



Principales Fraudes al Seguro

Análisis por Ramos: Automóviles, Gastos Médicos, Vida e Incendio

Una investigación técnica y operativa sobre las modalidades de fraude más frecuentes y sofisticadas en el sector asegurador, sus mecanismos de ejecución y los métodos forenses empleados para su detección y combate.



CAPITULO 1

Fraude en el Seguro de Automóviles

El ramo de automóviles es, por su volumen de pólizas y alta siniestralidad, el **más afectado por el fraude a nivel global**. Su exposición diaria al riesgo lo convierte en terreno fértil tanto para el fraude de oportunidad (blando) como para el fraude premeditado (duro). Las modalidades van desde el robo simulado hasta bandas organizadas de "montachoques".

Fraude Duro

Siniestro planeado, provocado o inventado desde cero. Incluye autorrobo, choques provocados y daños preexistentes.

Fraude Blando

Siniestro real, pero con circunstancias alteradas dolosamente. Inflado de presupuestos, volteo de conductor y falsificación de fechas.

Fraude Médico

Lesiones fingidas o exageradas. Latigazo cervical simulado y "pasajeros fantasma" no presentes en el siniestro.

Fraude Premeditado: Las Tres Grandes Modalidades

1 Autorrobo o Reporte Falso de Robo Total

El asegurado vende clandestinamente el vehículo (en partes o en el mercado negro), lo esconde, abandona en zona remota o lo quema. Posteriormente levanta la denuncia por robo ante el Ministerio Público y presenta la reclamación a la aseguradora para cobrar el valor comercial o convenido.

2 Montachoques: Colisiones Deliberadamente Provocadas

Bandas organizadas se colocan delante de una víctima y frenan de forma intempestiva en vías de flujo rápido (el reglamento suele culpar a quien colisiona por detrás). En la variante "gato encerrado", dos vehículos cómplices acorralan a la víctima para forzar el impacto.

3 Siniestro Golondrina: Inclusión de Daños Previos

Se adquiere un vehículo ya colisionado (lote de chatarra) y se contrata una póliza. Días después se simula un choque leve argumentando que los daños severos preexistentes se originaron en ese momento. Es un fraude por sustitución que abusa de la ausencia de inspección previa.

Fraude de Oportunidad y Lesiones Fingidas

Fraudes de Oportunidad

Gatoforismo (Metida de Gato)

Tras un choque real, el asegurado —en colusión con el taller— reclama la reparación de piezas dañadas en eventos anteriores o fallas mecánicas preexistentes. Es la modalidad más frecuente en la operación diaria.

Volteo de Chofer

El vehículo es conducido por alguien sin licencia, menor de edad, o bajo efectos del alcohol. Antes de la llegada del ajustador, intercambian lugar con un acompañante sobrio y con documentos en regla.

Falsificación de Fecha y Hora

El accidente ocurre con la póliza vencida. El asegurado la renueva de forma digital y horas después reporta el siniestro argumentando que la cobertura ya estaba vigente en el momento del impacto.

Fraudes Médicos

Latigazo Cervical Fingido

Tras impactos menores (incluso a menos de 10 km/h), los ocupantes alegan dolores severos de tejidos blandos. La biomecánica demuestra que no hay transferencia de energía suficiente para causar la lesión declarada. Médicos y clínicas coludidas emiten diagnósticos y recetas falsas.

Pasajeros Fantasma

Solo viajaba el conductor, pero al presentar la reclamación se argumenta que viajaban familiares que "se retiraron por sus medios", buscando cobrar las indemnizaciones globales por lesiones corporales estipuladas en la póliza.

Métodos de Detección en el Ramo de Automóviles

Las Unidades de Investigación Especial (SIU) y los ajustadores de campo aplican herramientas técnico-científicas avanzadas para combatir cada modalidad de fraude:



Biomecánica del Accidente

Análisis de correlación matemática entre las lesiones reclamadas y la deformación real de los materiales del vehículo según la velocidad del impacto. Desmiente el latigazo cervical en colisiones de baja energía.



Análisis de Consecuencia de Daños

Verificación de altura de raspados, transferencia de pintura y vector de fuerza del golpe para confirmar que los daños coinciden con el vehículo o objeto reportado. Detecta el "gatoforismo" con precisión.



Auditoría del Módulo ACM

Los vehículos modernos registran velocidad, uso del freno y aceleración segundos antes del impacto en el Airbag Control Module. Las aseguradoras extraen estos datos para verificar si el choque fue provocado o si las velocidades declaradas son reales.

