

Informe sobre la 29ª Llamada de Consulta de la A2ii y la IAIS

Respuestas de Supervisión al Fraude



Las Llamadas de Consulta de la A2ii son organizadas junto con la IAIS para proporcionar a los supervisores una plataforma de intercambio de experiencias y lecciones aprendidas en la ampliación del acceso a los seguros.

Introducción

El fraude de seguros es un fenómeno que, más tarde o más temprano, enfrenta toda autoridad supervisora y que, si no se hace nada al respecto, puede provocar serios daños a la idoneidad, del mercado asegurador. En esta Llamada de Consulta conversamos con varios supervisores y compartimos el abordaje que usan para lidiar con el fraude: ellos mencionaron el actual estado del fraude en su mercado, cómo lo monitorean, y qué tipo de medidas han tomado para combatirlo.

Los supervisores que compartieron su abordaje fueron:

- Dmitry Chiknizov, Banco de Rusia
- Damian Jaworski y Bartosz Bigaj, Comisión Polaca de Supervisión Financiera (*Polish Financial Oversight Comisión – KNF*), Polonia
- Callum McVean y Kevin Bown, Comisión de Servicios Financieros de Guernsey
- Younes Lammat, Autoridad de Supervisión de Seguros y Previsión Social (*Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociale – ACAPS*), Marruecos
- Una mesa redonda formada por supervisores africanos de habla francesa provenientes de la República Democrática del Congo, Camerún y Burkina Faso (entre otros) compartieron su. Apreciaciones.
- En nombre de la industria, también tuvimos una presentación de Ricardo Tavares de la Confederación Brasileña de Aseguradores, (*Confederação Nacional de Seguradoras – CNseg*).

En 2011 la IAIS elaboró un Documento de Aplicación con normas para Disuadir, Prevenir, Detectar, Informar y Remediar el Fraude en Seguros, que puede encontrarse [aquí](#).

Presentación de Dmitry Chiknizov del Banco de Rusia

Dmitry Chiknizov, que actúa en el departamento de protección al consumidor en el campo de los servicios financieros del Banco de Rusia, compartió la experiencia rusa con el fraude.

Panorama del fraude en el mercado ruso

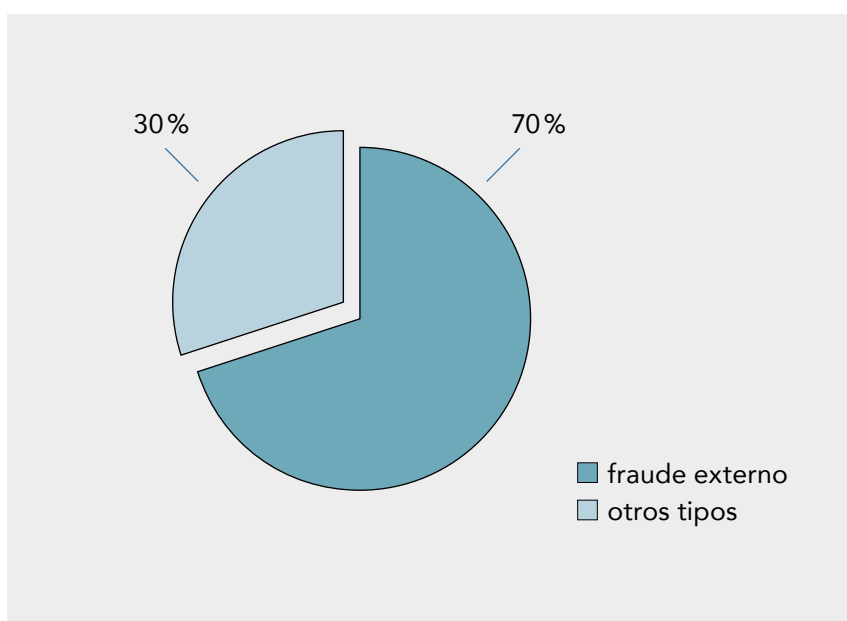
Los principales segmentos del mercado asegurador en Rusia son: el seguro obligatorio de responsabilidad civil del propietario del automóvil (OSAGO), el seguro de vida y salud, seguro de propiedad, seguro voluntario de vehículos (CASCO) y el seguro médico voluntario.

Para describir los diferentes tipos de fraude, el Banco de Rusia utiliza la siguiente clasificación:

- **Fraude interno:** Fraude cometido por el propietario o empleado de la aseguradora.
- **Fraude externo cometido por el asegurado:** Fraude perpetrado por los sujetos directos de un contrato de seguro, cometido con el propósito específico de recibir ilegalmente una compensación de seguro, sobrevalorar la compensación del seguro, o bajar ilegalmente las primas del seguro.
- **Fraude externo cometido por los intermediarios:** Fraude perpetrado por los agentes o corredores de seguros con el principal propósito de recibir beneficios excesivos (a menudo consiste en la apropiación de una parte de las primas de seguros), mediante el suministro de información insuficiente al concluir un contrato de seguro con el asegurado.
- **Fraude externo cometido por proveedores de bienes, trabajo y servicios:** las principales categorías de las contrapartes son sujetos de este tipo de actividad fraudulenta: socios de empresas aseguradoras, talleres de reparación de automóviles, instituciones médicas y aquellas con experiencia social); las contrapartes de las empresas aseguradoras bajo contrato que desean cubrir las necesidades administrativas y económicas de las aseguradoras.
- **Fraude mixto:** Es el fraude que combina elementos del fraude interno con elementos de cualquiera de los supramencionados tipos de fraude externo.

