



Informe

VIII Mapa AXA del Fraude en España

Entidad AXA España
Fecha marzo 2021

El VIII mapa AXA del Fraude en España analiza cómo ha evolucionado el fraude al seguro en uno de los contextos sociales y económicos más complejos de la historia reciente del país, consecuencia de la pandemia de la Covid19 que se está sufriendo.

La crisis sanitaria está derivando en una recesión económica de la que se tardará un tiempo en salir. La profunda caída del PIB, el fuerte incremento del déficit público, el aumento de la tasa de paro y la reducción de la confianza del consumidor derivada de la Covid19 va a crear unas condiciones que, podría trasladarse, como en ocasiones anteriores, a un aumento de los casos de fraude al seguro. De hecho, en los años posteriores a la última crisis económica de 2008, los intentos de fraude al seguro se multiplicaron por dos. No obstante, el escenario ahora es diferente ya que, si las previsiones económicas se cumplen, la economía española volverá a crecer en la segunda mitad del año mejorando las perspectivas y relajando la tensión sobre, especialmente, el fraude ocasional.

Por otra parte, a diferencia de la última crisis económica, en la actual se está observando un cambio en el patrón de comportamiento de las personas (nuevas formas y frecuencia de movilidad, nuevos espacios de trabajo derivados del confinamiento, etc.) y de las empresas; lo que lleva aparejado un cambio de los riesgos a los que se exponen, y de la siniestralidad. Y todo ello es muy importante tenerlo en cuenta para que la lucha contra el fraude sea más efectiva.

Cabría señalar, a modo de ejemplo, las grandes posibilidades que abre para el cliente y los nuevos desafíos que supone para el sector la videoperitación. Este servicio consiste en la utilización de una herramienta informática que posibilita al perito poder realizar de forma remota la inspección ocular y las gestiones propias de su profesión sin necesidad de visita presencial. Con el asegurado ubicado en el lugar de inspección, y mediante el empleo de un dispositivo móvil (normalmente un smartphone), se establece una comunicación audiovisual en tiempo real, así como la transferencia de imágenes y vídeos, para poder evaluar el riesgo, los daños, o la actuación de un profesional sin la presencia física del perito. Solo en los cinco primeros meses de 2020, los más duros de la pandemia, AXA empleó esta fórmula en 2.724 siniestros No Auto, un 220% más que en el mismo periodo del año anterior.



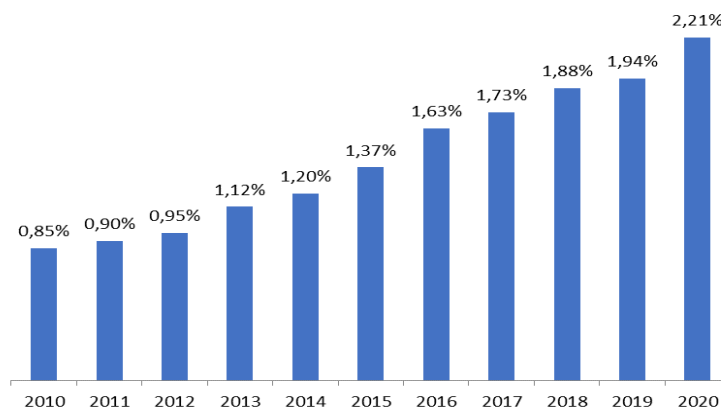
Todo apunta a que la videoperitación crecerá exponencialmente en los próximos años, lo que obligará a redoblar esfuerzos en la lucha contra el fraude en un proceso que hasta el confinamiento derivado de la pandemia solo había comenzado a dar sus primeros pasos.

De ahí la importancia de redoblar los esfuerzos en los próximos años para evitar la comisión de un delito que, en ocasiones, no es considerado como tal entre grandes capas de la población, pero que puede acarrear penas de cárcel para quienes los cometen. El informe trata de transmitir y concienciar a la sociedad del grave perjuicio que supone esta práctica. Un perjuicio que, de forma directa, tiene efectos en el precio de los seguros; pero que además puede generar otros efectos perniciosos directos a aquellas personas que los llevan a cabo, derivados de la comisión de un delito punible.

Este análisis, el más exhaustivo y completo realizado por una compañía del sector asegurador del panorama nacional, permiten tomar un pulso tanto cuantitativo como cualitativo de una práctica, en ocasiones, socialmente tolerada. Aunque se podría decir que el volumen de clientes tentados a cometer fraude es muy reducido, y que la gran mayoría de los siniestros son reales, la tasa en España en los últimos diez años ha pasado del 0,85% en 2010, al 2,21% de 2020. Esta tasa se entiende como el cociente de siniestros fraudulentos entre el total de siniestros declarados.