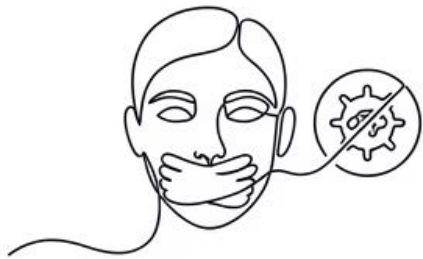


Análisis de Metadatos EXIF

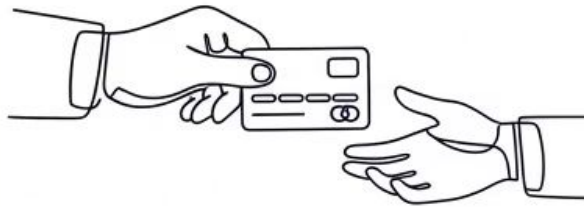
Las fotografías enviadas por los usuarios contienen datos EXIF con la hora exacta y coordenadas GPS del lugar donde se tomó la foto. Se contrastan con el reporte del siniestro para detectar manipulación de fecha, hora y lugar del accidente.

Fraude en el Seguro de Gastos Médicos Mayores

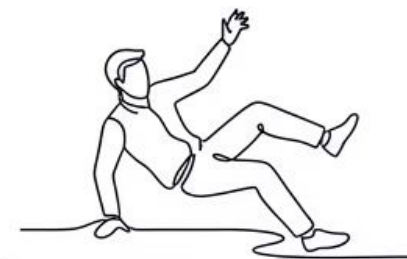
El Seguro de Gastos Médicos Mayores (SGMM) involucra tres actores principales —asegurado, proveedor médico y aseguradora— cuya interacción genera esquemas de fraude sofisticados. El impacto de estas conductas es crítico: **eleva la siniestralidad y encarece las primas de renovación para todos los asegurados**, desvirtuando el principio de indemnización del seguro.



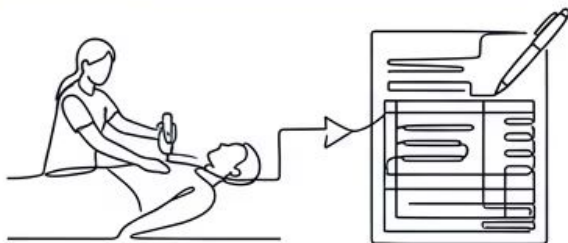
1) Ocultar preexistencias



2) Prestar la póliza



3) Simular accidentes



4) Upcoding médico



5) Factura fantasma



6) Tráfico de medicamentos

Fraudes por Actor: Asegurado y Proveedor

Fraudes del Asegurado

→ Preexistencias Ocultas

El proponente conoce una enfermedad grave (cáncer, diabetes avanzada) que causaría exclusión. La oculta al contratar y, tras un breve periodo, solicita cobertura fingiendo síntomas recientes.

→ Simulación de Accidente

Para evadir periodos de espera en cirugías electivas (vesícula, columna), el asegurado simula una caída o accidente y reporta la necesidad quirúrgica como derivada del "traumatismo accidental" y no de la patología crónica.

→ Préstamo de Póliza

El asegurado cede su credencial e identidad a un familiar o tercero sin seguro para que reciba atención, consultas o cirugías mayores en la red hospitalaria haciéndose pasar por el titular.

Fraudes del Proveedor Médico

→ Upcoding (Maquillaje de Diagnósticos)

El médico altera el diagnóstico real para transformarlo en uno cubierto por la póliza o con honorarios más altos. Ejemplo: una rinoplastia estética se registra como septoplastia funcional.

→ Unbundling (Desfragmentación de Cargos)

