



# LOS OCHO MAYORES DESAFÍOS PARA LAS ASEGURADORAS

eBook

# FACTORES DE ÉXITO PARA RESPONDER CON EFICACIA AL FRAUDE EN LOS SEGUROS

El Sector Seguros se está modernizando rápidamente y de muchas formas. Los cambios positivos que conlleva la modernización también se pueden encontrar en la lucha contra el fraude. Sin embargo, las aseguradoras afrontan varios desafíos para responder eficazmente contra el fraude. Algunas aseguradoras ya han dado los primeros pasos y la mayoría están iniciando programas progresivos. Para poder ir por delante en una época tan dinámica y ser sostenibles de cara al futuro, ha llegado la hora de que las aseguradoras pasen de las palabras a los hechos. Este libro electrónico combina los principales desafíos en la lucha contra el fraude.

Averigüe cuáles son esos desafíos y qué puede hacer para evitar problemas.

## RETO:

- |  |        |
|--|--------|
| 1. DATOS: ¿UN DESAFÍO O UNA OPORTUNIDAD?                   | PAGE 3 |
| 2. DETECCIÓN AUTOMÁTICA DEL FRAUDE: EL CAMINO A SEGUIR     | PAGE 5 |
| 3. ¿ES MEJOR PREVENIR QUE ENMENDAR?                        | PAGE 7 |
| 4. UNA CULTURA ANTIFRAUDE: INFLUYE EN TODA LA ORGANIZACIÓN | PAGE 8 |
| 5. CONCLUSIÓN  | PAGE 9 |



# 1. DATOS: ¿UN DESAFÍO O UNA OPORTUNIDAD?

Los principales desafíos para responder eficazmente contra el fraude están relacionados con los datos. Según este estudio, la protección y la privacidad, el acceso a datos externos y la calidad de los datos internos requieren una atención especial en la lucha contra el fraude.

## 1. Cuestiones relativas a la protección y la privacidad de los datos

La digitalización y el aumento de los datos en los últimos años significan que las aseguradoras tienen una responsabilidad aún mayor de mantener seguros y confidenciales los datos de los clientes. El sector seguros se basa en la confianza que hay entre las aseguradoras y sus clientes. La seguridad y la privacidad de los datos que las compañías reciben se gestionan con mucho cuidado. La autorización para usar los datos y en qué medida se permite ese uso varían según el país. El sector europeo de los seguros está muy reglamentado en el ámbito de la protección de datos, tanto por la Directiva de protección de datos de 1995 de la Unión Europea (UE) como por la legislación de cada uno de los Estados miembros de la UE.

Por lo general, se puede decir que, en toda Europa, las leyes sobre privacidad se están volviendo menos permisivas y el uso de datos externos se está convirtiendo en una cuestión más delicada. En los países escandinavos, una verificación del crédito es bastante sencilla, y en Noruega y Suecia, las declaraciones de la renta incluso se hacen públicas. En esos países, la transparencia prevalece sobre la privacidad. En Europa Central, la protección de los consumidores es mucho más estricta. En un contexto internacional, las aseguradoras tendrán que abordar estas diferencias.



## 2. Acceso inadecuado a los datos externos

Los procesos relacionados con los seguros se llevan a cabo cada vez más a distancia; es muy raro que los corredores de seguros visiten la vivienda de un cliente y muchos consumidores prefieren gestionar sus asuntos por Internet. Si no se establece ningún contacto personal con los clientes que solicitan una póliza, ¿cómo se puede llevar a cabo una evaluación correcta del riesgo de esa solicitud de póliza?

Los datos procedentes de fuentes externas a la aseguradora (datos externos) podrían constituir una solución para ello. Los datos externos pueden aportar información extra que, de lo contrario, la aseguradora no tendría a su disposición. Con esta información extra, se pueden tomar mejores decisiones en los procesos básicos de los seguros. Por ejemplo, en el momento de la suscripción, se pueden utilizar los datos externos como argumentos para la aceptación o el rechazo, o como información para los modelos analíticos de precios. Los datos externos mejoran la calidad de las carteras de seguros porque contribuyen al equilibrio adecuado en la cobertura de riesgos y en la prima. La disponibilidad de los datos externos varía según el país, así como sus costos y utilidad. Se utilizan mucho las fuentes que contienen datos sobre las compañías, como las cámaras de comercio y los proveedores de datos de crédito. Está aumentando el número de compañías que utilizan información procedente de las redes sociales. Esas compañías usan las redes sociales, en particular, para encontrar más información geográfica sobre un reclamante en un momento determinado, o para completar el perfil de una persona que solicita una póliza. Sin embargo, la nueva normativa, como el Reglamento general de protección de datos de la UE, podría complicar el aprovechamiento de esos recursos.