Las causas de este significativo incremento de la tasa de fraude son, por un lado, el aumento de casos fraudulentos detectados (numerador de la ecuación). Se detectan más casos como consecuencia de los mayores recursos y perfeccionamiento de la tecnología que permite identificarlos. Además, las dos crisis económicas que han azotado a España en la última década han podido tentar a un mayor número de ciudadanos a cometer un delito de fraude. Como muestra, cabe señalar que en 2012 AXA tuvo constancia de poco más de 18.000 casos fraudulentos, frente a los casi 24.000 que detectó en 2020. La tasa de fraude ha pasado del 1,9% en 2019 al 2,2% en 2020. Por otro lado, la segunda razón que explica el incremento de la tasa de fraude en España es la caída del número total de siniestros (denominador de la ecuación).

Tasa de fraude en España (casos de fraude/casos totales) *

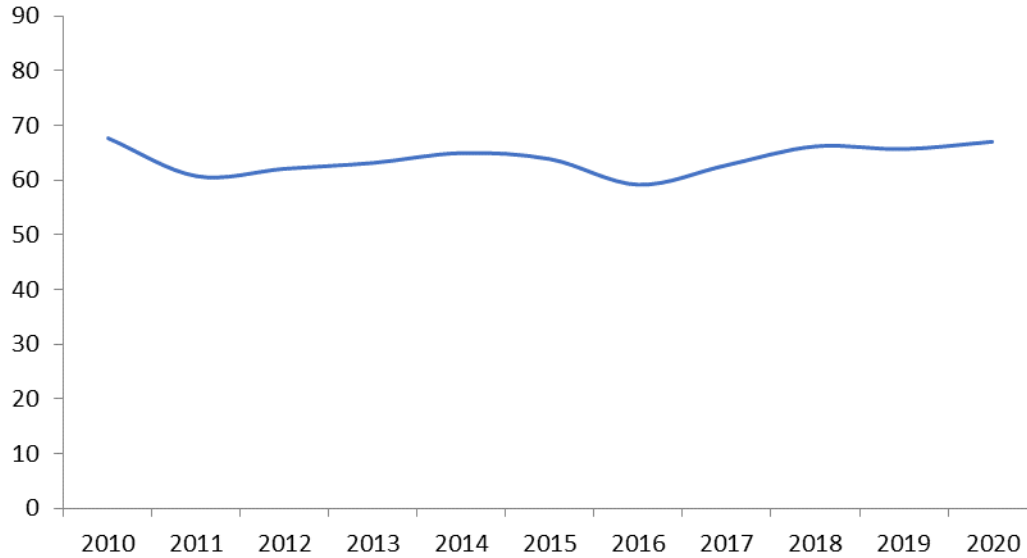


* Con el fin de poder inferir y hablar de tasa de fraude en España, AXA ha ponderado los casos fraudulentos y la siniestralidad por su cuota de mercado en cada provincia.

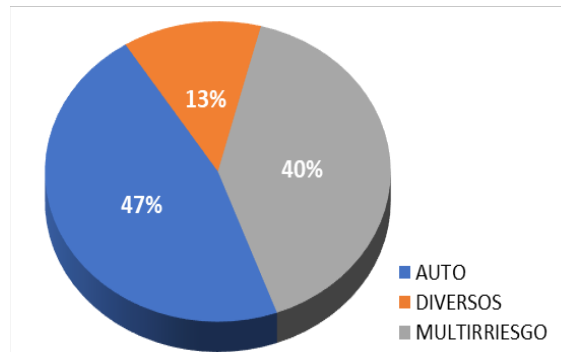
Durante el año 2020 AXA evitó pagos indemnizatorios fraudulentos en todos sus ramos –Vida y No Vida, Particulares y Empresas– por un importe total de 67 millones de euros, lo que supone un incremento del 2% con respecto al año anterior. Durante el evolutivo de los últimos años el montante del fraude detectado se ha mantenido en el entorno de los 60 y 70 millones de euros sólo en AXA España.



Fraude detectado en AXA (millones de €)



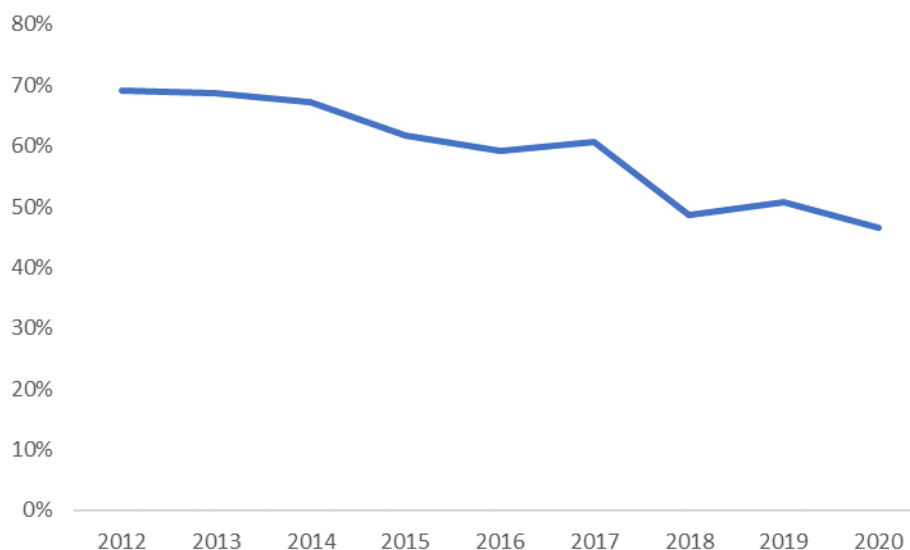
1. Fraude evitado por “ecosistema” de negocio



