



2017

Encuesta Global de Fraude de RGA

RGA

El fraude es uno de los retos constantes a los que se enfrentan los profesionales de siniestros en todo el mundo, el cual en ocasiones va de la mano con enormes costos para identificarlo, investigarlo y prevenirlo. Las aseguradoras se enfrentan a inversiones significativas de tiempo y recursos para identificar y mitigar las prácticas fraudulentas.

La encuesta Global de Fraude de RGA para el 2017 identificó la imagen global de fraude, incluyendo qué tipos de fraude son los más prevalentes por región, qué pasos están tomando las compañías para identificar y prevenir fraude así como los desafíos que se avecinan en ese sentido.

En términos legales, el fraude puede ser muchas cosas diferentes y no sería posible dar una definición definitiva que sea globalmente aceptada. Para los propósitos de esta encuesta, se define al fraude en cuanto a lo relacionado con la industria del seguro como tres acciones relacionadas pero diferentes:

- **Fraude Organizado** – Involucra a bandas de crimen organizado las cuales intentan deliberadamente obtener una ganancia a partir del fraude de seguro para financiar actividades criminales y/o lavar las ganancias provenientes de sus crímenes.
- **Fraude Deliberado** – Ocurre cuando se compra una póliza con la intención expresa de cobrar un siniestro para obtener una ganancia. Esto involucra típicamente superar el proceso de suscripción mediante una combinación de falsas declaraciones y la presentación de varias solicitudes.
- **Fraude Oportunista** – Ocurre en las etapas de suscripción y siniestro. En la etapa de suscripción un solicitante tal vez mienta acerca de su estado de salud para reducir el monto de la prima pero sin pensar en que va a tener un siniestro en el futuro. En la etapa del siniestro esto ocurre típicamente con reclamos de morbilidad, un reclamante tal vez exagere el nivel de su discapacidad para beneficiarse; sin embargo ésta no era su intención en un inicio cuando solicitaron la póliza.

Esta encuesta se hizo en línea durante los meses de septiembre y octubre de 2017. Profesionales de siniestros de todo el mundo respondieron preguntas acerca de cómo las compañías están combatiendo y previniendo el fraude así como acerca de los retos que se anticipan para los próximos años. La encuesta estuvo basada en datos relativos al año calendario 2016.

RGA lleva a cabo encuestas globales en varios temas de la industria del seguro para proporcionar a nuestros clientes herramientas que mejoren su productividad, eficiencia y eficacia. Queremos agradecer a las 27 aseguradoras de Vida y Salud el tiempo y esfuerzo que dedicaron a responder a nuestra encuesta. (La lista de participantes puede encontrarse en el Apéndice A). Esperamos que este análisis resulte de su interés mientras continúan afinando su forma de abordar el creciente y costoso problema del fraude.



Peter Barrett
 Director Global de Siniestros, Suscripción y Equipo Médico de RGA
pbarrett@rgare.com

Resumen Ejecutivo

El fraude de siniestros ha sido por mucho tiempo uno de los temas más insolubles para las aseguradoras. Al mismo tiempo que las compañías se esfuerzan crecientemente para mitigar el fraude, los defraudadores continúan buscando formas de explotar el proceso de manejo de siniestros para su mayor beneficio.

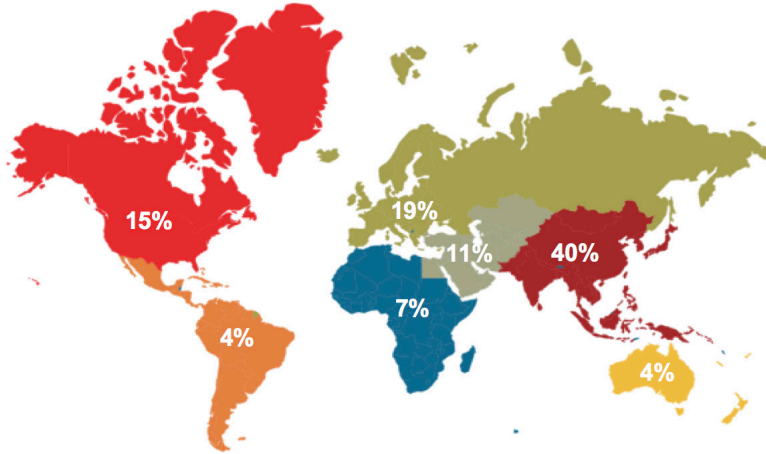
Esto es lo que nos dice esta encuesta sobre los fraudes de siniestros a nivel global y lo que podemos hacer para mejorar la prevención y mitigación del fraude:

- 3-4% de todos los siniestros son fraudulentos; o visto de otra forma, alrededor de 1 de cada 30 siniestros es identificado como fraudulento.
- La incidencia del fraude de siniestros se reduce ahí adonde los controles de suscripción parecen ser los más fuertes (Norteamérica).
- 37% de quienes respondieron nunca argumentan fraude, se basan únicamente en el argumento de falsas declaraciones para rechazar el siniestro.
- Menos del 2% de los fraudes que se identifican desembocan en una demanda por fraude.
- Las investigaciones por fraude pueden extender el tiempo total de procesamiento del siniestro de cara al consumidor hasta 8 veces más que el tiempo de procesamiento normal.
- El uso de aprendizaje de máquinas y análisis de la cartera en vigor como herramientas de detección de siniestros se está volviendo común en regiones con alta incidencia de fraude.
- La opinión de quienes respondieron está dividida en cuanto a los prospectos sobre el manejo del fraude; alguno ven un futuro mejor gracias al uso de técnicas innovadoras tales como el aprendizaje de máquinas y el análisis de carteras en vigor, mientras que otros anticipan un futuro más negro a causa de las leyes de privacidad de datos y otras reglas que limitarán la capacidad de las aseguradoras para investigar el fraude.

37% de los encuestados nunca alegan fraude, se basan sólo en el argumento de falsas declaraciones para rechazar al siniestro.

Respuesta Global

Las 27 aseguradoras que respondieron representan a las regiones siguientes: América – Norteamérica y Latinoamérica (19%); EMOA - Europa, Medio Oriente y África (37%); Asia Pacífico – Asia incluyendo Australia y Nueva Zelanda (44%):

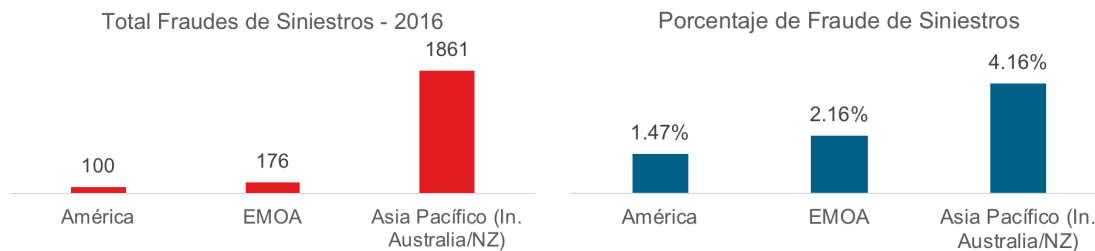


Incidencia del Fraude

Fraude de Siniestros

Los resultados de la encuesta sugieren que la incidencia global del fraude de siniestros es 3.58%, con una alta incidencia de fraude en la región de Asia Pacífico. América tiene la incidencia más baja de fraude de siniestros con 1.47%, menos de la mitad del porcentaje global.