### 3. Problemas con la calidad de los datos internos

Las diferencias de calidad, precisión y coherencia dificultan la comparación y la combinación del contenido de distintos sistemas administrativos de una aseguradora. Además, la calidad de los datos suele ser lo primero que se pierde cuando aumenta la carga de trabajo de los empleados. En pocas palabras, se puede mejorar mucho. Los problemas más habituales son:

- *Falta de uniformidad internacional en la forma en que registramos la información*  
Las direcciones, las fechas de nacimiento y los apellidos también constituyen una fuente constante de posibles confusiones y malentendidos entre los países. Para aprovechar al máximo la sinergia que puede haber en una compañía internacional de mayor tamaño, la homogeneización de los datos es imprescindible. En este aspecto, se requiere una visión global e individual de un cliente.
- *Modificación del uso de los sistemas CORE de procesamiento*  
A largo de los años, se toman decisiones sobre el registro de una determinada información de maneras concretas. Con frecuencia, el conocimiento de cómo y por qué se producen cambios se difunde por toda una organización, donde suele haber poca información registrada y documentada. Para las personas ajenas y los recién llegados no hay suficientes conocimientos sobre los antecedentes de los datos. Esto puede dar lugar a resultados difíciles de explicar y aún más difíciles de utilizar.
- *La calidad de los datos no viene impuesta por el sistema CORE*  
Por lo general, las personas no tienden a tener una fecha de nacimiento futura y un asegurado vivo no debería haber nacido antes del año 1900. Este tipo de errores de datos pueden deberse a gestores de siniestros y administradores de pólizas sobrecargados de trabajo cuando el sistema CORE de procesamiento no impone calidad en los datos y no comprueba si los empleados han introducido los datos correctos.
- *Las definiciones de los campos no están claras*  
Una póliza activa se puede interpretar de muchas formas. ¿Es una póliza no cancelada en este momento? En caso afirmativo, ¿consideraría una póliza activa una póliza con una fecha de cancelación en el futuro? ¿O estamos hablando de la política de la compañía de fomentar un estilo de vida activo? Si la definición de un campo no está clara, se puede utilizar, y se utilizará, para cualquier cosa, lo que complica los análisis comparativos.



Revisa:

¿Cuál es la mejor forma de utilizar fuentes de datos de terceros?

## 2. DETECCIÓN AUTOMATIZADA DEL FRAUDE

La lucha contra el fraude es una operación manual en muchas compañías; por lo tanto, la lucha contra el fraude puede resultar un proceso que requiere mucho tiempo y e induce a errores. Las compañías que cuentan con una solución automatizada suelen ser más eficaces a la hora de detectar fraudes. Mediante una detección directa de los siniestros que requieren más atención o un seguimiento activo, las compañías que utilizan la detección automatizada del fraude aumentan la probabilidad de detectar el fraude y limitan los falsos positivos al mínimo.

### *LA LUCHA CONTRA EL FRAUDE NO ES UNA PRIORIDAD PARA LA TECNOLOGÍA DE SISTEMAS*

La mayoría de las aseguradoras están planificando proyectos para combatir mejor el fraude. Si nos fijamos en las prioridades desde el punto de vista de la tecnología, hay muchos proyectos que podrían acabar teniendo más prioridad. Los temas más habituales en los proyectos tecnológicos son la digitalización y la sustitución de los sistemas básicos de seguros. El mercado parece tener una respuesta para conseguir detectar los fraudes en poco tiempo:

- La compañía debe convertir su perjuicio en un caso comercial válido. Con ese caso comercial, puede elaborar un argumento lógico para reorganizar el calendario de la tecnología de sistemas.
- La detección automatizada del fraude puede convertirse fácilmente en una parte de la digitalización de procesos, ya que la primera puede ser el resultado de la segunda, y viceversa.
- Adquiera un sistema CORE que incluya una interfaz lista para usar con una herramienta de detección del fraude. Con este planteamiento, podrá matar dos pájaros de un tiro.