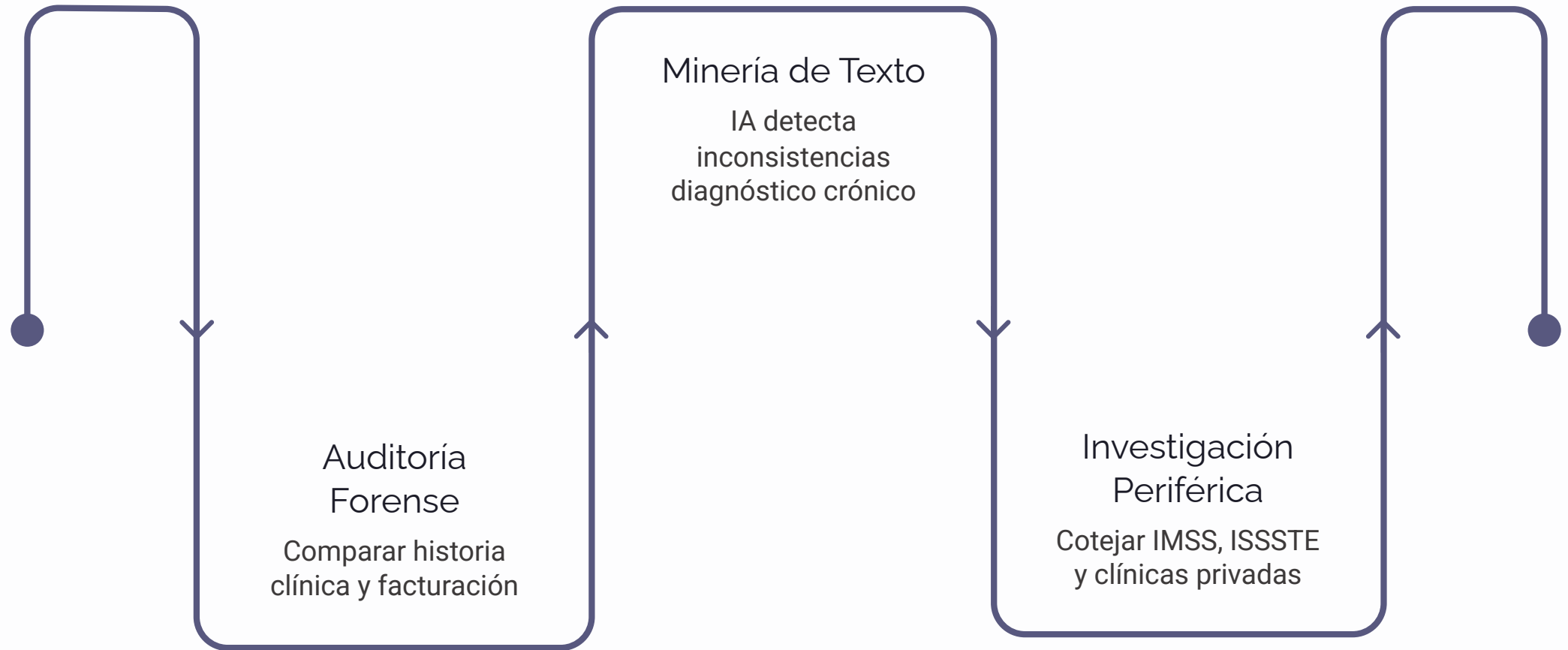
En lugar de cobrar un paquete quirúrgico integral, el hospital factura cada gasa, jeringa y medicamento de forma individualizada e inflada, duplicando cargos ya incluidos en el costo de quirófano.

→ Servicios No Prestados

Se incluyen en la cuenta final medicamentos de alta especialidad, estudios de imagen (resonancias, tomografías) o días de terapia intensiva que el paciente nunca recibió, diluidos en el volumen de hojas de la cuenta hospitalaria.

⚠ **Fraude Colusivo:** Algunos hospitales absorben el deducible del asegurado inflando la factura un 20–30%, trasladando ese costo íntegramente a la aseguradora. El tráfico de medicamentos oncológicos de alto costo entre paciente y médico coludido es otra modalidad de alto impacto económico.

Detección Avanzada en Gastos Médicos



La trayectoria de detección en este ramo es minuciosa. Los médicos auditores revisan el expediente clínico físicamente en el hospital; la inteligencia artificial analiza la coherencia temporal de los informes médicos; y las unidades SIU rastrean el historial del paciente en instituciones públicas previas para evidenciar preexistencias y dolo.

Fraude en el Seguro de Vida

El seguro de vida representa, por la cuantía de sus sumas aseguradas, uno de los objetivos más lucrativos para los defraudadores. A diferencia de otros ramos, aquí el fraude es predominantemente **premeditado, severo y de naturaleza criminal**. Un solo pago fraudulento puede implicar pérdidas de millones de pesos para el fondo común de asegurados.

Fraude en la Contratación

Ocultación dolosa de enfermedades terminales y contratación por terceros sin interés asegurable sobre personas vulnerables.