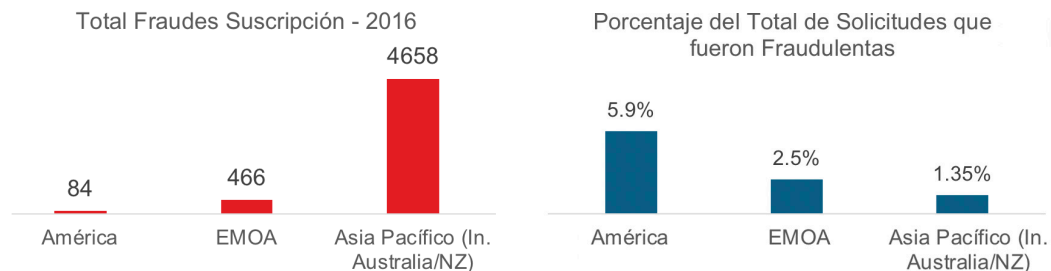
Imagen 2



Fraude de Suscripción

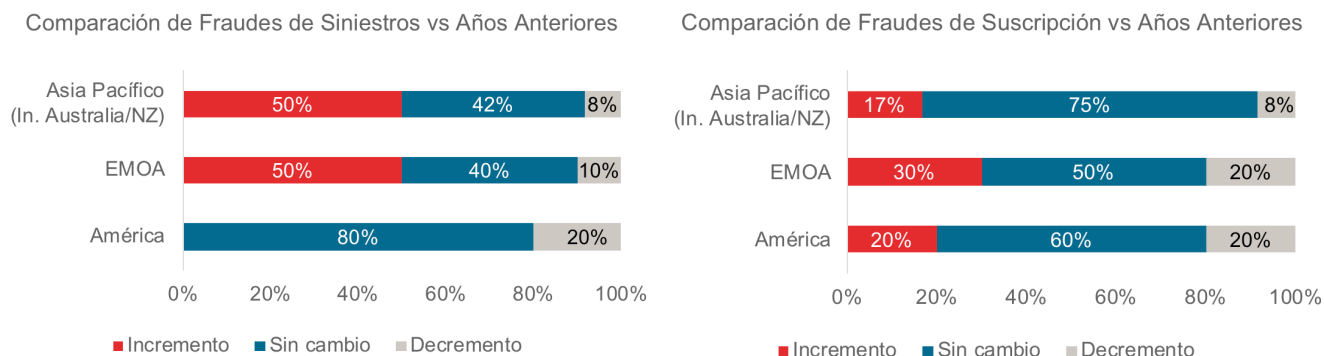
Es interesante notar una inversión con respecto a los siniestros en términos de porcentajes, con una proporción más alta de fraudes en América. El porcentaje promedio de fraude a nivel global es 1.38% de acuerdo con lo reportado por los encuestados.

Imagen 3



RGA notó que la incidencia de fraude es estable, habiendo pocos cambios con respecto a años anteriores. En América ninguna de las personas que respondieron reportaron un incremento en la actividad de fraudes de siniestros (cf. Imagen 4).

Imagen 4



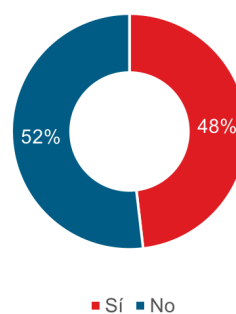
Fraude Asistido por Profesionales de los Seguros

Casi la mitad de las compañías encuestadas (48%) han identificado casos de fraude asistido por agentes, pero en general la incidencia de fraudes asistidos por agentes es baja, de menos de 5% de los casos de fraude identificados. Sin embargo, algunos aseguradores reportaron un cuadro significativamente diferente, con hasta 50% de su total de fraudes habiendo contado con la participación de agentes.

El Fraude asistido desde el interior de las compañías de seguros es bajo, sólo 7% de los encuestados identificaron algún fraude asistido por empleados. No es sorprendente que estos entren dentro de la categoría de fraude organizado.

Imagen 5

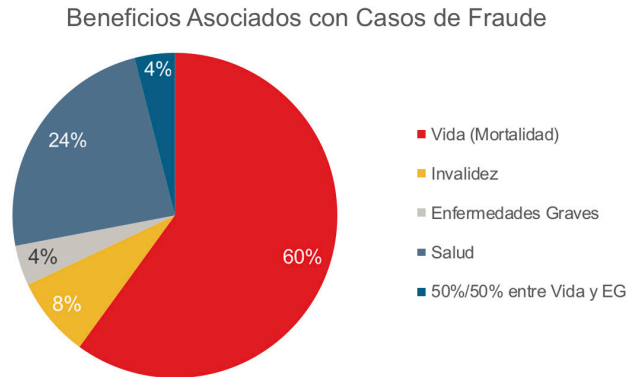
Complicidad de Agentes



Fraude por Tipo de Beneficio

Tal vez de manera sorprendente, los beneficios de mortalidad se identificaron como los más proclives al fraude, con la tasa de incidencia más alta (60%). Esto puede estar relacionado con el volumen de beneficios de mortalidad otorgados y las sumas aseguradas más altas disponibles. Los beneficios de Salud se reportaron como los segundos más proclives a actividad fraudulenta con 24%, seguidos por los beneficios en vida que representaron sólo el 10% del total de siniestros fraudulentos identificados. Es importante notar que esto se relaciona con todos los fraudes, incluyendo los de suscripción.

Imagen 6



América es la región con la incidencia más baja de siniestros fraudulentos identificados pero con la tasa más alta de fraudes de suscripción identificados. Esta inversión sugiere que controles más fuertes de fraudes de suscripción podrían dar lugar a mejores resultados de siniestralidad a nivel global. Esto tal vez explique también por qué América es la única región adonde no hay evidencia de un incremento en los fraudes de siniestros.