En Rusia, el fraude más común es el externo, cometido por personas aseguradas y beneficiarios que responden por cerca de 70 % de todos los casos de fraude registrados. El fraude registrado en la proporción más baja es la violación perpetrada por los proveedores de bienes, servicios y trabajo.

En los últimos años, el segmento considerado más problemático en el mercado de seguros ruso es el seguro automotor, debido a su susceptibilidad al fraude.



En los seguros automotores existen muchas formas de fraude, entre ellos:

- Dramatización de accidentes de tránsito;
- Aumento deliberado del grado de daño provocado al vehículo;
- Suministro de información falsa al contratar una póliza;
- Secuestro escenificado del vehículo;
- Falsificación de los documentos provistos a causa de siniestros viales al confirmar la ocurrencia de un evento asegurado;
- Término del contrato de seguro después de la ocurrencia del evento. (La frecuencia con que se usa este esquema ha aumentado desde enero de 2017, después de la venta obligatoria de pólizas OSAGO en formato electrónico). El rápido procesamiento de las pólizas de OSAGO a través de la Internet permite que los aseguradores abusivos minimicen el lapso de tiempo entre el accidente de tráfico y la conclusión del contrato de seguro;
- Uso de pólizas de seguro falsificadas;
- Aumento de la compensación con la participación de los “abogados vehiculares”.

Respuestas para contrarrestar el fraude

Existen medidas regulatorias cuyo propósito es identificar, combatir y prevenir el fraude de seguros, entre las cuales está la adopción de importantes actos regulatorios legales, la implementación de mecanismos de monitoreo y la supervisión del cumplimiento por los participantes del mercado. El Banco de Rusia también establece mecanismos de interacción con otros reguladores y agencias de las fuerzas del orden para mejorar la efectividad de las medidas para contrarrestar el fraude.

También se han tomado medidas al nivel de las organizaciones y asociaciones profesionales, así como políticas y medidas domésticas para contrarrestar el fraude al nivel de las empresas de seguros individuales.

A pesar de que el Banco de Rusia no cuenta con un derecho formal para implementar una iniciativa legislativa, frecuentemente el regulador ha presentado propuestas para introducir cambios en la actual legislación sobre seguros, especialmente en el ramo del seguro automotor obligatorio. Aunque gran parte de la iniciativa no está directamente orientada a contrarrestar el fraude, ésta tiene, sin embargo, un efecto indirecto en la reducción del predominio de los esquemas fraudulentos.

El Banco de Rusia opera en tres áreas principales:

1. En 2017 introdujo que la reparación del vehículo dañado tenía prioridad sobre el pago del seguro en el segmento del seguro automotor obligatorio. Esta iniciativa implica un cambio en el abordaje de los abogados automotores interesados en reclamos para obtener compensaciones de los seguros, ya que ahora se interesan por los reclamos de compensaciones por la mala reparación del vehículo. Por consiguiente, la eliminación del componente monetario redujo el interés de los estafadores en el segmento del seguro automotor obligatorio.

2. La iniciativa del Banco de Rusia de atrasar en 72 horas el inicio de la validez de la póliza de seguro automotor obligatorio electrónica es una medida que permitirá luchar contra los estafadores que contratan una póliza de seguros *a posteriori*, o sea, después del accidente;
3. Propuesta del Banco de Rusia de destacar los sitios web de los aseguradores legales en el segmento del seguro automotor obligatorio: el motor de búsqueda ruso Yandex marcará los sitios web de las aseguradoras que venden pólizas electrónicas oficialmente. Esta medida permitirá luchar contra los estafadores de Internet que “clonan” sitios de aseguradoras para vender pólizas falsas.

Funciones de coordinación e información

El Banco de Rusia emprende diversas iniciativas para asegurar la lucha coordinada contra el fraude:

- Interactúa con diversos actores en el mercado de seguros, incluso con las asociaciones profesionales de aseguradores y aseguradores individuales, así como las fuerzas del orden y agencias gubernamentales para contrarrestar el fraude de seguros.
- Coopera con las fuerzas del orden y órganos ejecutivos, especialmente en reuniones interdepartamentales, así como a través del intercambio de experiencias y realizando seminarios y conferencias sobre problemas relacionados al fraude de seguros.
- También realiza tareas de coordinación con los órganos judiciales participando en reuniones de los tribunales regionales e intercambiando experiencias sobre temas inherentes al fraude de seguros, y asistiendo en el trabajo realizado por la Corte Suprema para explicar e interpretar la ley en materia de seguros.