Fraude en la Reclamación

Homicidio del asegurado por el beneficiario y suicidio coordinado o premeditado para defraudar al fondo colectivo.

Simulación de Muerte

Falsificación de actas de defunción con complicidad de funcionarios y desaparición en zonas de conflicto o difícil acceso.

Modalidades de Alto Impacto en Seguros de Vida



Ocultación de Enfermedad Terminal

El proponente sabe que padece una enfermedad en etapa terminal (cáncer metastásico, insuficiencia renal) con expectativa de vida muy corta. Contrata pólizas con sumas elevadas omitiendo antecedentes en el cuestionario de salud. Los defraudadores buscan esquemas sin exámenes médicos obligatorios e intentan mantener al asegurado con vida durante el periodo de indisputabilidad (generalmente dos años).



Especulación con la Vida de Terceros

Un grupo criminal contrata seguros sobre personas vulnerables (indigentes, adultos mayores) falsificando su firma. Los defraudadores se designan a sí mismos como beneficiarios sin que exista un interés asegurable legítimo. La motivación es puramente especulativa: lucrar con la muerte del asegurado.



El "Muerto Vivo": Simulación de Fallecimiento

Se compra la complicidad de médicos legistas o funcionarios del Registro Civil para emitir un acta de defunción auténtica en forma pero falsa en contenido. Se simula un entierro con ataúd vacío. El supuesto fallecido huye del país o cambia de identidad mientras los beneficiarios cobran la suma asegurada.

Protocolos Forenses para Seguros de Vida

Debido a la gravedad del fraude en seguros de vida, las Unidades SIU activan protocolos de alta complejidad científica y legal desde las primeras horas tras la notificación del siniestro:

1

Auditoría de Historial Clínico Forense

Se rastrea el historial médico completo en hospitales públicos (IMSS, ISSSTE), farmacias y laboratorios privados. Recetas oncológicas o consultas cardiológicas previas a la firma del contrato determinan el rechazo por declaraciones inexactas.

2

Verificación de ADN y Antropología Forense

En casos de cuerpos calcinados, descompuestos o restos hallados tras supuestos accidentes, se solicitan peritajes independientes de ADN y confrontación de registros dentales para confirmar la identidad del cadáver.

3

Grafoscopia y Documentoscopia

Especialistas analizan sellos, papel de seguridad, firmas de médicos y folios de actas de defunción contra los archivos del Registro Civil para detectar documentos apócrifos o expedidos mediante corrupción.

4

Análisis de Vínculos y Entorno Financiero

El incremento súbito en sumas aseguradas en múltiples compañías simultáneamente (*stacking de pólizas*) sin justificación de ingresos es una de las mayores alertas (red flags) para congelar el pago e iniciar investigación de campo.

CAPÍTULO 4

Fraude en el Seguro de Incendio

El seguro de incendio es uno de los objetivos históricos del fraude premeditado. El fuego destruye la evidencia física a su paso, lo que lo convierte en el método preferido por los defraudadores. En épocas de crisis financieras o quiebras comerciales, la siniestralidad por incendio registra picos estadísticos: el sector lo denomina técnicamente "**venta de la propiedad a la aseguradora**".



Modalidades de Fraude en Incendio



Quiebra Comercial o "Bancarrota Asegurada"

El dueño de un negocio con deudas impagables o activos obsoletos planifica un incendio total. El fuego se inicia por la noche o en días festivos para garantizar la destrucción completa antes de la llegada de los bomberos. El objetivo: cobrar la suma asegurada en lugar de enfrentar la quiebra legal.



El "Incendio Vacío"

Antes del fuego, el defraudador retira en secreto mercancías de alto valor, maquinaria fina y bienes costosos. Los sustituye con mercancía obsoleta o cajas vacías. Tras el siniestro, presenta facturas y registros contables de un inventario "fantasma" supuestamente consumido por las llamas.



