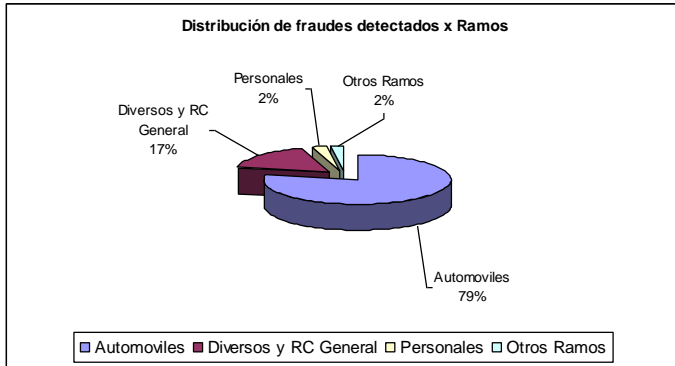


Según fuentes del sector, las entidades aseguradoras soportan, en su conjunto, un impacto en su cuenta de resultados de más de 600 millones de euros al año por notificaciones IE_LCS de CICOS.

El ramo en el que se producen más situaciones anómalas y fraudulentas es Automóviles:



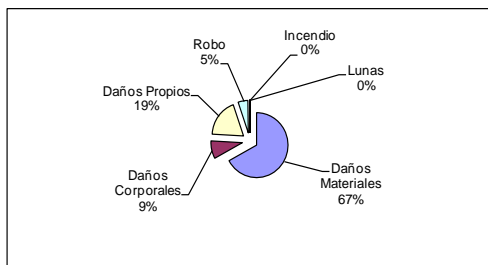
Las causas de fraude más comunes en el ramo de automóviles son las siguientes:

Fraude en pólizas

- Omisión de partes anteriores.
- Edad del conductor principal diferente a la declarada.
- Uso no adecuado del vehículo (por ejemplo para negocios)
- No mencionar a otros conductores.
- Fronting: Padres que aseguran el vehículo siendo el conductor principal un adolescente.
- Intentos de modificación del tipo de cobertura tras un accidente.
- Fraude de identidad.

Fraude en siniestros

- Reclamación relacionada a un accidente anterior a la contratación de la póliza.
- Reclamación por robo de vehículo cuando este no se ha producido.
- Reclamación por daños y perjuicios superiores a los reales.
- Relación familiar entre los reclamantes.
- Daños materiales importantes sin daños personales.
- Accidente con un vecino ocurrido lejos del domicilio.
- Daño material poco importante con daño personal alto.
- Conductor y pasajero se intercambian después del accidente.
- Partes en más de una póliza.
- Relación entre reclamante y empleado en la compañía de seguro.
- Costes excesivos en el parte.
- Largo período de baja médica sin ninguna lesión seria.
- Relación entre el reclamante y personal del taller de reparación del automóvil.
- Colusión : Relación entre reclamante y personal de la Entidad.



Módulo de Gestión de Alertas del Servicio de Normalización y Detección de Anomalías de TIREA

Filtro principal		Por Pólizas/Solicitudes	Por siniestro
Aislar	Marcar todos	Desmarcar todos	Expandir todos
Ocultar todos			
Tipo	Mov.Principal	F.Proceso	Reglas
Póliza	T201301	27/11/2008	1
Regla	Tipo Mov.	Mov.Contrastado	Puntuación
GEN_001 - 1	POLIZA	T200300	100



En la fase de detección de fraude, la utilización de herramientas basadas en ficheros históricos de datos y reglas lógicas de análisis, proporciona mayor eficiencia y resultados, gracias al contraste de datos, tales como:

- Antecedentes de asegurados
- Análisis de fechas
- Similitudes de apellidos, cercanía de domicilios, relación de parentesco...
- Fronting
- Inconsistencia de datos...
- Comparación de datos aportados por otras entidades.
- Prácticas anómalas.

El servicio **Senda** persigue la detección de anomalías en los procesos de suscripción, declaración y tramitación de siniestros, al comparar la información enviada diariamente por la Entidad, con los datos históricos de pólizas y siniestros cargados previamente, mediante la aplicación de una serie de reglas de negocio.

Los módulos funcionales que forman parte del servicio son los siguientes:

- ✓ Modelización
- ✓ Normalización
- ✓ Mantenimiento histórico
- ✓ Enfrentamiento de nueva producción y siniestros contra el histórico
- ✓ Tratamiento de alertas
- ✓ Explotación de resultados

Todas las alertas generadas para una entidad pueden ser tratadas por dos vías:

- ✓ Online
- ✓ Batch



El objetivo general es contar con un Servicio para la detección y prevención del fraude mediante la utilización de una plataforma tecnológica de apoyo que permita:

1. Normalización de información.
2. Detección de anomalías, inconsistencias y errores en los datos aportados.
3. Establecer alertas de presuntos casos de fraude a analizar por parte de la entidad.
4. Generación de Estadísticas.

Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Solución común para todas las Entidades
2. Servicio modular que permita a cada entidad trabajar en el escenario que requiera.
3. Enfoque multi-ramo
4. Configuración de datos por cada entidad
5. Múltiples figuras relacionadas con las pólizas y siniestros que serán configurables dependiendo del caso.
6. Reglas flexibles y configurables.
7. Proporcionar herramientas que permitan el análisis e investigación de las reglas detectadas permitiendo añadir la información adicional a la investigación que se necesite.

Existen dos modelos de servicio:

Modelo Entidad: en este modelo cada entidad contrastará sus movimientos diarios con su propio histórico, aplicando las reglas de negocio que cada una haya seleccionado. Además de las reglas, también se puede personalizar para cada entidad su diccionario de datos como un subconjunto del diccionario global que es común para todas las entidades.

Modelo Sectorial: En este modelo los movimientos diarios de cada entidad se contrastan con un histórico sectorial de todas las entidades adheridas al servicio. En este caso, tanto el diccionario de datos como las reglas aplicadas serán comunes para todas las entidades.

El primer modelo sectorial es el Fichero de Incendio, Robo y Pérdida Total que cuenta con el visto bueno de la Agencia de Protección de Datos.