El regulador implementa acciones para mantener informados a los asegurados sobre problemas de fraude de seguros.

=====
 Para solicitar respuesta a cualquier pregunta sobre la presentación del Sr. Dmitry Chiknizov, por favor entre en contacto directo: chiknizovdv@cbr.ru
 =====

Presentación de Damian Jaworski y Bartosz Bigaj de la Comisión Polaca de Supervisión Financiera (KNF), Polonia

La Comisión Polaca de Supervisión Financiera (KNF), es una autoridad integrada, responsable por la supervisión de todo el mercado financiero, que opera fuera del Banco Central de Polonia. El Sr. Jaworski es responsable por la cooperación internacional, especialmente por el ramo de seguros. El Sr. Jaworki también ocupa el cargo de coordinador de la IAIS para la región de Europa Central y Oriental y el Cáucaso Meridional. El Sr. Bigaj es un experto en Unidad del Departamento Internacional de Análisis, responsable por el sector de seguros.

Como el fraude ocurre comúnmente en todas las jurisdicciones de la CEET, las experiencias generales de la KNF podrían aplicarse también en otros países.

No existe ninguna definición universal o general del fraude. No obstante, el Comité Europeo de Seguros (CEA) lo ha definido como sigue

Acción u omisión relativa a la celebración de un contrato de seguros o a un reclamo destinado a obtener un enriquecimiento injustificado para el estafador u otra parte, o que causa una pérdida a otra parte.

Posteriormente, después de que la CEA se transformó en *Insurance Europe*, la definición fue actualizada y dividida en tres tipos de fraude distintos, para diferenciar su naturaleza:

- *suministrar información falsa o incompleta en solicitudes de seguros o en las respuestas de un formulario de propuesta de seguros;*
- *presentar un reclamo por una pérdida basado en hechos falsos o engañosos, lo que incluye la exageración de un reclamo genuino; y*
- *actuar de forma engañosa o falaz en la interacción con una aseguradora con el fin de obtener un beneficio.*

El fraude de seguros se aplica tanto a los seguros de vida como de no vida, y pueden cometerlo prácticamente todas las partes involucradas en el proceso asegurador (consumidores, terceros, intermediarios, empleados de aseguradoras, etc.).

El fraude afecta negativamente a todas las partes del mercado:

- En lo que atañe a las **aseguradoras**, aumenta el valor de las compensaciones pagadas, reduce su liquidez financiera, implica riesgos a su reputación, y obstaculiza su capacidad de atender precisa y rápidamente los reclamos genuinos.
- Para los **clientes** conlleva a primas más altas y procedimientos de liquidación más prolongados.
- Para la **sociedad** implica que estos hallazgos pueden ser utilizados para otras actividades criminales, aumenta los costes de las investigaciones y enjuiciamientos y, en general, incrementa la inseguridad

Por no existir estadísticas completas sobre el fraude en seguros, resulta muy difícil elaborar una idea clara sobre el mismo en las regiones de Europa Central y Oriental, y del Cáucaso Meridional (CEET). Algunas Fuentes de estadísticas no las diseminan públicamente. Sin embargo, los datos disponibles sugieren que los retos inherentes al fraude son bastante similares en todos los países de Europa Central y Oriental, y del Cáucaso Meridional.

Observamos que en Polonia se produjo una baja generalizada entre 2016-2017 en los fraudes cercana a 28 en no vida y 12 en seguros de vida, No obstante, los montos reclamados han aumentado debido a los precios de los seguros automotores y los costos de las reparaciones, lo que ha resultado en delitos de seguros más sofisticados, para obtener mayores ganancias individuales por ocurrencia, en vez de por número de casos.

La tasa de fraudes en los seguros no vida es más alta (8x más casos) que en los seguros de vida. En vida, los fraudes más comunes son fraudes de seguros relacionados a la causa de la muerte (ejemplo, informar una causa del fallecimiento diferente a la real). En no vida, 50% corresponden a fraudes relacionados a seguros automotores, de los cuales 30% son sobre el seguro obligatorio y 20%, sobre el voluntario.

Se presentaron dos ejemplos de fraudes de seguros en larga escala: Hubo fraudes generalizados cometidos por agentes de seguros, en que los agentes cerraban contratos de seguros de vida con conocidos simplemente para recibir la comisión de las aseguradoras, y después la persona asegurada dejaba de pagar la prima. En 2015 el gobierno de Polonia promulgó una Ley del Negocio de Seguros y Reaseguros que exigía que las aseguradoras repartiesen los gastos incurridos con las comisiones de los agentes proveniente de seguros de vida a través del tiempo, con los fondos de capital de seguros. Esta medida bajó la tasa de criminalidad.

Otro ejemplo es un incidente único en el que se buscó compensación por el incendio de un camión de remolque que supuestamente transportaba autos de lujo. El reclamo de 40 millones de zlotys fue rechazado después que una inspección más profunda determinara que los vehículos estaban destrozados antes de iniciarse el fuego.

