

33

El fraude en el seguro del Automóvil

Estudio realizado por: Joan Fuentes Jassé
Tutor: Jordi Poch Estruch

Tesis del Master en Dirección de Entidades
Aseguradoras y Financieras

Curso 2007/2008

Esta publicación ha sido posible gracias al patrocinio del Grupo Asegurador Catalana Occidente



Esta tesis es propiedad del autor. No está permitida la reproducción total o parcial de este documento sin mencionar su fuente. El contenido de este documento es de exclusiva responsabilidad del autor, quien declara que no ha incurrido en plagio y que la totalidad de referencias a otros autores han sido expresadas en el texto.

Presentación

Quiero manifestar un sincero agradecimiento a todos los profesores del Master por intentar transmitirme todos sus conocimientos; al Director del Master, Sr. D. Jose Luis Torres; a mi tutor Sr. D. Jordi Poch; a mi empresa por darme esta oportunidad; y a todos aquellos amigos y compañeros que he molestado en busca de información y que sería imposible detallar brevemente.

A mi familia por su apoyo y por el tiempo que han tenido que sacrificar durante mis días de estudio.

Resumen

El fraude en los seguros tiene una dimensión muy importante, repercute en las primas que todos pagamos al formar parte del volumen de siniestralidad de las compañías aseguradoras, que deben incrementar sus tarifas para compensar las pérdidas por este concepto. Afecta también a la opinión pública, sobre todo, en el caso de pequeñas estafas, donde se observa una conciencia bastante tolerante. El aumento de primas provoca además un mayor número de personas que no puedan hacer frente al coste del seguro.

El fraude se remonta, en general, a las primeras épocas de la Humanidad y existirá mientras exista el Seguro, complicándose sus manifestaciones en función de la evolución y desarrollo de los tipos de cobertura y tecnologías aplicadas. Estamos hablando además de un **mal endémico** en el Sector Asegurador que difícilmente podrá erradicarse, aunque como todos los males deben ponerse los medios necesarios para, con criterios de eficacia y eficiencia, reducirlo a la mínima expresión

Las cifras publicadas recientemente por ICEA, en base a 20 entidades que representan el 50% de los ramos de seguros generales, sitúan el fraude evitado del ejercicio 2007 en casi 200 millones de €, de los que un 70% aproximadamente corresponden al ramo de automóviles. Como puede deducirse se trata de un importe significativo, pero bastante inferior al del fraude total, que incluiría también el del resto de compañías y el no detectado.

Todo ello nos debe hacer pensar en la necesidad de una más adecuada y concreta protección jurídica, un más eficiente y mejor control interno por parte de las aseguradoras, pero por encima de todo de la necesidad de formación de una mayor conciencia y ética social, a la que todos deberíamos colaborar.

Resum

El frau en les assegurances té una dimensió molt important, ja que repercuteix en les primes que tots paguem en formar part del volum de sinistralitat de les companyies asseguradores, que han d'incrementar les seves tarifes per poder compensar les pèrdues per aquest concepte. També afecta a l'opinió pública, sobretot en el cas de petits fraus, on es pot observar una consciència bastant tolerant. Aquest augment de primes fa que un major grup de persones no puguin fer front al cost de l'assegurança.

El frau té els seus inicis a les primeres èpoques de la Humanitat i existirà mentre existeixin les assegurances, essent més complicades les seves manifestacions en funció de l'evolució i el desenvolupament dels tipus de cobertura i les tecnologies aplicades. Es tracta, a més, d'un problema crònic i de difícil solució al sector de les assegurances, i per tant requereix que es posin les mesures necessàries per reduir-ho al màxim, tenint en compte els criteris d'eficàcia i eficiència.

Les dades recentment publicades per ICEA, basades en 20 entitats que representen el 50% dels rams d'assegurances generals, estableixen el frau evitat de l'exercici 2007 en gairebé 200 milions d'euros, dels quals un 70% aproximadament corresponen al ram d'automòbils. Es tracta, per tant, d'un

import significatiu, però bastant inferior al del frau total, que també inclou la resta de companyies i el frau no detectat.

Tot això ens ha de fer pensar en la necessitat d'una protecció jurídica més adequada, un control intern més eficient per part de les companyies d'assegurances, però sobretot, en la necessitat de formació d'una major consciència i ètica social en la que tots hauriem de col·laborar.

Summary

Insurance fraud has an important dimension, since insurance companies are forced to increase their rates in order to compensate for their losses related with fraud. It also affects public opinion, especially in case of little rip-offs, which are generally tolerated. Furthermore, this premium rise leads to a group of customers that can not contract the insurance.

Fraud has existed ever since the beginning of humanity and it will remain as long as insurance exists, but its manifestations will become more complex as both technology and coverage continue to evolve and develop. Although it is a widespread problem in insurance sector, we should try to reduce it always taking into account efficacy and efficiency.

Recent data published by ICEA, based on 20 insurance companies that represent the 50% of general insurance, shows that the prevented fraud of 2007 accounting year is almost 200 million €, while 70% belongs to auto insurance . It is a significant percentage, but it is lower than total fraud, which also includes the rest of companies and non-detected fraud.

All the above mentioned must make us reconsider the necessity for a more appropriate and concrete legal protection, a greater and more effective insurance internal control and, above all, a higher level of public awareness and social ethic in which should all collaborate.

Índice

1. INTRODUCCIÓN	9
1.1. El fraude: carta de presentación	10
1.2. La dimensión del fraude	11
1.3. El entorno del fraude en seguros	12
1.4. Iniciativa de ICEA: Concurso de detección de fraude (1994-1995)	13
1.5. Situación actual y perspectivas	15
2. DEFINICIÓN	19
2.1. Concepto	19
2.2. Tratamiento del fraude en la ley	20
2.3. El abuso de derecho	23
2.4. Actuación de la Entidad Aseguradora	26
3. TIPOLOGIA DEL FRAUDE SEGÚN LA GARANTIA AFECTADA:	29
3.1. Siniestros de Daños Materiales	29
3.1.1. Exageración de los daños	29
3.1.2. Simulación del siniestro.....	31
3.1.3. Falsedad en la forma de ocurrencia.....	31
3.1.4. Duplicidad de daños	32
3.1.5. Facturas falsas	32
3.1.6. Siniestros intencionados	33
3.1.7. Ampliación de garantías	34
3.1.8. Falsedad de datos	34
3.1.9. Fraude de taller	34
3.1.10. Daños producidos por la carga	35
3.2. Siniestros de Autos de Daños Corporales	35
3.2.1. Lesiones inexistentes o anteriores al siniestro	38
3.2.2. Lesiones posteriores al siniestro	39
3.2.3. Asistencia sanitaria	40
3.2.4. Prolongación de la incapacidad temporal	40
3.2.5. Alargamiento del tiempo de rehabilitación	41
3.2.6. Simulación de secuelas	41
3.2.7. Falsa declaración del siniestro	42
3.2.8. Falseamiento de informes médicos	42
3.2.9. Intercambio de conductor / ocupante	42
3.2.10. Falsear causas de fallecimiento	43
3.3. Resumen de las tipologías de fraude	43
4. INDICADORES DE FRAUDE EN AUTOS:	45
4.1. Fecha del siniestro próxima a la emisión de la póliza	45
4.2. Hora de ocurrencia del siniestro	45
4.3. Mismo apellido entre asegurado y contrario	46
4.4. Domicilios próximos entre ambos conductores	46

4.5. Profesiones similares o relacionadas	46
4.6. Daños del vehículo en parte delantera y culpa del contrario	47
4.7. Indicios en la descripción del accidente	47
4.8. Contradicciones en sucesivas declaraciones del asegurado	48
4.9. Prisas en percibir la indemnización	48
4.10. Declaración conjunta entre asegurado y perjudicado	48
4.11. Lesiones que no guardan relación con la entidad de los daños	48
4.12. Existencia de competiciones en la zona	49
4.13. Elevada cuantía de los daños	49
4.14. Daños materiales de motos	50
5. INDICIOS GENERALES	51
6. CLASIFICACION CONCEPTUAL DEL FRAUDE	53
6.1. Fraude latente	53
6.1.1. Daños Materiales	53
6.1.2. Daños Corporales	54
6.2. Fraude consciente directo	54
6.2.1. Daños Materiales	54
6.2.2. Daños Corporales	55
6.3. Fraude consciente indirecto	56
6.3.1. Daños Materiales	56
6.3.2. Daños Corporales	56
6.4. Fraude profesionalizado	57
6.4.1. Daños Materiales	57
6.4.2. Daños Corporales	57
7. MEDIDAS DEFENSIVAS Y RECOMENDACIONES	59
7.1. Génesis de la conducta delictiva	59
7.2. Áreas de actuación	63
7.3. Área de suscripción	64
7.3.1. Análisis del riesgo	64
7.4. Área de siniestros	65
7.4.1. Tramitación especializada de siniestros	68
7.5. Actuación general	71
7.6. La formación de bases de datos	72
8. CONCLUSIONES	75
9. BIBLIOGRAFÍA	79
10. ANEXOS	81

El fraude en el seguro del Automóvil

1. Introducción

Desde el año 1998 los resultados técnicos del Seguro de Autos en el sector han ido evolucionando hasta situarse en una posición especialmente favorable. Con una siniestralidad técnica superior al 100 % en el 98, el ramo exigía medidas urgentes de saneamiento y un replanteamiento técnico para controlar la siniestralidad. Estas acciones adoptadas por el sector se tradujeron en un descenso progresivo de la siniestralidad técnica hasta situarse en un 70 % unos años después (ver gráfico nº 1).

Sin embargo la evolución de los **ratios combinados** [1] del ramo a partir del año 2005, nos muestra un cambio de tendencia., debido básicamente a la siniestralidad. Los factores que determinan esta situación pueden explicarse por:

- el incremento de la competencia y en consecuencia la disminución de primas en algunas entidades;
- el aumento del precio del petróleo y en general de determinadas materias primas que encarecen los procesos productivos;
- la crisis financiera (desde mediados de 2007), que puede afectar en función del riesgo adquirido en las inversiones efectuadas;
- y unas políticas relajadas en la selección de riesgos y en la gestión de siniestros, derivadas de una época de bonanza de resultados;



GRAFICO Nº 1: Siniestralidad del ramo de automóviles en España. Fuente ICEA

[1] RATIO COMBINADO: Es el cociente en tanto por ciento entre el total de primas y la siniestralidad más los costes técnicos.

La competencia está provocando una menor facturación de la prima media y por tanto los beneficios técnicos futuros se verán reducidos de forma muy significativa obligando a adoptar criterios más restrictivos. Proponer unas medidas de suscripción ajustada al riesgo, gestionar adecuadamente las bonificaciones en función de las garantías, experiencia siniestral y perfil del asegurado y desarrollar políticas de fidelización de clientes son ya habituales, pero la innovación y la diferenciación estará en el acierto práctico de su aplicación, indudablemente será muy importante establecer unas mayores medidas de control del fraude.

La evolución técnica ha permitido al asegurador mejorar sus procesos, alejar la gestión de los centros productivos, y al generar este distanciamiento entre cliente-empresa ha permitido una mejora en los ratios de eficacia. Sin embargo, esta pérdida de contacto directo entre el tramitador (siniestros o producción) y el cliente, que permitía realizar una selección del riesgo más acorde con la realidad o ver la reacción del asegurado al declarar un siniestro, también ha generado la pérdida de un aspecto subjetivo en la gestión, pero fundamental.

Dada la importancia que tiene el volumen de fraude soportado por el ramo de Autos, es necesario responder con acciones eficaces que sean capaces de contrarrestar sus efectos. Se intentará a continuación, desarrollar de forma ordenada los siguientes aspectos:

- las sintomatologías propias del fraude,
- sus principales formas de manifestación,
- la importancia de los profesionales que intervienen, y
- el procedimiento y respuesta por parte del asegurador.

1.1. El fraude: una primera visión

Tan vieja como la industria del seguro, el fraude ha evolucionado de tal forma que un delito insignificante se ha convertido en un problema importante para las entidades aseguradoras.

Durante mucho tiempo la actitud de las compañías aseguradoras ante el fraude fue de tolerancia, considerando la *“obtención fraudulenta de la prestación del seguro”* como un factor de riesgo inevitable, pero que había de ser tenido en cuenta en al cálculo de las primas.

Pero ¿por qué existe esa diferenciación **“social”** en la comisión de un delito?

La diferencia está en el hecho de **“quien”** es el sujeto pasivo y perjudicado. Cuando se trata de una persona física, con nombre y apellidos el hecho toma mayor importancia y tiene una mayor repercusión social, que cuando el perjudicado es una entidad mercantil con sólidos beneficios anuales. No se tiene conciencia de que las Aseguradoras son estafadas anualmente con cifras millonarias, que rondan los 200 millones de euros anuales, y que posiblemente serán repercutidas en las primas de los asegurados de la siguiente anualidad. El beneficio de unos pocos será subvencionado por la aportación involuntaria

del resto de abonados. La evolución de esta problemática no debe fundamentarse en un simple ajuste contable, a través del incremento de las primas, sino por medio de una **eficiente gestión de riesgos** que debe tomar en consideración e instrumentar cuestiones tales como:

- Indemnizar las partidas que realmente deban indemnizarse según el Contrato de Seguro y el Baremo de la Ley de Circulación, y rechazar, aunque sea a veces antieconómico, las que no correspondan.
- Aplicar la ley en todo su rigor, y denunciar los hechos delictivos cuando exista la seguridad.
- El cálculo de las primas no debería incluir un incremento arbitrario en un porcentaje superior con el fin de compensar los perjuicios del fraude.
- La falta de iniciativa de los aseguradores para contrarrestar el fraude induce a perpetrarlo.
- Debe conseguirse el facilitar casos a la justicia para que actúe en consecuencia.

Por tanto, es necesario implementar **contramedidas** bien orientadas, a través de conceptos eficientes al respecto. Las causas que inducen al delito de fraude responden, en muchas ocasiones, a razones ancladas en el **entorno social**, como por ejemplo simular un siniestro para recuperar la prima pagada.

1.2. La dimensión del fraude

El fraude ha adquirido tal dimensión, que en la actualidad representa un riesgo significativo que amenaza el nivel de rentabilidad de la industria del seguro. Con las medidas adoptadas actualmente de prevención y lucha contra el fraude, a las que no se dedican suficientes recursos, se han podido ahorrar (dejar de pagar) algo más de **136 millones de €**, solo en el ramo de automóviles.

Si tenemos en cuenta que según algunos estudios, en torno a un 15 % de las indemnizaciones pagadas pueden tener un componente fraudulento (varía según el país y el ramo pero se admite que en los países industrializados se registra un fraude del orden del 10 al 30 %), se puede aproximar fácilmente que pudo costar realmente el fraude en el ramo de Autos del Sector Asegurador Español en el pasado ejercicio 2007:

Primas netas totales (millones €)	12.546
Siniestralidad sobre primas	73,77 %
Siniestralidad (millones de €)	9.255,2
Supuesto fraude (15%) (millones de €)	1.388,3

Fuente: Informe ICEA nº 1.065 de Junio de 2008. El seguro de automóviles. Siniestralidad por garantías. Estadística año 2007

Según otro estudio de ICEA [2], el importe que supuso el fraude **evitado** en el ejercicio 2007, ascendió a 136,4 millones de €; la siniestralidad total de las

[2] ICEA. Informe nº 1.074 de Julio de 2008. El fraude al Seguro Español. Estadística año 2007.

compañías que intervienen en el estudio y que representan el 68,4 % del mercado, fue de 9.255, 2 millones de €. Según estos datos el **fraude evitado** representó un **1,47 %**, muy lejos del 15 % teórico anteriormente mencionado.

En la gráfica siguiente se muestra claramente la importancia económica que puede llegar tener cualquier tipo de acción encaminada a la reducción del fraude.

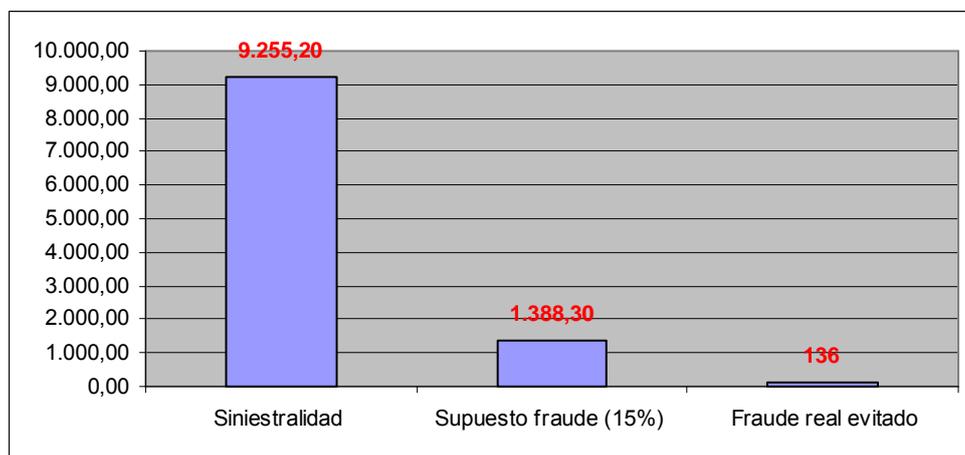


GRAFICO Nº 2: Comparativas entre Siniestralidad y fraude del ramo de automóviles en España.

Ante cualquier tipo de fraude no hemos de considerar tan sólo el monto económico de lo que se nos pretende obtener ilícitamente, sino también los correlativos gastos de administración, peritación y liquidación del siniestro, junto con posibles gastos judiciales.

1.3. El entorno del fraude en el seguro del automóvil

En países donde el seguro ha alcanzado un desarrollo importante, el fraude constituye uno de los más graves problemas con los que se enfrentan las entidades aseguradoras.

Considerados aisladamente, los fraudes de **Daños Materiales** en el Seguro de Automóviles no revisten la importancia que en otros ramos, donde los capitales asegurados pueden ser de una gran cuantía, como por ejemplos en los ramos de Incendio o Pyme. Sin embargo, sí la tienen por la elevada frecuencia que representa. Durante el año 2007 el número de casos detectados en España fue de **50.383 casos**, con un **coste medio de 1.010 €** aproximadamente.

Cuando hablamos de los **Daños Corporales** originados en un siniestro de automóviles, el número no es tan elevado, ya que representaron **6.073 casos** en el 2007, pero con unas cuantías muy elevadas, de **85,7 millones** de € de fraude bruto evitado, lo que representa un coste medio por siniestro de **14.120 €**, cifras que nos deben hacer extremar nuestra postura frente al mismo.

Por otro lado, en el Seguro de Automóviles existe mayor facilidad para la comisión de fraudes que en otros ramos donde los defraudadores han de emplear técnicas mucho más depuradas.

Los fraudes que pueden cometerse en los siniestros de automóviles representan, pues, un elevado número de casos de pequeña y mediana cuantía, con un considerable montante económico, que obliga a prestar la atención y el cuidado necesarios para que no afecten excesivamente a los resultados de los aseguradores.

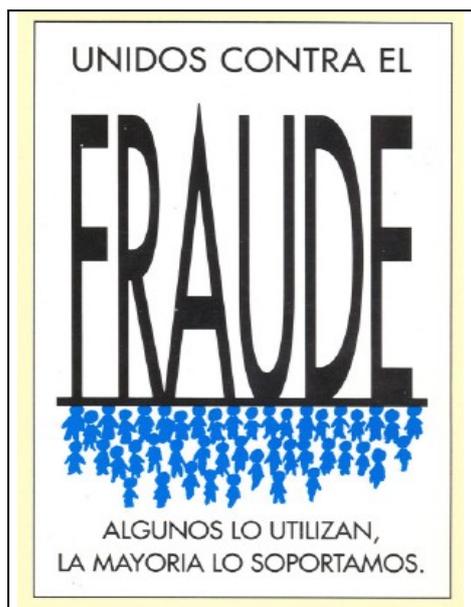
La disparidad de criterios para determinar los casos de fraude, no sólo entre entidades de un mismo país sino extrapolando los datos al conjunto de la CEE, hacen imposible establecer estadísticas con cierto grado de rigor. Como veremos más adelante en las diferentes tipologías o modalidades de fraudes, nos encontraremos con discrepancias conceptuales, que abarcan desde admitir como tales las pequeñas pluspeticiones o indicios, frente a criterios rigurosos que sólo estiman como fraude aquel que se prueba de forma contundente

A nivel internacional, la diferencia más destacable con respecto a España es que en nuestro país el fraude generalmente suele ser individualizado, apoyado por la picaresca que suele tratar de favorecer a una tercera persona (normalmente con relación de amistad, de familia o de trabajo). Sin embargo, en otros países europeos la mayor masa de fraudes es generada por grupos de profesionales en la materia.

1.4. Iniciativa de ICEA: Concurso de detección de fraude (1994-1995)

El tema del fraude supuso ya en 1993 una gran preocupación para el sector seguros, de forma que ICEA constituyó un Grupo de Trabajo para encauzar acciones de prevención del fraude. Este Grupo se formó con la idea de que los esfuerzos aislados que las entidades aseguradoras hacían en materia de prevención y evitación del fraude podían ser complementados y potenciados con acciones conjuntas, de carácter sectorial, en las que participasen las Entidades.

De esta forma las primeras ideas se encaminaron a difundir el sentir general de las aseguradoras en prevención del fraude a través de una campaña sectorial: UNIDOS CONTRA EL FRAUDE.



Seguidamente se desarrolló un Concurso sectorial de Detección de Fraudes [3], convocados para los años 1994 y 1995, con un doble propósito:

- Potenciar y premiar la investigación;
- Crear una Base de Datos sobre casos.

En estos concursos participaron 28 Entidades, con una aportación de 1.280 fraudes en 1994 y 3.284 en el año siguiente, lo que significaba un incremento del 156 %.

El resultado de estas acciones provocaron un aumento en la localización de fraudes, pero aún más importante fue una concienciación colectiva en la publicación de las principales magnitudes que se obtuvieron, como se reflejan en el siguiente cuadro y que hacían presagiar unos éxitos futuros muy prometedores:

Conceptos	1994	1995	Incrementos
Nº de fraudes	2.564	5.627	120 %
Coste inicial reclamado (Mill. Ptas)	1.866	4.359	134 %
Media de coste i. Recl. Por siniestro (miles ptas)	728	775	6,5 %
Pagos satisfechos (Mill. Ptas)	63	412	554 %
Ahorro Bruto (Mill. Ptas)	1.803	3.947	119 %
Gastos Investigación (Mill. Ptas)	45	81	80 %
Ahorro neto (Mill. Ptas)	1.758	3.866	120 %
% Ah. Neto s/coste inicial	94	89	- 5 %
Rendto. Inversión – Ptas (Ah. Bruto/Gst.Invest.)	40	49	22,5 %

Se puede observar que el nº de fraudes registrados **fue incrementado un 120 %**, pasando de 2.534 a 5.627, y lo que es más importante que el importe ahorrado neto por las Entidades, pasó de 1.758 millones de ptas. a 3.866 millones, es decir un incremento de un **121 % en importe**.

Sobre estos datos, el ramo de Automóviles representó el 91 % del volumen, siendo mayoritario dado su condición de Seguro Obligatorio y posiblemente también por la simplicidad en el realización del fraude.

[3] Ver Bases del concurso en el Anexo nº 1

1.5. Situación actual y perspectivas

En la misma línea de lo que ocurre en otros ramos, donde ciertos delitos han alcanzado tasas de crecimiento espectaculares, en el terreno específico del seguro de Automóviles están produciéndose hechos que incitan a la defraudación, entre los que cabe destacar los siguientes:

- Encarecimiento de los precios de los vehículos, de los repuestos, de las reparaciones, de los carburantes y, en general, del mantenimiento del automóvil que, unido a la crisis económica, puede suponer para muchos propietarios una carga económica importante y, en algunos casos, difícilmente soportable.
- Como consecuencia del mayor precio del llamado “Todo riesgo”, o Seguro de Daños Propios, está produciéndose una importante reducción en el número de coberturas que pasan a ser sólo de Responsabilidad Civil, o daños a terceros, con algunas garantías complementarias como el Robo o el Incendio, que como la experiencia nos ha demostrado, son inductoras de fraude.
- La agilidad demostrada por los Convenios de Indemnización Directa, sea CIDE o ASCIDE, en virtud de los cuales las Entidades Aseguradoras se traspasan un módulo de compensación (coste medio sectorial), y asumen el coste de reparación de su asegurado, se ve perjudicada por la facilidad que supone efectuar un fraude de daños materiales.

Podemos ver en el gráfico nº 3 que las acciones adoptadas por el Sector Asegurador han sido fructíferas, y el nivel de detección es creciente.

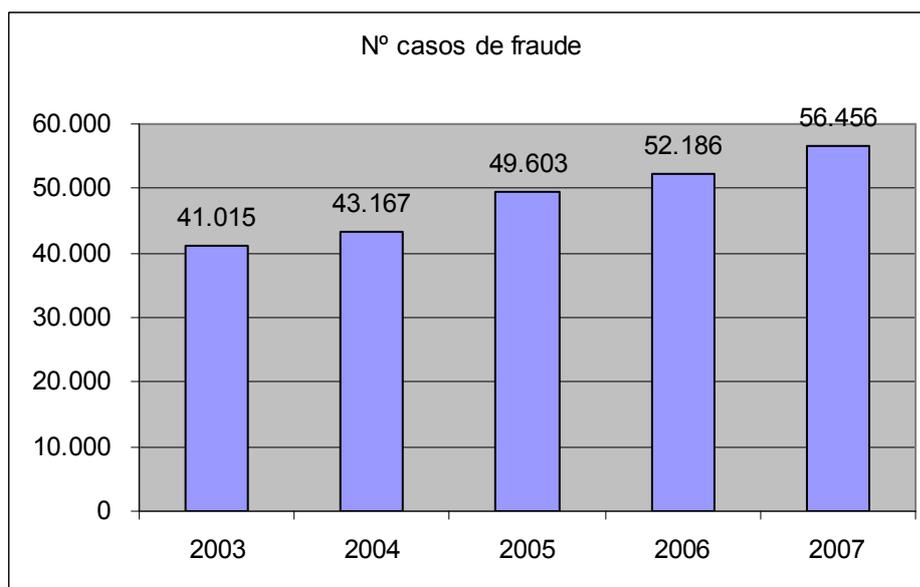


GRAFICO Nº 3: Nº de casos detectados de fraude en automóviles según estudio de ICEA. El nº total de fraudes detectados se ha incrementado en 15.441 casos en 5 años, es decir un 37,6 %, lo que representaría más de un 8 % de incremento lineal de fraude por anualidad.

Si lo comparamos con el volumen de primas totales del ramo de autos, entre el 2003 y el 2007, (gráfico nº 4), el incremento en 5 años es de 1.929 millones de €, es decir un 18,2 % en la serie de 5 años, o un 4,2 % de incremento anual.

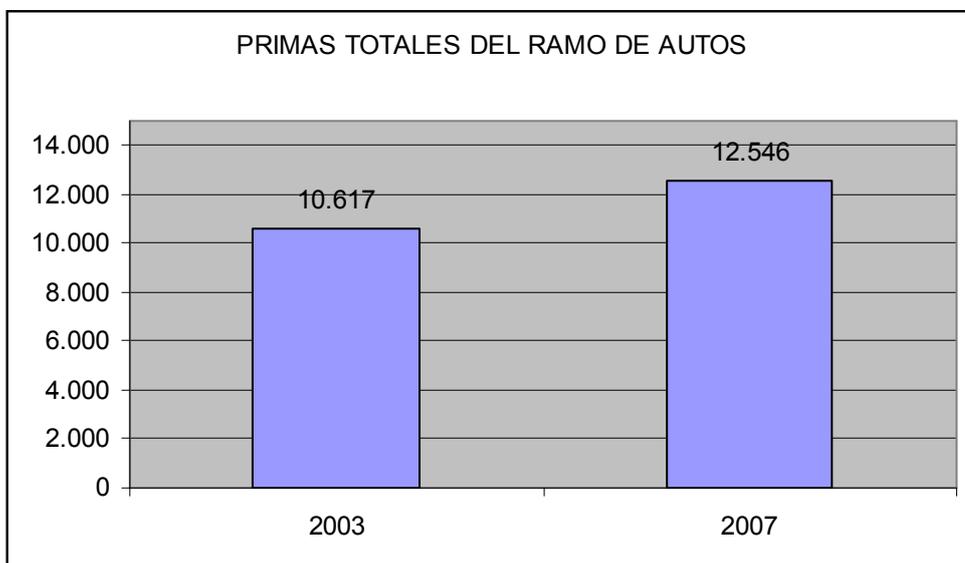


GRAFICO Nº 4: Primas Totales del ramo de Autos en millones de €. Fuente Icea informes nº 920 y 1.065

La proyección es favorable, pues se ha pasado de un porcentaje de detección de fraude de un **0,8 %** en el año 2003, a un **1,1 %** en el 2007, sin embargo siguen siendo unas cifras insuficientes.



GRAFICO Nº 5: Importes de fraude en automóviles según estudio de ICEA (miles de €).

En el gráfico nº 5 podemos ver la importancia que tiene el volumen de fraude reclamado y evitado. Desde el 2003 hasta el 2007, hemos pasado de 112,2 millones de € hasta 203,7 millones de €, que representa un incremento de un **82 %** durante los 5 años.

El fraude evitado, es decir el ahorro bruto que han conseguido las entidades aseguradoras, representa una parte muy importante pues oscila entre el 67 y el 76 % del importe reclamado. En el 2007 ascendió a **136,3 millones de €** ahorrados, por tanto el gasto y los esfuerzos para la prevención y detección del fraude están perfectamente sustentados y justificados por los resultados.