***“Este tipo de solución integrada permite que el trabajo y el intercambio de casos sean menos propensos a errores.”***

### *SISTEMAS INTERNOS ANTICUADOS CONTRA EL FRAUDE*

Muchas compañías de seguros utilizan sistemas internos anticuados o siguen dependiendo de procesos manuales, como el conocimiento sobre los usuarios y las normas empresariales para la detección de fraude en hojas de cálculo.

La aplicación de una solución más avanzada de detección del fraude demostrará que la investigación de los posibles casos de fraude es mucho más eficaz cuando toda la información relacionada está disponible en un sistema. Resultaría más fácil ver directamente cuáles son los casos que requieren más investigación, mientras la mayoría de los casos probablemente podrían procesarse directamente. Los falsos positivos se reducirán al mínimo, ya que se puede realizar una evaluación objetiva de riesgos mientras se siguen las directrices de la compañía. Este tipo de solución integrada permite que el trabajo y el intercambio de casos sean menos propensos a errores.

### *GESTIÓN DE ALERTAS SIN SEGMENTACIONES*

La investigación del fraude no se lleva a cabo de forma aleatoria. Siempre hay un motivo, una sensación o una indicación que da lugar a una investigación en determinados casos. Una sensación podría ser válida, pero es posible que se haya buscado la justificación de un prejuicio. En la actualidad, cada vez se desarrollan más técnicas para detectar el sesgo no deseado. Con un sistema automatizado, se limitará la influencia del sesgo o del prejuicio en la investigación de los datos. Esto mejorará la calidad de los análisis y, por consiguiente, mejorarán las decisiones basadas en esos análisis.

### *APROVECHE LAS VENTAJAS DEL PROCESAMIENTO DIRECTO*

Es prácticamente imposible hacer una selección previa manual de todos los siniestros que se reciben, por no hablar de lo difícil que resulta mantenerse al día de la normativa de cumplimiento normativo, que cambia constantemente. Resulta útil automatizar el proceso mediante la valoración de siniestros con un modelo predefinido. Los siniestros que obtienen una puntuación inferior a un umbral predeterminado se pueden pagar de inmediato; solamente hay que investigar los siniestros con una puntuación superior al umbral, por parte de un gestor de siniestros con experiencia o por un investigador de fraudes. Las herramientas automatizadas reducirán los casos de fraude que no se detectan. Asimismo, las herramientas para el fraude podrían permitir un mayor nivel de procesamiento directo (hasta el 90 %) de los siniestros y las solicitudes de pólizas.

### *AUMENTE LA EFECTIVIDAD DE LA INVESTIGACIÓN DEL FRAUDE*

La eficacia de la investigación del fraude puede aumentar de varias formas. Con la detección automática de siniestros que requieren más atención, las organizaciones que cuenten con una solución automatizada serán más eficaces en la investigación del fraude. La información correcta se entrega a los investigadores del fraude, para que puedan dedicar tiempo a los casos que realmente requieren atención. Los defraudadores se encontrarán con dificultades, ya que se podrán justificar eficazmente las medidas tomadas en su contra. El desarrollo de una unidad especial de investigaciones constituye una herramienta esencial para poder realizar un seguimiento eficaz. Muchas aseguradoras ya cuentan con una unidad de este tipo, mientras que otras optan por subcontratar las investigaciones de fraudes. Además, hay otras aseguradoras que deciden gestionar los casos de fraude en el departamento de siniestros, como parte de la actividad habitual.