Los siguientes patrones de fraude son muy comunes en seguros automotores:

1. Accidentes de tránsito causados de forma deliberada por conductores que actúan en coordinación (se espera que la compensación pagada sea mayor a la pérdida)
2. El uso de un vehículo dañado como prueba de un supuesto accidente que no es real
3. Costos ficticios o injustificados en relación al accidente
4. Presentar una solicitud de pago como compensación por un seguro contra accidentes o robo luego de un robo de vehículo ficticio
5. Denunciar el mismo daño al vehículo en dos aseguradoras diferentes (a pesar de que la ley polaca no permite múltiples contratos de seguros automotores a terceros). Esto ha sido mitigado a través del uso de una base de datos común.

Cómo se combate el fraude de seguros

En Polonia, se toman las siguientes medidas:

<p>Iniciativas de capacitación</p>	<ul style="list-style-type: none"> › Seminario regular a nivel nacional. "Cooperación entre la policía, las empresas de seguros otras instituciones del mercado de seguros en el área de prevención, publicación y lucha contra el delito en seguros" para representantes de la policía, de instituciones financieras, autoridades locales y nacionales, miembros de la KNF, etc.
<p>Intercambio de información</p>	<ul style="list-style-type: none"> › Europol e Interpol, así como oficiales de enlace de agencias de las fuerzas del orden en otros países
<p>Plataforma del Fondo de Garantía de Seguros</p>	<ul style="list-style-type: none"> › Actualmente en etapa piloto, se lanzará este año en base a información que se está recopilando del sector de seguros. › Participantes de todas las áreas de la industria pueden unirse a la plataforma (ofrecer y recibir datos) › Intercambio de información sobre los riesgos de los contratos de seguros las resoluciones de los reclamos, como ser, la prevención de múltiples reclamos sobre un mismo siniestro
<p>KNF (Comisión Polaca de Supervisión Financiera)</p>	<ul style="list-style-type: none"> › Realiza sondeos sobre el fraude de seguros, con la cooperación de las aseguradoras › Conferencias del Centro de Capacitación para Participantes del Mercado (CEDUR) para instituciones financieras › Supervisión de la organización del sistema de control interno y de la unidad de auditoría interna en empresas de seguros › Como parte del marco de evaluación de riesgo (BION), la KNF analiza la tasa de fraude de seguros en relación con el resultado total de la evaluación. En caso de que se detecten problemas, la KNF solicita medidas correctivas.
<p>Cámara Polaca de Seguros</p>	<ul style="list-style-type: none"> › La Cámara Polaca de Seguros realiza estudios sobre el fraude de seguros › Anualmente se publican informes sobre el fraude de seguros › El sondeo incluye a todas las empresas de seguros (tanto las que son empresas polacas como las que son sucursales de empresas de seguros extranjeras) › En 2016 se recibieron respuestas de casi todas las empresas de seguros que operan en Polonia

Con respecto al futuro, la KNF anticipa un cambio significativo en los hábitos de los consumidores como consecuencia de la economía virtual, lo que también implica que habrá nuevos desafíos para la supervisión, y combate al fraude de seguros:

- Uso de redes sociales, consumo colaborativo, o los llamados “seguros basados en el uso”
- Nuevos canales de comunicación entre las aseguradoras y los asegurados
- Ciberseguridad, es decir, el robo de la identidad de los asegurados
- Nuevas soluciones antifraude
- Nuevos requerimientos para las aseguradoras

=====
 Cualquier pregunta sobre el documento de debate de la Autoridad de Conducta Financiera y los proyectos piloto, incluyendo los conjuntos de datos, diríjala al Sr. Damian Jaworski a: [Jaworski Damian <Damian.Jaworski@knf.gov.pl>](mailto:Damian.Jaworski@knf.gov.pl) o Bartosz Bigaj [<Bartosz.Bigaj@knf.gov.pl>](mailto:Bartosz.Bigaj@knf.gov.pl)
 =====

Presentación de Callum McVean y Kevin Bown, de la Comisión de Servicios Financieros de Guernsey

Callum McVean (Subdirector de la División de Cumplimiento) y Kevin Bown (Subdirector de la División de Inteligencia) expusieron las experiencias de la Comisión de Servicios Financieros de Guernsey (GFSC, por sus siglas en inglés). La pregunta principal sobre la que basan su exposición es: “¿Cómo se combate el fraude si no se poseen facultades penales?”

La GFSC no posee facultades penales para investigar o litigar delitos (ya sea fraude externo cometido por clientes o fraude interno contra los clientes). Lo que la GFSC hace es investigar si las aseguradoras implementan los controles necesarios para prevenir y mitigar el fraude cuando ocurre. Además, también investiga a las empresas cuando los controles han fallado. La GFSC utiliza facultades civiles para sancionar tanto a las empresas como a los individuos, a través de sanciones económicas y órdenes prohibitivas.