Si analizamos la distribución del nº de casos entre las diferentes garantías del ramo de autos, tenemos la siguiente distribución:

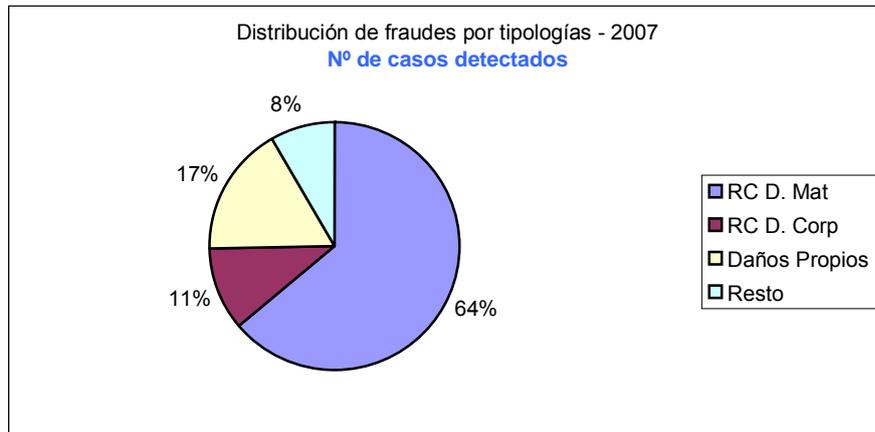


GRAFICO Nº 6: Distribución de número de casos de fraudes por tipologías. Año 2007. Fuente ICEA.

El 11 % representa la RC de Daños Corporales y el resto a garantías de Daños Materiales, sin embargo al analizar las cuantías reclamadas, el resultado es totalmente diferente, y comprobamos que ese 11 % de casos en Daños Corporales suponen el 62 % de los importes reclamados, frente al 23 % de los Daños Materiales.

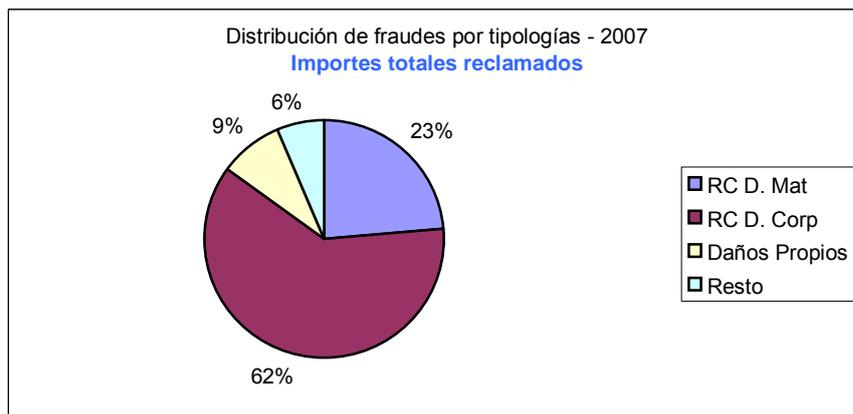


GRAFICO Nº 7: Distribución de importes de fraudes por tipologías. Año 2007. Fuente ICEA.

2. Definición de Fraude

2.1. Concepto

Etimológicamente la palabra fraude tiene diversas teorías de origen. En primer lugar, puede provenir del latín:

“**fraus-fraudi**” que significa engaño, perfidia, astucia.

También puede provenir de “**Fraus**”, un Dios Menor a las órdenes del Dios Mercurio, Dios de los ladrones.

Otro criterio es el de imputar su origen a la palabra “**zarauo**” que deriva de la latina “**frus**” que significa frustrar, hacer vano, eludir o quebrantar.

La figura jurídico-penal que mejor tipifica el concepto genérico de fraude es, sin duda, la estafa, cuyo origen proviene de la voz “**estofare**”, una práctica nacida de las muchas hambrunas de la Edad Media y consistente en cocinar las carnes de baja calidad ocultando o manipulando sus putrefactos olores con multitud de especias.

Sin embargo, es normal que dicha figura delictiva concorra en la mayoría de los casos con las figuras de la falsedad documental, la apropiación indebida, etc...

El concepto de fraude puede ser abierto o restrictivo, técnico o común, legal o popular, lo que nos obliga a dar algunas definiciones que son interesantes:

1. El Fraude es una sustracción hecha maliciosamente a las normas de la ley o del contrato en perjuicio de alguien. Es una de las causas de nulidad de los actos jurídicos.[4]
2. Fraude, en derecho supone un ataque oblicuo a la ley, pues quien lo comete se ampara en una norma lícita.[5]
3. Fraude, equivale a engaño, que consiste en cualquier falta de verdad debida simulación entre lo que se piensa o se dice o se hace creer, instigando o induciendo a otra persona a actuar en la forma que interesa, o en la falta de verdad en lo que se dice o se hace.[6]
4. Fraude, es un acto cumplido intencionalmente, con la finalidad de herir los derechos o intereses ajenos, como por ejemplo la ocultación o malversación; fraude del deudor contra sus acreedores; ventaja indirecta consentida por el “**decujus**” en fraude de los derechos de los herederos “**reservatarios**”.[7]

[4] RAMIREZ GRONDA, Juan D. *Diccionario Jurídico*. Pág. 160.

[5] Definición de Fraude. *Dirección de Internet* <http://encarta.msn.es/find/search.asp?search=fraude>.

[6] *Diccionario Espasa*. Pág. 434.

[7] CAPITANT, Henri. *Obra Citada*. Pág. 285-286.

Entonces, podemos decir, que ***“fraude es igual a engaño y que es una sustracción hecha a las normas de la ley, induciendo a otra persona a actuar en la forma que le interesa con el fin de procurarse un beneficio, pecuniario o no, pero en perjuicio siempre de otro”***.

En cualquier caso a los efectos que nos ocupan entenderemos por fraude a una entidad aseguradora a toda conducta relacionada con la existencia o inexistencia de un contrato de seguro dirigida a obtener ilegalmente, a favor propio o de un tercero y utilizando el engaño, por manipulación, agravación u ocultación, un acto de disposición patrimonial a cargo de la compañía de seguros.

Por tanto para que un acto sea considerado como fraude es necesario que se cumplan varios elementos esenciales:

- Ánimo de lucro
- Conducta engañosa,
- Relación causal (acto de disposición) y
- Resultado: perjuicio patrimonial

Podemos definir el fraude como aquella situación que se produce cuando el propio asegurado o un tercero ha procurado intencionadamente la ocurrencia del siniestro o exagerado sus consecuencias con ánimo de conseguir un enriquecimiento injusto a través de la indemnización que espera lograr de la aseguradora.

Podremos introducir más componentes en la definición de fraude, ya que existen otras acciones como el falseamiento de datos, la ocultación malintencionada, en beneficio propio o ajeno, etc que nos daría una mayor amplitud jurídica, pero en sentido amplio, una actuación fraudulenta es aquella que se realiza **en contra del principio de la buena fe**.

El descubrimiento del fraude, aparte de las consecuencias penales que puede implicar para el autor del mismo, supone la rescisión de la póliza y pérdida de todo derecho indemnizatorio.

2.2. Tratamiento del fraude en la ley

La primera duda que se obtiene cuando se habla de **“fraude”** en el seguro o en cualquier ámbito, es en su traducción jurídica:

- ¿Es correcta la denominación de fraude?
- ¿Dónde está contemplada?

Estas preguntas que debemos plantearnos hacen relación con la denominación correcta del delito:

- **¿fraude o estafa?**

Podríamos decir que el fraude es el género y la estafa la especie. El Código Penal no contiene un delito de fraude, pero sí el de **estafa**. Por tanto, a lo que denominamos coloquialmente “fraude” debemos denominarlo técnicamente “estafa”, y lo que es más importante, debemos actuar ante lo que corresponde jurídicamente:

ESTAFA

Actualmente se sigue denominando “fraude”. Al propio asegurador le asusta la palabra “estafa” y prefiere utilizar la expresión de “fraude” para referirse a las conductas delictivas que le afectan y que le cuestan anualmente cientos de millones de euros, considerando que de esta forma parece menos grave o más justificable el hecho. Los asegurados, naturalmente, no consideran que estas conductas lleguen siquiera a ser un fraude.

La estafa en el seguro, por tanto, se ha revelado como un delito poco operativo, no utilizado por los aseguradores y poco aplicado por los jueces. Como contrapartida a cientos de sentencias en los últimos años del Tribunal Supremo, sobre delitos de falsificación de documentos o incluso la estafa común, podríamos contar solo unas pocas las que se hayan referido a la estafa del seguro, figura tan delictiva como el robo o la falsificación. A título de ejemplo, la estafa puede ser castigada con una pena de hasta **8 años de prisión** (Art. 250 de C.P.).

En la legislación, el fraude puede encajarse en el delito de “**falsificación de documentos**”, sea mercantil o privado, cuando se finge letra, firma, firma o rúbrica; se suponga la intervención de personas que no la han tenido; se atribuya a personas que han intervenido en declaraciones o manifestaciones diferentes de las que hubieren llevado a cabo, se falte a la verdad en la narración de los hechos, o se alteren las fechas verdaderas.

También pueden encuadrarse en el tipo delictivo de la **estafa**, ya que el artículo 248 del Código Penal indica que *“cometen 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.”*

Los artículos 249 y 250 contemplan las circunstancias que agravan las penas señaladas a dicho delito, una de las cuales se refiera a cuando *“se perpetre abusando de firma de otro, o sustrayendo, ocultando o inutilizando, en todo o en parte, algún proceso, expediente, protocolo o documento público u oficial de cualquier clase”*, elevando la pena de prisión hasta los 6 años .

El art. 250.2 también prevé unas circunstancias agravantes en el caso de que concurrieran varios supuestos con pena de prisión hasta los 8 años, aunque prácticamente de imposible aplicación en el ámbito del seguro.

Podemos reducir la legislación aplicada a la estafa, a los siguientes artículos:

- Art. 7 del Código Civil [8]; los derechos deberían ejercitarse conforme a las exigencias de la buena fe.

[8] **Código Civil:** ver artículos completos en el Anexo nº 10

- Arts. 4, 10, 11, 16 y 17 de la ley de Contrato de Seguro [9], sobre obligaciones del asegurado y su cumplimiento bajo los principios de diligencia y buena fe.
- Art 19 de la Ley de Contrato de Seguro; el asegurador estará obligado al pago de la prestación, salvo en el supuesto de que el siniestro haya sido causado de mala fe por el asegurado.
- Arts. 248 y ss. del Código Penal [10] sobre los delitos de estafa.
- Arts. 390 y ss. sobre las falsedades documentales.
- Arts. 456 y 457 sobre la acusación y denuncias falsas y de la simulación de delitos.

No existen demasiadas sentencias, donde la judicatura muestre, tanto al Sector Asegurador como a la Sociedad en general, cual es la gravedad del delito y las consecuencias que implica. Sin embargo puede que parte de la culpa resida en la poca cantidad de “denuncias” que se interponen por tales motivos.

La sentencia de la **Audiencia Provincial de Ciudad Real** [11] de 13.07.04, tras hacer un análisis detallado y riguroso de la prueba practicada, ofrece una respuesta satisfactoria. El supuesto de hecho se basa en un accidente de circulación como consecuencia de la pérdida de control de un vehículo lesionándose su propio conductor (persona excluida del SO). Con ayuda de un testigo falso, se modifica la versión del accidente, imputando la responsabilidad a otro vehículo que supuestamente se da a la fuga (implicación del Consorcio por vehículo desconocido).

La entidad Aseguradora del vehículo responsable, en este caso el Consorcio, **presentó denuncia** [12] contra el lesionado y el testigo, como autores de unos presuntos delitos de estafa y falso testimonio. La Sala llegó al convencimiento, tras la prueba practicada, que los dos acusados faltaron a la verdad en la narración de los hechos ante el juzgado de Instrucción, con la pretensión de obtener un “**desplazamiento patrimonial**” a través del procedimiento de ejecución del Auto de cuantía máxima que se había interpuesto.

Asimismo consideraron que los acusados crearon una ficción ajena a la realidad al atribuir la intervención y la culpabilidad del accidente a un automóvil,

[9] **Ley de Contrato de Seguro:** ver artículos completos en el Anexo nº 3.

[10] **Código Penal:** ver artículos completos en Anexo nº 10

[11] **Sección Segunda** de la Audiencia Provincial de Ciudad Real de 13 de Julio de 2004 - Ponente: Sra. Catalán Martín de Bernardo

[12] **Denuncia:** Información verbal o escrita que se da a la autoridad competente respecto a la comisión de un delito o una falta.

que en realidad no había existido, y por tanto su actuación era encuadrable dentro de las siguientes figuras delictivas:

- **delito de estafa** (art. 248 del Código Penal); y
- **delito de falso testimonio**, (art. 461 del C.P.)

En definitiva, declara a ambos autores culpables de 2 delitos a cada uno:

- **al lesionado** autor directo de los delitos de:
 - estafa y
 - falso testimonio, y
- **al testigo** autor directo del delito de:
 - falso testimonio y
 - cooperador necesario del delito de estafa.

Otra sentencia, esta de la Audiencia Provincial de Barcelona, Sección Sexta, de 11 de Julio de 2002, condena a los acusados como autores criminalmente responsables de un **delito continuado de estafa** (Art. 528 y 69 bis del CP de 1973) a la pena de dos años y cuatro meses de prisión menor. Las acciones defraudatorias se iniciaban con la suscripción de múltiples pólizas de seguro, simulándose posteriormente accidentes, que no habían existido, reclamando de la compañía aseguradora el pago del capital asegurado presentando documentos falsos. Las acciones descritas provocaban un engaño precedente y bastante, como son los documentos de los que se deriva la realidad de un evento inexistente, que provoca error en la aseguradora, que hace desplazamiento patrimonial en su perjuicio, lucrándose el ejecutor del engaño.

Debe apreciarse además, continuidad delictiva pues se describen pluralidad de acciones defraudatorias, todas ellas con la misma dinámica comitiva, lesionando un mismo precepto penal y bien jurídico, con una proximidad temporal y ámbito espacial. Así la conducta debe integrarse en el delito continuado, que describe el art. 69 bis del CP (1973).

2.3. El abuso de derecho

Existe una situación, que en capítulos posteriores se ilustrará con alguna casuística concreta, que sin llegar a constituir ningún tipo de conducta delictiva, como la estafa, supone un gran problema para las Aseguradoras y que les obliga a invertir gran cantidad de recursos: **la pluspetición o pseudofraude**.

Veremos que en Daños Corporales, es una práctica común a todas las reclamaciones de lesiones y secuelas, con lo cual formará parte de la gestión habitual en el siniestro con daños corporales, pero ¿cómo podríamos encuadrarla jurídicamente?

En el caso de una pluspetición, si esta no se sustenta por ejemplo en una manipulación de documentos, pruebas médicas, falsedad en la pericia, etc... sino que simplemente el perjudicado *“dice o intenta hacer ver que tiene más*

daño de lo que realmente tiene”, pero nada manipula, sino que simplemente exagera el alcance del perjuicio, no podemos decir que se trate de un fraude, pero si podría encuadrarse, en algunos casos, como un **abuso de derecho**. Nos encontramos en una frágil frontera entre lo que puede ser delictivo y lo que no.

Recordemos que todo **fraude** tiene un denominador común: el falseamiento de hechos o datos con el objetivo de obtener un beneficio económico que no corresponde.

¿Pero qué es abuso de derecho?

Abuso de derecho podemos definirlo como todo acto u omisión que sobrepase los límites del ejercicio de los derechos, y queda definido en el artículo 7 del Código Civil, que se reproduce a continuación:

Artículo 7

1. Los derechos deberán ejercitarse conforme a las exigencias de la buena fe.
2. La Ley no ampara **el abuso del derecho** o el ejercicio antisocial del mismo. Todo acto u omisión que por la intención de su autor, por su objeto o por las circunstancias en que se realice sobrepase manifiestamente los límites normales del ejercicio de un derecho, con daño para tercero, dará lugar a la correspondiente indemnización y a la adopción de las medidas judiciales o administrativas que impidan la persistencia en el abuso.

El abuso de derecho presupone **ausencia de buena fe**, y esta es un concepto jurídico que se apoya en la valoración de conductas, de libre apreciación por los Tribunales.

Mientras la buena fe se presume, **la mala fe debe probarse**, por tanto el acto debe estar revestido de cierta solemnidad, ser expreso, no ambiguo y perfectamente delimitado, debiendo estar muy clara la intención del que lo realiza, lo que no puede predicarse de los supuestos en que hay error o ignorancia.

El abuso de derecho sólo procede cuando el derecho se ejercita con intención de causar daño a otro o utilizándolo de modo anormal, de forma que deben ponerse de manifiesto la anormalidad producida y la voluntad de perjudicar.

En el apartado 2º, dice que la ley no ampara el abuso de derecho, por tanto, no quedaría contemplada la indemnización que se reclama de más, pero si se debería indemnizar la cantidad que correspondiera a derecho. No estamos ante una indemnización fraudulenta y por tanto no se trata de un siniestro rechazable.

Siguiendo con este mismo apartado, se indica que cuando se han sobrepasado “*los límites normales con daño para un tercero dará lugar a la correspondiente indemnización*”. Por tanto, si se cumplen los requisitos necesarios, el Asegurador queda facultado para reclamar el perjuicio que haya tenido, como podría ser el exceso de gastos de investigación, peritación, y honorarios profesionales necesarios para defender el proceso.

En el pensamiento jurídico moderno, la teoría del abuso de derecho genera controversias entre los estudiosos. Ha terminado por imponerse la teoría del abuso del derecho no sólo en la doctrina, sino también en la jurisprudencia y en algunas leyes. En otras palabras, se ha impuesto definitivamente una concepción relativa de los derechos subjetivos (ya no son potestades absolutas, incausadas, de los particulares). La virtualidad del principio del abuso radica fundamentalmente en la correcta interpretación de la jurisprudencia. Importa considerar el concepto y naturaleza jurídicos, su problemática, una visión en el derecho comparado. En la observación de los comportamientos intersubjetivos en la dinámica de la vida jurídica, es trascendente saber si estamos frente a un acto lícito que debe limitarse en su ejercicio, y también importa conocer las consecuencias que pudieran derivar de la comisión de un perjuicio, que se lo tipifique como abuso de derecho. Amplio trabajo de investigación doctrinal y estudio de la jurisprudencia de los países más avanzados, de esta cuestión que **puede considerarse factible de aplicarse a los individuos como a los entes estatales.**

Se cree que la idea estuvo ya en germen en el derecho romano, producto de la colisión de dos máximas igualmente respetables: **qui jure suo Utitur, Neminem laedit** (*quien usa de su derecho, a nadie lesiona*); y **neque malitiis indulgendum** (*no hay que ser indulgente con la maldad*), la teoría fue admitida en el derecho romano a través de textos de Gayo y de Paulo.

Para Josserrand [13], también fue conocida y aplicada en el antiguo derecho francés, de forma que los derechos no pueden ser puestos al servicio de la malicia, de la voluntad de dañar al prójimo, de la mala fe; tienen un espíritu, que es la razón por la cual la ley los ha concedido; es evidentemente ilegítimo ejercerlos en contra de los fines que inspiraron la ley.

Diversos han sido los criterios para definir un ejercicio abusivo de los derechos. Podemos considerar la siguiente clasificación:

a) Criterios subjetivos:

1. El abuso se identifica con la intención de perjudicar;
2. El abuso consiste en el ejercicio del derecho con culpa del titular;
3. El abuso consiste en el ejercicio del derecho sin interés o utilidad.

b) Criterios objetivos:

[13] **Josserrand, Louis:** jurista francés y destacado investigador en materia de Derecho Civil. Nació en Lyon en 1968.

1. El abuso consiste en el ejercicio contrario al fin económico y social del derecho;
2. El abuso consiste en un ejercicio contrario al fin de su institución;
3. El abuso se define por un ejercicio contrario a la moral.

c) **Criterio mixto**, que conjuga ideas distintas para definir el abuso.

En definitiva si la jurisprudencia, en un principio, consagró la regla romana mencionada, posteriormente y sobre todo a partir de la sent. 14 feb. 1944, en que, a través de una interpretación amplia del art. 1902 del Código Civil [14], **se estima que puede aplicarse la responsabilidad regulada por este precepto a los actos u omisiones realizadas en el ejercicio abusivo de los derechos.**

2.4. Actuación de la Entidad Aseguradora

Existen diferentes momentos en los cuales una Aseguradora puede tener conocimiento de un fraude, lo que le facultará para adoptar las medidas más eficaces en cada caso.

Si ya existieran actuaciones judiciales iniciadas, sea por que existan lesiones en accidente de tráfico y se haya interpuesto denuncia, o porque se haya presentado una demanda en reclamación de daños a la Aseguradora. En ambos casos la entidad puede realizar una de las dos acciones siguientes:

- paralizar el proceso interponiendo una **querrela** [15], o
- preparar en el mismo procedimiento la prueba necesaria para conseguir la correspondiente absolución.

La primera opción, en caso de que realmente se trate de un hecho fraudulento, puede tener un efecto intimidatorio hacia el reclamante y conseguir el desistimiento de su reclamación o parte de ella. En numerosas ocasiones, solamente el anuncio de la interposición de una querrela puede hacer desistir al reclamante de sus pretensiones, hecho que, por norma general, ya satisface a las Entidades Aseguradoras, pero que deja impune el hecho delictivo.

También existe el riesgo de que la querrela no sea admitida a trámite, o el procedimiento sea absolutorio por falta de pruebas, lo que provocaría que el procedimiento paralizado se reiniciara, en condiciones más desfavorables para la compañía aseguradora.

[14] **CC. Art 1902:** El que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado

[15] **QUERRELLA:** Acción Penal ejercitada a instancia del ministerio fiscal o de un particular (querellante) acusando a otro (querellado), que se efectúa por escrito y solicitando la práctica de las pruebas encaminadas a la averiguación del delito y la adopción de las medidas cautelares y aseguratorias que se estimen convenientes.

La segunda opción, salvo por alguna motivación estratégica, es la más utilizada por las diferentes entidades del sector, dado que supone un menor coste y posiblemente una mayor seguridad jurídica, en el sentido de que si sentencia no admite los razonamientos del intento de fraude difícilmente tendría éxito en un procedimiento, si cabe, más estricto.

En el caso de que el juzgado admitiera la tesis de la Aseguradora, y la sentencia contra esta sea absolutoria, pueden ocurrir dos situaciones:

1. Que la Aseguradora inicie acciones penales (querrela) por un intento de estafa, reclamando además todos los gastos de investigación y gestión, invertidos;
2. Que el Juez inste testimonio de particulares al Juzgado Decano con el fin de que se depuren las consiguientes responsabilidades civiles y penales.

Como ejemplo de este último supuesto sirve la sentencia del Juzgado de Instrucción nº 6 de Figueres, en juicio de Faltas nº 148100, de 22 de Noviembre de 2000. En este procedimiento los autores reclamaban a la Aseguradora un importe por daños y lesiones producidos en un accidente de circulación. Quedó probado que los denunciados no ocupaban el vehículo accidentado en el momento de la colisión, y por tanto en el Fundamento Segundo, se indica textualmente:

“A la vista de la maniobra defraudatoria intentada por las denunciadas, con la colaboración al menos del denunciado, se deducirá testimonio de todo lo actuado para su remisión al Juzgado Decano de esta localidad al objeto de que se depuren las responsabilidades penales en tales personas, y en su caso otras en colaboración con ellas, hubieran podido incurrir.

El Asegurador, tradicionalmente, venía conformándose con detectar el fraude y tratar de evitar el pago correspondiente. Según hemos visto, a tenor del artículo 248.1 del Código Penal, y demás preceptos legales, además de que merece el reproche penal correspondiente, debe servir para que se haga pública una forma de actuación del Sector Asegurador y de los Tribunales de Justicia de forma que se haga patente en la sociedad la importancia que realmente tiene.

3. Tipologías de fraudes

Los casos de intento de fraude son muy variados, pero todos tienen un denominador común:

- **el falseamiento** de las circunstancias u ocultación de datos en la declaración de accidente, para
- **conseguir un beneficio** a sí mismo o a un tercero, que en realidad no correspondería.

Como consecuencia el fraude correspondiente a los Daños Materiales, se cometen en mayor medida por asegurados que no tienen garantías de daños propios y han tenido un percance, ya que su Aseguradora no soportará los costes de reparación del vehículo.

En Daños Corporales, en principio, no dependerá de la cobertura del vehículo pues las indemnizaciones van a cargo del Seguro Obligatorio, sino del interés del perjudicado en percibir una mayor indemnización, o por estar excluido según las circunstancias del accidente (propio conductor, alcoholemia, etc.)

3.1. Siniestros de Daños Materiales

3.1.1. Exageración o incremento de los daños

Se produce cuando el asegurado reclama unos daños superiores a los realmente producidos por este accidente. Generalmente son daños anteriores a este siniestro, que no ha podido reparar por ser responsable de los mismos y no tener cobertura de daños propios. Se intenta que estos daños sean sufragados con cargo al nuevo siniestro.

Este aspecto es un verdadero caballo de batalla para las compañías, porque muchas veces es dudosa la autoría del asegurado en el presunto fraude. Jurídicamente se denomina **pluspetición**, y es un capítulo aparte en el tema del fraude. Ahora nos encontramos con un accidente cierto, unos hechos ciertos, una cobertura, y unos daños. Pero estos daños podemos dividirlos en:

- Daños causados en el siniestro y
- Otros daños que no corresponden.

Ante esta disyuntiva, ¿cómo debe actuar la Aseguradora?

El análisis de las circunstancias siempre será fundamental para una buena gestión, pero ante un caso de un posible delito las cuestiones a evaluar requerirá una mayor precisión:

- ¿Es factible tratar todo el siniestro como un fraude?
- ¿Existen pruebas fehacientes que ha sido el asegurado y no otra persona el inductor?

- ¿Se dispone de todos los elementos de prueba necesarios?
- ¿Existen daños superpuestos correspondientes a otros siniestros?

Todas estas cuestiones deben ser evaluadas por el Departamento de Siniestros de cada entidad aseguradora, para que se actúe en función del rigor técnico y jurídico correspondiente:

1. Debe regir una **buena actuación pericial** en todo momento.
2. Deben **abonarse los daños producidos** en el siniestro (ya que en caso contrario sería un enriquecimiento injusto para la compañía).
3. Debe indicarse al asegurado **el motivo de los daños no indemnizados**.
4. Debe estudiarse la **anulación de la póliza**, según se establece en la Ley de Contrato de seguro, si se entiende que el asegurado ha sido sujeto activo en el intento de fraude y no queda conforme con la resolución de la Aseguradora.

Esta tipología es también denominada como “**pseudo-fraudes**”, y posiblemente se da con una mayor frecuencia que el resto de incidencias. Como ya hemos indicado en estos casos el perjudicado puede pretender que se le reparen unos daños ajenos y anteriores al siniestro, o que le pinten el vehículo completamente, o que se le repare alguna pieza no dañada por el siniestro, o acumule daños de varios accidentes en una misma Declaración de Accidente; pero se caracterizará en que no existirá un falseamiento absoluto de la declaración.

Los límites para clasificar o entender un pseudo-fraude del auténtico fraude es complejo, y tiene componentes subjetivos que deberán ser analizados por cada profesional, con buen criterio, y la experiencia y directrices serán las que marcarán los límites para delimitarlos adecuadamente.

- ¿Debe ser clasificado como fraude un siniestro donde se ha producido una pequeña rayada en la aleta y además se reclame el piloto?

Aunque debemos actuar contra estos hechos, evidentemente no podemos incluirlos en el concepto de fraude, ni siquiera a efectos internos, porque sencillamente no cumplen todos los requisitos que la ley establece.

Por regla general, el “**pseudo-fraude**” queda corregido por medio de una actuación correcta del perito y del gestor de siniestros, sin que tenga que existir una mayor complicación.

3.1.2. Simulación del siniestro

Se apertura un siniestro con culpa de un contrario, para cubrir unos daños ya existentes. En esta casuística si que existe una **falsedad** manifiesta porque el nuevo siniestro es totalmente “inventado” con la connivencia de un tercero, que se declara culpable.

Es el caso más habitual de fraude (a parte de la tipología explicada en el apartado anterior). Es necesaria la complicidad de un tercero, por lo que debe existir cierta relación de amistad, parentesco, ámbito profesional etc.

- Esto es un hecho muy importante, ya que diversos estudios criminológicos coinciden en que el 90 % de los delitos se cometen en el ámbito cercano de la víctima.

En estos casos, además, es frecuente que la persona que realiza la falsa declaración no considere su acción como delictiva, por cuanto que, como el beneficiario no es él, está convencido de que su intervención es desinteresada. Esta falta de impunidad justifica la frecuencia de su producción y tenemos constancia de la facilidad con que se establecen “acuerdos” para cometer estos fraudes con absoluta normalidad, entre personas de muy diferentes nivel social y económico.

Es imprescindible que en caso de duda por parte del perito o del gestor, se proceda a la peritación de ambos vehículos para la correspondiente verificación y correlación de los daños.

En esta tipología podemos encontrar una serie de **indicios** que nos ayudaran a detectar un posible fraude:

1. Relación entre conductores/asegurados.
2. Existencia de un siniestro anterior.

Como generalmente se intentan cubrir daños producidos en un siniestro anterior, debemos comprobar tal circunstancia y analizar si existen siniestros anteriores en nuestra compañía o en otras que pudiera haber estado asegurado. Cuando el vehículo lleva varias anualidades en nuestra entidad esta tarea será fácil pues dispondremos de toda la información necesaria, sin embargo el problema se complica cuando el siniestro ocurrió en otra Aseguradora. Para este supuesto sería muy útil la creación de un **Fichero Centralizado y Sectorial de Siniestros**.

3.1.3. Falsedad en la forma de ocurrencia

Son siniestros con grandes daños materiales en la parte delantera, siendo la versión más habitual incluida en las comunicaciones de siniestros que el vehículo contrario daba “**marcha atrás**”.



Los siniestros, donde el vehículo contrario efectúa marcha atrás deben generar un aviso al perito para que analice con detalle los daños, su magnitud, los compare con los que debería haber provocado el vehículo contrario (ver Anexo nº 7 – Herramientas periciales) y por último se periten ambos vehículos si fuera necesario.

3.1.4. Duplicidad de daños

Se produce cuando un asegurado ha tenido un accidente y ha sido indemnizado con el importe de la reparación de los daños, pero esta no había sido efectuada. Posteriormente el asegurado vuelve a dar otro parte, con las mismas circunstancias y con los mismos daños, solicitando de nuevo su reparación.