### 3. ¿ES MEJOR PREVENIR QUE ENMENDAR?

Si se demuestra que una persona ha cometido fraude en una aseguradora, es probable que otras aseguradoras se estén encontrando, o se hayan encontrado en el pasado, con el mismo fraude de la misma persona. En la mayoría de los casos, se cancelaría la póliza de ese defraudador en la aseguradora correspondiente; sin embargo, el defraudador podría seguir moviéndose con libertad entre aseguradoras. El defraudador suele solicitar fácilmente un mismo seguro en otra aseguradora, que le aceptaría sin hacer preguntas. Mediante el intercambio de información entre las aseguradoras, se puede identificar a estos defraudadores y se puede impedir que cometan el mismo fraude una y otra vez. Las principales aseguradoras trabajan activamente en la gestión del fraude y los riesgos que hay en su cartera. Esas compañías utilizan medidas reactivas para eliminar a los defraudadores de su cartera y prevenir activamente que entren en ella nuevos defraudadores (potenciales). La mayoría de las aseguradoras siguen basándose únicamente en una estrategia de «enmendar mejor que prevenir». Para esas compañías, la única opción de cubrir sus pérdidas por fraude consiste en aumentar las primas adicionales. Por consiguiente, el cliente honrado paga directamente los ingresos del defraudador.

#### *LA PREVENCIÓN DEL FRAUDE EN EL MUNDO DIGITAL*

Los canales de venta en línea están en auge. Cada vez hay más aseguradoras que ofrecen seguros a través de un canal de venta en línea. Con este cambio a las ventas en línea, el sector de los seguros sigue los pasos de muchos otros sectores.

Para lograr un crecimiento sostenible, las aseguradoras que cuentan con un canal directo (p. ej., los suscriptores directos) deberían protegerse de los riesgos que no se tienen en cuenta en la prima. La mayoría de los suscriptores directos se centran en crecer rápidamente, pero ignoran o subestiman los riesgos que entran en la cartera. Según este estudio, un 65 % de todas las aseguradoras ya trabajan con un canal en línea, mientras que un 25 % tienen previsto lanzar uno dentro de un año. Teniendo en cuenta estas cifras, parece prudente invertir en la prevención del fraude y los riesgos graves antes de que entren en la cartera. Para lograr un crecimiento sostenible, es vital obtener información exhaustiva sobre los riesgos asociados a los nuevos clientes potenciales. Las aseguradoras pueden utilizar sus conocimientos para aceptarlos o rechazarlos directamente, utilizar esa información en los modelos analíticos de precios. Al automatizar el proceso de suscripción, el objetivo debería ser, en la medida de lo posible, lograr el procesamiento directo. Este procesamiento directo permite que la operación de suscripción de las aseguradoras se vuelva mucho más eficiente.

***“Las aseguradoras se benefician enormemente de contar con acceso a una cantidad creciente de datos.”***

#### *¡ASEGURADORAS, ÚNANSE!*

The information gathered on persons, objects and claims help to make accurate and objective decisions on managing fraud and risk within an insurance portfolio. Insurers greatly benefit from having access to more and more data. The ever-growing lake of data can be used to detect fraud at an earlier stage.

Sharing data between companies could help to prevent, detect and investigate insurance fraud. However, in some states the privacy laws are currently preventing the insurance sector from setting up such data sharing platform. In those states where privacy regulation is not in place, insurers can join forces by sharing data and by working together on fraud investigations. When combining forces insurers can learn from each other's fraud cases and come up with new measure to prevent fraud. Ultimately, this could result in lower premiums throughout the market, which in the end would benefit all.

## 4. ESTABLECIMIENTO DE UNA CULTURA ANTIFRAUDE

Una cultura antifraude influye en toda la compañía. Para poder luchar eficazmente contra el fraude, una compañía necesita el apoyo y el compromiso de toda la organización, desde los directivos hasta el servicio de atención al cliente. Si nos fijamos en el nivel de concientización sobre el fraude de una compañía, ese nivel suele ser más alto en el departamento de siniestros. La segunda posición suele estar ocupada por el departamento de suscripciones, mientras que el resto de departamentos van muy por detrás.

Para establecer una cultura antifraude, vienen a la mente un par de medidas. En la página siguiente se presentan tres puntos fundamentales.