Estableciendo enlaces directos con la policía, la GFSC los asiste suministrándoles informaciones específicas sobre el fraude; compartiendo datos también más extensamente a través de la Red nacional de Información sobre Delitos Financieros.

La GSFC llama la atención del público sobre fraudes mediante la publicación de avisos de advertencia (ver abajo para obtener más información) en su sitio web cuando identifican tendencias en los fraudes – que comúnmente se identifican elaborando revisiones temáticas en las empresas, en la búsqueda de brechas potenciales en sus controles de prevención al fraude.

Cuando ocurre un fraude en una empresa, la GFSC toma en cuenta los controles y mecanismos que dicha empresa opera y evalúa si fueron apropiados para prevenir el fraude. Concomitantemente con las investigaciones criminales que puedan estar en curso contra los sospechosos de fraude, la GFSC conduce investigaciones civiles. Por ejemplo, un director condenado por fraude no podrá desempeñarse como tal en el futuro.

Al establecer un enlace con las fuerzas del orden, la GSFC tiene un memorándum de entendimiento con la Unidad de Inteligencia Financiera para compartir información sobre sospechas de delitos financieros. Junto con la Unidad de Inteligencia Financiera han establecido una comisión conjunta que se dedica a discutir casos de interés mutuo, incluidas las sospechas de conducta fraudulenta. Esto ofrece un panorama más completo del fraude y permite evitar que se dupliquen esfuerzos, lo que ocurriría cuando dos autoridades realizaban las mismas investigaciones.

La Red de Información de Delitos Financieros es una red del Reino Unido que depende de la Autoridad de Conducta Financiera, que agrupa a muchos organismos de las fuerzas del orden y reguladores. Ofrece una alerta temprana al resto de los miembros al detectar un nuevo tipo de fraude potencial, alertando además sobre casos específicos. Pueden compartir información sobre los distintos tipos de fraude que están ocurriendo.

La GFSC emite comunicados de alerta a través de su sitio web para advertir a los consumidores sobre posibles empresas o individuos ficticios que solicitan información o simulan ofrecer servicios. También emiten alertas genéricas para advertir a los consumidores sobre distintos tipos de fraude, como ser la suplantación de identidad telefónica, entre otros.

El propósito de las revisiones temáticas realizadas por la GFSC es identificar si las empresas son vulnerables en ciertas áreas específicas, como la exposición al delito financiero. Las lecciones de estas revisiones se utilizan a continuación para enseñar a las empresas cómo proceder para mejorar sus sistemas y controles.

El Sr. McVean también mencionó dos estudios de caso en los que intervino la GFSC:

Estudio de caso N° 1

Una empresa fiduciaria local detectó que un director había cometido fraude durante un período de 3 años, trabajando con dinero de los clientes sin realizar los controles necesarios sobre las transferencias de dinero. Finalmente, la persona fue descubierta por sus colegas. Las fuerzas del orden se encargaron del asunto, y el director fue sentenciado a dos años de prisión. La GFSC condujo una inspección de campo en la empresa para evaluar sus políticas y procedimientos. No se detectaron nuevos incidentes, pero se notó que los sistemas y controles eran deficientes, lo que también derivó en fallas regulatorias generalizadas. Se le aplicó una multa de 70.000 libras esterlinas y la empresa tuvo que implementar acciones correctivas sustanciales.

Estudio de caso N° 2

Como parte de una revisión temática, se realizó una inspección de campo en una aseguradora local. En un principio, esto sirvió para identificar serias inquietudes respecto del cambio de clientes entre productos sin una razón lógica que lo justificase. El asunto fue elevado para su investigación a la División de Cumplimiento de la GFSC. Luego de evaluar los archivos de los clientes, se vio claramente que un director de la empresa corredora había tomado dinero de los clientes por productos, pero no los había comprado, sino que se había quedado con el dinero. Esta información fue remitida a las fueros del orden.

Se decidió continuar investigando las fallas regulatorias cometidas por el corredor, y las fuerzas del orden realizaron una investigación penal a la vez que la GFSC se encargó de la investigación civil. La GFSC ha señalado que cuando se identifica una instancia de fraude en una empresa, esto sirve de indicador de que hay otros problemas.

El director fue sentenciado a 4 años de prisión por fraude. También se descubrió que ese mismo director había vendido productos financieros de forma engañosa, y ofrecido consejos financieros basados en motivos personales. Como resultado, se le prohibió de por vida ejercer como director de cualquier tipo de institución financiera.

Conclusión

En conclusión, la experiencia de la GFSC se centra en las siguientes lecciones:

1. Los reguladores que no poseen facultades penales pueden combatir el fraude.
2. Donde se detecta la ocurrencia de un fraude, es común encontrar otro tipo de fallas regulatorias.
3. Es esencial que los reguladores, las fuerzas del orden y las empresas compartan la información.