Este era un tipo de fraude que se daba con frecuencia cuando estaba de moda el uso de los Drive In donde el asegurado recibía inmediatamente el importe de la peritación. Actualmente puede darse en connivencia con el taller ([ver Fraude de Taller](#)), ya que es éste quien recibe la indemnización de la compañía por la reparación de los daños.

Para evitar este tipo de fraude será muy importante:

- Comprobar la reparación hasta el final, por el perito;
- Disponer de una Red de Talleres Concertados que nos dé las garantías suficientes.

3.1.5. Facturas falsas

El asegurado presenta una **factura falsa** de la reparación de su vehículo a la Aseguradora para que le reembolse el importe. Se pueden dar situaciones:

1. El asegurado falsifica la factura de reparación. Fácil de detectar con una pequeña gestión por el mismo gestor.
2. Un taller mecánico confecciona una factura de unos daños que no han existido. Es más difícil de detectar y el perito debe consultar hojas de trabajo, pedidos de material, etc., pero sigue siendo de difícil detección.



Es habitual que las compañías aseguradoras no encarguen informes periciales en siniestros de **contra-factura** [16] de pequeña importancia para no encarecer, con honorarios periciales, el siniestro. Estas actuaciones son rápidamente conocidas por el entorno.

Soluciones para evitar este tipo de conductas fraudulentas pueden ser:

- Incluir franquicia siempre que no se utilice la red de Talleres Concertados de la aseguradora;
- Realizar informe pericial en todos los siniestros.

3.1.6. Siniestros intencionados

Siniestro de robo o incendio cercano a la fecha límite de la garantía de valor a nuevo, que suele oscilar desde uno hasta los 3 años desde la primera matriculación del vehículo. También suele ocurrir en épocas de crisis, con el fin de liquidar el préstamo o sanear sencillamente las cuentas personales o de la empresa.

En estos casos debe investigarse la economía familiar y/o empresarial, si se trata de un vehículo industrial o de representación, a fin de constatar posibles embargos, dificultades con la hipoteca, etc...

Se trata de una tipología de siniestro donde resulta muy difícil de demostrar la existencia de fraude, aunque todos los indicios e investigaciones apunten hacia la misma dirección. Recordemos que según lo visto en el apartado 2.2, la prueba debe ser **irrefutable**.

En este supuesto, el mejor sistema es la **prevención** y por tanto imprescindible una buena suscripción de riesgos, y estudiar detenidamente contratar coberturas de Daños Propios, Robo e Incendio a:

- Vehículos de alta gama a nuevos clientes.

[16] **Siniestro contra-factura:** el asegurado presenta la factura de reparación conjuntamente con la declaración del siniestro, generalmente aludiendo urgencia en la reparación.

- Vehículos de alta cilindrada [17] y motor gasolina de edad superior a 1 año.
- Solicitar facturas originales de compra.

3.1.7. Ampliación de garantías

El siniestro afecta a una garantía que ha sido contratada poco tiempo antes de ocurrir el mismo, y que no estaba contemplada en las condiciones iniciales de contratación de la póliza.

Generalmente para ampliaciones de cobertura de las garantías de Lunas y Robo, la compañía no suele comprobar el estado del vehículo, y por tanto se pueden dar situaciones en que el siniestro ya haya ocurrido. Será suficiente con una adecuada política de selección de riesgos.

Para la garantía de Daños Propios en norma general de todas las entidades peritar el vehículo para evitar este tipo de situaciones.

3.1.8. Falsedad de datos

Con el fin de eludir posibles exclusiones de la póliza, como la edad del conductor, alcoholemia, etc... se pueden falsear ciertos datos en la declaración o en la póliza. Por tanto es importante siempre que sea posible verificar los datos aportados con los correspondientes atestados o informes técnicos elaborados por las policías locales u otros cuerpos del estados.

También es muy habitual falsear la fecha de siniestro:

- El accidente ha ocurrido antes de la entrada en vigor de la póliza, o
- El accidente ha ocurrido con posterioridad a su anulación.

Generalmente esta opción es factible, cuando solo existe un vehículo implicado.

Cuando en la colisión intervienen otros vehículos, han existido lesiones, o ha intervenido algún tipo de profesional, como servicios de asistencia en carretera, ambulancias, etc..., tendremos más posibilidades de descubrir el fraude y rechazar el siniestro.

3.1.9. Fraude de taller

Se entiende como fraude de taller cuando éste falsea intencionadamente los daños del vehículo, o algo durante el proceso de reparación para obtener un beneficio. Puede existir la complicidad del propietario, con el fin de que el beneficio sea conjunto, o no (ver apartado 3.1.5 Facturas falsas).

[17] Son vehículos que sufren una gran depreciación y por tanto en el mercado de 2ª mano tienen un precio muy asequible. Posteriormente si se indemniza como valor a nuevo la ganancia es muy sustancial.

El fraude puede consistir en:

- a) Ser cómplice del propietario del vehículo con el fin de confeccionar una factura sin reparar los daños del vehículo.
- b) Provocar un daño mayor en la carrocería del vehículo, para favorecer al cliente y a sí mismo. En general el defraudador intenta pintar íntegramente todo el vehículo.
- c) Reparación o uso de piezas de desguace, que el perito a valorado como nuevas.
- d) Sustitución de alguna pieza no dañada por otra con daños, antes de la llegada del perito para incrementar el importe de la factura.

3.1.10. Daños producidos por la carga

Son siniestros aperturados como de circulación, habiéndose producido por la carga, tanto en las operaciones de carga-descarga, con por movimientos de la misma durante la circulación del vehículo. Debe comprobarse la mecánica el siniestro declarada por el asegurado cuando existen camiones implicados.

3.2. Siniestros de Daños Corporales

El fraude de Daños Corporales en Automóviles tiene una gran importancia en el resultado del ramo y afectará de forma muy importante en la gestión de los siniestros dada la complejidad de la situación, como veremos más adelante.

El daño corporal parece un concepto tan claro que, fuera de nuestro ámbito de trabajo, es difícil imaginar que del mismo pueda existir un lucro y derivarse posiblemente hacia un fraude. En el ámbito coloquial una lesión se trata por un médico especialista o no, en función del tipo de dolencia y gravedad; posteriormente existe un periodo de curación; y finalmente una sanación completa al cabo de un cierto periodo de tiempo. Pues bien, en el ámbito del tráfico, este proceso que parece tan sencillo no se cumple de la misma manera y gran parte de las lesiones acaban con una secuela, es decir, con un menoscabo de la funcionalidad del órgano afectado. Entonces podríamos pensar, *¿fallan los servicios médicos? ; ¿no se cuentan con los medios técnicos y sanitarios adecuados?*

El problema no parece que sea precisamente este, pues cuando hablamos de accidentes de circulación no se repara en gastos de curación, pruebas diagnósticas, sesiones de rehabilitación e intervenciones quirúrgicas de urgencia, que pagan las compañías aseguradoras. Una intervención de menisco por ejemplo, es solucionada inmediatamente en el ámbito del seguro de responsabilidad civil obligatorio de automóvil, en muy pocos días, cuando a través del sistema de salud pública estamos hablando de una lista de espera de 6 o 7 meses en el mejor de los casos.

Entonces, *¿podría ser el problema que cada punto de secuela es traducible directamente en euros de indemnización?*

La ley proporciona al perjudicado las herramientas necesarias para que pueda ser efectiva la restitución íntegra del daño que se la haya causado como consecuencia de un accidente de circulación, sin embargo las compañías aseguradoras deben soportar una gran carga onerosa derivada, en gran parte, por el fraude que se comete en la evaluación de las lesiones y en la duración de los periodos de curación.

El sistema actual proporciona además al lesionado los medios sanitarios adecuados para que su curación sea completamente a cargo de las Entidades Aseguradoras, con convenios entre clínicas, hospitales y otros centros sanitarios, como los de rehabilitación. Esta situación puede generar en algunas instituciones una ralentización en los tiempos medios de curación, con el fin de tener garantizada una mayor facturación.

Se desprende de lo indicado anteriormente, que si en Daños Materiales vamos a necesitar la colaboración estrecha de la figura del perito, en Daños Corporales necesitaremos la colaboración de una serie de profesionales, entre los que destacará el **perito-médico**, para que nos aporte sus conocimientos en todos los ámbitos que engloban el complicado tratamiento de las lesiones.

Los tipos de fraude en automóviles y que afectan a las lesiones corporales de alguno de los ocupantes del vehículo, peatones y ciclistas, podemos dividirlos en dos grandes subgrupos:

1. los que afectan al hecho generador;
2. los que afectan directamente a las lesiones.

Las más frecuentes son las relacionadas con el segundo subgrupo, su resolución le corresponde aclarar a la Medicina y, como veremos más adelante con una mayor profundidad son: **la exageración, y la simulación**. La diferencia de esta última con la primera estriba en la intencionalidad; es difícil poder afirmar o probar, por ejemplo, que un lesionado por accidente de tráfico, que ha superado con creces el período medio de curación de sus lesiones, tiene intención de defraudar o de perjudicar a la compañía de seguros. Lo más probable es que hayan surgido una serie de complicaciones en su proceso de curación y, entre ellas, una **neurosis de renta** (ver Anexo nº 4) siempre muy difícil de probar, y además muy difícil asimismo que sea considerado como fraude por la judicatura.

Provocar con el coche un accidente para ocultar un homicidio o para cobrar una indemnización son situaciones de las que todos hemos tenido noticias. Cambiar un fallecido de asiento para que sea el responsable del accidente, con el objeto de que sus familiares perciban la indemnización, o para que el que resulte vivo perciba una fuerte suma debido a las lesiones sufridas son situaciones también conocidas. En estos casos la labor del perito médico de la compañía de seguros, es **vital, ardua y compleja**. Demostrar con el estudio de unas lesiones el asiento que ocupaba un lesionado es un trabajo difícil, pero no imposible. Estos casos, aunque tienen parte de los dos subgrupos, sería más adecuado clasificarlo como derivados del primero, es decir, del **hecho generador**.

Lo más frecuente es la exageración y la simulación de las lesiones. Se exagera la patología, que conlleva la prolongación de los días de incapacidad y de curación. Se exagera la secuela, y en gran medida, lo que siendo indemostrable en la misma tiene un gran componente psicológico: **el dolor**. En general, estas cuestiones no son de fácil resolución médica, porque no hay que olvidar que no existen estándares fiables de duración de lesiones y menos, todavía, de tiempos de incapacidad. La ciencia médica no posee, todavía, de un dolorímetro (aunque existen ciertas técnicas), y las técnicas diagnósticas, a pesar de la gran resolución que poseen en los momentos actuales, no tienen una fiabilidad del 100% y está en poder del lesionado la decisión de someterse o no a las pruebas diagnósticas. También es cierto que cada persona reacciona de forma diferente al tiempo de curación dada su fisiología particular, así como su sensibilidad al dolor, y salvo casos muy flagrantes, es la compañía sobre la que recae la carga de la prueba.

Es más raro el caso de las **autolesiones** con el fin de cobrar la indemnización pertinente, como puede ocurrir en las póliza de Accidentes Personales. En este caso no podríamos hablar de lesión accidental, ya que se trata de una lesión intencionada y auto-infligida, teniendo, además, el propósito de obtener un beneficio económico de la misma. El estudio médico legal de las lesiones y la posibilidad de auto-lesionismo resolverá, en muchos casos, el problema.

No se conoce, ni siquiera por aproximación, cual puede ser el monto económico que le supone a las compañías de seguros el fraude, las exageraciones o la simulación a causa de los asuntos relacionados con los daños corporales. No existen estadísticas sobre estas cuestiones ni se ha investigado de forma metódica, y cualquier intento queda condicionado por los intereses que están en juego. Los casos que salen a la luz, en general bastante llamativos, no son, ni siquiera la punta del iceberg. Ahora volvemos a tener de nuevo que definir que consideraremos como fraude:

➤ **¿la exageración de las lesiones?**

- Si la lesión no existe, parece ser que se trata de un caso claro de fraude.
- Por ejemplo, como resultado de un TCE (Traumatismo Cráneo Encefálico), nos reclaman un Trastorno Orgánico de la Personalidad, secuela muy grave que puede suponer una incapacidad absoluta. Finalmente puede probarse que no padece cierta secuela, entonces efectivamente debería catalogarse como un intento de fraude. ¿Se cataloga como fraude por las Entidades Aseguradoras? ¿Se siguen acciones penales contra el defraudador o sus inductores?

➤ **¿la exageración de la puntuación de secuelas?**

- Si existen las lesiones, pero magnificamos sus consecuencias, es decir su puntuación o sus efectos, ¿se trata de un fraude?

- Para simplificar el razonamiento podemos citar dos ejemplos que nos harán reflexionar de forma distinta:
 - Imaginemos una pequeña secuela que tenga una horquilla entre 5 y 10 puntos, nos reclaman 10 y acabamos indemnizando 7. Estaremos de acuerdo que no se trata de un fraude, sino simplemente de dos apreciaciones distintas sobre la gravedad de una misma secuela.
 - Ahora nos iremos al extremo, nos encontramos con una secuela con una horquilla entre 1 y 100. Nuestros servicios médicos valoran 15 puntos, y nos reclaman 90, ¿se trataría ahora de un fraude?.
 - Posiblemente deberemos analizar más factores para poder determinar si realmente debe clasificarse de un fraude.

FRAUDE en Daños Corporales

- **Es más frecuente la exageración en la patología y secuelas, y la simulación y disimulación de lesiones.**
- **Es menos frecuente, pero no por ello menos importante, por la entidad de las lesiones e incluso el fallecimiento, el cambio de ubicación de ocupantes con el fin de percibir la correspondiente indemnización.**

En definitiva, nos encontramos con un componente subjetivo, cuando hablamos de tiempos de curación y de evaluación de las secuelas, que provocan una serie de situaciones que pueden ser encuadradas como diferentes tipos de fraude, que vamos a intentar enumerar a continuación:

3.2.1. Lesiones inexistentes o anteriores al siniestro

Tras el análisis de unas lesiones presuntamente producidas en un accidente, el primer objetivo del perito-médico, imprescindible y fundamental, será determinar, además de la existencia de las mismas, su relación de causa-efecto, es decir, la imputabilidad de las lesiones a los hechos concretos del accidente.

Ilustremos este caso con un ejemplo sencillo. Imaginemos un leve accidente de circulación, una colisión por alcance. En el vehículo que recibe la colisión uno de los ocupantes sufre un síndrome de latigazo cervical y una rotura del menisco de la rodilla derecha. Cuando el lesionado acude al hospital o centro sanitario, explica que como consecuencia del accidente le duele el cuello y la rodilla. El síndrome del latigazo puede estar más o menos justificado (debería analizarse su gravedad para el tipo de colisión por ejemplo) pero la relación de **causalidad** entre la lesión en la rodilla y el accidente si que parece que en un

principio una no sea consecuente con la otra. Posiblemente, indagando en los antecedentes de la persona lesionada podríamos descubrir que había sufrido un accidente previo, o que se trata de una lesión degenerativa.

Por tanto, una de las funciones fundamentales de los médicos que colaboran con las Entidades Aseguradoras, será establecer la relación de causa-efecto entre el accidente y las lesiones, descartando aquellas lesiones reclamadas y no detectadas o que no puedan atribuirse al accidente.

Un ejemplo lo tenemos en la Sentencia del Juzgado de Instrucción nº 4 de Figueras, en juicio de faltas nº 325/2006 donde el juez considera que no queda acreditado el nexo causal entre las lesiones y secuelas reclamadas y el accidente ocurrido. En el acto del juicio se practicó la prueba pericial elaborada por el perito médico de la compañía aseguradora de la cual se extrae la conclusión de que las lesiones reclamadas no pueden ser consecuencia del accidente, no quedando acreditada la relación de causalidad entre las secuelas que la denunciante **manifiesta tener** y los hechos ocurridos, a pesar que el informe forense si reconocía una sanidad de 40 días improductivos y 9 puntos de secuelas (ver Anexo nº 10). El juez, además del informe pericial, entendió que habían argumentos suficientes para comprobar la levedad del accidente, como:

- Daños materiales inexistentes en ambos vehículos.
- No necesidad de asistencia médica inmediata.

3.2.2. Lesiones posteriores al siniestro

Se trata de un caso similar al anterior, pero la lesión, o una de las que reclama (que pueden ser varias) se produce con posterioridad al accidente.

Por ejemplo, una persona es atropellada por el vehículo asegurado y sufre una fractura en el brazo (por ejemplo fractura de radio). Por estas lesiones es atendido en el centro sanitario. Posteriormente, unos días después, cae de forma fortuita y se fractura dos piezas dentarias que son reclamadas tiempo después a la compañía haciendo ver que son como consecuencia del accidente.

Este caso, dada la mecánica del accidente sería factible que todas las lesiones fueran como consecuencia del atropello, es decir que se cumpliría la relación de causa-efecto entre el accidente y las lesiones. Sin embargo, en el parte de urgencias podríamos ver claramente que no se trataban de unas lesiones ocasionadas en el accidente.

Nos encontramos de nuevo que la acción pericial será de vital importancia, así como la gestión del tramitador que debe analizar con sumo detalle el parte de primera asistencia.

3.2.3. Asistencia sanitaria

Como se ha indicado anteriormente, existen unos Convenios de Asistencia Sanitaria entre Entidades aseguradoras y Centros Sanitarios, de forma que se determina muy claramente quien debe hacerse cargo y hasta que límites de los gastos de curación. En caso de que no existiera el mencionado convenio, los gastos serían abonados, según el art. 1902 del Código Civil, por la entidad aseguradora del responsable de los daños.

Esto significa que debemos hacer frente a una serie de gastos, que deberemos además provisionar convenientemente, según establece la dirección General de Seguros. Por tanto, bien sea para reservar adecuadamente o para controlar la idoneidad de estos gastos, en función de la gravedad de las lesiones detectadas y el tratamiento médico adecuado, debe controlarse el gasto médico que dicho proceso de curación comportará.

De esta forma, se deberá prestar especial atención a la facturación del tratamiento quirúrgico, comprobando que el material que se facture (de quirófano, curas, fungible, etc.) sea el que realmente se ha utilizado y/o colocado al paciente. También deberá controlarse la facturación en concepto de ortesis y prótesis, comprobando por parte de los servicios médicos de la compañía que las prescripciones médicas se ajustan a las necesidades reales del lesionado.

Por último también deberá comprobarse que la facturación por visitas médicas, sea en primer lugar consecuente con las realizadas al lesionado, es decir que se hayan realizado; y en segundo lugar que tengan sentido al tipo de lesión, como por ejemplo sería totalmente desafortunado facturar 60 visitas médicas por un esguince de tobillo.

3.2.4. Prolongación de la incapacidad temporal

Este es un apartado también de gran importancia, por dos motivos fundamentales:

1. Un mayor tiempo de curación, implica un mayor número de visitas médicas y por tanto un mayor coste.
2. Un tiempo largo de curación, nos indica de una forma indirecta la importancia de las lesiones sufridas, y por tanto un mayor número de puntos de secuelas a indemnizar.

En teoría debería ser al revés, y un mayor tiempo de curación debería significar una curación completa y sin secuelas, sin embargo esto no ocurre en la práctica.

Se deben de establecer los mecanismos necesarios para que el alta del lesionado se produzca en el momento justo, evitando alargamientos innecesarios. Y por tanto será imprescindible que los servicios médicos de la compañía actúen, intervengan, para acotar la fecha en que las lesiones se

encuentren curadas o estabilizadas, a través de un seguimiento continuado, estricto, tanto evaluando al paciente como su tratamiento. Deberá además diferenciar los días de incapacidad total de aquellos en los que, aun siguiendo el tratamiento prescrito, el lesionado es capaz de desarrollar sus actividades cotidianas.

3.2.5. Alargamiento del tiempo de rehabilitación

El proceso de rehabilitación de una lesión se produce con posterioridad a la curación intrínseca de esta, y tiene el objetivo de recuperar sino la totalidad si el máximo de su funcionalidad.

La rehabilitación se realiza en algunos Hospitales, en departamentos más o menos independientes o en centros específicos de rehabilitación. Este esquema, por tanto, produce un gap que hace que el periodo total de curación total se vea alargado, ya que dependerá de otro equipo médico indique o se manifiesta sobre la estabilización lesional o curación definitiva. El lesionado una vez es tratado de sus lesiones iniciales, es remitido siempre a un centro de fisioterapia, donde a pesar de haber realizado el tratamiento prescrito, puede no ser sometido a control de asistencia y cumplimiento de las sesiones prescritas, por lo que puede verse así también alargado el proceso de recuperación. Realmente constituye una de las etapas de curación en la que se produce fraude con una mayor frecuencia, pues además el lesionado está en contacto con otros, que pueden ser aleccionadores de malas prácticas.

Es de gran importancia la actuación del servicio médico, que debe mantener las visitas de seguimiento, y entrevistarse con el responsable de rehabilitación, controlando su recuperación y evitando que el proceso pueda alargarse injustificadamente.

En caso de constatarse alguna práctica de las mencionadas, el perito-médico deberá entrevistarse no solo con la persona responsable de rehabilitación, sino con el propio médico tratante del lesionado, para intentar el alta lo antes posible, o los motivos que no la hacen posible.

3.2.6. Simulación de secuelas

Para la valoración y determinación de una secuela [18] es imprescindible el seguimiento por parte de los servicios médicos, desde el inicio del accidente hasta el momento del alta, efectuándose entonces un informe completo, señalando aquellas que sean única y exclusivamente derivadas de las lesiones iniciales ocurridas en el accidente y valorándolas en aplicación del sistema correspondiente al siniestro en cuestión (Baremo, tablas para ocupantes, etc.)

Los accidentes cubiertos en una póliza de ocupantes del vehículo, que no es más que una póliza de accidentes individual, se valorarán en función de las

[18] SECUELA: Debemos entender como secuela aquella alteración física o psíquica que va a quedar de forma permanente o irreversible tras un proceso de curación de unas lesiones, después de haber agotado todos los medios de tratamiento médico reconocidos oficialmente.

tablas de menoscabos que se publiquen en el condicionado general; mientras que los accidentes que deban ser indemnizados a cargo del Seguro Obligatorio del Automóvil estarán sujetos al baremo establecido en la Ley 30/95, modificada por la ley el Real Decreto Legislativo 8/2004 de 29 de Octubre, modificado a su vez por la ley 21/2007 de 11 de Julio.

3.2.7. Falsa declaración del siniestro

La falsa declaración de un siniestro para cubrir unas lesiones inexistentes o ajenas al mismo, está relacionado con lo indicado en el punto 3.2.1. El servicio médico deberá establecer la **imputabilidad** de las lesiones reclamadas con el accidente. Es decir, deberá estudiarse las circunstancias del accidente indicadas en la declaración, junto con el gestor del siniestro y/o los técnicos periciales, y determinar si se desprende de las mismas una relación directa con las lesiones descritas. Se trataría de efectuar un estudio en exhaustivo de la **relación causa-efecto** [19] entre las lesiones y el accidente.

3.2.8. Falseamiento de informes médicos

Muy relacionado también con algunos capítulos anteriores, nos encontramos con la falsedad de informes médicos, de dos formas principalmente:

- Falsificación íntegra del documento, es decir, confeccionando un informe médico a partir de un folio en blanco, copiando el anagrama de un hospital conocido e inventando todos los datos del informe.
- Manipulación de un informe médico verdadero de un centro sanitario, modificando o añadiendo enfermedades o dolencias inciertas o exageradas.

Corresponde al gestor del siniestro y a nuestros servicios médicos examinar los informes médicos aportados por el lesionado y determinar si los mismo se ajustan a la realidad del accidente, estableciendo también la imputabilidad y relación causa-efecto directa y total, descartando y rechazando todo aquello que no tenga relación alguna.

3.2.9. Intercambio de conductor/ocupantes

Debido a la diferencia de coberturas según se trate de un lesionado conductor (afectado por diversas exclusiones) u ocupante de un vehículo, es frecuente falsear datos en la declaración de siniestro para obtener coberturas e indemnización por lesiones.

Constituirá también labor de los profesionales que intervengan, determinar la imputabilidad de las lesiones sufridas con el accidente declarado, en virtud del

[19] NEXO DE CAUSALIDAD: El estudio de la causa de la enfermedad en Medicina se puede definir como el de las diversas posibles causas que la provocan, tanto internos como externos, tales como el mecanismo lesional. Ver Anexo nº6.

lugar que ocupaba el lesionado en el interior del vehículo, por tanto será de vital importancia que los servicios médicos y los peritos de daños materiales tengan una gran comunicación entre ellos.

3.2.10. Falsear causas de fallecimiento

Se trata de un caso muy particular, donde a diferencia de otros supuestos, aquí el fraude intenta cometerlo un familiar o amistad cercana al perjudicado.

Debe existir cierta experiencia previa en preparar el fraude, porque dada la importancia del evento, suele intervenir algún tipo de autoridad policial u otro tipo de profesionales en servicio de urgencias, como ambulancias, bomberos, etc...

En estos casos nuestros servicios médicos, a través de la revisión de todos los informes médicos y la autopsia, deberán pronunciarse en el sentido de si la causa del fallecimiento puede considerarse como consecuencia directa y total del accidente, o bien existen dudas de que la causa fundamental de la misma sea derivada de alteraciones o enfermedades no derivadas del accidente.

En otras ocasiones puede existir una **concausa** [20] que haya ayudado ha aumentar con consecuencias fatales la magnitud del accidente, deberemos ser conscientes de tal circunstancia para intentar aplicar la regla proporcional correspondiente que la legislación prevé.

3.3. Resumen de tipologías de fraude

- | | |
|-------|--|
| I. | Ocultación de circunstancias personales del asegurado (edad, antigüedad de carnet de conducir,...) |
| II. | Falsa declaración para eludir casos excluidos en la póliza. |
| III. | Versiones cruzadas. Cada uno de ellos da como culpable al otro. |
| IV. | Contratación de la póliza después de ocurrido el accidente (cambio de fechas). |
| V. | Falso conductor habitual para eludir recargos o declarar un conductor distinto del real en el accidente. |
| VI. | Falsa declaración por contrario inexistente en el momento del accidente y que se hace responsable. |
| VII. | Inclusión de varios siniestros en un único parte para evitar franquicias y pérdida del nivel de bonus. |
| VIII. | Sobrevaloración de los daños por connivencia con el taller y engaño al perito, cambio de piezas por otras dañadas. |
| IX. | Simulación de un robo para cubrir otros daños como desperfectos. |
| X. | Autorrobo o robo simulado. Total o parcialmente. |
| XI. | Ocultación de circunstancias excluyentes (alcoholemia, permiso de conducir, competiciones deportivas). |

[20] CONCAUSA: o causa concurrente, es aquella circunstancia que, juntamente con otra, es causa de algún efecto o agravación. Ver anexo nº 7

- XII. Supuesta sustitución de lunas para pagar pequeños daños o reparaciones.
- XIII. Reparación con piezas usadas, habiéndose valorado la sustitución por otras nuevas, o viceversa.
- XIV. Presentación de facturas sin reparación.
- XV. Ocultación de vehículos robados una vez han sido recuperados y se ha recibido la indemnización.
- XVI. Declaración del robo de accesorios inexistentes o sobrevalorados. Requiere reparación previa.
- XVII. En la contratación, se alteran datos del vehículo y/o accesorios para conseguir una sobrevaloración en el siniestro.
- XVIII. Datos falsos del vehículo (versiones y gamas, accesorios, potencia,...)
- XIX. Cambio de placas de matrícula del vehículo antes de la peritación. Se da con mayor frecuencia en flotas.
- XX. Destrucción intencionada de vehículos. Se reclama un valor muy superior al real.
- XXI. Aseguramiento múltiple en varias compañías.
- XXII. Otros.

4. Indicadores de fraude

La experiencia en la gestión de siniestros constituye la mejor fuente de conocimientos que nos permitirá conocer con antelación aquellas situaciones que inducen a sospechar en la posibilidad de una situación fraudulenta.

En la realidad es prácticamente imposible determinar todas aquellas situaciones o circunstancias que se producen y que pueden constituir indicios de la posibilidad de fraude, no obstante, si se puede establecer una serie de parámetros, que nos faciliten la investigación, a partir de la Declaración de Accidente, que nos alerten y que deban ser objeto de la correspondiente investigación y estudio.

4.1. Fecha del siniestro próxima a la emisión de la póliza

Especialmente cuando la cuantía de los daños materiales o corporales es significativa, debe comprobarse cual es la fecha real de producción del siniestro, y paralelamente cual ha sido la fecha de formalización de la póliza, y además si han existido irregularidades en la contratación.

Puede producirse el hecho de que en el momento del siniestro no exista cobertura, porque la póliza anterior no hubiera sido renovada o porque, sencillamente, no se tenía contratada ninguna póliza, y se intente, por tanto, contratar una nueva póliza con el siniestro ocurrido.

En este aspecto pueden existir dos situaciones muy diferenciadas:

- Que se intente modificar la fecha del siniestro a un fecha posterior en la que ya exista cobertura, con lo cual a excepción de un siniestro exclusivamente de daños propios, se requiere la connivencia del otro conductor, generalmente culpable.
- Que se intente generar una póliza con fecha retroactiva, con algún tipo de coartada, para que cubra un siniestro ya ocurrido. Este aspecto era muy común hace unos años cuando toda la contratación se realizaba a través de propuestas que se cumplimentaban manualmente.

4.2. Hora de ocurrencia del siniestro

Es muy importante conocer a través del asegurado la hora exacta del siniestro, y comprobarla con datos objetivos, como un atestado, el informe de la policía local u otros profesionales que hayan podido intervenir, como grúas o ambulancias.

Decíamos que es importante, en primer lugar, para comprobar que exista realmente cobertura, pues podría existir una contratación de la póliza con pocas horas de diferencia a la ocurrencia del siniestro, con el fin de dar cobertura al accidente.

En segundo lugar, la hora de ocurrencia nos puede orientar hacia situaciones de riesgo o ciertas exclusiones. Cuando concurren por ejemplo, hora de ocurrencia del siniestro de madrugada, juventud del conductor, festivo o víspera, lugar del accidente cercano a discotecas, o a sus vías de acceso, puede dar lugar a una posible alcoholemia del conductor, que el conductor real carezca del correspondiente permiso de conducir, o que exista un cambio en las posiciones de ocupantes y conductor, con el fin de percibir indemnización por lesiones el más afectado, u ocultar una conducta contraria a la ley.