El fraude con participación de agentes continúa siendo un problema para algunas aseguradoras. Los resultados de la encuesta no apuntan hacia la participación en los fraudes de otros profesionales de los seguros.

Identificando y Midiendo al Fraude

93% de los encuestados respondieron que no tienen un costo mínimo para investigación de fraudes, es decir que cuando se sospecha de fraude, se investiga a profundidad.

La mayoría de las compañías encuestadas han creado unidades separadas de investigación de fraudes. Estas tienden a ser pequeñas (una a tres personas) pero algunas tiene equipos dedicados de hasta 10 personas. Compañías sin equipos dedicados al fraude con frecuencia cuentan con individuos dentro de sus equipos de siniestros que se especializan en investigación de fraudes (i.e., un equipo dentro del equipo). Un pequeño número de compañías no tienen un punto de referencia específico para casos en donde se sospecha que haya habido un fraude.

El manejo de los siniestros fraudulentos tiende a ser el mismo sin importar cómo se origine. Sin embargo, hay uno o dos países adonde el fraude organizado es un problema significativo. En esos países, se hacen intentos para identificar fraude organizado lo más pronto posible dentro del proceso para poder informar a las agencias de combate al crimen.

Los beneficios de mortalidad se identificaron como los más proclives a la comisión de fraude, con la incidencia más alta (60%).

La mayoría de los encuestados tienen incluido dentro de sus procesos de manejo de siniestros indicadores de fraude. Los más comunes son:

- Siniestros tempranos
- Documentos/declaraciones inconsistentes
- Muerte en el extranjero

Otros indicadores interesantes:

- Información en la solicitud inconsistente con redes sociales
- Solicitar una suma asegurada alta
- Nombre del solicitante incluido en lista de terroristas locales

El aprendizaje de máquinas es usado por 22 % de los encuestados para identificar fraudes potenciales. Esto es más común en la región de Asia Pacífico - particularmente en mercados con incidencias de fraude más altas. Además, alrededor de un tercio de los encuestados analizan su cartera en vigor para identificar fraudes antes de que ocurran los siniestros. Otra vez, esto tiende a ocurrir ahí donde la incidencia de fraude es alta.

Imagen 7

Uso de Aprendizaje de Máquinas

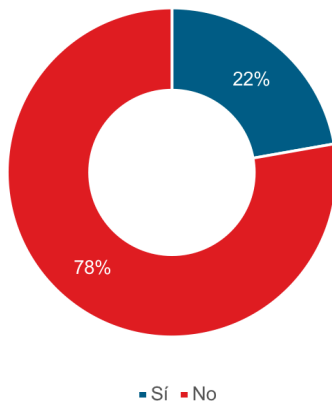
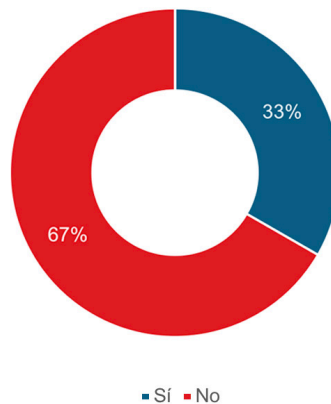


Imagen 8

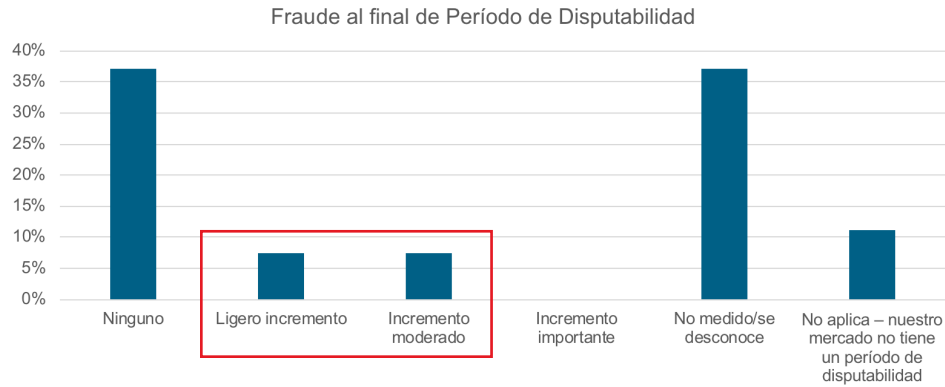
Análisis de Fraude Proactivo en Cartera en vigor



40% de los participantes de Asia Pacífico y de América analizan la cartera en vigor. EMOA está atrasado con respecto al resto del mundo, con sólo un 10% de uso de aprendizaje de máquinas o análisis de cartera en vigor para mitigar el problema del fraude.