=====
Cualquier pregunta sobre la presentación GFSC pueden enviarse por email al Sr. Callum McVean o al Sr. Kevin Bown: cmcvean@gfsc.gg o kborn@gfsc.gg
=====

Presentación del Sr. Younes Lammat de la Autoridad de Supervisión de Seguros y Previsión Social de Marruecos (ACAPS)

Con el desarrollo del sector de seguros automotores en Marruecos, la ACAPS ha detectado un correlato en el aumento de casos de fraude. Por esta razón, se ha convertido en un tema central para el organismo. Las primeras investigaciones formales arrojan que es posible que hasta un 21% de las pérdidas en seguros automotores se deban a reclamos fraudulentos.

Tras buscar una definición del fraude de seguros, la ACAPS decidió adoptar la de la IAIS, es decir, que es una acción voluntaria que permite a las personas obtener una ganancia ilegítima a través de un contrato de seguros. El fraude atañe a todas las partes de la cadena de valor de los seguros, comenzando por la suscripción. El fraude puede ser tanto interno (cuando los empleados efectúan o permiten el fraude) como externo (cuando son los mismos clientes quienes cometen el fraude).

Jurídicamente, el fraude se basa en dos conceptos legales: falsificación y estafas. Para la ley marroquí, la pena para estos dos tipos de delitos es grave, ya sea a través de multas o de un proceso judicial que puede incluir sentencia de prisión, con penas más duras para reincidentes. Si se demuestra que alguien mintió en sus contratos, la aseguradora siempre tiene el derecho de cancelarlos.

El rol de las aseguradoras es fundamental para el abordaje de la ACAPS, ya que éstas son los actores principales en la lucha contra el fraude. Todas las empresas del mercado deben organizarse para compartir información de calidad con todo el mercado. Las aseguradoras deben implementar medidas que permitan prevenir, detectar y combatir el fraude, y, para lograrlo, es esencial contar con sistemas de tecnología de la información robustos que permitan realizar las investigaciones pertinentes.

La legislación también requiere controles internos para todas las aseguradoras. Esta función interna debe monitorear todos los riesgos que pueden presentarse, ya que el fraude es una parte sustancial del riesgo. Al momento de delinear los riesgos, las aseguradoras deben demostrar qué están haciendo para combatir el riesgo. El fraude es parte del marco de riesgo operativo de una empresa.

También es importante entrenar y educar a las empresas socias de las aseguradoras. Todos los actores de la cadena de valor deben tener en claro dónde están los riesgos, pero también deben conocer las consecuencias de cometer fraude, y poder acceder a las estrategias para identificar y prevenirlo.

La autoridad supervisora juega un papel muy importante en la lucha contra el fraude. El supervisor debe investigar para determinar si las aseguradoras cuentan con las herramientas y los recursos necesarios para combatir el fraude y si están al tanto de su importancia. El supervisor debe investigar los controles internos y poner a prueba su rigurosidad. También puede armar una base de datos para compilar información sobre casos de fraude.

La lucha contra el fraude también es importante para prevenir que los consumidores paguen primas más altas a causa de este tipo de comportamiento delictivo. Sin embargo, la lucha contra el fraude no puede llevarse adelante en detrimento de los consumidores legítimos, por ejemplo, cuando se niega el pago de reclamos en caso de sospechas (que pueden no estar fundamentadas).

=====
 Para más preguntas sobre el abordaje de la ACAPS, por favor, póngase en contacto con el Sr. Lammat escribiéndole a younes.lammat@acaps.ma
 =====

Mesa redonda sobre el fraude en países africanos de habla francesa

Robert Matungala (República Democrática del Congo): En la actualidad existen muchos riesgos en la RDC que se aseguran fuera del país, pero no por entidades licenciadas en la RDC. Una de las prioridades de la Autoridad de Regulación y Control de Seguros (ARCA, por sus siglas en francés) es combatir esta práctica y eliminarla, por considerarla un fraude. Por el contrario, todos los riesgos deberían ser cubiertos por la empresa nacional de seguros de RDC. ARCA no posee información sobre el alcance del fraude entendido según la definición de la IAIS.

Francis Yannick Zambo Zambo (Camerún): En Camerún, el fraude tiene impacto sobre las empresas y los clientes (en términos de pérdida de confianza). El seguro automotor a terceros es obligatorio en Camerún, y se fijó un precio mínimo de acuerdo con estándares actuariales. Sin embargo, varios actores del mercado lo están vendiendo a una prima más baja para atraer clientes. Estas tarifas más bajas que las permitidas no sólo constituyen competencia desleal, sino que también generan problemas a largo plazo en la salud financiera de las empresas.

Además, existe el mismo problema que en la RDC, ya que muchas primas se van de Camerún a empresas extranjeras. Esto sucede a través de la práctica de "fronting", por la que se cobran reaseguros excesivos en el exterior, pero también a través de seguros directos, cuando los productos se venden a través de la frontera en contra de la regulación. (Pueden encontrar más información sobre fronting en el Informe de Consulta sobre Reaseguros de la A2ii en este [link](#))

En Camerún, también son comunes los reclamos falsos o exagerados para cometer fraude en un sentido más clásico.