El seguro de Auto, la movilidad, continúa siendo el área de negocio que concentra el mayor porcentaje de fraude al seguro, con más de la mitad de los casos. En 2012 siete de cada 10 siniestros fraudulentos se producían en este ramo, pero el porcentaje ha ido reduciéndose paulatinamente, y de manera muy significativa en los últimos años como consecuencia de la reforma del Baremo de lesionados, que hace menos atractiva la coartada del coche para defraudar al seguro, y de nuevas técnicas de detección. El porcentaje de fraudes al seguro a través del coche ha caído 14 puntos porcentuales: del 61% de 2013, al 47% del año pasado.



Casos de fraude al seguro en Auto (% del total)



Por su parte, en el área de Multirriesgos (Hogar, Comercio y Oficinas, y Comunidades) se observa un aumento de casi 4 puntos porcentuales respecto al año anterior, hasta el 40%, motivado principalmente por un importante repunte de los casos de fraude en Hogar, que en 2020 aumentaron un 18%. Cabe la posibilidad de que el confinamiento al que se ha visto sometida la población española desde el inicio de la pandemia haya influido en este hecho. Entre las prácticas más habituales están la presentación de facturas falsas a la hora de indemnizar un siniestro, la falta de mantenimiento de los bienes del hogar o el aprovechamiento de eventos climatológicos reales para generar siniestros falsos.

Finalmente, Diversos (RC, Transporte, Industrias, Salud, Accidentes y Vida), ha aumentado su porcentaje ligeramente respecto al año pasado hasta situarse en torno al 13%.

2. Tipología de fraude

Las aseguradoras se enfrentan a tres grandes tipos de fraudes.

a. El fraude ocasional u oportunista.

Es aquel en el que se aprovecha la realidad de un siniestro para introducir daños preexistentes o anteriores y hacerlos pasar como actuales. Uno de cada dos casos de fraude al seguro utiliza esta técnica y en el 53% de las ocasiones el importe que se intenta defraudar es menor de 600€.

b. El fraude premeditado.

Se trata de casos en los que los daños reclamados son reales o ficticios, pero todos han sido planificados con antelación. En ellos se suelen ver implicadas varias personas y suponen más del 45% de los casos de fraude evitados durante 2020. El importe medio que se trata de defraudar al seguro en los casos premeditados es de casi 3.000 euros.



c . El fraude organizado.

Es el que lleva a cabo un modus operandi más peligroso. Se trata de bandas o tramas organizadas ocasionalmente apoyadas por profesionales que buscan la industrialización de su proceso delictivo. El número de siniestros detectados en 2020 cometidos por tramas detectados por AXA fue de 135, frente a los 161 detectados en 2019. Cabe señalar que la mayor inversión en la lucha contra el fraude y la sofisticación de las herramientas está haciendo descender el número de tramas en los últimos años. El contexto de la pandemia y el confinamiento ha podido limitar las necesarias relaciones personales para extender y desarrollar las tramas criminales, contribuyendo también a reducir su número.

También cabe señalar una caída del importe defraudado por estas bandas organizadas, pasando de los 220.000 euros en 2019 a los 160.000 euros en 2020. De ahí que el peso de las tramas dentro de todo el universo de fraude al seguro sea relativamente pequeño, pues en 2020 apenas supuso el 4% de los más de 67 millones que se intentó defraudar a AXA.

El empleo de herramientas tecnológicas está favoreciendo la detección de este tipo de situaciones, al permitir combinar grandes volúmenes de datos y tratarlos a través de metodologías matemáticas avanzadas. El incremento de una criminalidad organizada y compleja, que en ocasiones se suma a otras actividades delictivas, complica el reto para el mercado asegurador y exige un mayor esfuerzo y *expertise* para afrontarlo, así como una estrecha colaboración con los Cuerpos y Seguridad del Estado para evitarlo.

Dentro del fraude organizado observamos un amplio y variado rango de tipologías de trama. Por un lado, se encuentran las tramas sencillas. Básicamente, en ellas, una o varias personas encuentran un método de poner en marcha un fraude y lo reproducen. Por otro lado, estarían las tramas de carácter profesional. Son aquellas en las que existe toda una jerarquía, con un cerebro, unos *captadores* y, finalmente, aquellos que llevan a cabo los siniestros fraudulentos para lograr la indemnización. Se califican como *profesionales* porque suelen contar con algún experto, buen conocedor de los procesos de las compañías.