En los mercados con un período de disputabilidad hay poca evidencia de que la incidencia de fraude se incremente cuando termina el período de disputabilidad. 14% de los encuestados indicaron un incremento ligero (7%) o moderado (7%) en el número de fraudes.

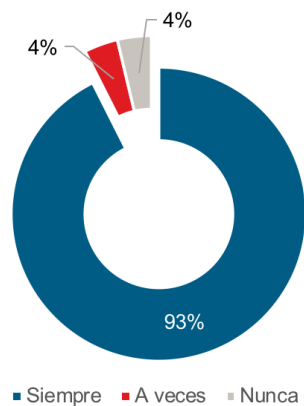
Imagen 9



Casi todos los encuestados indicaron que buscan otras pólizas a nombre del asegurado cuando sospechan fraude, con sólo 4% habiendo indicado que esto nunca se considera.

Imagen 10

Fraude Contratante - Compañías que Buscan Otras Pólizas de ese Solicitante



El uso de aprendizaje de máquinas y análisis de cartera en vigor es limitado, y es más prevalente en países con una alta incidencia de fraude. Existe el potencial para que otros mercados usen estas técnicas para identificar o remover pólizas fraudulentas antes de que ocurra un siniestro.

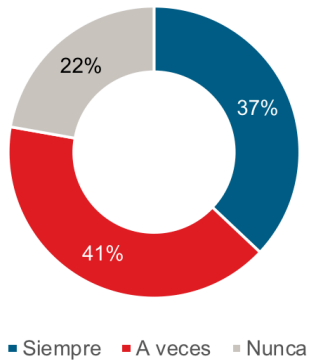
¹ Período de disputabilidad – Período de tiempo a partir de la fecha en que la póliza entró en vigor durante el cual los siniestros puedan disputarse. Fuera de ese período de disputabilidad el siniestro no puede disputarse sobre la base de omisiones o falsas declaraciones, en algunas jurisdicciones esto incluye también al fraude.

Denuncia a las Autoridades

37% de los encuestados indicaron que siempre “rechazan” los siniestros por falsas declaraciones en lugar de alegar fraude. Sólo uno de cada cinco indicaron que siempre alegan fraude cuando éste queda demostrado por la evidencia que obtienen.

Imagen 11

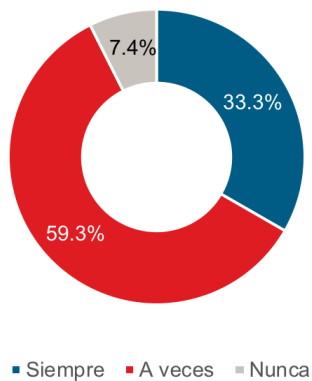
Rechazo por Falsas Declaraciones vs. Supuesto Fraude



Sólo una de cada tres aseguradoras indicaron que siempre contactarían a las autoridades en caso de fraude, mientras que el 7% indicó que nunca las involucrarían.

Imagen 12

Frecuencia del Contacto a las Autoridades en Casos de Fraude



Entre los participantes que reportaron convicciones exitosas en casos de fraude hubieron 36 condenas las cuales representan apenas 1.7% de los casos identificados de fraude. La mayoría de las convicciones exitosas se relacionan con siniestros de salud y de beneficios en vida, con un total de 23 de los casos reportados.

El involucrar a los reaseguradores en siniestros fraudulentos normalmente es un requerimiento del contrato. 96% de los encuestados indicaron que “a veces” o “siempre” involucran al reasegurador en las acciones finales requeridas con relación a siniestros fraudulentos.

En razón de la dificultad para probar fraude y el tiempo y esfuerzo requerido para lograr una convicción exitosa, el número de casos que se persiguen es bajo ¿Será que las aseguradoras que rechazan sobre la base de falsas declaraciones en lugar de alegar fraude están siguiendo el camino correcto? Parece haber un círculo vicioso: “No vamos a ganar así es que no denunciamos a las autoridades”.