4.3. Mismo apellido entre el asegurado y el contrario

Cuando en un mismo siniestro coincida alguno de los apellidos entre ambos conductores, o asegurados, debe investigarse el posible parentesco entre ambos con el fin de descubrir posibles connivencias entre ambos para amañar los hechos y dar cobertura al siniestro.

Es muy habitual para cubrir los daños materiales en un siniestro con culpa del asegurado y el vehículo con garantía solo de responsabilidad civil, donde se simula un accidente simple. Al cumplimentar ambos conductores la Declaración Amistosa de Accidente, y en el caso de que ambas compañías estén adheridas a los convenios Cide o Ascide, la mayoría, la reparación del vehículo es prácticamente inmediata. En estos casos debe investigarse además si ha existido un accidente anterior con culpa del vehículo asegurado y paralelamente comprobar si los daños de ambos vehículos son congruentes.

4.4. Domicilios próximos entre ambos conductores o asegurados

Es muy similar al anterior, y podría significar un posible acuerdo entre amigos o vecinos. Tiene la dificultad de que efectivamente no puede descartarse un accidente en una misma población entre vecinos, o en un mismo barrio de una gran ciudad también entre vecinos, por lo que deberá valorarse como un indicio positivo de sospecha cuando el lugar del accidente se haya producido lejos de la residencia común de los implicados.

4.5. Profesiones similares o relacionadas entre ambos implicados

La relación entre las profesiones de ambos implicados puede inducir la sospecha de que se trate un parte “amañado” o “simulado”. Partimos de la dificultad de que no siempre es fácil conocer la profesión de nuestro asegurado y más todavía la del conductor contrario sin una investigación previa, lo que implicaría el disponer algún otro indicio que desencadenara esta investigación. Esto nos demuestra la importancia que tiene el disponer las Entidades Aseguradoras de una completa y veraz base de datos de nuestros respectivos clientes.

Podemos denominar como profesiones afines las que tienen cierta conexión entre ellas, como por ejemplo: carpintero-albañil, comerciante-repartidor, chapista-pintor, etc.

Asimismo, aunque se trate de profesiones distintas, como por ejemplo “administrativo” y “arquitecto”, puede existir relación laboral y trabajar en la misma empresa o empresas colaboradoras, para lo cual será muy importante una buena labor de recopilación de datos por parte del tramitador del siniestro.

4.6. Daños del vehículo en su parte delantera y culpa del contrario

Los daños en la parte delantera, generalmente, indican que la culpa ha sido del propio vehículo, que ha colisionado con el que le precedía al no haber frenado a tiempo (colisión por alcance). Por tanto, en los siniestros con daños en la parte delantera de nuestro vehículo, y culpa del vehículo contrario debe hacernos sospechar una posible conducta fraudulenta. Además, viene acompañado por un relato del accidente muy característico o sin colisión directa, por ejemplo:

- El vehículo contrario daba marcha atrás y
- El vehículo contrario invadió mi carril y para esquivarlo me salí de la calzada

Por supuesto los daños entre ambos vehículos no están emparejados, o en uno de ellos no existen daños aparentes.

4.7. Indicios en la descripción del accidente

Existen una serie de versiones en la ocurrencia de los accidentes que ya nos deben hacer reaccionar en la gestión y establecer los mecanismos adecuados para intentar averiguar la verdad de lo ocurrido. Algunos de estas versiones “sospechosas”, algunas ya nombradas en otros puntos, pueden ser:

- Efectuando marcha atrás uno de los vehículos, los daños materiales entre ambos no se corresponden en magnitud:
 - IMPORTANTES <> LEVES o INEXISTENTES
- Invasión de calzada ó deslumbramiento por uno de los vehículos, que no sufre daños, obligando al otro a realizar maniobra evasiva con salida de la calzada colisión contra un objeto fijo.
- En general cuando uno de los asegurados se declaren “muy culpables” y con gran espíritu de reparar el mal causado, que nos hagan dudar de su altruismo y de tan alto grado de sentido cívico.

4.8. Contradicciones en sucesivas declaraciones o aclaraciones del asegurado

La experiencia puede hacer que un gestor experto detecte pequeñas incongruencias, pequeñas contradicciones en las declaraciones del asegurado que nos lleven a una investigación más seria para descubrir la verdad de los hechos. Como dice el refrán: “se pilla antes a un mentiroso que a un cojo”. Hablamos de “gestor experto” o personal especializado, porque estas acciones deben realizarse con mucho tacto para no alertar. La actitud del profesional ha de ser serena, firme y de aclarar las causas y consecuencias del accidente. Con declaraciones en diferentes días. Cuanto más temple se emplee en las preguntas, sin revelar que hay extremos dudosos, más nervioso se pondrá el declarante y más posibilidades de aclarar definitivamente los hechos.

4.9. Prisas en recibir la indemnización

También nos deben hacer sospechar aquellas situaciones, en que nuestro asegurado en virtud de los Convenios de Indemnización Directa entre Aseguradoras, nos reclame de una forma muy insistente la reparación de sus daños alegando la clara culpabilidad del contrario.

4.10. Declaración conjunta del asegurado y perjudicado

En el caso de que ambos conductores acudan juntos a declarar el siniestro a la compañía del que se da como culpable, puede ser un claro síntoma de “connivencia” entre ambos, pues suele ser extraño que acudan ambos. Por norma general la ocurrencia de accidentes no suele generar “amigos” precisamente y será extraño que ambos conductores acudan conjuntamente, ha nadie le gusta admitir que ha tenido la culpa y menos aún hacerlo público.

La posibilidad de sospecha se ve acrecentada cuando se aperciba por el tramitador que ambos son amigos, que están excesivamente de acuerdo en el relato del accidente y que uno de ellos se declare culpable, sin reservas.

4.11. Lesiones que no guardan relación con la entidad de los daños materiales

Cuando existen lesiones siempre deben extremarse las precauciones y realizar una investigación “fina” por varios motivos:

- La cuantía de la indemnización.
- La carga de la prueba a cargo de la entidad aseguradora.
- La duda, en caso de pruebas poco concluyentes, siempre favorecerá a la víctima.

En casos con dudas razonables, las investigaciones han de ser muy amplias y meticulosas, empleando los medios técnicos y ser realizados por los profesionales adecuados. Es decir, si por ejemplo debemos tomar unas

muestras de sangre del volante, para determinar quien era realmente el conductor de ese vehículo deberá seguirse cierto protocolo para que no sea invalidada esta prueba:

- a. Acudir con un notario que debe dar fe de:
 - i. El vehículo de la prueba
 - ii. El lugar de la mancha de sangre
- b. Acudir con un médico para que extraiga la muestra de sangre con los medios adecuados para evitar contaminaciones posteriores (utensilios, recipientes herméticos,...)
- c. El notario debe certificar la remisión de las muestras a un laboratorio y el resultado de las mismas.

Cuando las lesiones no son coincidentes con la magnitud de los daños, como por ejemplo una colisión por alcance con pequeños daños materiales, y con graves lesiones cerebrales de algún ocupante deben hacernos presagiar que:

- O el accidente no se ha producido, habiendo sufrido estas lesiones por otras causas violentas, como caídas, etc...
- O existe una ocultación sobre una enfermedad preexistente.

En estos casos, los informes periciales deben ser realizados por especialistas de varias disciplinas, como por ejemplo:

- Un ingeniero para el análisis de la cinemática del accidente,
- Un médico especialista en biomecánica que avale que esos datos físicos no pueden ocasionar las lesiones denunciadas.

4.12. Existencia de competiciones de motor en la zona (rallyes, Fórmula I, Moto GP, etc.)

Cuando se declaran daños en vehículos de semblante deportivo o tunneados y recientemente se hayan disputado carreras, rallyes u otras competiciones, el perito deberá comprobar si el accidente se produjo en el curso de estas competiciones, para rechazarlo si se confirma la participación del automóvil asegurado en las citadas pruebas deportivas.

4.13. Elevada cuantía de los daños

En los casos en que los daños del vehículo sean muy importantes, y se acerquen o sobrepasen el valor venal del mismo, es necesario proceder a realizar una pequeña investigación con el fin de verificar las circunstancias del siniestro, máxime cuando el vehículo está a terceros y se ha aplicado convenio entre las entidades aseguradoras.

4.14. Daños materiales en motos

Los siniestros con la intervención de motocicletas son especialmente delicados, por dos motivos, principalmente:

1. Por las lesiones asociadas que llevan implícitos;
2. Porque es fácil que una moto tenga daños importantes sin que haya existido accidente.

La experiencia nos demuestra que un alto porcentaje de siniestros con la intervención de motocicletas existe una alteración de las circunstancias del accidente para dar cobertura de una u otra forma. Es típico el accidente de salida de carretera, en domingo o festivo, cuando varios amigos circulan conjuntamente. La versión del accidente suele ser modificada de forma que una pequeña colisión de uno de los compañeros hace perder el equilibrio a la moto de delante y sufriendo un accidente. Una de las motos no suele tener daños.



El elevado coste de reparación de las motos de alta cilindrada y la escasez de cobertura con daños propios, hacen que sea un tipo de fraude muy habitual.

5. Indicios generales. Resumen

A modo de resumen podemos enumerar cuales son los indicios generales que nos hacen presuponer la existencia de un fraude, y por tanto desencadenará una serie de acciones encaminadas a resolver el siniestro:

1	Falsa declaración de siniestro con la intención de favorecer a un tercero.
2	Contratación de la póliza una vez ocurrido el accidente.
3	Versiones cruzadas de ambos implicados en el siniestro, con la intención de cobrar ambos de las aseguradoras.
4	Falsa información en la declaración de siniestro facilitada a la entidad, para eludir casos exclusivos de cobertura de póliza.
5	Falsear el conductor habitual para eludir recargos y obtener una prima más barata.
6	Ocultación de las circunstancias personales del asegurado y o del conductor, que realmente difieren de las declaradas en el contrato.
7	Falseamiento del origen y/o consecuencia económica del daño.
8	Simulación o agravación de lesiones.
9	Imputar al siniestro, enfermedades o lesiones preexistentes.
10	Ocurrencia del siniestro poco después de haber surtido efecto la cobertura.
11	Cooperación deficiente de parte del asegurado en la tramitación del siniestro o notificación del siniestro de forma demasiado profesional.
12	Las sumas aseguradas son demasiado elevadas en relación al nivel de vida, los ingresos o con el interés del asegurado.
13	El asegurado percibe indemnizaciones de varias pólizas.
14	Elevado endeudamiento del asegurado.
15	El diagnóstico de la lesión causada por el accidente proporciona indicios sobre siniestros anteriores no declarados en la proposición de seguro (para siniestros de vida o accidentes).
16	Puntos de referencia de la reticencia de un hecho normalmente excluido, como la embriaguez o el consumo de estupefacientes.

6. Clasificación conceptual del fraude

Existen diversas formas de clasificar el fraude, como por ejemplo según la tipología de los daños, el tipo de riesgo, o el objetivo del defraudador. Sin embargo, para intentar elaborar las estrategias de gestión y prevención adecuadas será necesario utilizar una clasificación que tenga en cuenta los criterios que lo originan, así podríamos hablar de:

- **Fraude latente** -el autor aprovecha que se produce el siniestro para defraudar.
- **Fraude consciente directo** -se origina el daño para defraudar.
- **Fraude consciente indirecto** –el autor es culpable teórico del daño y pretende favorecer a su víctima.
- **Fraude profesionalizado** –es originado por personas con antecedentes de siniestralidad en el ramo y que el fraude constituye una fuente de ingresos importante, y a veces su forma de vida.

Una segunda diferenciación nos permitirá situar cada uno de los apartados anteriores en el marco de afectación en que se produce:

- **Daños materiales**
- **Daños corporales**

6.1. Fraude latente: el autor aprovecha que se produce el siniestro para defraudar

El objetivo es obtener el máximo provecho económico del accidente.

6.1.1. Daños Materiales

Se persigue obtener el máximo beneficio, sea reparando daños que no corresponden o recuperar parte de la prima pagada a la compañía.

Las reclamaciones en éste supuesto no serían de cuantías muy elevadas, y estaríamos hablando de un importe inferior al coste medio del fraude evitado:

- **Coste medio D. Materiales = 1.010 € [21]**

[21] ICEA, Informe 1.074. El fraude al seguro español. (Importe total de fraude evitado/Nº de casos)

Este grupo puede enmarcarse dentro del 40% de los siniestros declarados en éste ramo, si tomamos en el Anexo 8, Indicios de fraude, los apartados de *“Ocultación o lesión preexistente y Reclamación desproporcionada”*.

Como fraude latente en daños materiales estarían por ejemplo los siguientes supuestos:

- Exageración de daños (3.1.1)
- Duplicidad de daños (3.1.3)
- Algún caso particular de facturas falsas (3.1.5)

6.1.2. Daños Corporales

Lo realizan generalmente personas que se aprovechan del siniestro, que ha sucedido realmente, para prolongar su periodo de incapacidad u obtener algunos puntos de secuelas básicamente. No suelen aparecer secuelas importantes en éste apartado y en consecuencia, reiteradas visitas de constatación de presencia puede constituir un factor acelerante de recuperación normal de actividad.

Un chequeo en su trayectoria laboral, permitiría analizar sus procesos anteriores de incapacidad, con muchas probabilidades de que existan factores clínicos coincidentes.

Las reclamaciones en éste sentido no suelen exceder del coste medio del fraude detectado:

- **Coste medio R.C. D. Corporales = 14.120 €**

Para R.C. de daños corporales puede representar un 32% aproximadamente, si tomamos en el Anexo 8, Indicios de fraude, los apartados de *“Ocultación o lesión preexistente y Reclamación desproporcionada”*.

Como fraude latente en Responsabilidad Civil de daños corporales estarían por ejemplo los siguientes supuestos:

- Exageración de lesiones o pluspetición (3.2.1)
- Lesiones anteriores al accidente (3.2.1)
- Prolongación incapacidad temporal (3.2.4)

6.2. Fraude consciente directo: se origina el daño para defraudar

6.2.1. Daños Materiales

Se simula la ocurrencia de un siniestro para obtener un beneficio. Son personas que han declarado un mínimo de dos siniestros con anterioridad y que no estuvieron de acuerdo con las indemnizaciones percibidas.

Es aconsejable en estos casos, comprobar su histórico en Cias. Aseguradoras, complementado con la Investigación de causas y circunstancias, acotando sus parámetros en proporción a la reclamación.

La entrevista personal bien planteada por un profesional, podría detectar un porcentaje importante del fraude y proceder a la anulación del parte del siniestro. Su edad suele estar comprendida entre los 25 y 40 años.

6.2.2. Daños Corporales

En éste apartado se agrupan dos tipos de personas:

- A) Declaran el siniestro en beneficio propio y en el de las personas que supuestamente participan en el siniestro.
- B) Declaran el siniestro solo en beneficio propio.

El apartado A se compone básicamente de personas pertenecientes a determinados grupos organizados, a las que ésta operativa les resuelve su situación económica.

En los partes de siniestro llama la atención el que en un mismo vehículo (generalmente furgonetas), viajan de cinco a seis personas, si bien en un primer momento, en el parte del siniestro no constan todos los lesionados.

Las reclamaciones suelen ser de pequeña cuantía, inferior a 6.000€ por persona supuestamente afectada, y tampoco permiten reconocimientos médicos posteriores a su ingreso en el Servicio de Urgencias.

Un idóneo cruzamiento de datos, nos permitiría comprobar que todos los implicados en el Siniestro, han tenido presencia en otros de similares características.

Salvo los participantes, no suelen haber testigos presenciales del accidente, lo que hace innecesaria la Investigación de causas y circunstancias. Si es efectivo un control de pautas de conducta puesto que la mayoría siguen desarrollando su actividad habitual inmediatamente después del Siniestro.

En el apartado B declaran el supuesto accidente en beneficio propio. Las cada vez más habituales salidas de vías, cruzamiento de animales en carretera e invasiones de carril contrario dándose a la fuga, constituyen los factores a los que habitualmente se recurre para declarar éste tipo de siniestro. Al igual que en el apartado anterior no existen testigos y la póliza del vehículo sólo tiene cobertura a terceros.

En general, se suelen reclamar los daños de reparación del vehículo, aunque éstos se hayan originado en accidentes anteriores.

El cambio de conductor a ocupante cuándo el afectado es el primero y no tiene cobertura contractual aparece cada vez con más frecuencia en éste tipo de

siniestros. Es aconsejable investigar en todos los casos en que existan dos o más ocupantes, con importantes lesiones en uno de ellos, quién declara ser ocupante cuándo era él quien conducía, dada la falta de cobertura del vehículo.

6.3. Fraude consciente indirecto: el autor es culpable teórico del daño y pretende favorecer a su víctima.

6.3.1. Daños Materiales

Dentro de este marco, se sitúan personas, de edades comprendidas entre los 20 y 40 años, que se consideran culpables del siniestro sin serlo realmente y a petición del contrario, que cambia la versión de los hechos reales con el fin de no perjudicarlo o favorecerlo.

En éste caso, los daños materiales pueden llegar a ser de cualquier cuantía, desde el pequeño golpe hasta una salida de vía con resultado de siniestro total, y además no existe atestado.

Se suele detectar previo estudio de la escritura del parte del siniestro, cuyo manuscrito corresponde a una sólo persona, y la entrevista personal planteada adecuadamente.

Son siniestros en que la investigación es aconsejable dada su nivel de positividad (aproximadamente el 50%), la cual debe contemplar además de las entrevistas personales, el análisis de las causas y las versiones dadas en Centros Asistenciales en caso de que existan.

6.3.2. Daños Corporales

Se agrupan en éste apartado, todas aquellas personas de edades comprendidas entre los 25 y 45 años, los cuales han sufrido un Siniestro con culpa y sin ella y prolongan de forma sistemática su alta médica.

La investigación de estos siniestros da unos resultados muy positivos en el esclarecimiento de las circunstancias. No suele tratarse de personas con antecedentes de siniestralidad, no recurren a especiales asesoramientos de profesionales expertos y sus reclamaciones a nivel de secuelas no suelen ser muy elevadas.

En caso de que se encuentren datos de alta en la Seguridad Social en su modalidad de autónomo o como trabajador por cuenta ajena, es importante comprobar los periodos de incapacidad puesto que generalmente, no coinciden con el alta médica forense.

Con una limitada comprobación de pautas de conducta, (seguimiento de uno o dos días), suele ser suficiente para demostrar la simulación y en caso de trabajadores autónomos, el porcentaje de los que siguen desarrollando su actividad habitual, inmediatamente después del siniestro, es muy alto.

6.4. Fraude profesionalizado

6.4.1. Daños Materiales

Lamentablemente ha sufrido un notable incremento en la última década, coincidiendo con la incorporación de la delincuencia común en éste ramo, consecuencia de la ausencia de implicaciones penales en la mayoría de los casos.

El montante económico de este tipo de fraudes es muy elevado, y generalmente se tratará de vehículos de media y alta gama, que se indemnizan a valor total (valor de nuevo o sus variantes).

Previo análisis de sus antecedentes de siniestralidad ya aparecen irregularidades en otras Cias. así como coincidencias entre todas las personas implicadas. Tienen amplios conocimientos para desviar la Investigación y suelen aparecer testigos “amañados” que ratifican las versiones.

Es muy aconsejable realizar una exhaustiva investigación tanto para el esclarecimiento del siniestro como para sentar el precedente de control, lo que indirectamente constituye una eficaz arma disuasoria.

En general, a través de un análisis detallado del parte del siniestro (única escritura para la confección del parte, varios lesionados, coincidencia en apellidos o localidades, etc), es suficiente para encuadrar el siniestro en éste grupo.

Invariablemente, aparecen lesionados con secuelas lo que aconseja además, la investigación de antecedentes clínicos que seguro provienen o han sido manifestados o detectados en otros siniestros sufridos con anterioridad.

6.4.2. Daños Corporales

Este es el apartado que exige mayor nivel de control por dos razones fundamentales:

- A) Tienen experiencia suficiente en éste tipo de tramitaciones al haber denunciado otros siniestros, la mayoría inexistentes o inexactos, y por otra parte, gozan del asesoramiento profesional idóneo para seguir unas pautas de conducta, que sin duda extorsionan el proceso normal de tramitación (no permiten ser visitados, cambian de domicilio con frecuencia y aluden cualquier contacto personal con la compañía aseguradora).
- B) Aportan con gran facilidad testigos falsos, saben evitar determinadas pruebas médicas aludiendo contraindicaciones (embarazos por ejemplo) y muchos de ellos tienen antecedentes penales.

Las redes en ambos casos tienen un mismo denominador común, que se repite a la hora de comprobar los diferentes profesionales que se ocupan de sus reclamaciones.

Dado el montante de la reclamación es aconsejable el llevar a término el control de pautas de conducta, las causas del accidente y su historial médico, sin olvidar el cruzamiento de nombres con el fin de detectar su nivel de implicación y coincidencia.

1. Preparando el fraude en la misma fase de estructurar el contrato (planeamiento; búsqueda de protección más barata o ventajas no justificadas):
 - a. Suma asegurada excesiva: indicando datos falsos en la solicitud, tomando prestados bienes valiosos de terceros, presentándolos como de propiedad,
 - b. Doble seguro: debe darse por seguro que se producirá un siniestro indemnizable, puesto que si no el pago de primas no guardaría relación con el resultado perseguido (el siniestro acostumbrará a ser provocado o ficticio).
 - c. Ocultación de circunstancias existentes: buscando poder establecer el seguro o pagar una prima más baja
2. Conversión de un daño no amparado en un siniestro asegurado: suscribir la póliza una vez ocurrido el siniestro o descripción falsa de las circunstancias o causas del mismo.
3. Siniestro ficticio: defraudación clásica. Como por ejemplo el robo ficticio.
4. Provocación intencionada del siniestro asegurado:
 - a. El asegurado como defraudador: ejemplos, el auto-incendiarismo, accidente de tráfico provocado, rotura intencionada de un cristal del vehículo,...
 - b. Terceros como defraudadores: con participación de profesionales o pseu-doprofesionales, supuestos tipo "robo encargado", siniestro "construido" de responsabilidad civil, ...
5. Fraude en el ajuste o liquidación del siniestro: en muchos círculos puede ser hasta rutinario calcular, de antemano, cierto recargo al indicar la cuantía, cantidad o valor de los bienes siniestrados.
6. Fraude al asegurador por una tercera persona: por ejemplo intentos de abusos por parte de perjudicados, presentando reclamaciones excesivas.

7. Medidas defensivas y recomendaciones

7.1. Génesis de la conducta delictiva

Existen un par de premisas fundamentales que hacen que el fraude pueda desarrollarse:

1. El defraudador deberá tener la disposición necesaria a enriquecerse a costa de la comunidad de asegurados.
2. El asegurador deberá ofrecerle la oportunidad de llevarlo a efecto.

La primera queda influenciada por su posición social, situación familiar, grado de conciencia de lo que cree que es injusto en cada caso, pero su decisión dependerá, en gran medida, del riesgo que le separa del éxito.

El objetivo del asegurador será estructurar su relación con los asegurados sobre una base más positiva, a fin de ampliar la lucha contra el fraude. Y ello a partir de medidas tendentes al “cuidado de la imagen”, subrayando su papel de administrador eficaz de los recursos recavados a fin de repartirlos de forma justa y equitativa en cada siniestro. Inculcar esta conciencia para que el asegurado se integre en su responsabilidad del trato correcto del bien asegurado, dado que un beneficio puntual supone un perjuicio para la comunidad de asegurados. Será muy importante llevar a cabo **campañas informativas**.

La segunda premisa, la oportunidad de llevar a cabo al fraude, será una tarea interna de la compañía en el sentido de no dar facilidades, usando los medios técnicos e informáticos de control adecuados y delimitar marcadamente las posibilidades que se ofrecen para perpetrar el fraude. No olvidemos que en la mayoría de ocasiones: **“la ocasión hace al ladrón”**.

Tarea básica = reducir al mínimo la ocasión para perpetrar un fraude.

Debe existir además un conjunto de medidas que deben ser secundadas por un trabajo adecuado desde el sector público:

- una labor pública de información, difusión y expansión de las medidas,
- publicación de los éxitos obtenidos en la lucha y depuración de todas las responsabilidades.

Este tipo de medidas pueden ser suficientes para disuadir a defraudadores potenciales.

La génesis de la conducta delictiva es desarrollada por numerosos autores, pero Sutherland [22] desarrolla su teoría basada en dos elementos fundamentales:

1. **El contenido** de aquello que se aprende: las técnicas de comisión del delito, de la estafa, los motivos y la actitud para delinquir.
2. **El proceso** de aprendizaje: el entorno, los amigos, grupos o asociaciones.

Más explícitamente el mismo autor, describe la adquisición de la conducta delictiva de la siguiente forma:

1. La conducta delictiva es aprendida: no es heredada ni inventada.
2. Se aprende en interacción comunicativa con otros, por tanto es un proceso de comunicación entre personas.
3. En grupos íntimos, próximos al individuo.
4. Incluye el aprendizaje de las técnicas y motivos para realizar la estafa.
5. Los motivos se aprenden a partir de las definiciones de otros favorables a la violación de las leyes.
6. Los individuos se convierten en delincuentes por asociación diferencial o un entorno propicio.
7. Esta asociación diferencial puede variar en frecuencia, duración, prioridad e intensidad.
8. Los motivos y necesidades generales, como la tendencia al placer, el estatus o la necesidad, no explican la conducta delictiva.

Por tanto actuando sobre cada uno de esos puntos podríamos en teoría llegar a mitigar el tema del fraude en su origen:

1. El fraude es un delito.
2. El delito conlleva una pena.
3. El fraude perjudica a todo el entorno: primas más caras, ...
4. etc...

Según literatura especializada, **el perfil criminológico** puede definirse como una estimación acerca de las características biográficas y del estilo de vida del responsable de una serie de delitos y que no ha podido ser identificado. En nuestro caso, no se trata precisamente de conocer al autor del delito, sino más bien de poder evitar posibles sucesos futuros.

No obstante, el perfil tiene sus limitaciones, no es una ciencia exacta, está basada en el análisis de la huella psicológica que el delincuente deja en sus actos y en datos estadísticos recolectados de otros casos y de los datos teóricos aportados por la psicología y la criminología. Estamos por tanto

[22] **Edwin H. Sutherland**, (1883-1950) es, sin lugar a dudas, una de las principales figuras de la Criminología del siglo XX. Publicó numerosos trabajos entre los que destacó un excelente ensayo: *Delincuentes de cuello Blanco* (1949).

hablando de probabilidades. Las personas que realizan un perfil buscan patrones e intentan encontrar las características del probable autor, se usa el razonamiento analítico y lógico:

QUE + POR QUE = QUIEN

A través de la psicología se ha generado una metodología basada principalmente en la creación, desarrollo y uso de técnicas clasificatorias y de etiquetajes del delincuente, teniendo inicialmente como principal objetivo la captura del mismo. El acopio de datos ha posibilitado un estudio más en profundidad, que ha dado lugar a diversas teorías psicológicas que tratan de explicar el hecho criminal al igual que hace con cualquier patología mental.

En Alemania (1995) se realizó un estudio de más de 4.000 casos y se diseñó una clasificación basada también en características físicas:

Leptosómico	Delgado y fuerte
Atlético	Musculoso y fuerte
Pícnico	Bajo y grueso
Mixtos	Mezcla de los anteriores

Según esta clasificación cada tipo de delincuente se relacionaría con un tipo de delito, así los leptosómicos son propensos al hurto, los atléticos a crímenes donde se use la violencia y **los pícnicos al engaño y el fraude**.

Las anteriores aportaciones tienen un fuerte componente biologicistas y fueron siendo abandonadas por la **poca utilidad que ofrecía**, así como por sus carencias científicas. Posteriormente y junto con el desarrollo que la psicología iba atesorando, las teorías dejaron a un lado las características físicas para detectar a criminales y empezaron a usar características psicológicas.

Otro ámbito de aplicación del perfil es su función teórica, en cuanto a que el análisis y evaluación de casos sirven para aumentar el conocimiento que se tiene sobre la propia técnica y sobre el hecho concreto con el fin de establecer medidas que ayudan a evitarlas en un futuro.

A este respecto apareció una publicación en la revista de Actualidad Aseguradora de 1994, donde se hablaba del “*perfil del defraudador de seguros*”, que se reproduce íntegramente a continuación y que debemos tomar sólo a efectos anecdóticos y con todas las reservas, ya que en la actualidad no se cumple.

Perfil del defraudador de seguros.

La estafa de seguro, a nivel criminológico, entra dentro de los denominados “delitos de caballero” o “delitos de cuello blanco”, expresión que indica la personalidad del delincuente (que usa cuello blanco en contraposición con los “delitos de cuello azul”. Ello significa que el autor posee un nivel medio-alto de conocimiento y formación, tiene buenos ingresos, ejerce una profesión liberal o dependiente pero en niveles de jerarquía elevados, conoce la póliza de seguro y la forma de liquidación de los siniestros de las compañías y sabe que las posibilidades de descubrir y demostrar el fraude por parte de la entidad son muy reducidas.

La mayoría de los defraudadores de seguros tienen una buena formación escolar, pertenecen mayoritariamente a profesiones comerciales y provienen con frecuencia de familias que llevan una vida ordenada. Además, se da la circunstancia que los delincuentes femeninos forman una minoría y de que la cuota de reincidentes es muy alta.

Por regla general, los defraudadores conocen muy bien la práctica de ajuste de las compañías de seguros. Por lo que suelen seleccionar a los aseguradores que tienen fama de actuar de forma flexible a la hora de ajustar los siniestros. El fraude de auto-mutilación en particular lo cometen, principalmente, hombres de entre 20 y 50 años. Frecuentemente son trabajadores, agricultores y artesanos, aunque en la actualidad están avanzando los profesionales de la terapia. El móvil principal es el afán de lucro.

El defraudador de seguros casi siempre es consciente de que con sus maquinaciones está rebasando el marco de la legalidad. Sin embargo, considera muy poco probable el peligro de que el fraude sea descubierto y aunque sea identificado apenas es de esperar que sufra condena y no teme, porque no existirá, el "rechazo" de su entorno social.