También existen las tramas criminales. Se caracterizan porque tienen una pirámide de mando criminal, y en ellas intervienen personas cuyo modus operandi está basado en la comisión de delitos. Son menos frecuentes, pero son las que entrañan mayor peligro, dado el perfil de estas personas. Cabe destacar que para su tramitación se cuenta con protocolos de trabajo internos que evitan el contacto directo con un investigado, así como con el total apoyo de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

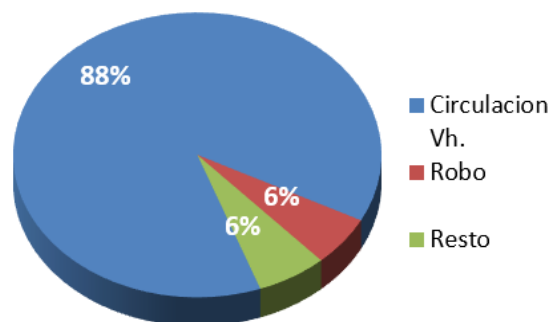
Finalmente estarían las tramas tecnológicas. Son aquellas en las que existe la repetición sistemática de un fraude empleando una tecnología desarrollada. Aquí se encuadrarían, por ejemplo, los casos de falsificación de documento digital, como facturas o documento de identidad, o el uso de las páginas web de gestión de siniestros. Nunca existe un contacto físico entre el defraudador y la compañía de seguro ya que todo se hace de forma digital.

A este respecto también cabe señalar que la tecnología no ha sido solo un buen aliado para los defraudadores. También lo ha sido para quien persiguen el delito. Hasta hace muy poco no existía la capacidad material de procesar de manera eficaz en la lucha contra el fraude el ingente volumen de información que maneja una aseguradora. Sin embargo, en la actualidad, la tecnología lo está haciendo posible. Tanto es así que hoy el 20% de los casos de fraude se detecten por la vía digital, cuando hace 10 años no se detectaban por estos medios a penas el 5%.

3. El fraude por causas

En cuanto al fraude al seguro en función de las causas aducidas, de los datos de 2020 se desprende que, como ocurriera años anteriores, en el ramo de Auto más del 87% de los casos están relacionados con supuestos siniestros que tuvieron lugar durante la circulación del vehículo. Cabe destacar que la inmovilización de parque automovilístico durante el confinamiento de la primera ola de la Covid19 no ha tenido un gran efecto, como cabría esperar en un principio. Por otro lado, casi el 6% de los intentos de defraudar al seguro en este ramo esgrimieron la causa de un robo.

Distribución de las causas del fraude en Auto



En términos de importes, los siniestros fraudulentos durante la conducción son los más relevantes, suponiendo más de 20 millones de euros, en línea con lo sucedido en 2019.

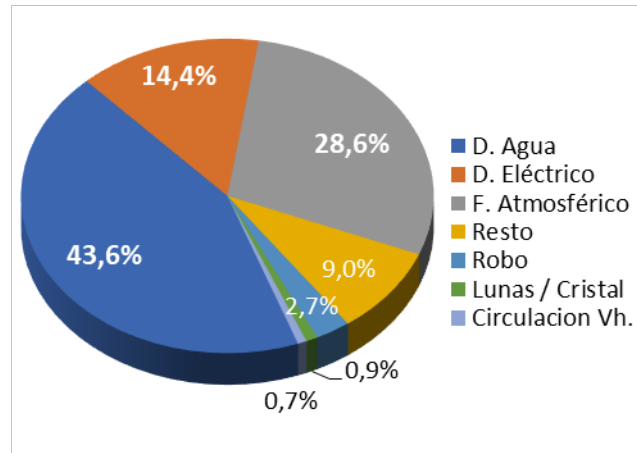
En cuanto a la tipología del fraude de Auto, el 66% de los casos (en 2019 era el 77%) corresponde al fraude oportunista, el 22% premeditado (el año pasado fue el 20%), y el 14% restante a tramas organizadas (el 3% en 2019).

Multirriesgos (Comercio, Comunidades, Hogar y Oficinas) ofrece una mayor diversificación en las casuísticas del fraude. Cabe señalar que los casos de fraude aduciendo daños por agua que no tienen cobertura son los más numerosos, y representan casi el 44% de los casos. Los grandes fenómenos climatológicos (DANAs, borrasca Gloria, etc.) que afectaron a varias zonas de España en 2020 pueden ser una de las razones que expliquen el significativo aumento de 10 puntos porcentuales en el número de casos que esgrimieron daños por agua para tratar de cometer un fraude, pasando de suponer el 18% del total en 2019 al 28% el año pasado. Por su parte, los casos en lo que se adujeron daños eléctricos siguen la tendencia descendente que comenzaron hace unos años, hasta reducir su porcentaje al 17%, cuando en 2015 representaban casi el 28%.