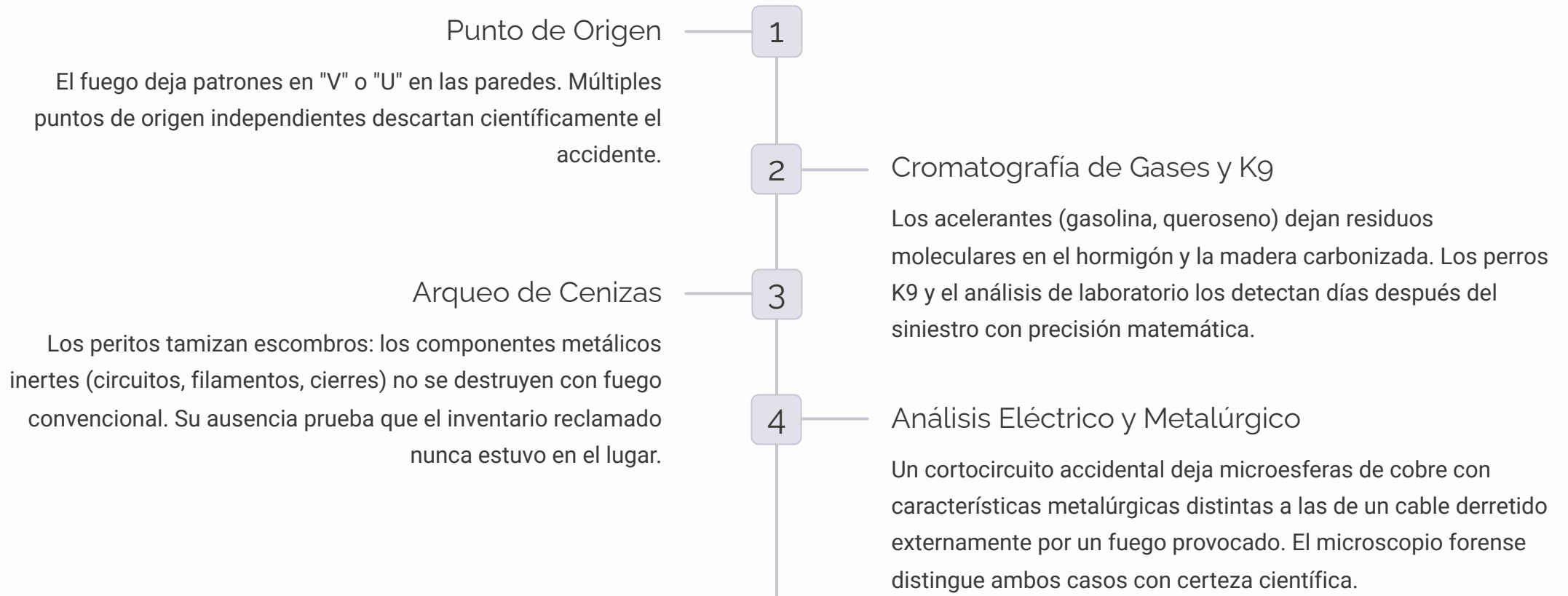
Inflado de Pérdidas y Libros Contables

Cuando el incendio es accidental (cortocircuito real), el asegurado actúa con dolo en la etapa posterior: manipula estados financieros, altera libros de contabilidad o compra facturas apócrifas para inflar el valor de los activos destruidos y superar con creces el daño real sufrido.

- ❏ La cobertura de **Interrupción de Negocio** también es objeto de fraude: el asegurado presenta proyecciones de ventas simuladas con crecimientos históricos ficticios para cobrar indemnizaciones multimillonarias por utilidades frustradas que nunca existieron.

Métodos Forenses: Causa y Origen del Incendio

La investigación forense del incendio ha evolucionado a la par de la química y la ingeniería. El defraudador confía en que el fuego borrará sus huellas; la ciencia ha demostrado lo contrario:



Conclusiones y Líneas de Acción

El fraude al seguro es un fenómeno transversal, evolutivo y de alto impacto económico para el sector y para los asegurados honestos. Su combate requiere la integración de herramientas forenses, tecnología de datos y protocolos de investigación especializados en cada ramo.



Prevención desde la Contratación

Verificación exhaustiva de declaraciones, exámenes médicos obligatorios e inspección previa de bienes asegurados como primera barrera de control.



Investigación Forense Especializada

Unidades SIU multidisciplinarias con peritos en biomecánica, química forense, grafoscopia y análisis financiero para cada ramo de negocio.



Tecnología e Inteligencia de Datos

Minería de textos con NLP, análisis de metadatos EXIF, auditoría de módulos ACM y modelos predictivos de detección de anomalías en siniestros.



Colaboración Intersectorial

Intercambio de información entre aseguradoras, autoridades judiciales, registros civiles e instituciones de salud pública para cerrar las brechas de acceso a datos clave.

El fraude no es un "delito sin víctima": su costo se traslada en forma de primas más altas a todos los asegurados. Combatirlo es un imperativo ético, técnico y financiero del sector.