La siguiente clasificación, se adecua más a los tiempos actuales, y nos definen tres tipos de situaciones bien diferenciadas:

- Fraude de frecuencia
- Fraude medio
- Fraude organizado

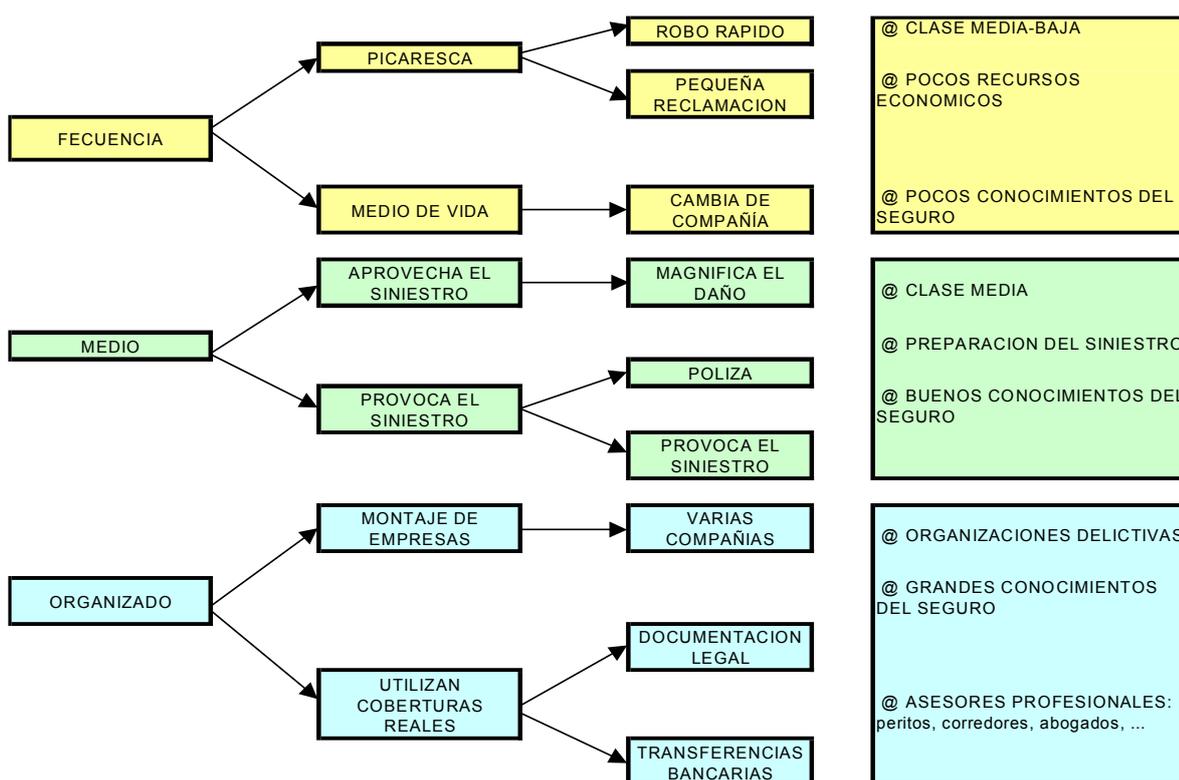


GRAFICO N° 8: Tipología de fraude y perfil defraudador.

7.2. Áreas de actuación

El fraude, como hemos ido viendo, afecta a la actividad aseguradora en sus múltiples disciplinas y actividades, pero en definitiva la gestación del fraude pivota en tres grandes ejes:

- **A la contratación de las pólizas:**
 - mediante la infravaloración intencionada del riesgo,
 - mediante la ocultación de aspectos agravatorios que comporten una prima más elevada,
 - mediante la contratación con siniestro previo,
 - mediante la obtención ilegítima de documentos provisionales de cobertura, etc.
- **En el área de siniestros:**
 - mediante la declaración de siniestros inexistentes,
 - con datos e informaciones falsas,
 - agravación intencionada de consecuencias,
 - provocación de daños,
 - simulación de consecuencias agravatorias, etc.
- **En otras áreas:**
 - áreas como la mediación,
 - interna (empleados),
 - profesionales contratados, etc.

En el gráfico siguiente se representa la distribución de fraudes por **tipología de fraude** del ramo de Autos. Se puede observar que mientras “la simulación” y “la ocultación o lesión preexistente” son las de mayor peso, con porcentajes superiores al 20, el fraude en “la suscripción” es la de menor entidad con un 3,65 %.

También resulta importante con un 17,66% “las reclamaciones desproporcionadas”.

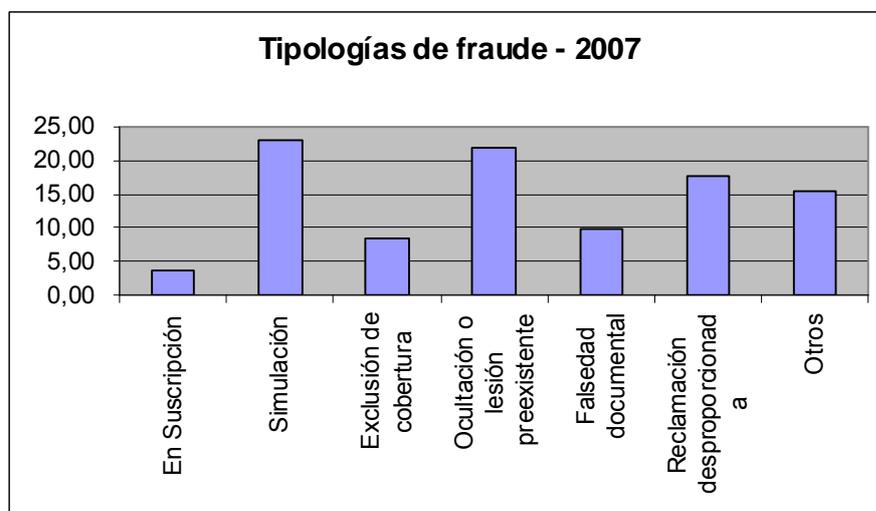


GRAFICO Nº 9: Distribución fraudes por tipologías. Año 2007. Fuente ICEA.

7.3. Área de suscripción

Aunque no siempre el fraude se planea ya desde la contratación del seguro, en el caso de defraudadores profesionales suelen crear a tiempo las condiciones previas para poder cometer el fraude, lo que requiere de un enjuiciamiento severo del riesgo a asegurar.

Una competencia desahogada no permite en ocasiones, estudiar a fondo el riesgo que se nos propone.

Las obligaciones sociales de las redes comerciales de las aseguradoras muchas veces predominan sobre su obligación de veracidad o de exigencia en el detalle de la información.

Las presiones comerciales, de cumplir presupuestos o conseguir determinados ratios pueden hacer descuidar una selección apropiada.

Las políticas de suscripción deben estar actualizadas en todo momento, ya que los hechos delictivos son extremadamente variables y se adaptan a las circunstancias de cada momento.

Además debe existir una gran sintonía entre los Departamentos de Suscripción y Siniestros, para que la experiencia de cada uno de ellos ayude al otro en la detección de problemas.

La automatización en la producción y la falta de equipos expertos en la detección puede perjudicar una debida clasificación del riesgo, por tanto deben establecerse una serie de filtros, alarmas y avisos, cuando se den determinadas circunstancias en la suscripción, además de los riesgos condicionados y excluidos que puedan existir en cada entidad, que requieran la necesidad de una supervisión.

7.3.1. Análisis del riesgo

Un análisis cuidadoso pasa por confeccionar un cuestionario de solicitud detallado que, desgraciadamente, ha decaído en la contratación del negocio de masas.

Las respuestas o preguntas usuales tales como dirección anterior, segundo o tercer domicilio, aseguradores y siniestros anteriores... pueden proporcionar primeros indicios en torno a una defraudación planeada.

La experiencia de uno o varios de estos “indicadores de fraude” motivará un análisis a fondo del riesgo subjetivo, que abarcará, en su caso, su situación familiar y financiera, su pasado, otros eventuales, frecuentes cambios de trabajo y empresa ...

En algunas garantías una apreciación ajustada del riesgo presupone una detenida inspección de este, a través de la cual revisar no solo el riesgo

objetivo sino también la veracidad de las sumas aseguradas y estado de los bienes a asegurar, al tiempo que recabar datos sobre el riesgo subjetivo.

Por ejemplo en garantías de daños propios y si el valor asegurado supera el de mercado, como es el caso de **los valores a nuevo**.

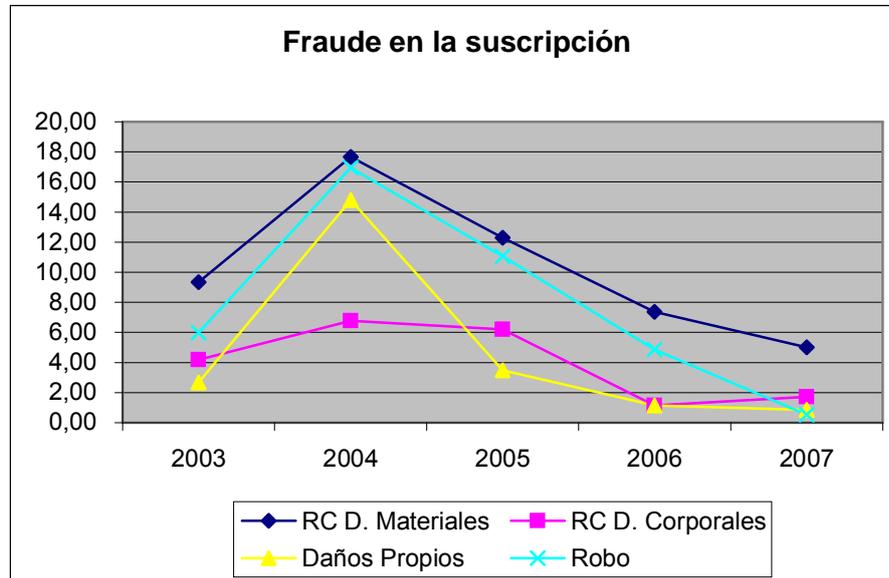


GRAFICO N° 10: Distribución fraudes por tipologías. Año 2007. Fuente ICEA.

En el gráfico anterior podemos ver la evolución del fraude en la suscripción en los últimos 5 años, por garantías y de pasar a tener un peso importante en el año 2004, con un 16,22 %, a tener poca incidencia sobre el total de fraudes (3,65% en 2007).

Entre las garantías la de mayor peso es la RC, esto nos indica que mientras se han tomado medidas para analizar la suscripción del riesgo en las garantías de daños, no se ha tenido tanto en cuenta para las de RC.

7.4. Área de siniestros

Dentro del área de siniestros podemos hablar de 2 etapas muy claras que nos marcan la detección del fraude:

- Indicios en la declaración del accidente
- Indicios durante la gestión del siniestro

En el gráfico siguiente se puede observar, en una serie de 5 años, la evolución según los “indicios” en la detección del fraude. Queda patente que el principal indicio en la detección del fraude está el grupo que hace referencia a la peritación y al trámite, seguido por “el relato de los hechos”.

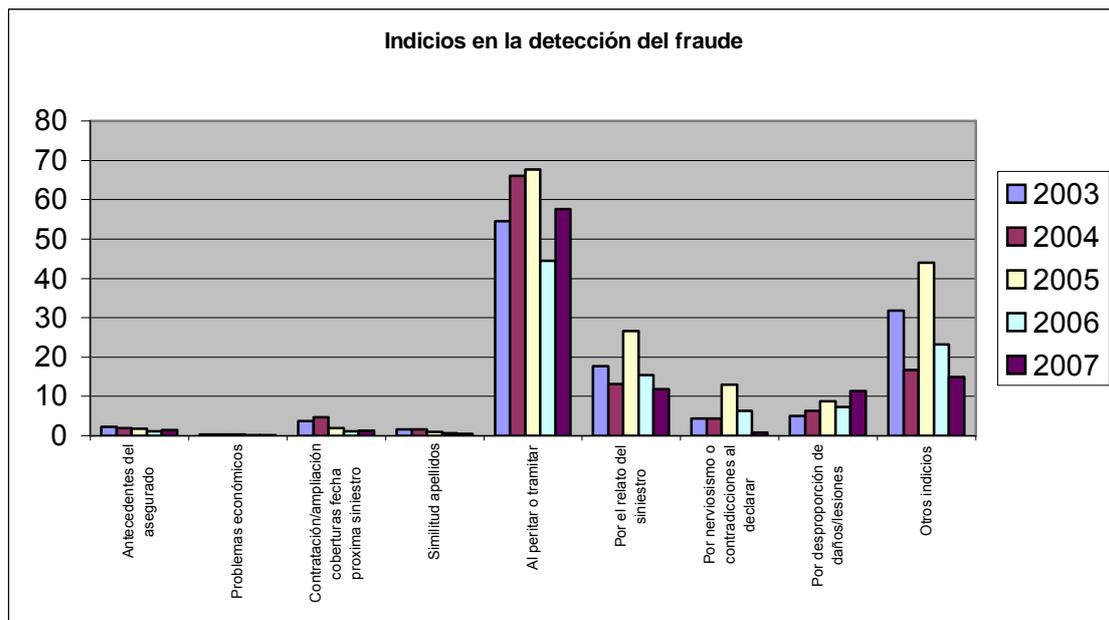


GRAFICO N° 11: Distribución fraudes por tipologías. Año 2007. Fuente ICEA.

Una vez ocurrido el siniestro es cuando mejores perspectivas se nos ofrecen para descubrir el fraude.

Esto nos confirma que la tramitación del siniestro no puede ser un hecho automático, buscando la efectividad de las cadenas de montaje, sino que debe ser una actividad que debe estar presidida por el análisis de los hechos y de las circunstancias en cada una de las fases de la vida de un siniestro.

Creo que uno de los **errores** que estamos cometiendo las aseguradoras es confiar ciegamente en que la tecnología, los procesos y programas “inteligentes” velan por la seguridad de las transacciones, cuando ello es imposible. Si es cierto, que la tecnología puede y debe ayudarnos con incorporación de avisos, señales y alarmas, dispuestos en aquellos puntos de la gestión de riesgo o que consideremos estratégicos.

La confección de ficheros internos, con datos detallados sobre los autores de fraudes, nos permitirá establecer un primer filtro antes de concertar una nueva póliza, o conocer posibles defraudadores durante la gestión del siniestro. Sin perjuicio de ello, a cada tramitador incumbe separar y analizar a fondo los siniestros sospechosos. La formación del **tramitador**, pero sobretodo su actitud será de vital importancia para que exista una gestión rigurosa, vital en la detección del fraude. Dentro de esta formación es imprescindible un cierto adiestramiento que les permita reconocer aquellos factores de sospecha, tales como:

- **La forma de ocurrencia**
- **Elementos regionales**, así el presunto robo de un coche puede ser sospechoso en determinadas zonas.

- **La fecha del siniestro:** justo al inicio de la póliza o al agotamiento de un plazo de cobertura de una determinada garantía (valor de nuevo “dos años”).
- **La correlación entre la cuantía del siniestro, la suma asegurada o la prima pagada.**
- **El propio comportamiento del asegurado:** avisos demasiados perfectos, urgencia en reclamar el pago, aceptación inusual de reducciones de la indemnización, discrepancias entre la versión declarada y la oficial a la policía, contradicciones,...

La experiencia demuestra que para la detección del fraude existen dos factores importantes:

- **La rápida reacción del gestor:** documentando con inmediatez y concienzudamente todos los hechos existentes; ante fraudes preparados sin la suficiente atención.
- **La inspección del siniestro:** su conocimiento puede ejercer un efecto disuasorio en defraudadores potenciales, de ahí que sea importante realizar comprobaciones aleatorias, por muestreo, aunque sea sobre supuestos de escasa cuantía. Casi siempre las inspecciones suelen disminuir la indemnización reclamada. El interrogatorio al asegurado y a los testigos, la confección de fotos, la recogida de pruebas, proporcionan perspectivas para aminorar las proporciones del siniestro fraudulento e incluso prevenirlo íntegramente.

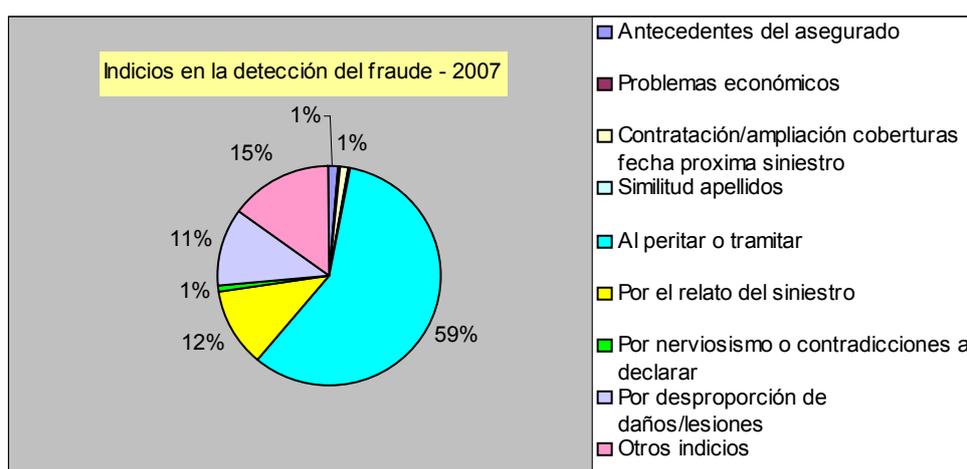


GRAFICO Nº 12: Distribución del tipo de indicios en la detección del fraude. Año 2007. Fuente ICEA.

7.4.1. Tramitación especializada de siniestros

Cuando en el trámite normal se detectan sospechas de fraude, las demás gestiones, y en especial la consecución de pruebas, requieren de una cierta especialización, puesto que es consustancial al fraude la ocultación intencionada de circunstancias efectivas y la declaración falsa a sabiendas, a través de equipos específicos, versados en criminalística, y que se ocupen de los casos dudosos.

El tramitador de siniestros, para realizar una labor efectiva de detección de fraude, debería analizar los siguientes aspectos:

1. **Datos de la póliza.**
 - Información, datos o aspectos que requieren la atención del gestor y del perito.
 - 1.1. **Antigüedad:**
 - 1.1.1. Fecha siniestro próxima, antes o después, a la fecha de efecto de la póliza o de sus suplementos.
 - 1.1.2. Fecha de efecto y/o propuesta muy recientes.
 - 1.1.3. Retraso en la declaración del accidente. Datos facilitados de la póliza
 - 1.2. **Garantías.**
 - 1.2.1. Modificación o ampliación reciente de las garantías contratadas.
 - 1.2.2. Existencia de franquicias y/o bonus/malus.
 - 1.3. **Siniestralidad anterior.**
 - 1.3.1. Tipología de desperfectos de siniestros anteriores.
 - 1.3.2. Asegurado a terceros y siniestros anteriores recientes con culpabilidad del asegurado.
2. **Datos del siniestro.**
 - 2.1. **Datos personales de los conductores implicados.**
 - 2.1.1. Apellidos "asegurado – contrario" coincidentes.
 - 2.1.2. Domicilios cercanos o coincidentes.
 - 2.1.3. Profesiones similares o relacionadas.
 - 2.1.4. Asegurados en la misma Compañía.
 - 2.1.5. Edad similar o población similar al observar el D.N.I. o carnet de conducir.
 - 2.1.6. La edad y condición social del asegurado no se corresponden con el relato del accidente.
 - 2.1.7. Sexos distintos del conductor y contrario (posibilidad de que sean matrimonio).
 - 2.2. **Forma de ocurrencia.**
 - 2.2.1. Por el relato del accidente. Marcha atrás, desproporción entre los daños y la versión facilitada.
 - 2.2.2. Versión de invasión de calzada contraria. Datos facilitados del siniestro
 - 2.2.3. Deslumbramiento del conductor contrario sin colisión previa.
 - 2.2.4. Lugar, fecha, hora y forma de ocurrencia no coincidentes con la versión de los hechos.
 - 2.2.5. Restos de señales de salidas de carretera (se comprobarán a posteriori).
 - 2.2.6. Imposibilidad o dificultad técnica de ocurrencia. Datos facilitados del siniestro
 - 2.3. **Vehículos implicados – tipología de daños.**
 - 2.3.1. Daños en motos. Datos facilitados del siniestro
 - 2.3.2. Incendios, vuelcos, daños vandálicos.
 - 2.3.3. Presentación de factura junto a la declaración de siniestro.
 - 2.3.4. Versión justificando la imposibilidad de peritar en su momento.
 - 2.3.5. Vehículos pertenecientes a flotas.
 - 2.3.6. Desaparición/destrucción completa del vehículo o accesorio asegurado.
 - 2.3.7. Ubicación y magnitud de los daños de los vehículos. Datos facilitados del siniestro

2.4. Lugar de ocurrencia.

- 2.4.1. Restos de señales de salidas de carretera.
- 2.4.2. Evidencias de colisión contra postes, señales y otros.
- 2.4.3. Hora y zona de ocurrencia.
- 2.4.4. Asegurado y contrario vecinos de la misma población y lugar del siniestro lejano.

A diferencia del tramitador normal, el experto debe tener **tiempo suficiente** para poder investigar el caso de forma individual sin tener en cuenta consideraciones de índole organizativa, con recursos financieros, con acceso a fichero de datos y oficinas de informaciones, buenas relaciones con autoridades implicadas en la persecución de estos tipos delictivos.

En lo posible debería trabajar directamente bajo la dirección de la gerencia. Su coste sería recuperado y amortizado rápidamente.

Los motivos para crear una Unidad Especializada en la Lucha Contra el Fraude podríamos resumirlo en los siguientes puntos:

- **Análisis y estudio inicial.** Inmediatamente el gestor tiene la primera sospecha de fraude, traslada expediente a la unidad especializada para el análisis del asunto, elaborando la mejor estrategia del caso.
- **Experiencia y habilidad especial.** - Primeras llamadas cruzadas a distintos intervinientes del siniestro. Preparar cuestionario previo, datos importantes a obtener, etc.-
- **Sensibilidad especial.**- En las comunicaciones con asegurado, lesionados, contrarios, etc.- Los interlocutores deben percibir que el objeto de la llamada, carta, etc, es la confirmación y/o obtención de datos incompletos. Que no entiendan que hay sospecha de intento de fraude.
- **Mejor interlocución.** Con Asitur, gruístas, talleres, peritos, centros sanitarios, etc. para obtener la información deseada.
- **Ley Protección Datos.** Mayores facilidades de obtener información de Cías Contrarias, Centros Hospitalarios, Ambulancias, al ser siempre la misma unidad la que lo solicita. Lo mismo para la información de salida.
- **Mejor coordinación.**- Aglutinador de todas las gestiones y mejora de trabajo en equipo con todos los colaboradores internos y externos: asesores médicos, perito autos, letrado, investigadores, etc.-
- **Especial comunicación con Detectives.** Muy importante el enfoque de la investigación, la comunicación fluida y regular con estos profesionales y el mejor conocimiento de la actuación de los mismos (resultados). Es fundamental saber que es lo que hay que investigar.

- **Conocimiento más profundo de la delincuencia profesional.** Mayor frecuencia de fraude en grupos organizados y fraude profesional.
- **Conocimiento de zonas geográficas de gran incidencia de fraude.** Para poder realizar una suscripción más fina, y poder tomar medidas de carácter geográfico.
- **Proponer acciones especiales.** En los casos de fraude calificado, proponer a la dirección responsable las mejores acciones o estrategias en cada caso.
- **Representación especializada en los Juzgados.** Mejor preparación en los casos que se requiere la presencia en los tribunales de un responsable del trámite de siniestros. Se obtendrá una habilidad para las respuestas comprometidas.
- **Estadística, control y seguimiento.** Mejor y más amplia información.

Sin embargo no podemos olvidar que la **Fase de Detección** sigue estando en manos de los departamentos de gestión, quienes han de analizar los siniestros y comprobar si existen indicios suficientes de fraude como para trasladarlos al departamento especializado.

Posiblemente este sistema, ya generaría una mayor detección de fraude por cuanto, un siniestro con fraude significa un trámite con mayor número de incidencias, discusiones, llamadas, amenazas, que no todo el mundo está capacitado para afrontar.

Es imprescindible asimismo elaborar un mapa de alarmas, para que en cada momento del proceso de gestión pueda alertar al Departamento de Fraude de la posible existencia de una situación sospechosa.

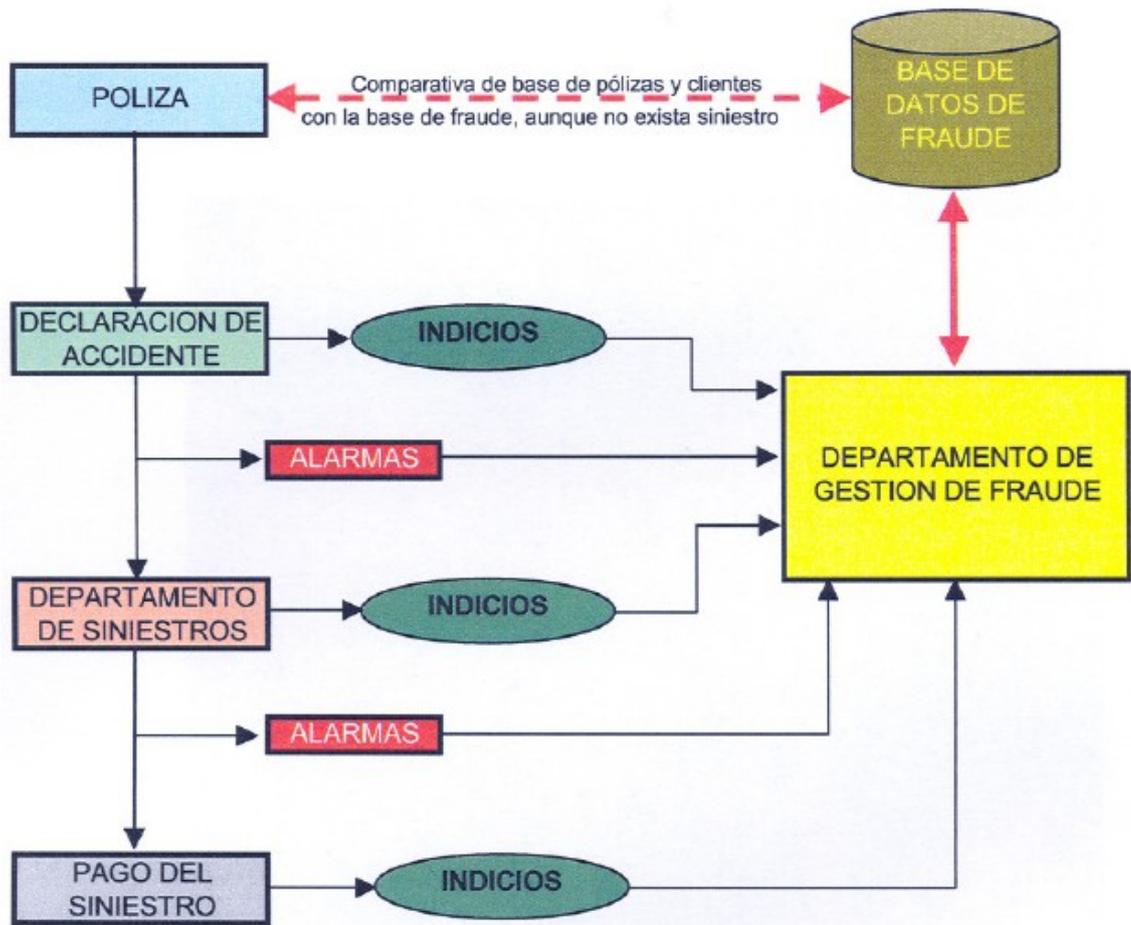


GRAFICO N° 13: Esquema de propuesta de gestión por departamento especializado.

7.5. Actuación general

En el cuadro que se expone a continuación se resaltan una serie de principios que han de servir de base para la gestión del siniestro en la lucha contra el fraude, sea en un departamento especializado o por el tramitador de siniestros:

SERVICIO	La investigación de los siniestros en ningún caso debe afectar al buen servicio. Se deben respetar los plazos existentes en los convenios y agilizar al máximo cualquier tipo de trámite para que el asegurado no detecte ningún tipo de anomalía. Hemos de pensar que no todas las investigaciones se corresponden con un fraude.
PRUEBA	Sólo deben considerarse como fraude los siniestros que estén debidamente probados.
OBSESIÓN	Es muy importante que los Departamentos de Siniestros, peritos y cualquier profesional que intervenga en la gestión, no deben convertirse en perseguidores acérrimos del fraude (por la existencia de incentivos por ejemplo), y deberán analizar cuando existan indicios

	realmente palpables y no en todos los siniestros (por norma).
TACTO	Se debe mantener siempre, en nuestra relación con asegurados, contrarios, perjudicados, agentes, etc., el tacto y las buenas maneras tal y como está obligada una empresa de Servicios. No debe perderse la corrección en ningún caso, aunque existan sospechas fundadas.
ASTUCIA	No se someterá a la persona investigada, a ningún interrogatorio presionante, ni amenazante, que podría tener consecuencias negativas en la gestión. Es más útil y efectivo obtener la información con habilidad, para evitar que la persona se prepare y actúe a la defensiva. Por tanto será muy importante la formación especializada.
EFICIENCIA	Generalmente, cuando hablamos de investigación no supone la adopción de medidas espectaculares y grandes desembolsos de medios y profesionales. En la mayoría de los casos será suficiente con una llamada telefónica, verificar los daños, o hablar con el gruista para conocer la realidad de los hechos.
INVESTIGACION	Cuando la complejidad e importancia del siniestro lo requiera, y previo análisis de los aspectos negativos o contraproducentes que puede suponer, será necesaria la intervención de una empresa de Investigación.

7.6. La formación de bases de datos

Se trata de un instrumento decisivo. Las bases de datos pueden ser:

- internas, y
- externas.