En cuanto a los importes, el ramo de Multirriesgos sufrió intentos de fraude por valor de más de 9 millones de euros. Y los daños por agua, como cabía esperar, fueron los más significativos, con 3,6 millones de euros, seguido de fenómenos atmosféricos con 1,2 millones de euros.

A diferencia de los que sucede en el negocio de Auto, Multirriesgo es el segmento para las personas que llevan a cabo un fraude premeditado y pensado con anterioridad al siniestro. Estos casos representan el 79% del total, frente al 16% del oportunista y al 5% cometido por las tramas.

Distribución de las causas del fraude en Multirriesgos



Finalmente, en el ramo de Diversos (RC, Industrias, Incendios, Decesos, etc.) los daños eléctricos son los que más se aducen para tratar de acometer fraudes, con más del 20% de los casos; seguido de los atmosféricos, con el 19%; y los daños por agua, con más del 12%; todos ellos muy vinculados a los fenómenos meteorológicos.

En este caso las tipologías están más compensadas. El 41% de los casos son fraudes oportunistas y el 48% premeditado. El 11% restante se lleva a cabo por grandes tramas.

Las razones que se aducen en cada uno de los ramos son muy variadas. En el caso de Auto, por ejemplo, una práctica muy habitual es la reclamación de daños de un siniestro anterior. Aquí, el asegurado con póliza a terceros tiene un siniestro del que es culpable, y posteriormente simula otro del que es inocente para que se le reparen los daños del primero. También es habitual que un asegurado que tiene daños sin reparar y sin cobertura declare un siniestro simulado con un tercero causante (familiar, amigo...), de forma que éste último asume la culpa para que se le reparen los daños al asegurado. En ocasiones, el falso causante también reclama lesiones para que se le indemnice por dicho concepto.

En Multirriesgos, si atendemos a los daños eléctricos, puede ocurrir que asegurado, aprovechando que un aparato en su vivienda ha sido dañado por alteración eléctrica, realiza una reclamación añadiendo diferentes aparatos dañados por uso o desgaste. En ocasiones se trata de utilizar daños anteriores a la contratación. Son casos en los que el asegurado sufre un daño teniendo seguro pero sin tener la garantía asociada al mismo, contratándola con posterioridad para que la compañía repare el daño ocasionado. El empleo de los daños por agua como coartada se produce cuando el asegurado tiene un siniestro real en su casa derivado, por ejemplo, de una fuga, y al reclamar el bien afectado aprovecha para reclamar otros enseres del hogar dañados por el paso del tiempo.

En Diversos nos encontramos con robos y actos vandálicos en naves abandonadas. Se corresponde con naves vacías, con un deterioro importante, y que el asegurado quiere poner al mercado para su venta o alquiler. En estos casos, aprovecha la ocurrencia de un siniestro para que la póliza asuma el "coste de ponerla en condiciones", de daños existentes previamente. En las coberturas de responsabilidad civil, por ejemplo, el adverso aprovecha que el asegurado está ejecutando una obra en el piso superior para reclamarle daños previos existentes en su vivienda.



4. El fraude, por su naturaleza

Atendiendo al análisis del fraude por su naturaleza; es decir; si afecta solo a daños materiales o si persigue obtener indemnizaciones fingiendo daños corporales, concluimos que los primeros son los más numerosos, y representan el 82%. Por el contrario, los siniestros que fingen daños corporales suponen el 18% restante.

Esto no siempre ha sido así, hace solo cuatro años los daños corporales suponían más del 27% de los casos de fraude al seguro (frente al 18% actual). La principal razón del descenso de casos de fraude al seguro que aducen daños corporales habría que buscarla en dos hechos.

Por un lado, antes de la reforma del Baremo de 2016 era relativamente sencillo obtener un informe médico aduciendo dolor cervical en los siniestros de Auto para conseguir una mayor indemnización por parte de las aseguradoras. Con la reforma se pasó a considerar al traumatismo menor de columna vertebral (esguinces cervical, dorsal y lumbar) como una incapacidad transitoria sin secuelas (salvo que exista un informe médico concluyente), lo que hizo que este tipo de argucias fueran poco atractivas para los defraudadores.

Por otro, la reforma del Código Penal Ley Orgánica 1/2015 de 30 de marzo por la que modificaba la Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre. Con este cambio legislativo se despenalizaron las faltas en los accidentes de tráfico con lesiones leves, con lo que los perjudicados ya no disponían de la valoración gratuita por el médico forense y la posterior celebración de los juicios de faltas en vía penal. Hasta entonces, la facilidad y el bajo coste de este trámite suponían una importante tentación para el defraudador. En la actualidad, aunque puede haber un Informe de Medicina Legal (IML), la reclamación tiene que hacerse por la vía Civil, salvo los casos graves con presuntos delitos. Vía Civil que obliga al afectado a justificar que ha solicitado de manera amistosa una reclamación a la entidad aseguradora y ésta ha contestado con una oferta o respuesta motivada a la misma.