Sylvie Carine Zongo (Burkina Faso): Sin duda alguna también se cometen fraudes en Burkina Faso pero, por falta de estudios formales aún no se ha identificado su alcance. Es bastante común en seguros de salud o automotores, y con frecuencia se da en forma de reclamos fraudulentos. En primera instancia, la autoridad supervisora lo está combatiendo ofreciendo información sobre el fraude en las comunicaciones a los clientes destinadas a alentarlos a contratar seguros. En segundo lugar, los supervisores trabajan con la policía (para los fraudes de seguros automotores) y solicitan a los intermediarios que denuncien abiertamente el fraude siempre que sea posible. Cuando el fraude es alto, las sospechas por parte de las aseguradoras también afectan negativamente a los clientes con reclamos legítimos, una situación para nada deseable.

Presentación de Ricardo Tavares, Confederación Brasileña de Seguros, CNseg

Un panorama de la Confederación Brasileña de Seguros

La Confederación Brasileña de Seguros (CNseg) se compone de cuatro Federaciones: la Federación Nacional de Seguros Generales (FenSeg); la Federación Nacional de Previsión Privada y Vida (FenaPrevi); la Federación Nacional de Salud Complementaria (FenaSaúde) y la Federación Nacional de Capitalización (FenaCap).

En 2003 se contrató a la consultora A.T. Kearney para realizar un diagnóstico general del fraude en Brasil. Como resultado del contrato, se desarrolló una estrategia para lidiar con el fraude. Se estableció una estructura robusta, compuesta por un director, tres gerentes y varios empleados dedicados a este tema. Esta estructura permitió realizar actividades como capacitar a corredores y aseguradoras sobre el tema del fraude y sus consecuencias, campañas educativas sobre el fraude, destinadas al público en general, que incluían afiches con los números de líneas de ayuda telefónica para denunciar casos de fraude. También se imprimieron folletos que incluían indicadores de irregularidades y recomendaciones para las empresas de seguros sobre cómo prevenir el fraude. Además, se desarrolló un sistema para cuantificar el fraude, a partir de datos provistos por las mismas aseguradoras, que genera indicadores de fraudes, tales como fraudes detectados, fraudes investigados y fraudes confirmados. Este sistema posibilita la medición de lo que está pasando en el mercado.

Un estudio de mercado realizado en 2004 y en 2010 también reveló patrones interesantes sobre el problema del fraude entre el público. El objetivo del estudio era identificar la tendencia de los ciudadanos a cometer fraude y qué opinan los asegurados sobre los seguros y el comportamiento de las aseguradoras.

En 2015, la FenSeg también alcanzó un hito clave al establecer una reestructuración del área para prevenir y combatir el fraude, mediante la implementación de procedimientos que continúan en vigor hasta la fecha.

En la actualidad esta nueva estructura, compuesta por un gerente, un analista senior, un analista semi-senior, un analista junior y un asesor externo del Departamento Jurídico Penal estrechamente vinculado con la CNseg pero que depende directamente de la FenSeg. En términos de información, la estructura es capaz de cruzar informaciones usando los registros de bases de datos provenientes de:

- Registros policiales de accidentes de tránsito
- Datos electrónicos de "disque denuncia", un número de ayuda telefónica para denunciar fraudes en el estado de Río de Janeiro
- Registro Nacional de Siniestros (RNS), que contiene los siniestros reportados diariamente por las aseguradoras
- Registro Nacional de Pólizas Automotores (RNPA), que contiene las pólizas emitidas diariamente por las aseguradoras

- Actualizaciones diarias de la base de datos de los vehículos fabricados en Brasil
- Datos históricos de los casos investigados, entre otros.

Esto le permite a los analistas identificar si un vehículo presenta o no irregularidades, además de recurrir a la base de datos de vehículos robados o devueltos, recuperados por la policía.

La posibilidad de cruzar la información de la patente del vehículo, el documento de identificación fiscal del ciudadano (conocido como CPF) o el número de identificación de la empresa (conocido como CNPJ), y el número de identificación vehicular (VIN), ayuda a identificar cualquier tipo de fraude automotor.

También se monitorea a grupos para identificar si alguno de sus miembros está intentando obtener ganancias o beneficios a través de los seguros por medio de cualquier otro tipo de actividad ilegal.

Con respecto al uso de la tecnología para monitorear el fraude, en 2017 la CNseg invitó a cinco proveedores tecnológicos (IBM, SAS, Oracle, FICO y SAG) para implementar una herramienta de predicción del fraude. La solución de SAS fue la ganadora. A través de una conexión entre diferentes redes y clústers, el sistema utiliza la minería de datos para filtrar información de distintas bases de datos y generar una lista de reclamos sospechosos. A continuación el área elabora un análisis investigativo para determinar, con la confirmación de las aseguradoras, cuáles son casos de fraude y cuáles no. Se comparten las sospechas de fraude con las aseguradoras que devuelven la información, estableciendo así un circuito de retroalimentación en el que se repite el mismo ciclo cada vez que llega un nuevo caso. A través del uso de inteligencia artificial (aprendizaje automático), la herramienta puede alertar sobre un reclamo que está siendo investigado o si un caso está bajo consideración, o marcar el incidente como un caso de fraude. La herramienta misma envía una alerta cuando existen grandes posibilidades de que un reclamo sea fraudulento.