Las bases de datos internas, que deben ser creadas por cada entidad aseguradora, deberían abarcar todos los siniestros notificados, sin omisión alguna, indicando la clasificación conceptual vista en el apartado 6, con la información siguiente:

- Clasificación conceptual (latente, consciente directo o indirecto y profesional)
- Tipo de defraudador
- Tipo de indicios
- Resultado de la gestión:
 - Detectado pero pagado (no hay denuncia)
 - Detectado y no pagado (no hay denuncia)
 - Sentenciado:
 - Favorable
 - Desfavorable

Por tanto es importante un archivo que almacene datos de defraudadores identificados y condenados, junto con los sospechosos, el modo de ejecución del delito (*modus operandi*) demás partes involucradas, testigos y cómplices. Estos archivos permitirían localizar en numerosas ocasiones, la intención de defraudar antes de la ocurrencia del siniestro.

Con relación a las bases de datos externas, existe actualmente el **Servicio SENDA**, un proyecto promovido por **TIREA** tiene por objeto establecer una colaboración sectorial en la prevención y detección de situaciones de **fraude** a partir del análisis de la información utilizada por la Entidades en los procesos de tramitación y liquidación de siniestros.

El servicio se basa en la creación de un **fichero común**, constituido con la información aportada por las propias entidades aseguradoras, que contenga los datos relativos a personas, contratos, vehículos y demás información utilizada en los procesos de liquidación de siniestros. Una vez normalizada y asegurada su calidad, mediante la aplicación de un amplio conjunto de reglas de negocio, el servicio proporciona, como soporte a un posterior proceso de investigación selectiva, todas las inconsistencias y anomalías detectadas en dicha información que pudieran revelar la existencia de una situación de fraude.

La finalidad del **Servicio SENDA** se encuentra amparada en la Disposición Adicional Sexta de la Ley 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, que autoriza la creación de ficheros comunes por las entidades aseguradoras con finalidad de prevenir el fraude en seguros.

La implantación de una iniciativa sectorial de estas características se hace con la intención de cubrir cuatro objetivos bien diferenciados:

- **Calidad de Información.** Disponer de una herramienta de colaboración sectorial que ayude a mejorar la calidad de la información:

Documentos de identificación erróneos y/o duplicados
Domicilios inexactos
Edades o datos de personales erróneos (edad, sexo, ...)
Etc...

- **Suscripción.** Dotar de una herramienta de soporte en la tarificación y selección de riesgos, mediante el acceso a información histórica que certifique los datos suministrados por los asegurados en el momento de la solicitud:

- **Vínculos familiares**
Anomalías en la identificación del riesgo (bastidor de vehículo asociado a otro vehículo,...)
Daños ocultos en la declaración del riesgo (vehículo indemnizado como pérdida total en otra entidad,...)

- **Tramitación y liquidación de siniestros.** Herramienta de soporte en la verificación y validación de la declaración de siniestros, mediante el acceso a fuentes históricas que permitan detectar situaciones anómalas:

Declaración de siniestros de robo de vehículo sin recuperación con coincidencias en otras entidades...
Concurrencia de aseguramiento para un mismo siniestro ...

- **Prevención del fraude.** Colaboración sectorial en la detección de situaciones fraudulentas y la elaboración de estadísticas para la prevención del fraude.

Lesionados coincidentes en otros siniestros anteriores,
Cruce de roles entre causantes y perjudicados en distintos siniestros.

8. Conclusiones

Durante los capítulos anteriores he intentado mostrar cual es la dimensión del fraude en el seguro de Automóviles en España; que entendemos por fraude, y cual es su tratamiento en la ley; que casos, tipologías e indicios son las más comunes; sin embargo lo más importante que he intentado transmitir son todas aquellas acciones que debemos emprender desde las entidades aseguradoras para detectar, publicar y controlar, cuanto menos, está práctica delictiva.

La problemática del fraude en el seguro puede concretarse en varios puntos. Posiblemente lo más significativo es que el actual entorno de **procedimientos penales es bastante confuso** y precisaría de una mayor concreción para una adecuada protección jurídica del asegurado y en general de la propia institución del Seguro.

Este confuso sistema jurídico, provoca el rechazo y el recelo de todos los aseguradores en acudir a la vía penal para reprimir los fraudes, porque supone:

- a) Problemas de mala imagen, estrategia comercial y política económica de la compañía.
- b) Dificultad para probar la conducta defraudatoria del asegurado.
- c) Resultados judiciales insatisfactorios en cuanto a tipificación y punición.
- d) Retroceso de la acción, dado que el asegurador, en la figura de su representante, puede encontrarse con una querrela criminal por calumnias infundadas.

Debe haber un frente común de todos los aseguradores en denunciar todos los casos de fraude que se detecten, ya que es públicamente reconocido que son muy pocos los casos enjuiciados. El fraude al seguro es un delito que no se le da la importancia que merece.

En el proceso de obtención de pruebas se debe ser muy meticuloso, fijarse en los detalles y no dejar ninguna pieza suelta. Es importante que las pruebas queden refrendadas por escrito, y muy bien documentadas, para que no existan dudas por el órgano judicial competente. Una investigación incorrecta representará el éxito del defraudador, por eso nuestros equipos de profesionales y departamentos de gestión deben tener formación específica y especializada, tanto técnica como jurídica.

Los casos detectados deben denunciarse, porque en caso contrario nos estamos convirtiendo **en cómplices** de la estafa. El fraude evitado y no denunciado es igual a fraude futuro, es una estimulación a la repetición de la estafa, a volverlo a intentar, porque como no pasa nada

La publicidad, además, para determinados ámbitos del fraude, puede ser muy disuasoria, no para el profesional, pero si para el fraude latente que es el más numeroso.

Las compañías aseguradoras, también tenemos nuestra parte de responsabilidad; una responsabilidad que posiblemente nos viene de antiguo, por prácticas abusivas, por ofertar a perjudicados cantidades muy inferiores a las merecidas, por incorporar cláusulas confusas, por incluir exclusiones en letra pequeña al final del condicionado, o simplemente no indemnizando porque los ratios de siniestralidad son muy altos, y por tanto la reclamación judicial del perjudicado retrasará el pago, un pago cierto. Unas prácticas, que ya no se dan, pero que todavía nos están pasando factura.

Algunas de las medidas que pueden proponerse en materia de prevención y control del fraude en el seguro podemos resumirlas en las siguientes:

1. **Cambio de mentalidad social** a favor del seguro mediante la potenciación de “cultura aseguradora” y los beneficios que representa a la sociedad.
2. **Concienciación de la Dirección** de las respectivas Entidades Aseguradoras de la necesidad, dada la importancia económica, de una actuación judicial firme en todos los casos de fraudes detectados.
3. **Publicidad** de las medidas de prevención, control y represión del fraude por los aseguradores con fines disuasorios para los asegurados (TV, radio, prensa,...)
4. **Publicidad** de los beneficios que se pueden obtener para todos los asegurados, de las acciones emprendidas contra el fraude, como:
 - a. Reducción de siniestralidad, que comporta →
 - b. Reducción de la prima, que comporta →
 - c. Reducción del nº de vehículos sin asegurar
 - d. Etc.
5. **Formación** permanente y adecuada del personal técnico encargado de **la suscripción de riesgos**, con unas normas de suscripción adecuadas y permanentemente actualizadas a la realidad del entorno.
6. **Departamento especializado** en la tramitación del fraude, con la formación técnica y jurídica necesaria que permita gestionar el siniestro con total independencia y sin presiones de otros departamentos de la empresa.
7. **Sistema de bonificaciones a la red comercial** de agentes y corredores, por el resultado de sus carteras y la prevención del fraude obtenido.
8. **Sistema de bonificaciones a los asegurados**, de forma que sea lo suficientemente atractivo que elimine la tentación de ayudar a otro en la preparación de un siniestro fraudulento, y que sea transparente.

9. **Intercambio y cooperación** efectiva entre entidades aseguradoras, y entre estas y los Cuerpos de Seguridad del Estado.
10. Creación de una **base de datos**, que sostenida por LOPD, permita garantizar un buen control en la suscripción y en la gestión de siniestros.
11. **Campañas internas** en las Aseguradoras, de detección de fraude. Porque está comprobado, que cualquier acción tiene una reacción.

Sin lugar a dudas, el ramo de automóviles es el que registra la mayor tasa de intentos de fraude:

**supuso en el 2007 prácticamente el 78 % del número total de estafas a las aseguradoras, con 56.456 casos;
el volumen de fraude evitado fue de 136,4 millones de euros;**

hecho que justifica sobradamente todos los estudios, análisis y propuestas, sobre sus causas y formas de proceder.

9. Bibliografía

- ICEA – Informes: El Fraude al seguro español
 - Informe nº 910 – Junio 2004
 - Informe nº 931 – Junio 2005
 - Informe nº 970 – Junio 2006
 - Informe nº 1.026 – Junio 2007
 - Informe nº 1.074 – Junio 2008
- Pérez Torres, José Luis: Conociendo el Seguro. Teoría general del seguro (2002).
- Técnicas cuantitativas para la detección del fraude en el seguro de automóviles. M. Ayuso, M. Guillen y M. Artís. U.B.
- Jiménez Serrano, Jorge (2006): VII Curso de Criminología Psicosocial - Universidad Complutense de Madrid
- Mapfre: El seguro del automóvil - Editorial Mapfre (1997)
- Kvitko, Luis Alberto: Factores de la casualidad médico-legal - Cátedra de Medicina Legal y Deontología Médica. Universidad de Buenos Aires.
- Boch, Fernando: El delito de estafa de seguro – Ed. Hammurabi SRL
- ASO ESCARIO J., COBO PLANA J.A. :Valoración de las lesiones causadas a las personas en accidentes de circulación a partir de la Ley 34/03. Ed. Masson. Barcelona (2006).
- Borobia C. : Valoración del daño corporal. Ed. Masson. Barcelona (2006).COBO PLANA J. A. La ley penal Nº 11 año 1 de Diciembre.
- DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA 21ª Edición Real Academia Española. Madrid (1997).
- PEREZ PINEDA B. Manual de valoración y baremación del daño corporal. Ed. Comares (2000).
- Hernandez C., Claudio : Guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados – Masson SA (1996)
- VICENTE GARRIDO, PER STANGELAND, SANTIAGO REDONDO: Principios de criminología – Titant Lo Blanch (2001)
- <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/index.shtml>
- <http://www.centro-zaragoza.com/>

10. Anexos

Anexo 1 – Ley de contrato de seguro – Artículos afectados

Anexo 2 – Valoración médica del daño corporal

Anexo 3 – Neurosis de renta

Anexo 4 – Nexo de causalidad

Anexo 5 – Leyes: Código Civil, C. Penal, L.E. Criminal y Ley de P. Datos (Artículos afectados).

Anexo 6 – Tablas resumen estadístico cuadernos ICEA sobre el fraude

Anexo 1 – Ley de Contrato de Seguro

Artículo 4.

El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro.

Artículo 10.

El tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. Corresponderán al asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación.

Artículo 11.

El tomador del seguro o el asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

Artículo 12.

El asegurador puede en un plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del tomador, el asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al tomador la rescisión definitiva.

El asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al asegurador dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el tomador del seguro o el asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, el asegurador queda liberado de su prestación si el tomador o el asegurado ha actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Artículo 13.

El tomador del seguro o el asegurado podrán, durante el curso del contrato, poner en conocimiento del asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el tomador en caso contrario a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

SECCIÓN III. OBLIGACIONES Y DEBERES DE LAS PARTES

Artículo 14.

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima en las condiciones estipuladas en la póliza. Si se han pactado primas periódicas, la primera de ellas será exigible una vez firmado el contrato. Si en la póliza no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del tomador del seguro.

Artículo 15.

Si por culpa del tomador la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.

En caso de falta de pago de unas de las primas siguientes, la cobertura del asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el asegurador, cuando el contrato este suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el tomador pagó su prima.

Artículo 16.

El tomador del seguro o el asegurado o el beneficiario deberán comunicar al asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado en la póliza un plazo más amplio. En caso de incumplimiento, el asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

Este efecto no se producirá si se prueba que el asegurador ha tenido conocimiento del siniestro por otro medio.

El tomador del seguro o el asegurado deberá, además, dar al asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. En caso de violación de este deber, la pérdida del derecho a la indemnización sólo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolor o culpa grave.

Artículo 17.

El asegurado o el tomador del seguro deberán emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro. El incumplimiento de este deber dará derecho al asegurador a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y el grado de culpa del asegurado.

Si este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al asegurador, éste quedará liberado de toda prestación derivada del siniestro.

Los gastos que se originen por el cumplimiento de la citada obligación, siempre que no sean inoportunos o desproporcionados a los bienes salvados serán de cuenta del asegurador hasta el límite fijado en el contrato, incluso si tales gastos no han tenido resultados efectivos o positivos. En defecto de pacto se indemnizarán los gastos efectivamente originados. Tal indemnización no podrá exceder de la suma asegurada.

El asegurador que en virtud del contrato sólo deba indemnizar una parte del daño causado por el siniestro deberá reembolsar la parte proporcional de los gastos de salvamento, a menos que el asegurado o el tomador del seguro hayan actuado siguiendo las instrucciones del asegurador.

Artículo 18.

El asegurador está obligado a satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el importe de los daños que resulten del mismo. En cualquier supuesto, el asegurador deberá efectuar, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber, según las circunstancias por el conocidas.

Cuando la naturaleza del seguro lo permita y el asegurado lo consienta, el asegurador podrá sustituir el pago de la indemnización por la reparación o la reposición del objeto siniestrado.

Artículo 19.

El asegurador estará obligado al pago de la prestación, salvo en el supuesto de que el siniestro haya sido causado por mala fe del asegurado.

Anexo 2 – Valoración médica del Daño Corporal

I. EL INFORME MÉDICO PERICIAL

En el informe médico pericial se refleja el resultado de la labor médica. Los tribunales de justicia se apoyan en el informe pericial para tomar sus decisiones, ya que de este informe se van a derivar multitud de consecuencias con relevancia jurídica como son, el pago de indemnizaciones, en ocasiones millonarias, la prueba de un hecho delictivo, o la concesión de una invalidez, entre otros.

Hay una serie de elementos básicos que constituyen el informe médico pericial:

- a. Establecer el **objeto** de la pericia: supone describir el motivo por el que nos han remitido al sujeto y que tipo de cuestiones se plantean.
- b. Establecer un **diagnóstico** de las lesiones sufridas: generalmente en base a otros informes médicos aportados, y siempre, en base a nuestro reconocimiento médico.
- c. Establecer un **nexo de causalidad** entre el hecho ilícito y la lesión y posteriormente también determinar si las secuelas que puedan resultar tienen relación con las lesiones sufridas.
- d. Determinar el **tiempo de curación** de las lesiones o en su caso el de estabilización cuando se hayan agotado las posibilidades terapéuticas. También se especificarán los tiempos de hospitalización y si durante el tiempo de curación el sujeto ha estado o no impedido para sus ocupaciones o actividad habitual.
- e. Establecer las **secuelas**, según el anexo de la Ley 34/03.
- f. Cuando proceda también debe determinarse la **incapacidad** para las ocupaciones habituales de la víctima y otros **factores complementarios** estipulados en la tabla IV de la Ley.

II. CONCEPTOS BÁSICOS

A continuación se describen algunos conceptos básicos en la valoración del daño corporal y de las causas en la producción de las lesiones:

a. CAUSA.

En **medicina clínica** cuando se trata de determinar la causa de la enfermedad a veces es suficiente con sospechar una causa razonable para los criterios médicos, lo que permite decidir un tratamiento como por ejemplo el tratamiento de una infección, con la sospecha clínica de un germen causal a la espera de confirmar la intervención de dicho germen mediante los análisis pertinentes.

En **medicina legal**, en cambio, hay que determinar la causa de la enfermedad debe ser una prueba cierta. Se trata de una causa necesaria y suficiente. Existe en este caso un nivel de exigencia mayor.

b. CONCAUSAS

La mayor parte de los fenómenos tiene una pluralidad de factores causales. Las concausas son causa necesarias, pero no suficientes, para explicar el efecto. Son causas concurrentes.

Hay diversos tipos de concausas. Pueden ser:

- **Concausas preexistentes:** se refiere a enfermedades que se encontraban presentes con anterioridad al agente lesivo considerado como causa. Se

denominan ESTADO ANTERIOR. Por ejemplo una patología degenerativa de las vértebras cervicales en un sujeto que sufre un síndrome de latigazo cervical.

- **Concausas simultáneas:** son causas que aparecen al mismo tiempo que el agente lesivo. Por ejemplo una infección en una herida por arma blanca.
- **Concausas sobrevenidas:** son causas que surgen con posterioridad al agente lesivo. Se denominan COMPLICACIONES. Por ejemplo un tromboembolismo pulmonar con posterioridad a la fractura de una extremidad.

c. NEXO DE CASUALIDAD

La existencia del nexo de causalidad entre traumatismo y el daño, es un presupuesto de resarcimiento del daño y por lo tanto de su valoración médico-legal.

En la medicina clínica no siempre se pone atención en la apreciación del origen traumático de una lesión. ya que para el médico de urgencias puede carecer de trascendencia para decidir un tratamiento, pero sí interesa al médico legista, para determinar responsabilidades jurídicas. Por esto el médico forense debe prestar especial atención a los informes que aporta el lesionado de la primera asistencia, para establecer con certeza dicho origen traumático.

La **causalidad médica** pretende establecer la conexión entre un traumatismo y el daño o lesión que le siguen. Así como establecer la evolución posterior hacia la curación, las secuelas o la muerte.

La **causalidad jurídica** añade un punto más a relacionar, pues trata de conectar una acción u omisión de un sujeto con un traumatismo que posteriormente origine el daño o lesión.

d. IMPUTABILIDAD

Desde los maestros como Hume, hasta Simonin o Gisbert se han empleado criterios para establecer la imputabilidad de un daño o estado patológico a un traumatismo. Estos criterios son:

- Criterio etiológico: es necesario que la enfermedad o lesión sea de aquellas que pueden ser originadas por un traumatismo desde un punto de vista médico.
- Criterio topográfico: tiene que haber una concordancia entre el lugar del traumatismo y el lugar de la lesión. Excepto en aquellos casos descritos en medicina como pueden ser las lesiones por contragolpe y las que se producen a distancia.
- Criterio topográfico: tiene que haber una adecuación temporal entre la lesión y el traumatismo, salvo en los casos en los que la ciencia médica establece la existencia de un periodo de latencia.
- Criterio de continuidad sintomática: en caso de que no se produzca la conexión sintomática entre traumatismo y el daño, al menos deben presentarse los síntomas puente hasta el final del periodo de latencia.
- Criterio cuantitativo: existe habitualmente una proporción entre la intensidad del traumatismo y la gravedad del daño producido.
- Criterio de integridad previa: hay que excluir un estado anterior patológico que se relacione con el traumatismo.
- Criterio de exclusión: puede demostrarse que no existe otra causa distinta del traumatismo para el proceso patológico que presenta el sujeto. De esta forma, se puede demostrar a que el proceso patológico se debe a un traumatismo.

III. FUENTES DEL INFORME MEDICO PERICIAL.

Para realizar el informe médico pericial hay que utilizar todas las fuentes disponibles y valorarlas en su justa medida. Existen fundamentalmente dos tipos de fuentes:

a. EXTERNAS.

- Informes médicos aportados sobre la lesión y el estado anterior: clínicos, asistenciales y periciales.
- Pruebas complementarias.
- Circunstancias del accidente: atestado, formas de ocurrencia, tipo de traumatismos, etc

b. INTERNAS.

- Historial clínico sobre lesiones o enfermedades anteriores al accidente, en el caso de que las hubiera y que debe solicitarse expresamente, a través del procedimiento judicial correspondiente.
- Exploración clínica personal del médico evaluador.

Dentro de las fuentes externas del informe son muy importantes los informes clínicos asistenciales, y en particular el primer parte de urgencias que se entrega al lesionado tras la primera asistencia que recibe después del accidente de circulación. Su importancia deriva de su credibilidad y también de su inmediatez tras la ocurrencia del traumatismo.

Hay que poner especial atención en la fecha del parte y valorar si existe una concordancia entre esta y la fecha del accidente para conocer la relación de causalidad, también es importante analizar cual es la causa a la que atribuya el lesionado su sintomatología en los primeros momentos y que el médico reflejará en su informe. Otra fuente externa son los informes periciales que pueden estar realizados por solicitud de unas de las partes lo que obliga al perito médico a valorarlos con cuidado pues su información puede estar sesgada.

El expediente judicial aporta una información muy importante para valorar la causalidad. Las circunstancias del accidente y el mecanismo de producción de las lesiones puede aclararse leyendo un atestado de la Guardia Civil. Las declaraciones de los testigos y la propia víctima se pueden analizar para valorar la relación entre el mecanismo de producción referido y el resultado del mismo traducido en lesiones con una forma, localización, intensidad, etc., determinadas. En ocasiones se llega a la conclusión de que unas lesiones no se pueden haber producido de la forma o con el objeto referido en las declaraciones.

IV. CONSIDERACIONES FINALES.

De todo lo anteriormente expuesto podemos extraer unas consideraciones finales sobre la valoración de las lesiones consecutivas de un accidente de tráfico:

1. **El nexo de causalidad** en la producción de las lesiones, es fundamental.
2. **La exploración.** Los informes médicos o sanitarios aportados pueden estar sesgados o incompletos. El lesionado no siempre aporta toda la información médica que obra en su poder, y muchas veces solo se aporta la que interesa, por lo que la exploración del lesionado es uno de los elementos más importantes para elaborar el informe.
3. **El estado anterior.** No se puede olvidar la influencia del estado físico y psíquico previo de un lesionado en el origen y evolución de sus lesiones.

Anexo 3 – Neurosis de renta

Como consecuencia de un TCE (Traumatismo Cráneo Encefálico) podemos encontrarnos con una gran variedad de lesiones y secuelas de características psicológicas o psiquiátricas, de difícil valoración. La neurosis postraumática representaría la secuela psiquiátrica más común después de una lesión cerebral. Se incluyen aquí una gran variedad y número de desajustes emocionales, como depresión, estados de ansiedad, fobias, irritabilidad, histerias, etc. que serán de difícil evaluación y sobretodo de imputar al siniestro.

Históricamente **las neurosis de renta** surgieron al compás que las legislaciones que protegían al trabajador que había sufrido un accidente laboral. En la definición de neurosis de renta se exigen cuatro circunstancias:

1. Existencia de una sintomatología persistente, sin una causa orgánica justificada.
2. Baja laboral superior a 6 meses.
3. Antecedente traumático.
4. Búsqueda de compensación económica.

Podríamos definirla como un padecimiento caracterizado, esencialmente, por síntomas neuróticos surgidos a raíz de un accidente en un contexto social que prevé la posibilidad de una indemnización.

Con relación a la etiopatogenia [23] de un cuadro de neurosis de renta, se pueden distinguir tres aspectos importantes:

1. **Personalidad previa.** Generalmente se trata de sujetos emocionalmente inestables, inmaduros e insuficientes, cuya historia personal se haya marcada por una carencia afectiva en la infancia, precaria adaptación en todos los ambientes, excepto el laboral, en el que puede hallarse hiperadaptado.
2. **Experiencia traumática.** Generalmente no existe una gravedad objetiva, ya que suele tratarse de leves traumatismos. El trauma cobra sentido para el sujeto y pasa a formar parte de su biografía.
3. **Contexto social.** En todos los ámbitos sociales se aprecian una serie de patrones:
 - i. Sobreprotección familiar.
 - ii. Convencimiento por parte de la familia de la enfermedad del sujeto.
 - iii. El trabajo pierde sentido y únicamente se presenta como una necesidad de subsistencia.
 - iv. La hiper-valoración de los síntomas influirá en la evolución patológica del paciente.

La clínica suele acompañarse de un **gran cortejo sintomático**: vértigos, cefaleas, algias atípicas y difusas, debilidad muscular y fatigabilidad, trastornos de memoria, dificultad de concentración, insomnio, etc.

Además es frecuente hallar:

1. Manifestaciones histéricas.
2. Actitudes reivindicativas, especialmente marcadas en los pacientes englobados bajo el término de **sinistrosis** [24].

[23] **ETIOPATOGENIA:** palabra formada por dos vocablos: etiología y patogénesis. Etiología es el estudio de las diversas posibles causas de una enfermedad. Patogénesis significa el mecanismo mediante el cual se desarrolla un proceso morboso. Por tanto el término sintético **etiopatogenesis** expresa la íntima conexión existente entre etiología y patogénesis.

Generalmente, cuando esta neurosis está bien identificada, la indemnización no les suele ser otorgada, o cuando se les otorga no resulta satisfactoria, lo que se traduce en un sentimiento de perjuicio, con lo que experimentan una situación de injusticia y ejercen toda una serie de reclamaciones y quejas de carácter reivindicativo.

En ciertas personalidades **sensitivas y asténicas** [25], se exageran estos rasgos, hasta llegar a una postura litigante, en la que lo que priva es la satisfacción (neurosis de derecho). Este tipo de pacientes, que llegan a elaborar un verdadero desarrollo querellante, son los que clásicamente se engloban dentro del concepto de sinistrosis.

Con relación al pronóstico, se ha comprobado que los pacientes con síntomas predominantemente depresivos experimentan una mejoría más ostensible que aquellos que presentan unos rasgos paranoicos o limitaciones intelectuales y/o afectivas. En términos globales, varios autores [26] destacan un pronóstico pobre e indican que cuando el daño es principalmente de índole emocional, la ayuda psiquiátrica junto a las medidas de rehabilitación especializadas debe primar sobre la compensación económica.

Entonces la duda que nos atañe es, ¿cómo podemos discriminar una neurosis de renta de un cuadro de fraude?

[24] **SINISTROSIS:** Brisaud la definió como: *idea falsa de reivindicación y de injusticia repentina, que el paciente hace de buena fe, pudiéndose convertir en obsesiva y prevalente, pudiendo llegar a constituirse en una especie de delirio razonante.*

[25] **ASTENICO:** personalidad con sensación generalizada de debilidad física y psíquica.

[26] Tarsh y Royston, 1985; Bloor, 1990.

Anexo 4 – Nexo de causalidad

Desde los inicios de la humanidad, desde que el hombre tiene conciencia, se pregunta continuamente el porqué de todo lo que el rodea. Todos los eventos que le envuelven, naturales, trágicos, etc. Son sometidos al análisis de la causa, para saber, para evitar, para prevenir. Los seres humanos nos ejercitamos continuamente en el manejo de hipótesis causales, en teorías más o menos motivadas para conocer el porque de las cosas o simplemente para darles una explicación plausible.



Tratamiento de la [migraña](#) recogido en un papiro egipcio, a base de un emplastro de hierbas y un [cocodrilo de arcilla](#)

El estudio de la causa de la enfermedad es el objetivo fundamental de la medicina, dado que conociendo la causa puede evitarse la enfermedad, y evitándose esta se evitan todas sus manifestaciones.

La medicina ha avanzado muchísimo, todos los sabemos, y existen remedios farmacéuticos para aliviar y sanar las dolencias que nos provocan las enfermedades y las lesiones, pero esto es algo que ya lo hacía la medicina tradicional China [27] o la Egipcia [28] hace más de 5.000 años.

Donde realmente si se ha evolucionado es en el conocimiento de **la causa**, donde eliminando o evitando su exposición, podemos erradicar enfermedades cuya curación aún hoy día se desconoce, como el SIDA. De aquí la importancia del estudio de la causa en Medicina.

La causa en Medicina Legal

La Medicina Legal tiene un interés especialmente particular por los problemas etiológicos de la enfermedad, es decir, por el estudio de sus causas. Pero ¿a que le llamamos causa?. Podríamos entrar en profundas discusiones filosóficas con las ideas de Platón o de Leucippo (siglo V a. C.), pasando por las de Galileo o quedarnos sencillamente con la definición del Diccionario de la lengua Española, que lo define como *“lo que se considera como fundamento u origen de algo”*.

El análisis del concepto de causa que más éxito ha tenido en el pensamiento científico occidental es el desarrollado por Aristóteles, quien distinguió cuatro clases de causas:

1. **La causa material.** La materia de la cual cosa está hecha una cosa.
2. **La causa formal.** La forma o modelo de una cosa.
3. **La causa eficiente.** El agente que realiza una cosa o acción.
4. **La causa final.** El fin por el cual la cosa es producida.

En las peritaciones medicolegales, el médico en calidad de perito, la mayoría de las veces, debe considerar secuelas postraumáticas que son alegadas por la parte demandante. Así las cosas, previo determinar si realmente existen dichas secuelas, debe abocarse a una cuestión crucial medicolegal, donde el conocimiento médico, el criterio medicolegal y la experiencia del perito adquieren relevancia mayúscula.

[27] Uno de los primeros vestigios de la medicina tradicional **China** lo constituye el Nei Jing que es un compendio de escritos médicos datados alrededor del año 2600 a. C. y que representa uno de sus pilares en los cuatro milenios siguientes.

[28] Durante 3.000 años largos de historia del Antiguo Egipto se desarrolló una larga, variada y fructífera tradición médica. Numerosos papiros nos describen recetas y tratamientos de la época, como los de Ramesseum de 1900 a.C. o el papiro Ebers de 1550 a.C.

En efecto, se trata de la determinación de existencia o inexistencia de causalidad medicolegal, entre las secuelas que pueden estar presentes, y el evento dañoso alegado.

Se deben discriminar claramente dos situaciones, la primera, que el perito médico legista debe expedirse sobre la "CAUSALIDAD MEDICOLEGAL", mientras que es potestad exclusiva del juez interviniente, considerar si existe o no "CAUSALIDAD JURIDICA".

La existencia de "CAUSALIDAD MEDICOLEGAL" es importante en el proceso judicial. Ello, toda vez que para atribuirle responsabilidad al demandado, que es quien puede haber provocado la lesión inicial, y a raíz de la misma haber quedado secuelas, debe estar presente el vínculo o nexo entre dicho daño original y las secuelas existentes. Y, ese vínculo o nexo es el que establece la "CAUSALIDAD MEDICOLEGAL".

Esta cuestión, en muchas oportunidades presenta notorias dificultades, a veces muy difíciles de superar, determinando que las peritaciones se tornen complicadas.

Ello no debe ser interpretado por el perito actuante como una razón para evitar estudiar pormenorizadamente el caso, y apelar a sus conocimientos y criterio, así como a la prudencia y objetividad, a los efectos de dar respuesta clara, precisa y certera a la problemática que se le presenta.