Además de un descenso en el número de casos total, estos cambios legislativos han hecho que el importe del fraude detectado aduciendo daños corporales en el ramo de Auto haya caído también significativamente. En 2012, a través de los daños corporales sufridos en supuestos accidentes de tráfico se trataron de defraudar a AXA 27,7 millones de euros. El año pasado fueron 18,7 millones.

El importe medio defraudado excusándose en los daños corporales en Auto antes de las reformas era de más de 17.000€. El año pasado esta cantidad no llegaba a 5.500 €. Se podría concluir, por tanto, que las reformas han disuadido a los defraudadores de utilizar esta vía.

La principal metodología que se emplea en el fraude corporal es la simulación del daño. En la mayoría de las ocasiones el fraude se apoya en una desproporción entre el daño real y el daño reclamado.

5. Lucha contra el fraude

A comienzo de la década pasada AXA empezó a implementar las primeras reglas automáticas que ayudaron, por ejemplo, a comprar datos básicos que antes realizaba un tramitador, como la fecha de un siniestro o la fecha de contratación de una póliza o de siniestros previos. Ahora se aplica una mayor sofisticación a los datos, no sólo para detectar más fraude, sino para investigarlo más rápidamente y evitar falsas sospechas que afecten o puedan molestar a clientes honestos.

La automatización robótica de los procesos (*RPA: Robotic Process Automation*) está haciendo que aumente de manera muy importante el volumen de las investigaciones realizadas sobre los casos sospechosos. De hecho, el número de siniestros investigados por AXA como sospechosos ha pasado



de 50.900 en 2016, a más de 67.400 en 2020. Los robots aplicados en la lucha contra el fraude, al igual que en el resto de las operaciones, permiten ser más proactivos; invirtiendo menos tiempo en resolver problemas complejos de clientes y mediadores de seguros.

La automatización de los procesos se ha visto complementada por la inteligencia artificial aplicada a la gestión de siniestros. Nuevas técnicas, como el análisis de textos o la visión artificial, permiten identificar anomalías y disipar sospechas en la validación, por ejemplo, de documentos (DNI o facturas) o matrículas de vehículos.

Un hecho que también cabe destacar es cómo el uso generalizado de teléfonos móviles inteligentes (*smartphones*) ha facilitado la colaboración de los ciudadanos en la lucha contra el fraude al seguro. Así, se observa que cada vez son más numerosas las personas que aportan grabaciones y fotografías de sus siniestros, sobre todo en el ramo de Auto, para evitar la exageración fraudulenta de lesiones por los perjudicados.

AXA lleva años realizando un esfuerzo de inversión en nuevas tecnologías y formación con el fin de reducir al máximo los casos de fraude. En 2020 la inversión se mantuvo en 3,5 millones de euros.

Además de los desarrollos tecnológicos y de modelos predictivos que utiliza la tecnología del *big data*, dentro de los equipos de investigación, AXA ha creado una Escuela de Fraude con el fin de mejorar las aptitudes de sus investigadores.

La política es de tolerancia cero frente a cualquier tipo de fraude. Por ello, AXA ha puesto en marcha también un programa de formación continua a empleados, proveedores y mediadores para facilitar la detección de situaciones sospechosas. Algunas de las aplicaciones de detección interna consisten en reglas de negocio automáticas que permiten identificar situaciones sospechosas que requiere de un mayor análisis.

Las nuevas fórmulas de peritación, a través de técnicas avanzadas, permiten controlar con mayor precisión los elementos mecánicos del vehículo en los casos de Auto, así como la obtención de toda la información digital de su utilización.

Los sistemas van, desde los más tradicionales, basados en la detección de anomalías en documentación; hasta la grafología o cotejo documental digital que permite identificar anomalías en la documentación; pasando por entrevistas telefónicas orientadas o la intervención de detectives.

AXA observa un escrupuloso cumplimiento a la Ley, y en particular a la que afecta a la protección de datos personales, y mantiene unas magníficas relaciones de colaboración con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en la persecución y lucha contra el fraude.

En este sentido, Guardia civil y UNESPA, la patronal del sector asegurador, cuentan con un acuerdo para mejorar la colaboración operativa en la lucha contra el fraude. El objetivo principal es establecer un modelo de colaboración entre las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y las entidades aseguradoras habilitadas para operar en territorio nacional con el fin de facilitar la prevención e investigación de las acciones encaminadas a defraudar a algún tipo de seguro.

Sin embargo, todavía queda un largo camino por recorrer. Aunque se han hecho avances en los últimos años, el volumen de información que se comparte entre compañías y con las propias Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en la lucha contra el fraude al seguro es muy pequeño. El propio reglamento de la Ley de Protección de Datos, las limitaciones tecnológicas que existen en la Administración Pública y en algunas aseguradoras, y los propios recelos entre éstas a compartir



información, hace que exista un gran margen de mejora para detectar un mayor porcentaje de casos fraudulentos.

