto, director general de Gesterec, una agencia de investigación que factura unos dos millones de euros, tiene claro que es importante. El departamento jurídico, "dedicado en exclusiva a que todo cumpla la legislación vigente", es uno de los departamentos en que tiene dividida la agencia, que también cuenta con el departamento de obtención de información, de investigación, de peritación y de documentación.

Con la ayuda de varias fotografías, Aitor Larauogoitia muestra algunos de los casos más recientes detectados por su departamento. En el primero uno de sus asegurados declaró que una de sus viviendas había si-

do víctima de vandalismo. Cuando los peritos se presentaron en la casa se encontraron con una vivienda con todos los síntomas de llevar varios años, quizá lustros, en ruinas. El segundo sucedió poco antes del verano: la aseguradora recibió un parte aparentemente normal: un conductor declaraba que su coche había sufrido un incendio. Sin embargo, había un motivo de sospecha, pues el incidente había tenido lugar apenas un mes después de firmar el seguro. La empresa sospechó y descubrieron que tenían razón: el propietario había presentado el mismo parte a otra empresa semanas antes. "Éste no es



En este estado encontró la aseguradora una casa que supuestamente había sido víctima de vandalismo.



Tras ser indemnizado por el incendio del coche, el dueño intentó repetir jugada con otra aseguradora.

un trabajo agradable", reconoce Larauogoitia. "Nuestra labor consiste en decir que no vamos a pagar y a veces da pena porque la gente llora al teléfono. Muchas veces hay que entenderlo, están desesperados y se agarran a un clavo ardiendo".

"Recuerdo", continúa, "la primera vez que le dije a un cliente, una taxista, que no tenía derecho a cobrar la indemnización que pedía porque habíamos descubierto que había falsificado los datos. Lloraba tanto que acabé creyéndola. Tiene que estar diciendo la verdad, le comenté a mi jefe de entonces, pero éste tenía más experiencia que yo y me dijo: espera y verás. Y resultó que estaba mintiendo".

"Decirle a alguien que no vamos a pagar no es agradable; a veces están desesperados"