Es imprescindible, seguir un plan de trabajo, que podemos resumir en diez puntos fundamentales:

I. REAL EXISTENCIA DEL HECHO TRAUMÁTICO DENUNCIADO

Se debe saber, con certeza, que el evento dañoso realmente ha acaecido, y no se trata de una falsa denuncia, ni tampoco de simulación alguna.

II. INDEMNIDAD PREVIA

Es crucial determinar si al momento de provocarse el infortunio en cuestión la persona presentaba absoluta normalidad anatómica, así como funcional de la zona topográfica así como de la función respectiva del lugar donde asienta la secuela alegada.

III. FACTOR ETIOGÉNICO

Debe establecerse con exactitud el factor ocasionante de la injuria sostenida, es decir, su real existencia, que la misma esté probada y a su vez, que haya sido apropiada para producir la lesión o traumatismo, sea anatómico y/o funcional. Para ello, el perito debe, necesariamente, estudiar la cuestión, y aplicar sus conocimientos acerca del mecanismo medicolegal de la lesión de que se trate.

IV. FACTOR CRONOLÓGICO O CONDICIÓN TEMPORAL

Es necesario determinar, con fundamento, la data de la lesión. Expresado de otra manera, esto significa que la lesión que determinó la secuela existente debe haber sido provocada en la fecha que el damnificado sostiene lo fue. Este punto es importante, pues procediendo de esta manera, se descartará cualquier tipo de evento dañoso que no sea el que, en la fecha establecida, haya generado la secuela en estudio.

Expresado de otra manera, se debe establecer por las características del daño existente que se trata de una secuela que amerita, tener la data concordante con lo que se denuncia.

Por otra parte, se trata de una cuestión que tiene tremenda repercusión jurídica, habida cuenta de que, en base al instituto de la prescripción, la determinación certera del perito actuante, dará lugar a la parte interesada a solicitar al juez que no haga lugar a la litis, atento haber prescripto el derecho a accionar del demandante.

V. FACTOR ZONAL O TOPOGRÁFICO

Es necesario determinar que las secuelas que presenta el peritado asientan en la misma zona anatómica o comprometen la misma función que fue injuriada al suceder el traumatismo denunciado.

VI. FACTOR CUANTITATIVO O DE GRAVEDAD DE LA INJURIA

Es necesario establecer que el infortunio original, a raíz del que se sostiene han quedado secuelas, haya tenido la fuerza o magnitud apropiada para provocar un daño de tal naturaleza, que por sus características pueda, objetivamente, haber dejado las secuelas que se evidencian durante el examen pericial.

Para ello se deberá considerar el relato realizado por el damnificado, así como lo que pueda surgir de la documentación médica con la que se cuente, de manera tal, que pueda ameritarse el grado de gravedad habido, y consiguientemente, las secuelas derivadas del mismo.

VII. SUSTRATUM OBJETIVO, CIERTO, NO SIMULABLE

El perito deberá explorar, con detenimiento y paciencia, durante el acto de peritar, para determinar si es que existe o no existe una alteración anatómica sobre la que asienta una secuela funcional. Ello implica verificar en el caso de alteración funcional, si el examinado realmente presenta lo que alega, o contrariamente se está frente a un simulador o sobresimulador. Asimismo, no debe descuidarse que, muchas veces, sin existir un daño anatómico, existe igualmente secuela funcional. Por lo tanto, además del atento examen clínico medicolegal, se deberá apelar a las maniobras que permiten el descarte de simulación, que todo perito debe conocer para ser tal, y nunca debe omitir.

Es oportuno recordar a Chavigny, cuando afirma que la simulación “no se adivina: y su diagnóstico está muchas veces expuesto a errores inevitables”.

En este punto, es de sumo interés que cuando se debe peritar sobre personas, para establecer que gozan de perfecto estado de salud, se debe tener presente que el perito puede encontrarse con quien trata de ocultar signos o síntomas, a los efectos de encubrir una patología que sufre. Se trata en estos casos de la disimulación, que se fundamenta lisa y llanamente en la mentira.

VIII. FACTOR DE LA CONTINUIDAD SINTOMÁTICA

En principio, siempre debe existir un hilo conductor que ligue el evento accidental traumático inicial con las secuelas existentes en el peritado. Ello implica que sea claro que se trata de un proceso continuo, que inicia a partir de la injuria y continúa en el tiempo hasta el momento de efectuar la peritación. Pero, este concepto general, tiene sus excepciones, toda vez que, en no pocas ocasiones, entre el trauma inicial y la aparición de secuelas, existe un lapso silencioso, desde el punto de vista clínico funcional y, esta circunstancia no indica, en modo alguno, que no exista relación entre uno y otro de los extremos en cuestión.

El perito debe tener presente que, por ejemplo, el dolor, en muchas personas es soportado sin quejarse, mientras que en otras, por su umbral de sensibilidad, resulta poco soportable y, a veces insoportable. Por tal motivo, muchas veces, quien inicialmente no acusó sentir dolor, con el transcurso del tiempo sea por no resistirlo más, o bien por haberse acentuado, comienza a referir tal síntoma.

IX. FACTOR DE EXCLUSIÓN O COMPARTIDO

Se debe estar alerta, toda vez que es de gran importancia explorar para establecer si en la producción de las secuelas existentes, la única causa provocadora ha sido el traumatismo accidental denunciado, o si, por el contrario, se ha agregado al mismo otro u otros factores que complicaron o potenciaron lo efectos del mismo. En otras palabras, el perito deberá ser

sumamente cuidadoso en su examen para determinar si, junto a la injuria que se denuncia, ha actuado otro factor, o sea, una concausa ajena al infortunio, originada en el propio damnificado, y por ende ajena al evento dañoso.

X. FACTOR DE NO EXISTENCIA DE UNA NUEVA INJURIA

Al igual que en el punto anterior, se deberá determinar si, a posteriori del accidente original, y en forma independiente del mismo, el peritado no ha sufrido otro traumatismo, que asentó en la misma zona anatomotopográfica que el primero, es decir, se sumó al mismo, una concausa sobreviniente, que pudo haber sido la que realmente generó las secuelas existentes, que en caso de no haber existido, no estarían presentes.

Establecer con pleno fundamento científico, total imparcialidad, absoluta objetividad, con pleno desprejuicio, claridad intelectual y dedicando a cada caso todo el tiempo que requiera, constituyen los requisitos que permitirán al perito médico legista arribar a una conclusión con grado de certeza, en virtud de la cual, habiendo verificado los diez puntos previamente consignados, estando todos ellos presentes, y concordantes entre sí, podrá afirmar, sin duda alguna, que se está en presencia de nexo de "CAUSALIDAD MEDICOLEGAL" entre el traumatismo inicial referido y las secuelas existentes que derivan del mismo.

Y, establecida como se expuso, dicha "CAUSALIDAD MEDICOLEGAL" tendrá nexo directo entre ambos extremos.

Expresado de otra forma, así determinada la existencia de "CAUSALIDAD MEDICOLEGAL", el juzgador tendrá una pieza probatoria, de neta raigambre científica que le permitirá llegar a la sentencia, sabiendo cabalmente que dicho vínculo entre traumatismo y secuelas es idóneo, razonable, eficiente y suficiente, hecho que lo constituye en un fundamento con grado de certeza, que llevará al conocimiento de la verdad, fin último de todo proceso judicial.

Anexo 5 – Leyes: Artículos afectados

A. CODIGO PENAL

CAPÍTULO I. DE LOS DELITOS Y FALTAS.

Artículo 16.

1. Hay tentativa cuando el sujeto da principio a la ejecución del delito directamente por hechos exteriores, practicando todos o parte de los actos que objetivamente deberían producir el resultado, y sin embargo éste no se produce por causas independientes de la voluntad del autor.

2. Quedará exento de responsabilidad penal por el delito intentado quien evite voluntariamente la consumación del delito, bien desistiendo de la ejecución ya iniciada, bien impidiendo la producción del resultado, sin perjuicio de la responsabilidad en que pudiera haber incurrido por los actos ejecutados, si éstos fueren ya constitutivos de otro delito o falta.

3. Cuando en un hecho intervengan varios sujetos, quedarán exentos de responsabilidad penal aquél o aquéllos que desistan de la ejecución ya iniciada, e impidan o intenten impedir, seria, firme y decididamente, la consumación, sin perjuicio de la responsabilidad en que pudieran haber incurrido por los actos ejecutados, si éstos fueren ya constitutivos de otro delito o falta.

TÍTULO II. DE LAS PERSONAS CRIMINALMENTE RESPONSABLES DE LOS DELITOS Y FALTAS

Artículo 28.

Son autores quienes realizan el hecho por sí solos, conjuntamente o por medio de otro del que se sirven como instrumento.

También serán considerados autores:

- a. Los que inducen directamente a otro u otros a ejecutarlo.
- b. Los que cooperan a su ejecución con un acto sin el cual no se habría efectuado.

SECCIÓN 2. REGLAS ESPECIALES PARA LA APLICACIÓN DE LAS PENAS.

Artículo 77.

1. Lo dispuesto en los [dos artículos anteriores](#), no es aplicable en el caso de que un solo hecho constituya dos o más infracciones, o cuando una de ellas sea medio necesario para cometer la otra.

2. En estos casos se aplicará en su mitad superior la pena prevista para la infracción más grave, sin que pueda exceder de la que represente la suma de las que correspondería aplicar si se penaran separadamente las infracciones.

3. Cuando la pena así computada exceda de este límite, se sancionarán las infracciones por separado.

CAPÍTULO VI. DE LAS DEFRAUDACIONES. SECCIÓN 1. DE LAS ESTAFAS.

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.

Artículo 249.

Los reos de estafa serán castigados con la pena de prisión de seis meses a tres años, si la cuantía de lo defraudado excediere de 400 euros. Para la fijación de la pena se tendrá en cuenta el importe de lo defraudado, el quebranto económico causado al perjudicado, las relaciones entre éste y el defraudador, los medios empleados por éste y cuantas otras circunstancias sirvan para valorar la gravedad de la infracción.

Artículo 250.

1. El delito de estafa será castigado con las penas de prisión de uno a seis años y multa de seis a doce meses, cuando:

1. Reaiga sobre cosas de primera necesidad, viviendas u otros bienes de reconocida utilidad social.
2. Se realice con simulación de pleito o empleo de otro fraude procesal.
3. Se realice mediante cheque, pagaré, letra de cambio en blanco o negocio cambiario ficticio.
4. Se perpetre abusando de firma de otro, o sustrayendo, ocultando o inutilizando, en todo o en parte, algún proceso, expediente, protocolo o documento público u oficial de cualquier clase.
5. Reaiga sobre bienes que integren el patrimonio artístico, histórico, cultural o científico.
6. Revista especial gravedad, atendiendo al valor de la defraudación, a la entidad del perjuicio y a la situación económica en que deje a la víctima o a su familia.
7. Se cometa abuso de las relaciones personales existentes entre víctima y defraudador, o aproveche éste su credibilidad empresarial o profesional.

2. Si concurrieran las circunstancias 6 o 7 con la 1 del número anterior, se impondrán las penas de prisión de cuatro a ocho años y multa de doce a veinticuatro meses.

Artículo 251.

Será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años:

1. Quien, atribuyéndose falsamente sobre una cosa mueble o inmueble facultad de disposición de la que carece, bien por no haberla tenido nunca, bien por haberla ya ejercitado, la enajenare, gravare o arrendare a otro, en perjuicio de éste o de tercero.
2. El que dispusiere de una cosa mueble o inmueble ocultando la existencia de cualquier carga sobre la misma, o el que, habiéndola enajenado como libre, la gravare o enajenare nuevamente antes de la definitiva transmisión al adquirente, en perjuicio de éste, o de un tercero.
3. El que otorgare en perjuicio de otro un contrato simulado.

SECCIÓN 2. DE LA APROPIACIÓN INDEBIDA.

Artículo 252.

Serán castigados con las penas del [artículo 249](#) ó [250](#), en su caso, los que en perjuicio de otro se apropiaren o distrajeren dinero, efectos, valores o cualquier otra cosa mueble o activo patrimonial que hayan recibido en depósito, comisión o administración, o por otro título que produzca obligación de entregarlos o devolverlos, o negaren haberlos recibido, cuando la cuantía de lo apropiado exceda de cuatrocientos euros. Dicha pena se impondrá en su mitad superior en el caso de depósito necesario o miserable.

Artículo 253.

Serán castigados con la pena de multa de tres a seis meses los que, con ánimo de lucro, se apropiaren de cosa perdida o de dueño desconocido, siempre que en ambos casos el valor de lo apropiado exceda de 400 euros. Si se tratara de cosas de valor artístico, histórico, cultural o científico, la pena será de prisión de seis meses a dos años.

Artículo 254.

Será castigado con la pena de multa de tres a seis meses el que, habiendo recibido indebidamente, por error del transmitente, dinero o alguna otra cosa mueble, niegue haberla recibido o, comprobado el error, no proceda a su devolución, siempre que la cuantía de lo recibido exceda de 400 euros.

CAPITULO II

De las falsedades documentales

SECCIÓN 1.ª DE LA FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PÚBLICOS, OFICIALES MERCANTILES Y DE LOS DESPACHOS TRANSMITIDOS POR SERVICIOS TELECOMUNICACIÓN

Artículo 390.

1. Será castigado con las penas de prisión de tres a seis años, multa de seis a veinticuatro meses e inhabilitación especial por tiempo de dos a seis años, la autoridad o funcionario público que, en el ejercicio de sus funciones, cometa falsedad:

1. Alterando un documento en alguno de sus elementos o requisitos de carácter esencial.
2. Simulando un documento en todo o en parte, de manera que induzca a error sobre su autenticidad.
3. Suponiendo en un acto la intervención de personas que no la han tenido, o atribuyendo a las que han intervenido en él declaraciones o manifestaciones diferentes de las que hubieran hecho.
4. Faltando a la verdad en la narración de los hechos.

2. Será castigado con las mismas penas a las señaladas en el apartado anterior el responsable de cualquier confesión religiosa que incurra en alguna de las conductas descritas en los números anteriores, respecto de actos y documentos que puedan producir efecto en el estado de las personas o en el orden civil.

Artículo 391.

La autoridad o funcionario público que por imprudencia grave incurriere en alguna de las falsedades previstas en el artículo anterior o diere lugar a que otro las cometa, será castigado con la pena de multa de seis a doce meses y suspensión de empleo o cargo público por tiempo de seis meses a un año.

Artículo 392.

El particular que cometiere en documento público, oficial o mercantil, alguna de las falsedades descritas en los tres primeros números del apartado 1 del artículo 390, será castigado con las penas de prisión de seis meses a tres años y multa de seis a doce meses.

Artículo 393.

El que, a sabiendas de su falsedad, presentare en juicio o, para perjudicar a otro, hiciere uso de un documento falso de los comprendidos en los artículos precedentes, será castigado con la pena inferior en grado a la señalada a los falsificadores.

Artículo 394.

1. La autoridad o funcionario público encargado de los servicios de telecomunicación que supusiere o falsificare un despacho telegráfico u otro propio de dichos servicios, incurrirá en la pena de prisión de seis meses a tres años e inhabilitación especial por tiempo de dos a seis años.

3. El que, a sabiendas de su falsedad, hiciere uso del despacho falso para perjudicar a otro, será castigado con la pena inferior en grado a la señalada a los falsificadores.

SECCIÓN 2.ª DE LA FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PRIVADOS

Artículo 395.

El que, para perjudicar a otro, cometiere en documento privado alguna de las falsedades previstas en los tres primeros números del apartado 1 del artículo 390, será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años.

Artículo 396.

El que, a sabiendas de su falsedad, presentare en juicio o, para perjudicar a otro, hiciere uso de un documento falso de los comprendidos en el artículo anterior, incurrirá en la pena inferior en grado a la señalada a los falsificadores.

CAPÍTULO V. DE LA ACUSACIÓN Y DENUNCIA FALSAS Y DE LA SIMULACIÓN DE DELITOS.

Artículo 456.

1. Los que, con conocimiento de su falsedad o temerario desprecio hacia la verdad, imputaren a alguna persona hechos que, de ser ciertos, constituirían infracción penal, si esta imputación se hiciera ante funcionario judicial o administrativo que tenga el deber de proceder a su averiguación, serán sancionados:

1. Con la pena de prisión de seis meses a dos años y multa de doce a veinticuatro meses, si se imputara un delito grave.
2. Con la pena de multa de doce a veinticuatro meses, si se imputara un delito menos grave.
3. Con la pena de multa de tres a seis meses, si se imputara una falta.

2.No podrá procederse contra el denunciante o acusador sino tras sentencia firme o auto también firme, de sobreseimiento o archivo del Juez o Tribunal que haya conocido de la infracción imputada. Estos mandarán proceder de oficio contra el denunciante o acusador siempre que de la causa principal resulten indicios bastantes de la falsedad de la imputación, sin perjuicio de que el hecho pueda también perseguirse previa denuncia del ofendido.

Artículo 457.

El que, ante alguno de los funcionarios señalados en el art. anterior simulare ser responsable o víctima de una infracción penal o denunciare una inexistente, provocando actuaciones procesales, será castigado con la multa de seis a doce meses.

CAPITULO VI

Del falso testimonio

Artículo 458.

1. El testigo que faltare a la verdad en su testimonio en causa judicial, será castigado con las penas de prisión de seis meses a dos años y multa de tres a seis meses.

2. Si el falso testimonio se diera en contra del reo en causa criminal por delito, las penas serán de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses. Si a consecuencia del testimonio hubiera recaído sentencia condenatoria, se impondrán las penas superiores en grado.

3. Las mismas penas se impondrán si el falso testimonio tuviera lugar ante Tribunales Internacionales que, en virtud de Tratados debidamente ratificados conforme a la Constitución Española, ejerzan competencias derivadas de ella, o se realizara en España al declarar en virtud de comisión rogatoria remitida por un Tribunal extranjero.

Artículo 460.

Cuando el testigo, perito o intérprete, sin faltar sustancialmente a la verdad, la alterare con reticencias, inexactitudes o silenciando hechos o datos relevantes que le fueran conocidos, será castigado con la pena de multa de seis a doce meses y, en su caso, de suspensión de empleo o cargo público, profesión u oficio, de seis meses a tres años.

Artículo 461.

1. El que presentare a sabiendas testigos falsos o peritos o intérpretes mendaces, será castigado con las mismas penas que para ellos se establecen en los artículos anteriores.

2. La misma pena se impondrá al que conscientemente presente en juicio elementos documentales falsos. Si el autor del hecho lo hubiera sido además de la falsedad, se impondrá la pena correspondiente al delito más grave en su mitad superior.

3. Si el responsable de este delito fuese abogado, procurador, graduado social o representante del Ministerio Fiscal, en actuación profesional o ejercicio de su función, se impondrá en cada caso la pena en su mitad superior y la de inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio, por tiempo de dos a cuatro años.

B. CODIGO CIVIL

TÍTULO PRELIMINAR. DE LAS NORMAS JURÍDICAS, SU APLICACIÓN Y EFICACIA CAPÍTULO III. EFICACIA GENERAL DE LAS NORMAS JURÍDICAS

Artículo 7.

1. Los derechos deberán ejercitarse conforme a las exigencias de la buena fe.
2. La Ley no ampara el abuso del derecho o el ejercicio antisocial del mismo. Todo acto u omisión que por la intención de su autor, por su objeto o por las circunstancias en que se realice sobrepase manifiestamente los límites normales del ejercicio de un derecho, con daño para tercero, dará lugar a la correspondiente indemnización y a la adopción de las medidas judiciales o administrativas que impidan la persistencia en el abuso.

C. LEY DE ENJUICIAMIENTO CRIMINAL

TÍTULO IV. DE LAS PERSONAS A QUIENES CORRESPONDE EL EJERCICIO DE LAS ACCIONES QUE NACEN DE LOS DELITOS Y FALTAS.

Artículo 100.

De todo delito o falta nace acción penal para el castigo del culpable, y puede nacer también acción civil para la restitución de la cosa, la reparación del daño y la indemnización de perjuicios causados por el hecho punible.

LIBRO II. DEL SUMARIO. TÍTULO I. DE LA DENUNCIA. Artículo 259.

El que presenciare la perpetración de cualquier delito público está obligado a ponerlo inmediatamente en conocimiento del Juez de instrucción, de Paz, Comarcal o Municipal, o Funcionario fiscal más próximo al sitio en que se hallare, bajo la multa de 25 a 250 pesetas.

TÍTULO II. DE LA QUERELLA. Artículo 270.

Todos los ciudadanos españoles, hayan sido o no ofendidos por el delito, pueden querellarse, ejercitando la acción popular establecida en el art. 101 de esta ley. También pueden querellarse los extranjeros por los delitos cometidos contra su personas o bienes, o las personas o bienes de sus representados, previo cumplimiento de lo dispuesto en el art. 280, si no estuvieren comprendidos en el último párrafo del 281.

DISPOSICIÓN ADICIONAL SEXTA. Ley 15/1999 Protección de datos de carácter personal.

Modificación del artículo 24.3 de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. Se modifica el artículo 24.3, párrafo 2 de la [Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados](#), con la siguiente redacción:

Las entidades aseguradoras podrán establecer ficheros comunes que contengan datos de carácter personal para la liquidación de siniestros y la colaboración estadístico actuarial con la finalidad de permitir la tarificación y selección de riesgos y la elaboración de estudios de técnica aseguradora. La cesión de datos a los citados ficheros no requerirá el consentimiento previo del afectado, pero sí la comunicación al mismo de la posible cesión de sus datos personales a ficheros comunes para los fines señalados con expresa indicación del responsable para que se puedan ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación previstos en la ley.

También podrán establecerse ficheros comunes cuya finalidad sea prevenir el fraude en el seguro sin que sea necesario el consentimiento del afectado. No obstante, será necesaria en estos casos la comunicación al afectado, en la primera introducción de sus datos, de quien sea el responsable del fichero y de las formas de ejercicio de los derechos de acceso, rectificación y cancelación.

En todo caso, los datos relativos a la salud sólo podrán ser objeto de tratamiento con el consentimiento expreso del afectado.

Anexo 6 – Datos Sectoriales (Fuente ICEA)

Volúmenes e importes de fraude evitados

AUTOS	2003	2004	2005	2006	2007
Total garantías					
Nº casos de fraude	41.015	43.167	49.603	52.186	56.456
Imp. Total Rec.	112.239	116.881	140.992	174.766	203.761
Fraude evitado	85.671	80.759	99.612	119.435	136.373
%	76,3%	69,1%	70,7%	68,3%	66,9%
Distribución nº	100%	100%	100%	100%	100%
Distr. Imp.	100%	100%	100%	100%	100%
RC D. Mat					
Nº casos	24.762	27.096	31.679	33.680	36.138
Imp. Rec.	27.736	30.752	34.443	39.244	47.863
Fraude evitado	20.323	20.835	23.623	26.666	30.661
%	73,3%	67,8%	68,6%	67,9%	64,1%
Distribución nº	60%	63%	64%	65%	64%
Distr. Fraude evi.	24%	26%	24%	22%	22%
RC D. Corp					
Nº casos	3.427	3.157	4.183	5.021	6.073
Imp. Rec.	63.702	62.413	82.522	108.395	125.369
Fraude evitado	48.994	44.128	59.884	74.932	85.731
%	76,9%	70,7%	72,6%	69,1%	68,4%
Distribución nº	8%	7%	8%	10%	11%
Distr. Fraude evi.	57%	55%	60%	63%	63%
Daños Propios					
Nº casos	8.077	8.537	8.922	8.855	9.501
Imp. Rec.	12.390	14.344	14.175	15.527	17.675
Fraude evitado	9.393	8.933	8.904	9.828	11.622
%	75,8%	62,3%	62,8%	63,3%	65,8%
Distribución nº	20%	20%	18%	17%	17%
Distr. Fraude evi.	11%	11%	9%	8%	9%
Resto					
Nº casos	4.749	4.377	4.819	4.630	4.744
Imp. Rec.	8.411	9.372	9.852	11.600	12.854
Fraude evitado	6.961	6.863	7.201	8.009	8.359
%	82,8%	73,2%	73,1%	69,0%	65,0%
Distribución nº	12%	10%	10%	9%	8%
Distr. Fraude evi.	8%	8%	7%	7%	6%

Defraudadores directos (%)

AUTOS	2003	2004	2005	2006	2007
Total garantías					
Asegurado	80,76	85,12	81,57	81,49	79,03
Contrario	9,29	8,67	11,41	11,18	12,32
Mediador		0,26	0,21	0,21	0,19
Reparador	2,82	1,15	1,55	1,58	1,60
Otros	6,55	4,78	5,27	5,53	6,87
RC D. Mat					
Asegurado	84,27	87,14	84,27	86,28	85,34
Contrario	8,53	7,74	9,77	8,49	9,06
Mediador		0,13	0,15	0,15	0,11
Reparador	2,34	0,99	1,2	1,34	1,43
Otros	4,51	3,98	4,61	3,75	4,06
RC D. Corp					
Asegurado	31,97	37,35	30,57	24,85	23,18
Contrario	44,76	50,25	57,1	54,9	58,77
Mediador		0,98	0,38	0,47	0,42
Reparador	2,25	0,3	0,18	0,24	0,17
Otros	20,59	11,13	11,74	19,54	17,45
D. Propios					
Asegurado	89,91	92,92	90,33	91,96	88,64
Contrario	0,48	0,39	1,47	0,62	0,44
Mediador		0,31	0,25	0,3	0,23
Reparador	5,02	1,77	2,83	2,8	2,56
Otros	3,94	4,59	5,12	4,32	8,13

Tipologías de fraude

AUTOS	2003	2004	2005	2006	2007
Total garantías					
En Suscripción	7,28	16,22	10,00	5,57	3,65
Simulación	22,78	20,13	26,29	23,59	23,02
Exclusión de cobertura	20,70	16,73	12,86	8,65	8,59
Ocultación o lesión preexistente	22,13	22,19	32,75	24,07	21,92
Falsedad documental	8,04	2,94	10,61	8,28	9,77
Reclamación desproporcionada	20,14	26,43	32,03	20,58	17,66
Otros	2,99	3,90	4,97	9,26	15,37
RC D. Materiales					
En Suscripción	9,35	17,67	12,29	7,36	5,02
Simulación	24,25	21,51	28,16	25,50	24,91
Exclusión de cobertura	13,31	10,28	7,86	4,64	5,19
Ocultación o lesión preexistente	23,46	21,72	34,00	21,89	20,37
Falsedad documental	5,40	2,04	9,63	6,82	7,16
Reclamación desproporcionada	26,43	33,32	37,15	23,32	19,35
Otros	3,48	4,79	6,10	10,47	18,02
RC D. Corporales					
En Suscripción	4,18	6,78	6,20	1,14	1,72
Simulación	39,98	40,33	47,49	28,93	27,77
Exclusión de cobertura	13,88	14,75	12,26	10,10	7,71
Ocultación o lesión preexistente	6,88	7,47	18,89	13,29	9,82
Falsedad documental	22,87	11,71	22,88	18,38	15,64
Reclamación desproporcionada	15,93	23,45	30,14	19,55	22,90
Otros	2,76	3,39	3,69	8,61	14,44
Daños Propios					
En Suscripción	2,68	14,79	3,48	1,15	0,84
Simulación	13,36	11,12	13,36	12,86	14,12
Exclusión de cobertura	37,79	28,36	23,39	21,28	19,76
Ocultación o lesión preexistente	28,89	31,88	39,04	41,66	37,14
Falsedad documental	7,36	1,52	7,40	7,10	10,92
Reclamación desproporcionada	6,82	11,18	18,29	11,06	8,39
Otros	1,50	1,02	1,84	4,89	8,84
Robo					
En Suscripción	5,99	16,94	11,06	4,86	0,54
Simulación	22,93	16,55	23,49	22,09	17,84
Exclusión de cobertura	33,27	38,13	34,43	20,77	24,25
Ocultación o lesión preexistente	27,20	21,26	24,38	25,60	26,62
Falsedad documental	1,31	0,89	2,87	2,83	5,21
Reclamación desproporcionada	12,93	13,61	25,34	16,46	17,88
Otros	3,26	5,60	4,60	7,39	7,66

Indicios

AUTOS				2003	2004	2005	2006	2007
Total garantías								
Antecedentes del asegurado				2,2	1,95	1,77	1,08	1,47
Problemas económicos				0,4	0,38	0,29	0,21	0,18
Contratación/ampliación	coberturas	fecha						
proxima siniestro				3,73	4,74	1,93	1,20	1,35
Similitud apellidos				1,65	1,62	0,95	0,59	0,46
Al peritar o tramitar				54,6	66,08	67,68	44,54	57,58
Por el relato del siniestro				17,64	13,08	26,6	15,37	11,84
Por nerviosismo o contradicciones al declarar				4,41	4,36	13,01	6,39	0,86
Por desproporción de daños/lesiones				5	6,35	8,71	7,34	11,38
Otros indicios				31,88	16,7	43,91	23,28	14,89
RC D. Materiales								
Antecedentes del asegurado				2,18	2,04	1,91	1,06	1,48
Problemas económicos				0,41	0,37	0,29	0,16	0,08
Contratación/ampliación	coberturas	fecha						
proxima siniestro				3,1	4,01	1,46	0,79	0,9
Similitud apellidos				1,75	1,64	1,09	0,64	0,54
Al peritar o tramitar				65,39	76,51	77,05	48,29	62,63
Por el relato del siniestro				17,98	13,59	30,22	16,39	11,62
Por nerviosismo o contradicciones al declarar				3,86	4,53	17,37	8,23	0,85
Por desproporción de daños/lesiones				4,15	5,92	8,35	6,68	11,21
Otros indicios				23,52	14,4	39,53	17,76	10,69
RC D. Corporales								
Antecedentes del asegurado				4,21	3,97	3,09	2,13	2,67
Problemas económicos				1,35	1,39	0,9	0,95	1,06
Contratación/ampliación	coberturas	fecha						
proxima siniestro				5,75	9,92	4,95	3,76	3,6
Similitud apellidos				3,05	4,49	1,59	1,04	0,6
Al peritar o tramitar				5,69	5,57	19,87	10,58	4,61
Por el relato del siniestro				26,39	22,84	38,57	20,76	19,99
Por nerviosismo o contradicciones al declarar				5,81	5,36	4,57	1,01	1,49
Por desproporción de daños/lesiones				25,93	31,55	35,98	23,96	32,69
Otros indicios				57,64	44,85	62,25	35,79	33,29
Daños Propios								
Antecedentes del asegurado				1,29	0,9	0,71	0,60	0,78
Problemas económicos				0,09	0,07	0,03	0,04	0,06
Contratación/ampliación	coberturas	fecha						
proxima siniestro				4,85	5,23	1,97	1,25	1,55
Similitud apellidos				1,28	1,08	0,47	0,28	0,08
Al peritar o tramitar				47,36	55,63	56,98	43,66	64,56
Por el relato del siniestro				14,68	9,88	12,5	8,40	9,16