AXA opera en 57 países del mundo y puede constatar que, en muchos de ellos, como en el Reino Unido, este tipo de iniciativas colaborativas están dando unos grandes resultados. Además, tienen un importante efecto disuasorio entre los potenciales delincuentes. Una mayor integración en la lucha contra el fraude beneficia al sector asegurador y, sobre todo, protege a los clientes honestos.

6. Las consecuencias del fraude

La detección de los casos de fraude tiene un impacto importante en la prima que pagan los asegurados por sus pólizas. El año pasado los pagos evitados por casos de fraude y que no fueron repercutidos en el resto de los asegurados supusieron un ahorro del 32% en el seguro de RC o del 19% en los casos de Transportes y Embarcaciones.

Por su parte, en los ramos con mayor penetración en el mercado, este ahorro para los clientes fue del 4% en Auto y del 6% en Hogar.

Cómo afecta el fraude al precio del seguro

Auto	4%
Hogar	6%
Industrias	8%
Comercio	10%
Comunidades	8%
Responsabilidad Civil	32%
Accidentes	7%
Oficinas	6%
Transportes/Embarcaciones	19%
Incendios	7%
Técnicos (C/Maq.)	5%

7. Tasa de fraude por Comunidad Autónoma y provincia.

El VIII Mapa AXA del Fraude en España ha extrapolado y ponderado los datos de la aseguradora por su cuota de mercado geográfica y de este análisis se puede inferir que la tasa de fraude nacional continúa creciendo hasta situarse en 2020 en el 2,21%, frente al 1,94%, del año pasado. Las comunidades autónomas donde esta tasa es mayor son Melilla (9%), Andalucía (3,41%) y Cantabria (3,39%).



Tasa del fraude al seguro por CCAA

CCAA	2020
Melilla	9,07%
Andalucía	3,41%
Cantabria	3,39%
Murcia, Región de	3,18%
Navarra, Comunidad Foral de	2,73%
Ceuta	2,62%
Comunitat Valenciana	2,57%
La Rioja	2,52%
Canarias	2,38%
Castilla y León	2,35%
MEDIA NACIONAL	2,21%
Galicia	2,19%
Aragón	2,16%
Extremadura	2,00%
Asturias, Principado de	1,97%
Islas Baleares /Balears, Illes	1,81%
Castilla-La Mancha	1,79%
Cataluña	1,79%
País Vasco	1,45%
Madrid, Comunidad de	1,21%

Por el contrario, las comunidades autónomas con menor tasa de fraude al seguro han vuelto a ser Madrid (1,21%), País Vasco (1,45%), Castilla la Mancha y Cataluña (1,79% ambas). Por segundo año consecutivo, estas son las cuatro regiones españolas que menos defraudan al seguro.

En 2020 las comunidades autónomas que más vieron incrementarse su tasa de fraude al seguro fueron Melilla (del 4,12% al 9,07%), Ceuta (del 1,72% al 2,62%), Andalucía (del 2,87% al 3,41%) y Murcia (del 2,67% al 3,18%). Por el contrario, Cantabria y Baleares fueron las únicas dos donde la tasa de fraude descendió en 2020.

Por provincias, Almería (4,45%), Cádiz (4,44%) y Málaga (3,76%) vuelven a ser de nuevo las que mayores tasas de fraude presentan; frente a Soria (0,98%), Madrid (1,21%), Guipúzcoa (1,30%) y Álava (1,30%); que es donde menos se defrauda al seguro.

Aquellas que más vieron crecer su tasa de fraude en 2020 fueron Cádiz y Almería. Y las que más la redujeron, Cantabria y Cuenca.



Tasa del fraude al seguro por provincias

Provincia	Año 2020	Provincia	Año 2020
Melilla	9,07%	MEDIA NACIONAL	2,21%
Almería	4,45%	Santa Cruz de Tenerife	2,18%
Cádiz	4,44%	Guadalajara	2,14%
Málaga	3,76%	Zamora	2,09%
Cantabria	3,39%	Albacete	2,09%
Ávila	3,38%	Badajoz	2,09%
Teruel	3,32%	Cuenca	2,07%
Murcia	3,18%	Valladolid	1,99%
León	3,07%	Salamanca	1,99%
Granada	3,02%	Asturias	1,97%
Alicante / Alacant	2,90%	Palencia	1,97%
Sevilla	2,90%	Zaragoza	1,93%
Jaén	2,89%	A Coruña	1,90%
Huelva	2,84%	Cáceres	1,84%
Córdoba	2,79%	Castellón / Castelló	1,81%
Navarra	2,73%	Islas Baleares / Balears, Illes	1,81%
Burgos	2,72%	Lleida	1,76%
Pontevedra	2,65%	Ourense	1,74%
Ceuta	2,62%	Segovia	1,65%
Las Palmas	2,58%	Barcelona	1,61%
La Rioja	2,52%	Toledo	1,59%
Valencia / València	2,52%	Bizkaia	1,57%
Tarragona	2,45%	Ciudad Real	1,54%
Girona	2,37%	Araba / Álava	1,30%
Lugo	2,35%	Guipúzcoa	1,30%
Huesca	2,33%	Madrid	1,21%
MEDIA NACIONAL	2,21%	Soria	0,98%

8. Tasa de fraude por género

El VIII Mapa AXA del Fraude en España ofrece de nuevo una visión por género, de la que se desprende que en todas las provincias del país el porcentaje de fraude en Auto cometido por varones es mucho mayor que el llevado a cabo por las mujeres.