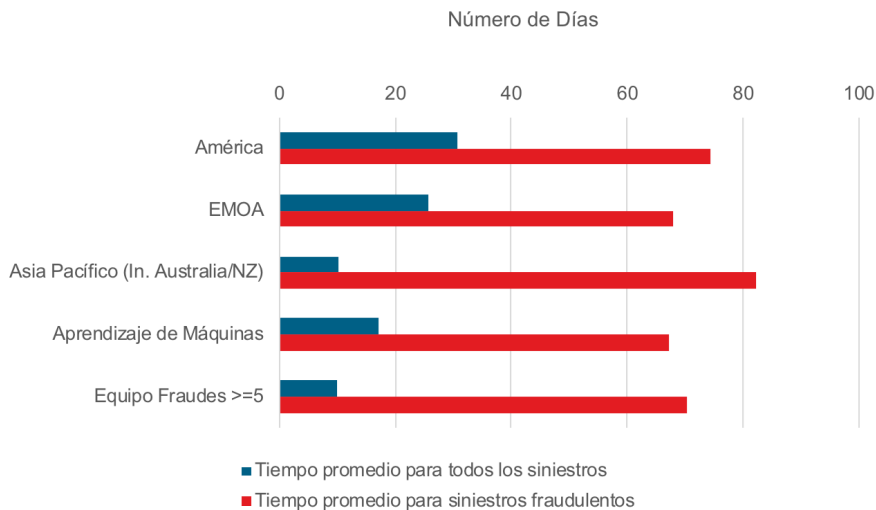
Impacto en los Consumidores

Es importante que investiguemos todos los casos de fraude potencial, pero ¿cuál es el impacto que esto tiene en el consumidor? El tiempo promedio de procesamiento de principio a fin de un caso en donde se sospecha fraude toma más de ocho veces el tiempo de procesamiento normal.

El uso de aprendizaje de máquinas en Asia, de acuerdo con los encuestados, reduce el tiempo de procesamiento de principio a fin para casos de fraude en 15 días (20%). Sin embargo, en general el tiempo de procesamiento de los casos de fraude es todavía un múltiplo significativo del de todos los siniestros.

Imagen 13

Tiempo Procesamiento Fraudes vs. Todos los Siniestros



Nuestra encuesta identificó que un caso en el que se sospecha fraude puede tomar hasta ocho veces el tiempo que se requiere para procesar otros siniestros. Si bien puede lograrse una reducción en tiempos con el uso de equipos dedicados al manejo de fraudes o mediante aprendizaje de máquinas, al final del camino en la mayoría de los casos la decisión final será rechazar el caso sobre la base de falsas declaraciones en lugar de alegar fraude. En esas circunstancias ¿no deberíamos cuestionarnos si estamos usando los recursos a nuestra disposición de la forma más efectiva?

Retos Actuales y Expectativas Futuras

Retos

Los encuestados mencionaron los siguientes retos y expectativas futuras por región:

Imagen 14

América	EMOA	Asia (in. Australia/NZ)
<ul style="list-style-type: none"> Falta de recursos Falta de recursos analíticos para detectar al fraude Dificultad para obtener evidencia Preguntas/formatos para los familiares después del fallecimiento de un ser querido 	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo y costo Falta de apoyo de las autoridades Leyes de protección de datos personales Reglas para el proceso de venta Resistencia de parte de los agentes, reclamantes, doctors, etc. para cooperar con la investigación 	<ul style="list-style-type: none"> Recursos y costo Resistencia de parte de los agentes, reclamantes, doctors, etc. para cooperar con la investigación Dificultad para obtener evidencia Ausencia de un repositorio común de seguros que facilita la compra de seguros por montos pequeños Falta de herramientas analíticas para detectar fraude

Claramente existen temas a nivel global que están emergiendo con relación a los retos que enfrentan las aseguradoras. Tiempo y costos son factores clave, así como la resistencia de terceras partes para ayudar con el proceso de investigación. Leyes de protección de datos y otras reglas están teniendo también un impacto negativo en la habilidad de las aseguradoras para investigar fraude. En nuestra encuesta del 2016, con respecto a los retos que se enfrentan en cuanto a manejo de siniestros, identificamos que la asimetría creciente de información entre el asegurado y la aseguradora pueden constituir un reto clave en el futuro.

Visión a futuro

Predecir el futuro es siempre difícil, pero pareciera como si predecir el futuro en materia de fraude lo es aún más. Las opiniones están divididas 50/50 a nivel global entre aquellos que ven un futuro mejor y aquellos con una visión negativa. Sin embargo, incluso en estos grupos, no hay un consenso en cuanto a las razones por las cuales se están tomando estos puntos de vista.