Por nerviosismo o contradicciones al declarar	6,61	4,67	3,68	2,22	0,73
Por desproporción de daños/lesiones	0,86	1,01	1,45	1,79	1,65
Otros indicios	41,89	17,55	51,75	41,77	21,44

Robo

Antecedentes del asegurado	1,53	1,13	1,15	0,80	1,06
Problemas económicos	0,18	0,32	0,34	0,11	0,27
Contratación/ampliación coberturas fecha proxima siniestro	1,49	1,03	1,43	1,31	0,64
Similitud apellidos	0,18	0,014	0,03	0,05	0,04
Al peritar o tramitar	71,03	77,57	77	52,48	80,21
Por el relato del siniestro	15,26	8,43	21,91	12,48	10,35
Por nerviosismo o contradicciones al declarar	10,44	5,24	8,61	5,72	0,57
Por desproporción de daños/lesiones	1,14	1,42	3,17	4,44	1,55
Otros indicios	31,95	13,54	34,13	22,60	5,31

Acciones ANTIFRAUDE

AUTOS	2003	2004	2005	2006	2007
Total garantías					
Comprobación de daños y lesiones	61,29	56,81	71,91	34,53	35,18
Entrevistas	23,14	20,67	30,8	18,46	13,08
Comunicación entre entidades	5,13	3,96	15,23	7,55	2,89
Localización y estudio de los daños	25,45	25,22	28,92	16,68	19,55
Inspección ocular	12,76	13,39	16	11,73	18,02
Localización de testigos	2,95	2,72	2,04	1,1	1,4
Análisis de restos o vestigios	5,99	7,52	17,28	9,31	8,7
Llamadas cruzadas	1,36	1,37	1,06	0,64	1,18
RC D. Materiales					
Comprobación de daños y lesiones	62,13	59,36	74,94	32,75	34,87
Entrevistas	21,46	20,39	32,94	18,47	11,42
Comunicación entre entidades	5,79	4,91	19,06	9,21	3,53
Localización y estudio de los daños	25,52	26,6	25,25	13,23	18,18
Inspección ocular	16,51	17,42	20,29	13,1	19,21
Localización de testigos	2,7	2,57	1,95	0,82	1,15
Análisis de restos o vestigios	7,94	9,71	22,99	11,71	10,7
Llamadas cruzadas	1,58	1,7	1,19	0,7	0,94
RC D. Corporales					
Comprobación de daños y lesiones	45,03	49,56	56,42	30,53	37,13
Entrevistas	50,56	43,81	52,96	25,33	21,69
Comunicación entre entidades	4,84	5,29	17,93	7,53	2,77
Localización y estudio de los daños	43	37,92	51,13	28,39	28,04
Inspección ocular	6,59	6,46	7,79	2,8	2,78
Localización de testigos	6,14	8,09	5,01	2,65	2,99
Análisis de restos o vestigios	2,15	3,05	3,46	2,02	3,04
Llamadas cruzadas	2,57	2,66	1,91	0,76	1,57
Daños Propios					
Comprobación de daños y lesiones	65,89	53,72	70,47	47,68	39,1
Entrevistas	20,38	16,31	18,68	15,07	14,91
Comunicación entre entidades	4,06	1,18	3,58	0,96	0,86
Localización y estudio de los daños	17,9	18,35	29,21	23,01	19,7
Inspección ocular	5,67	5,57	6	8,02	19,23
Localización de testigos	2,94	1,88	1,59	1,39	1,45
Análisis de restos o vestigios	3,2	4,08	6,14	3,55	4,5
Llamadas cruzadas	0,63	0,32	0,41	0,32	0,25
Robo					
Comprobación de daños y lesiones	78,69	66,88	71,15	38,19	21,61
Entrevistas	11,45	13,54	22,05	14,32	9,6
Comunicación entre entidades	0,28	0,33	8,12	1,47	0,63
Localización y estudio de los daños	16,54	17,41	31,27	19,23	19,23

Inspección ocular	8,33	8,32	13,02	18,47	39,44
Localización de testigos	2,88	1,67	1,29	1,19	1,26
Análisis de restos o vestigios	5,33	5,67	14,38	6,87	7,92
Llamadas cruzadas	0,16	0,2	0,35	0,25	0,31

Juan Fuentes Jassé

Nacido en Badalona en 1963.

Comenzó sus estudios en la Escuela Universitaria de Ingeniería Técnica Industrial de Barcelona, en la especialidad de Electrónica Industrial, y en la actualidad cursa Diplomatura de Ciencias Empresariales.

Inició su carrera profesional en el Grupo Catalana Occidente a finales del año 1988, y desde su incorporación, ha ido colaborando y prestando sus servicios en diferentes áreas: administrativo-contable, comercial y siniestros.

Será en el área de siniestros donde desarrollará la mayor parte de su carrera profesional, de tal forma que ha colaborado en la creación de los Centros de Siniestros del Grupo, de los que fue Responsable de Siniestros con Daños Corporales, fue trasladado posteriormente a la entidad Multinacional Aseguradora en el momento de ser adquirida, con el fin de responsabilizarse de la Dirección de Siniestros, y actualmente desarrolla su actividad como Responsable de Siniestros de Daños Materiales de Automóviles de Seguros Catalana Occidente.

COLECCIÓN “CUADERNOS DE DIRECCIÓN ASEGURADORA”
Master en Dirección de Entidades Aseguradoras y Financieras
Facultad de Economía y Empresa. Universidad de Barcelona

PUBLICACIONES

- 1.- Francisco Abián Rodríguez: “Modelo Global de un Servicio de Prestaciones Vida y su interrelación con Suscripción” 2005/2006
- 2.- Erika Johanna Aguilar Olaya: “Gobierno Corporativo en las Mutualidades de Seguros” 2005/2006
- 3.- Alex Aguyé Casademunt: “La Entidad Multicanal. Elementos clave para la implantación de la Estrategia Multicanal en una entidad aseguradora” 2009/2010
- 4.- José María Alonso-Rodríguez Piedra: “Creación de una plataforma de servicios de siniestros orientada al cliente” 2007/2008
- 5.- Jorge Alvez Jiménez: “innovación y excelencia en retención de clientes” 2009/2010
- 6.- Anna Aragonés Palom: “El Cuadro de Mando Integral en el Entorno de los seguros Multirriesgo” 2008/2009
- 7.- Maribel Avila Ostos: “La tele-suscripción de Riesgos en los Seguros de Vida” 2009/20010
- 8.- Mercé Bascompte Riquelme: “El Seguro de Hogar en España. Análisis y tendencias” 2005/2006
- 9.- Aurelio Beltrán Cortés: “Bancaseguros. Canal Estratégico de crecimiento del sector asegurador” 2010/2011
- 10.- Manuel Blanco Alpunte: “Delimitación temporal de cobertura en el seguro de responsabilidad civil. Las cláusulas claims made” 2008/2009
- 11.- Eduard Blanxart Raventós: “El Gobierno Corporativo y el Seguro D & O” 2004/2005
- 12.- Rubén Bouso López: “El Sector Industrial en España y su respuesta aseguradora: el Multirriesgo Industrial. Protección de la empresa frente a las grandes pérdidas patrimoniales” 2006/2007
- 13.- Kevin van den Boom: “El Mercado Reasegurador (Cedentes, Brokers y Reaseguradores). Nuevas Tendencias y Retos Futuros” 2008/2009
- 14.- Laia Bruno Sazatornil: “L’ètica i la rentabilitat en les companyies asseguradores. Proposta de codi deontològic” 2004/2005
- 15.- María Dolores Caldés Llopis: “Centro Integral de Operaciones Vida” 2007/2008
- 16.- Adolfo Calvo Llorca: “Instrumentos legales para el recobro en el marco del seguro de crédito” 2010/2011
- 17.- Ferran Camprubí Baiges: “La gestión de las inversiones en las entidades aseguradoras. Selección de inversiones” 2010/2011
- 18.- Joan Antoni Carbonell Aregall: “La Gestió Internacional de Sinistres d’Automòbil amb Resultat de Danys Materials” 2003-2004
- 19.- Susana Carmona Llevadot: “Viabilidad de la creación de un sistema de Obra Social en una entidad aseguradora” 2007/2008

- 20.- Sergi Casas del Alcazar: "El Plan de Contingencias en la Empresa de Seguros" 2010/2011
- 21.- Francisco Javier Cortés Martínez: "Análisis Global del Seguro de Decesos" 2003-2004
- 22.- María Carmen Ceña Nogué: "El Seguro de Comunidades y su Gestión" 2009/2010
- 23.- Jordi Cots Paltor: "Control Interno. El auto-control en los Centros de Siniestros de Automóviles" 2007/2008
- 24.- Montserrat Cunillé Salgado: "Los riesgos operacionales en las Entidades Aseguradoras" 2003-2004
- 25.- Ricard Doménech Pagés: "La realidad 2.0. La percepción del cliente, más importante que nunca" 2010/2011
- 26.- Luis Domínguez Martínez: "Formas alternativas para la Cobertura de Riesgos" 2003-2004
- 27.- Marta Escudero Cutal: "Solvencia II. Aplicación práctica en una entidad de Vida" 2007/2008
- 28.- Salvador Esteve Casablanca: "La Dirección de Reaseguro. Manual de Reaseguro" 2005/2006
- 29.- Alvaro de Falguera Gaminde: "Plan Estratégico de una Correduría de Seguros Náuticos" 2004/2005
- 30.- Isabel M^a Fernández García: "Nuevos aires para las Rentas Vitalicias" 2006/2007
- 31.- Eduard Fillet Catarina: "Contratación y Gestión de un Programa Internacional de Seguros" 2009/2010
- 32.- Pablo Follana Murcia: "Métodos de Valoración de una Compañía de Seguros. Modelos Financieros de Proyección y Valoración consistentes" 2004/2005
- 33.- Juan Fuentes Jassé: "El fraude en el seguro del Automóvil" 2007/2008
- 34.- Xavier Gabarró Navarro: "El Seguro de Protección Jurídica. Una oportunidad de Negocio" 2009/2010
- 35.- Josep María Galcerá Gombau: "La Responsabilidad Civil del Automóvil y el Daño Corporal. La gestión de siniestros. Adaptación a los cambios legislativos y propuestas de futuro" 2003-2004
- 36.- Luisa García Martínez: "El Carácter tuitivo de la LCS y los sistemas de Defensa del Asegurado. Perspectiva de un Operador de Banca Seguros" 2006/2007
- 37.- Fernando García Giralt: "Control de Gestión en las Entidades Aseguradoras" 2006/2007
- 38.- Jordi García-Muret Ubis: "Dirección de la Sucursal. D. A. F. O." 2006/2007
- 39.- David Giménez Rodríguez: "El seguro de Crédito: Evolución y sus Canales de Distribución" 2008/2009
- 40.- Juan Antonio González Arriete: "Línea de Descuento Asegurada" 2007/2008
- 41.- Miquel Gotés Grau: "Assegurances Agràries a BancaSeguros. Potencial i Sistema de Comercialització" 2010/2011
- 42.- Jesús Gracia León: "Los Centros de Siniestros de Seguros Generales. De Centros Operativos a Centros Resolutivos. De la optimización de recursos a la calidad de servicio" 2006/2007
- 43.- José Antonio Guerra Díez: "Creación de unas Tablas de Mortalidad Dinámicas" 2007/2008
- 44.- Santiago Guerrero Caballero: "La politización de las pensiones en España" 2010/2011

- 45.- Francisco J. Herencia Conde: "El Seguro de Dependencia. Estudio comparativo a nivel internacional y posibilidades de desarrollo en España" 2006/2007
- 46.- Francisco Javier Herrera Ruiz: "Selección de riesgos en el seguro de Salud" 2009/2010
- 47.- Alicia Hoya Hernández: "Impacto del cambio climático en el reaseguro" 2008/2009
- 48.- Jordi Jiménez Baena: "Creación de una Red de Agentes Exclusivos" 2007/2008
- 49.- Oriol Jorba Cartoixà: "La oportunidad aseguradora en el sector de las energías renovables" 2008/2009
- 50.- Anna Juncá Puig: "Una nueva metodología de fidelización en el sector asegurador" 2003/2004
- 51.- Ignacio Lacalle Goría: "El artículo 38 Ley Contrato de Seguro en la Gestión de Sinistros. El procedimiento de peritos" 2004/2005
- 52.- M^a Carmen Lara Ortíz: "Solvencia II. Riesgo de ALM en Vida" 2003/2004
- 53.- Haydée Noemí Lara Téllez: "El nuevo sistema de Pensiones en México" 2004/2005
- 54.- Marta Leiva Costa: "La reforma de pensiones públicas y el impacto que esta modificación supone en la previsión social" 2010/2011
- 55.- Victoria León Rodríguez: "Problemática del aseguramiento de los Jóvenes en la política comercial de las aseguradoras" 2010/2011
- 56.- Pilar Lindín Soriano: "Gestión eficiente de pólizas colectivas de vida" 2003/2004
- 57.- Victor Lombardero Guarner: "La Dirección Económico Financiera en el Sector Asegurador" 2010/2011
- 58.- Maite López Aladros: "Análisis de los Comercios en España. Composición, Evolución y Oportunidades de negocio para el mercado asegurador" 2008/2009
- 59.- Josep March Arranz: "Los Riesgos Personales de Autónomos y Trabajadores por cuenta propia. Una visión de la oferta aseguradora" 2005/2006
- 60.- Miquel Maresch Camprubí: "Necesidades de organización en las estructuras de distribución por mediadores" 2010/2011
- 61.- José Luis Marín de Alcaraz: "El seguro de impago de alquiler de viviendas" 2007/2008
- 62.- Miguel Ángel Martínez Boix: "Creatividad, innovación y tecnología en la empresa de seguros" 2005/2006
- 63.- Susana Martínez Corveira: "Propuesta de Reforma del Baremo de Autos" 2009/2010
- 64.- Inmaculada Martínez Lozano: "La Tributación en el mundo del seguro" 2008/2009
- 65.- Dolors Melero Montero: "Distribución en bancaseguros: Actuación en productos de empresas y gerencia de riesgos" 2008/2009
- 66.- Josep Mena Font: "La Internalización de la Empresa Española" 2009/2010
- 67.- Angela Milla Molina: "La Gestión de la Previsión Social Complementaria en las Compañías de Seguros. Hacia un nuevo modelo de Gestión" 2004/2005
- 68.- Montserrat Montull Rossón: "Control de entidades aseguradoras" 2004/2005
- 69.- Eugenio Morales González: "Oferta de licuación de patrimonio inmobiliario en España" 2007/2008

- 70.- Lluís Morales Navarro: "Plan de Marketing. División de Bancaseguros" 2003/2004
- 71.- Sonia Moya Fernández: "Creación de un seguro de vida. El éxito de su diseño" 2006/2007
- 72.- Rocio Moya Morón: "Creación y desarrollo de nuevos Modelos de Facturación Electrónica en el Seguro de Salud y ampliación de los modelos existentes" 2008/2009
- 73.- María Eugenia Muguerza Goya: "Bancaseguros. La comercialización de Productos de Seguros No Vida a través de redes bancarias" 2005/2006
- 74.- Ana Isabel Mullor Cabo: "Impacto del Envejecimiento en el Seguro" 2003/2004
- 75.- Estefanía Nicolás Ramos: "Programas Multinacionales de Seguros" 2003/2004
- 76.- Santiago de la Nogal Mesa: "Control interno en las Entidades Aseguradoras" 2005/2006
- 77.- Antonio Nolasco Gutiérrez: "Venta Cruzada. Mediación de Seguros de Riesgo en la Entidad Financiera" 2006/2007
- 78.- Francesc Ocaña Herrera: "Bonus-Malus en seguros de asistencia sanitaria" 2006/2007
- 79.- Antonio Olmos Francino: "El Cuadro de Mando Integral: Perspectiva Presente y Futura" 2004/2005
- 80.- Luis Palacios García: "El Contrato de Prestación de Servicios Logísticos y la Gerencia de Riesgos en Operadores Logísticos" 2004/2005
- 81.- Jaume Paris Martínez: "Segmento Discapacitados. Una oportunidad de Negocio" 2009/2010
- 82.- Martín Pascual San Martín: "El incremento de la Longevidad y sus efectos colaterales" 2004/2005
- 83.- Montserrat Pascual Villacampa: "Proceso de Tarificación en el Seguro del Automóvil. Una perspectiva técnica" 2005/2006
- 84.- Marco Antonio Payo Aguirre: "La Gerencia de Riesgos. Las Compañías Cautivas como alternativa y tendencia en el Risk Management" 2006/2007
- 85.- Patricia Pérez Julián: "Impacto de las nuevas tecnologías en el sector asegurador" 2008/2009
- 86.- María Felicidad Pérez Soro: "La atención telefónica como transmisora de imagen" 2009/2010
- 87.- Marco José Piccirillo: "Ley de Ordenación de la Edificación y Seguro. Garantía Decenal de Daños" 2006/2007
- 88.- Irene Plana Güell: "Sistemas d'Informació Geogràfica en el Sector Assegurador" 2010/2011
- 89.- Sonia Plaza López: "La Ley 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal" 2003/2004
- 90.- Pere Pons Pena: "Identificación de Oportunidades comerciales en la Provincia de Tarragona" 2007/2008
- 91.- María Luisa Postigo Díaz: "La Responsabilidad Civil Empresarial por accidentes del trabajo. La Prevención de Riesgos Laborales, una asignatura pendiente" 2006/2007
- 92.- Jordi Pozo Tamarit: "Gerencia de Riesgos de Terminales Marítimas" 2003/2004
- 93.- Francesc Pujol Niñerola: "La Gerencia de Riesgos en los grupos multisectoriales" 2003-2004
- 94.- M^a del Carmen Puyol Rodríguez: "Recursos Humanos. Breve mirada en el sector de Seguros" 2003/2004

- 95.- Antonio Miguel Reina Vidal: "Sistema de Control Interno, Compañía de Vida. Bancaseguros" 2006/2007
- 96.- Marta Rodríguez Carreiras: "Internet en el Sector Asegurador" 2003/2004
- 97.- Juan Carlos Rodríguez García: "Seguro de Asistencia Sanitaria. Análisis del proceso de tramitación de Actos Médicos" 2004/2005
- 98.- Mónica Rodríguez Nogueiras: "La Cobertura de Riesgos Catastróficos en el Mundo y soluciones alternativas en el sector asegurador" 2005/2006
- 99.- Susana Roquet Palma: "Fusiones y Adquisiciones. La integración y su impacto cultural" 2008/2009
- 100.- Santiago Rovira Obradors: "El Servei d'Assegurances. Identificació de les variables clau" 2007/2008
- 101.- Carlos Ruano Espí: "Microseguro. Una oportunidad para todos" 2008/2009
- 102.- Mireia Rubio Cantisano: "El Comercio Electrónico en el sector asegurador" 2009/2010
- 103.- María Elena Ruíz Rodríguez: "Análisis del sistema español de Pensiones. Evolución hacia un modelo europeo de Pensiones único y viabilidad del mismo" 2005/2006
- 104.- Eduardo Ruiz-Cuevas García: "Fases y etapas en el desarrollo de un nuevo producto. El Taller de Productos" 2006/2007
- 105.- Pablo Martín Sáenz de la Pascua: "Solvencia II y Modelos de Solvencia en Latinoamérica. Sistemas de Seguros de Chile, México y Perú" 2005/2006
- 106.- Carlos Sala Farré: "Distribución de seguros. Pasado, presente y tendencias de futuro" 2008/2009
- 107.- Ana Isabel Salguero Matarín: "Quién es quién en el mundo del Plan de Pensiones de Empleo en España" 2006/2007
- 108.- Jorge Sánchez García: "El Riesgo Operacional en los Procesos de Fusión y Adquisición de Entidades Aseguradoras" 2006/2007
- 109.- María Angels Serral Floreta: "El lucro cesante derivado de los daños personales en un accidente de circulación" 2010/2011
- 110.- David Serrano Solano: "Metodología para planificar acciones comerciales mediante el análisis de su impacto en los resultados de una compañía aseguradora de No Vida" 2003/2004
- 111.- Jaume Siberta Durán: "Calidad. Obtención de la Normativa ISO 9000 en un centro de Atención Telefónica" 2003/2004
- 112.- María Jesús Suárez González: "Los Poolings Multinacionales" 2005/2006
- 113.- Miguel Torres Juan: "Los siniestros IBNR y el Seguro de Responsabilidad Civil" 2004/2005
- 114.- Carlos Travé Babiano: "Provisiones Técnicas en Solvencia II. Valoración de las provisiones de siniestros" 2010/2011
- 115.- Rosa Viciano García: "Banca-Seguros. Evolución, regulación y nuevos retos" 2007/2008
- 116.- Ramón Vidal Escobosa: "El baremo de Daños Personales en el Seguro de Automóviles" 2009/2010
- 117.- Tomás Wong-Kit Ching: "Análisis del Reaseguro como mitigador del capital de riesgo" 2008/2009
- 118.- Yibo Xiong: "Estudio del mercado chino de Seguros: La actualidad y la tendencia" 2005/2006

- 119.- Beatriz Bernal Callizo: "Póliza de Servicios Asistenciales" 2003/2004
- 120.- Marta Bové Badell: "Estudio comparativo de evaluación del Riesgo de Incendio en la Industria Química" 2003/2004
- 121.- Ernest Castellón Teixidó: "La edificación. Fases del proceso, riesgos y seguros" 2004/2005
- 122.- Sandra Clusella Giménez: "Gestió d'Actius i Passius. Inmunització Financera" 2004/2005
- 123.- Miquel Crespí Argemí: "El Seguro de Todo Riesgo Construcción" 2005/2006
- 124.- Yolanda Dengra Martínez: "Modelos para la oferta de seguros de Hogar en una Caja de Ahorros" 2007/2008
- 125.- Marta Fernández Ayala: "El futuro del Seguro. Bancaseguros" 2003/2004
- 126.- Antonio Galí Isus: "Inclusión de las Energías Renovables en el sistema Eléctrico Español" 2009/2010
- 127.- Gloria Gorbea Bretones: "El control interno en una entidad aseguradora" 2006/2007
- 128.- Marta Jiménez Rubio: "El procedimiento de tramitación de siniestros de daños materiales de automóvil: análisis, ventajas y desventajas" 2008/2009
- 129.- Lorena Alejandra Libson: "Protección de las víctimas de los accidentes de circulación. Comparación entre el sistema español y el argentino" 2003/2004
- 130.- Mario Manzano Gómez: "La responsabilidad civil por productos defectuosos. Solución aseguradora" 2005/2006
- 131.- Àlvar Martín Botí: "El Ahorro Previsión en España y Europa. Retos y Oportunidades de Futuro" 2006/2007
- 132.- Sergio Martínez Olivé: "Construcción de un modelo de previsión de resultados en una Entidad Aseguradora de Seguros No Vida" 2003/2004
- 133.- Pilar Miracle Vázquez: "Alternativas de implementación de un Departamento de Gestión Global del Riesgo. Aplicado a empresas industriales de mediana dimensión" 2003/2004
- 134.- María José Morales Muñoz: "La Gestión de los Servicios de Asistencia en los Multirriesgo de Hogar" 2007/2008
- 135.- Juan Luis Moreno Pedroso: "El Seguro de Caución. Situación actual y perspectivas" 2003/2004
- 136.- Rosario Isabel Pastrana Gutiérrez: "Creació d'una empresa de serveis socials d'atenció a la dependència de les persones grans enfocada a productes d'assegurances" 2007/2008
- 137.- Joan Prat Rifá: "La Previsió Social Complementaria a l'Empresa" 2003/2004
- 138.- Alberto Sanz Moreno: "Beneficios del Seguro de Protección de Pagos" 2004/2005
- 139.- Judith Safont González: "Efectes de la contaminació i del estils de vida sobre les assegurances de salut i vida" 2009/2010
- 140.- Carles Soldevila Mejías: "Models de gestió en companyies d'assegurances. Outsourcing / Insourcing" 2005/2006
- 141.- Olga Torrente Pascual: "IFRS-19 Retribuciones post-empleo" 2003/2004

- 142.- Annabel Roig Navarro: "La importancia de las mutualidades de previsión social como complementarias al sistema público" 2009/2010
- 143.- José Angel Ansón Tortosa: "Gerencia de Riesgos en la Empresa española" 2011/2012
- 144.- María Mercedes Bernués Burillo: "El permiso por puntos y su solución aseguradora" 2011/2012
- 145.- Sònia Beulas Boix: "Prevención del blanqueo de capitales en el seguro de vida" 2011/2012
- 146.- Ana Borràs Pons: "Teletrabajo y Recursos Humanos en el sector Asegurador" 2011/2012
- 147.- María Asunción Cabezas Bono: "La gestión del cliente en el sector de bancaseguros" 2011/2012
- 148.- María Carrasco Mora: "Matching Premium. New approach to calculate technical provisions Life insurance companies" 2011/2012
- 149.- Eduard Huguet Palouzie: "Las redes sociales en el Sector Asegurador. Plan social-media. El Community Manager" 2011/2012
- 150.- Laura Monedero Ramírez: "Tratamiento del Riesgo Operacional en los 3 pilares de Solvencia II" 2011/2012
- 151.- Salvador Obregón Gomá: "La Gestión de Intangibles en la Empresa de Seguros" 2011/2012
- 152.- Elisabet Ordóñez Somolinos: "El sistema de control Interno de la Información Financiera en las Entidades Cotizadas" 2011/2012
- 153.- Gemma Ortega Vidal: "La Mediación. Técnica de resolución de conflictos aplicada al Sector Asegurador" 2011/2012
- 154.- Miguel Ángel Pino García: "Seguro de Crédito: Implantación en una aseguradora multirramo" 2011/2012
- 155.- Genevieve Thibault: "The Customer Experience as a Source of Competitive Advantage" 2011/2012
- 156.- Francesc Vidal Bueno: "La Mediación como método alternativo de gestión de conflictos y su aplicación en el ámbito asegurador" 2011/2012
- 157.- Mireia Arenas López: "El Fraude en los Seguros de Asistencia. Asistencia en Carretera, Viaje y Multirriesgo" 2012/2013
- 158.- Lluís Fernández Rabat: "El proyecto de contratos de Seguro-IFRS4. Expectativas y realidades" 2012/2013
- 159.- Josep Ferrer Arilla: "El seguro de decesos. Presente y tendencias de futuro" 2012/2013
- 160.- Alicia García Rodríguez: "El Cuadro de Mando Integral en el Ramo de Defensa Jurídica" 2012/2013
- 161.- David Jarque Solsona: "Nuevos sistemas de suscripción en el negocio de vida. Aplicación en el canal bancaseguros" 2012/2013
- 162.- Kamal Mustafá Gondolbeu: "Estrategias de Expansión en el Sector Asegurador. Matriz de Madurez del Mercado de Seguros Mundial" 2012/2013
- 163.- Jordi Núñez García: "Redes Periciales. Eficacia de la Red y Calidad en el Servicio" 2012/2013
- 164.- Paula Núñez García: "Benchmarking de Autoevaluación del Control en un Centro de Siniestros Diversos" 2012/2013
- 165.- Cristina Riera Asensio: "Agregadores. Nuevo modelo de negocio en el Sector Asegurador" 2012/2013
- 166.- Joan Carles Simón Robles: "Responsabilidad Social Empresarial. Propuesta para el canal de agentes y agencias de una compañía de seguros generalista" 2012/2013

- 167.- Marc Vilardebó Miró: "La política de inversión de las compañías aseguradoras ¿Influirá Solvencia II en la toma de decisiones?" 2012/2013
- 168.- Josep María Bertrán Aranés: "Segmentación de la oferta aseguradora para el sector agrícola en la provincia de Lleida" 2013/2014
- 169.- María Buendía Pérez: "Estrategia: Formulación, implementación, valoración y control" 2013/2014
- 170.- Gabriella Fernández Andrade: "Oportunidades de mejora en el mercado de seguros de Panamá" 2013/2014
- 171.- Alejandro Galcerán Rosal: "El Plan Estratégico de la Mediación: cómo una Entidad Aseguradora puede ayudar a un Mediador a implementar el PEM" 2013/2014
- 172.- Raquel Gómez Fernández: "La Previsión Social Complementaria: una apuesta de futuro" 2013/2014
- 173.- Xoan Jovaní Guiral: "Combinaciones de negocios en entidades aseguradoras: una aproximación práctica" 2013/2014
- 174.- Àlex Lansac Font: "Visión 360 de cliente: desarrollo, gestión y fidelización" 2013/2014
- 175.- Albert Llambrich Moreno: "Distribución: Evolución y retos de futuro: la evolución tecnológica" 2013/2014
- 176.- Montserrat Pastor Ventura: "Gestión de la Red de Mediadores en una Entidad Aseguradora. Presente y futuro de los agentes exclusivos" 2013/2014
- 177.- Javier Portalés Pau: "El impacto de Solvencia II en el área de TI" 2013/2014
- 178.- Jesús Rey Pulido: "El Seguro de Impago de Alquileres: Nuevas Tendencias" 2013/2014
- 179.- Anna Solé Serra: "Del cliente satisfecho al cliente entusiasmado. La experiencia cliente en los seguros de vida" 2013/2014
- 180.- Eva Tejedor Escorihuela: "Implantación de un Programa Internacional de Seguro por una compañía española sin sucursales o filiales propias en el extranjero. Caso práctico: Seguro de Daños Materiales y RC" 2013/2014