En 2017, la detección de fraudes confirmados creció en términos relativos de 1,8% en 2016 a 2,2% en 2017.

=====
 Cualquier pregunta sobre la presentación del Sr. Ricardo Tavares, por favor, envíela a ricardo.tavares@cnseg.org.br
 =====

Preguntas del público

- › **¿Puede explicar un poco más sobre el diseño del Fondo de Garantía de Seguros de Polonia?**

El Fondo de Garantía de Seguros de Polonia es una autoridad semigubernamental, constituida sobre la base de la ley que establece seguros obligatorios, con el mandato de servir como fondo de garantía para muchos tipos de quiebras de empresas, además de ser una plataforma que permite compartir información.

Una función particular que cumple es que, ante una situación en la que una persona sufre heridas en un accidente automotor, y no se puede identificar al autor (como en el caso de un choque seguido de fuga, por ejemplo), el fondo se ocupa de cubrir los gastos de la víctima. Esto forma parte de un esfuerzo social del estado de proteger a las personas.

Sin embargo, hay límites cuanto a los montos y tipos de cobertura de este fondo. Podrán encontrar más información [aquí](#).

- › **Existe una conexión muy fuerte entre conducta de mercado y fraude. ¿Cómo se establecen controles al respecto, en particular en el caso de las empresas Fintech?**

La KNF evalúa asuntos de conducta de mercado como parte del riesgo operativo en su marco de evaluación del riesgo. Para las empresas Fintech, la KNF realiza inspecciones de campo con expertos que evalúan su conducta para verificar que utilicen sus sistemas y herramientas de forma tal que sirva para prevenir los riesgos asociados al ciberdelito.

La GFSC logra hacerlo por formar parte de la Red de Información de Delitos Financieros, a través de la cual comparte información sobre nuevas amenazas.

- › **¿En el Código Penal, se define de manera explícita el fraude de seguros o se lo describe de manera más general?**

En Guernsey, el delito de fraude es un delito general, no está relacionado específicamente con los seguros (como la malversación de fondos, etc.). Sin embargo, como la GFSC no tiene facultades penales, siempre va a actuar a través de los canales civiles.

En Polonia, el fraude es parte de una estipulación del código penal. También hay delitos civiles, como en el caso de un agente que no responde a sus deberes profesionales.

- › **¿Cómo se garantiza la confidencialidad de la información delicada que comparten las entidades?**

La CNSeg, en tanto entidad que trabaja junto con las aseguradoras, reconoce que este es un tema delicado. Como resultado, los empleados han firmado un acuerdo de confidencialidad que permite compartir la información. Cualquier incumplimiento con dicho acuerdo quedará sujeto a sanciones civiles y penales. Esto garantiza la confidencialidad de los datos compartidos entre las entidades involucradas. Además, debido al uso de tecnología para detectar el fraude, la CNSeg ha garantizado que no se transferirán los datos.

› **¿Existen en Brasil casos en los que se haya intentado modificar la protección de la información de los clientes?**

Recientemente, el Congreso aprobó, y el presidente ratificó una nueva ley que regula la protección de los datos personales. Además, ya sea que se alerte sobre algún caso fraudulento o se sospeche que algún individuo ha cometido fraude, en ningún caso se divulga el intercambio de información ni se la utiliza para suscribir el riesgo. El fraude solo pasa al dominio público cuando queda demostrado judicialmente. Más allá de esto, los asuntos son tratados internamente, en la propia CNSeg.

› **¿Es una desventaja que las aseguradoras no consideren más económico lograr que un defraudador desista de la pérdida, comparado al costo que representa investigar y procesar judicialmente un caso de fraude?**

Para las aseguradoras sería menos costoso que un defraudador renuncie al reclamo y, por ende, no se necesite hacer ningún tipo de tarea que puedan generar gastos a cualquier aseguradora.

Además, la CNSeg busca lidiar con casos que conciernen a un grupo que afecte a más de una aseguradora, antes que dedicarse a casos aislados de un defraudador contra una aseguradora particular.

Esta iniciativa se lleva a cabo mediante la asociación de:



Con el auspicio de:



Iniciativa de Acceso a los Seguros
Patrocinada por el Sector del Proyecto
de Sistemas Financieros de GIZ
Enfoques para los Seguros
Deutsche Gesellschaft für Internationale
Zusammenarbeit (GIZ) GmbH
Dag-Hammarskjöld-Weg 1-5
65760 Eschborn, Germany

Teléfono: +49 61 96 79-1362
Fax: +49 61 96 79-80 1362
E-mail: secretariat@a2ii.org
Internet: www.a2ii.org



Promoviendo el acceso a los seguros responsables e inclusivos para todos.