### *IMPLICACIÓN ACTIVA DE LOS ALTOS DIRECTIVOS*

Los altos directivos deberían esforzarse por crear una organización que aprenda constantemente y mejore sus capacidades de detección del fraude. Por ejemplo, resultaría útil poner en marcha un sistema de valoración que anime a los empleados a luchar contra el fraude, pero sin olvidarse de la satisfacción de los clientes. Asimismo, la reevaluación de las preguntas planteadas durante el proceso de suscripción o de presentación de siniestros podría ayudar a llevar a los clientes por el camino correcto. Por encima de todo, los altos directivos deberían predicar con el ejemplo, reflejando y estimulando una conducta honrada. De esta manera, el fraude se puede combatir con más eficacia, ya que forma parte del ADN de toda la organización.

### *ARMONIZAR LOS KPI*

Los objetivos de la compañía y los Indicadores de Rendimiento (KPI) subyacentes deben estar armonizados. Por lo general, los tasadores de siniestros se evalúan, por término medio, con respecto al tiempo de gestión y la satisfacción de los clientes. Deberían añadirse los KPI correspondientes a la cantidad de casos de fraude detectados. Aparentemente, los KPI del fraude contradicen a los otros dos KPI; sin embargo, cuando hay un equilibrio adecuado entre ellos, todos los KPI pueden utilizarse conjuntamente en una combinación muy potente.

### *FORMAR AL PERSONAL*

Fomente activamente el intercambio de conocimientos entre colegas. Lleve a nuevas personas al nivel adecuado lo más rápidamente posible. La formación es fundamental para ayudar a aumentar la concientización. La formación de personas requerirá una inversión inicial, que se recuperará con un personal más consciente, lo que dará lugar a la entrada de menos riesgos, mejor capacidad para detectar el fraude, menos costos y procesos más eficientes.

Si una compañía consigue obtener tanto la cultura como los sistemas, podrá superar una gran cantidad de desafíos y convertirá los seguros en un sector más honrado.



## 5. CONCLUSIÓN

Los desafíos descritos en este libro electrónico son solo la punta del iceberg de la lucha contra el fraude. Cada día se adaptan nuevos medios de comunicación y nuevas tecnologías, y a veces resulta complicado seguir el ritmo.

A fin de cuentas, el objetivo es crear una cultura antifraude y establecerla lo antes posible. Un sistema de detección automatizada del fraude puede ayudar enormemente a una compañía a crear una cultura de este tipo, pero ese no es el objetivo final. La formación periódica, el compromiso de los ejecutivos, los nuevos procesos y el intercambio de conocimientos son igualmente importantes. La lucha eficaz contra el fraude es un proceso continuo de adaptación y optimización.

Las aseguradoras solo pueden trabajar con un número limitado de proyectos y se posponen los proyectos que no son vitales para la compañía. Con frecuencia, la detección automatizada del fraude es uno de esos proyectos pospuestos. Por ejemplo, durante la migración a un nuevo sistema básico, una aseguradora pone en espera todo lo demás, lo que genera una desventaja competitiva y es algo que parece innecesario, ya que esas tecnologías pueden ir de la mano.

¡El fraude no se debe tolerar! Los seguros honrados no son algo que aparecen al instante. Las organizaciones deberían invertir tiempo, dinero y esfuerzo en superar los principales desafíos que conlleva el fraude. Solamente entonces obtendrán su recompensa la organización Y sus clientes honrados.

***“Los seguros honrados no son algo que aparecen al instante.”***



# Acerca de FRISS

FRISS tiene un enfoque de detección del fraude y del riesgo 100% automatizado para las aseguradoras de seguros generales en todo el mundo. Sus soluciones de detección accionadas con Inteligencia Artificial para las suscripciones, los siniestros y la Unidad Especial de Investigación ayudan a más de 175 aseguradoras a hacer crecer sus negocios. FRISS detecta el fraude, mitiga los riesgos y apoya la transformación digital.

La implementación del sistema en las aseguradoras se realiza dentro de los 4 meses, logran multiplicar por 10 su retorno de inversión y un 80% de aumento en el procesamiento directo a través del procesamiento de la solicitud de pólizas y siniestros.

Las soluciones FRISS ayudan a reducir el ratio de siniestralidad, permiten el crecimiento de una cartera rentable y mejoran la experiencia del cliente. Para obtener más información [www.friss.com](http://www.friss.com).



marketing@friss.com ©2020