Cabe destacar, por ejemplo, el caso de Teruel, donde más de 8 de cada 10 casos de fraude al seguro en el ramo de Auto es cometido por un hombre. En el lado opuesto se encuentra Tenerife, donde el 64% de este tipo de delitos es perpetrado por varones.



Porcentaje de fraude al seguro de Auto cometido por hombres

Provincia	Hombres	Provincia	Hombres
Teruel	81,29%	MEDIA NACIONAL	73,25%
Ceuta	81,07%	Tarragona	73,01%
Zamora	80,88%	Murcia	72,96%
Palencia	80,72%	Castellón	72,19%
Avila	80,70%	Barcelona	72,14%
Cuenca	80,67%	Cantabria	71,18%
Albacete	80,49%	La Coruña	70,52%
Zaragoza	80,45%	Alicante	69,93%
Córdoba	80,36%	Pontevedra	69,06%
Ciudad Real	79,91%	Gerona	68,62%
Jaén	79,74%	Las Palmas	66,71%
Huesca	79,73%	Baleares	64,63%
Salamanca	79,66%	Tenerife	64,17%
Valladolid	79,64%		
Segovia	79,37%		
Badajoz	79,20%		
Soria	79,09%		
La Rioja	79,05%		
Burgos	79,00%		
Toledo	78,94%		
León	78,67%		
Cáceres	77,35%		
Melilla	77,24%		
Guadalajara	77,22%		
Huelva	76,77%		
Lérida	76,27%		
Orense	76,01%		
Granada	75,90%		
Madrid	75,87%		
Sevilla	75,76%		
Lugo	75,40%		
Álava	75,20%		
Vizcaya	75,17%		
Almería	74,99%		
Asturias	74,90%		
Valencia	74,88%		
Guipúzcoa	74,80%		
Cádiz	74,72%		
Malaga	74,32%		
Navarra	73,65%		
MEDIA NACIONAL	73,25%		

Estos porcentajes varían sensiblemente si atendemos al ramo de Hogar. Aquí los porcentajes de casos de fraude cometidos por hombre y mujeres están más equilibrados, aunque los españoles siguen defraudando más al seguro que las españolas también en Hogar. En media en España, más del 59% (frente al 57% de año anterior) de los casos detectados en los seguros de Hogar son cometidos por



varones. Por el contrario, cuatro de cada diez los cometen las mujeres. Por provincias, Vizcaya, Baleares, Madrid, Tenerife y Barcelona vuelven a ser todas ellas por segundo año consecutivo las que presentan mayor tasa de fraude al seguro de Hogar entre mujeres.

Porcentaje de fraude al seguro de Hogar cometido por mujeres

Provincia	Hombres
Teruel	66,81%
Burgos	66,57%
Jaén	65,05%
Córdoba	64,92%
Toledo	64,62%
Ceuta	64,41%
Melilla	64,36%
Palencia	64,30%
Ciudad Real	64,15%
Huelva	63,91%
Albacete	63,80%
Salamanca	63,63%
Soria	63,58%
Huesca	63,25%
Cádiz	62,83%
Valladolid	62,78%
Murcia	62,35%
Badajoz	62,01%
Zamora	61,75%
Segovia	61,72%
Zaragoza	61,60%
Guadalajara	61,52%
Cáceres	61,21%
Avila	61,15%
Navarra	61,05%
Lérida	60,95%
Malaga	60,87%
Sevilla	60,80%
Granada	60,74%
La Rioja	60,69%
Álava	60,56%
Orense	60,55%
Gerona	60,46%
Alicante	60,06%
Tarragona	59,82%
León	59,79%
Lugo	59,68%
La Coruña	59,49%
MEDIA NACIONAL	59,39%

Provincia	Hombres
MEDIA NACIONAL	59,39%
Almería	58,71%
Las Palmas	58,61%
Castellón	58,59%
Guipúzcoa	58,56%
Valencia	58,51%
Cuenca	58,32%
Asturias	58,09%
Pontevedra	57,77%
Cantabria	57,22%
Barcelona	57,16%
Tenerife	57,12%
Madrid	56,95%
Baleares	56,84%
Vizcaya	55,98%



Nota metodológica. Estudio realizado en AXA España a través del análisis de más de 67.000 siniestros sospechosos de fraude de casi un millón de siniestros declarados en 2020. Se entiende como fraude el tipo de estafa que consiste en realizar actos u omisiones conscientes que persiguen el engaño para obtener un beneficio económico de un tercero.