A continuación algunos de los comentarios más relevantes, por región:

Imagen 15

América	EMOA	Asia (in. Australia/NZ)
<ul style="list-style-type: none"> A medida que las pruebas médicas mejoran o aumentan en número; debemos de ser capaces de obtener muestras de tejido/sangre que prueben de forma definitiva el momento en que se tomaron drogas no prescritas por un médico. El uso de aprendizaje de máquinas y los indicadores de fraude ayudarán a detectar y mitigar al fraude. 	<ul style="list-style-type: none"> Perspectiva negativa porque las investigaciones de fraude estarán más reguladas en el futuro. Progreso positivo gracias a los avances en estudios genéticos y a la disponibilidad de datos. Leyes que restrinjan el uso de información personal tendrán un efecto negativo. 	<ul style="list-style-type: none"> El compartir datos con industrias relacionadas, incluyendo finanzas y servicios de salud tendrá un efecto positivo en la detección del fraude de seguros. La industria pierde miles de millones de dólares anualmente debido al fraude de seguros – el que se detecta y el que no. A medida que aumenta la conciencia acerca de este problema y que la industria se une para compartir información y datos, anticipamos un cambio positivo con respecto al combate de esta amenaza en los años venideros.

Reflexiones Finales

El fraude de seguros de vida puede, con cierta justificación, llamarse el crimen perfecto. Incluso si se identifica, los resultados de la encuesta ponen de manifiesto lo extremadamente poco probable que se imponga cualquier tipo de penalidad o castigo. Hay además poco apetito para perseguir legalmente debido a los altos costos de litigio y los resultados inciertos: menos de 2% de los casos de fraude identificados en esta encuesta resultaron en condenas exitosas.

Al revisar los resultados de la encuesta, los lectores tal vez concluyan que, dada la escala del problema, el fraude debería ser causa de preocupación en el mercado asiático en particular. Dada la tasa de incidencia reportada en esa región, las acciones emprendidas por las aseguradoras se antojan en algunos casos inadecuadas, algunas incluso ni siquiera disputando el fraude cuando se identifica ni considerando tomar acciones legales en contra de los defraudadores.

¿Qué pueden hacer las aseguradoras? La respuesta parece ser la prevención; i.e., usar nuestros recursos limitados para identificar el fraude antes de que ocurra el siniestro. Esto tal vez signifique fortalecer nuestros controles de suscripción, o usar aprendizaje de máquina y evaluar continuamente nuestras carteras en vigor para identificar e investigar pólizas de alto riesgo. Hasta ahora India ha liderado al mercado en materia de análisis de la cartera para identificar pólizas potencialmente fraudulentas. Recomendamos ampliamente a otros mercados el mirar con atención lo que se ha hecho en la India y a adoptar enfoques similares.

Esperamos que a medida que nuestra industria pule sus capacidades de prevención y mejore sus herramientas de detección con educación, análisis de calificación de fraude y/o aprendizaje de máquina, al final logremos detener y erradicar a los defraudadores.

Glosario

Fraude Organizado

Involucra a bandas de crimen organizado las cuales intentan deliberadamente obtener una ganancia a partir del fraude de seguro para financiar actividades criminales y/o lavar las ganancias provenientes de sus crímenes.

Fraude Deliberado

Ocurre cuando se compra una póliza con la intención expresa de cobrar un siniestro para obtener una ganancia. Esto involucra típicamente superar el proceso de suscripción mediante una combinación de falsas declaraciones y la presentación de varias solicitudes.

Fraude Oportunista

Ocurre en las etapas de suscripción y siniestro. En la etapa de suscripción un solicitante tal vez mienta acerca de su estado de salud para reducir el monto de la prima pero sin pensar en que va a tener un siniestro en el futuro. En la etapa del siniestro esto ocurre típicamente con reclamos de morbilidad, un reclamante tal vez exagere el nivel de su discapacidad para beneficiarse; sin embargo ésta no era su intención en un inicio cuando solicitaron la póliza.

Fraude de Siniestros

En este contexto, un fraude de siniestros es cualquier fraude identificado en la etapa del siniestro, incluyendo fraudes que se relacionen con la solicitud de la póliza.

Fraude de Suscripción

Fraude identificado en la etapa de suscripción, esto se relacionaría normalmente con falsas declaraciones u omisiones durante el proceso de solicitud del seguro.

Período de Disputabilidad

Período de tiempo a partir de la fecha en que la póliza entró en vigor durante el cual los siniestros puedan disputarse. Fuera de ese período de disputabilidad el siniestro no puede disputarse sobre la base de omisiones o falsas declaraciones, en algunas jurisdicciones esto incluye también al fraude.

Agente

Individuo o compañía involucrado en el proceso de ventas que puede estar o no empleado por la Compañía de Seguros y actúa como un agente, ya sea de la aseguradora o del consumidor.

Profesional del Seguro

Individuo al servicio de una Compañía de Seguros que tiene algún papel en el procesamiento de siniestros.

Aprendizaje de Máquina

Uso de algoritmos para analizar y hacer predicciones sobre datos.

Aviso

Este reporte así como las opiniones y conclusiones que contiene han sido preparados para el beneficio de las compañías que participaron en el estudio. Reinsurance Group of America, Incorporated, sus compañías subsidiarias y cada uno de sus directores, oficiales y empleados (“RGA”) expresamente desconocen cualquier responsabilidad contractual, extracontractual o de cualquier otro tipo hacia cualquier persona con respecto a cualquier consecuencia derivada del uso de todo o parte de este reporte y de la información en él contenida. Al usar este reporte, cualquier tercero libera y mantiene indemne a RGA de cualquier reclamación, acciones o causas de acción de cualquier naturaleza que surjan de su uso.

Al desarrollar este reporte, RGA se ha basado en la exactitud e integridad de una cantidad substancial de datos e información proporcionados por los participantes del estudio sin una verificación independiente. La información contenida en este reporte no es exhaustiva y no cubre todos los puntos, temas, o hechos que puedan ser relevantes para sus objetivos. Nada de lo contenido en este informe debe de interpretarse como una forma de asesoramiento profesional.

RGA ha hecho todos los esfuerzos razonables para asegurarse que la información proporcionada en esta publicación es precisa al momento de su inclusión y no acepta ninguna responsabilidad por cualquier imprecisión u omisión. RGA puede hacer cambios o mejoras en cualquier momento, pero no asume ninguna obligación de actualizar o corregir información si no es, o ya no es, precisa y completa.

Acerca de RGA

Reinsurance Group of America, Incorporated (NYSE: RGA) es uno de los mayores proveedores de reaseguro de vida y la única compañía de reaseguro global enfocada únicamente en reaseguro de vida y salud. Con su sede principal en St. Louis, Missouri, las operaciones de RGA en 27 países ofrecen soluciones expertas en reaseguro de vida individual, reaseguro de beneficios en vida, reaseguro de grupo, reaseguro de salud, soluciones financieras, suscripción facultativa y desarrollo de productos.

Apéndice A: Participantes en la Encuesta

RGA desea agradecer a las compañías siguientes su participación en la Encuesta Global de Fraude 2017:

Aegon Life Insurance Company (India)	Leidsche Verzekeringen Maatschappij (Holanda)
Al Ahli Takaful Co. (Arabia Saudita)	London Life/Canada Life/Great-West Life (Canadá)
Allstate Life Insurance Company (Estados Unidos)	Manulife Claims (Canadá)
Aviva Life (Reino Unido)	OUTsurance (Sudáfrica)
AXA Life Insurance (Egipto)	PingAn Health (China)
Bankia Mapfre Vida, S.A. (España)	SBI Life Insurance Company (India)
Changcheng Life (China)	SCB Life (Tailandia)
Chubb Life (Hong Kong)	Seguros Atlas, S.A. (México)
Cigna & CMB Life (China)	Asteron/Suncorp NZ (Nueva Zelanda)
Discovery Life (Sudáfrica)	Sun Life Assurance Company (Canadá)
Gibraltar BSN Life Berhad (Malasia)	Takaful Emarat Insurance PSC, Dubai (EAU)
HDFC Life (India)	Tata AIA Life Insurance Company (India)
Hong Leong Assurance (Malasia)	Unum (Reino Unido)
Katılım Emeklilik (Turquía)	



© 2018, Reinsurance Group of America, Incorporated. Todos los derechos reservados. No podrá reproducirse ninguna parte de esta publicación en formato alguno sin el consentimiento previo de su autor.

Para solicitudes de reproducción parcial o total favor de contactar a: publications@rgare.com