

## Resumen de la solución

---

# Soluciones para compañías de seguros

---

## Introducción

El fraude de seguros se puede cometer en varios puntos de la transacción de las reclamaciones y por diferentes partes, que incluyen los demandantes, los asegurados y terceros. La Oficina Federal de Investigaciones (FBI) afirma que "se estima que el costo total de fraude de seguros supera los 40.000 millones de dólares al año. Eso significa que el fraude de seguros cuesta a la familia promedio entre 400 y 700 dólares al año, en forma de aumento en las primas". A pesar de que muchas compañías de seguros acepten reclamaciones fraudulentas como el lamentable precio de hacer negocio, no tiene por qué ser así.

En una industria conocida por regulaciones estrictas, nuevas entradas en el mercado y dura competencia en general, las compañías de seguros necesitan tecnologías sofisticadas que les permitan mantenerse por delante de las amenazas. CaseWare Analytics emplea una combinación de reglas comerciales y análisis de datos predictivos para detectar y prevenir el fraude en todo el proceso de reclamaciones, que abarca varias líneas de negocio, como automóviles, vida, salud, propiedades, discapacidades, compensación de trabajadores, etcétera.

Como hasta el 75 % de los datos de reclamaciones no son estructurados y se encuentran en sistemas comerciales en silos, CaseWare Analytics es capaz de presentar una visión consolidada de todos los conjuntos de datos necesarios, detectar anomalías y activar alertas al personal dentro de la empresa, para resolver los problemas de inmediato, a medida que ocurre. La solución es capaz de supervisar con independencia todos los aspectos y las variables que intervienen en el proceso de seguros, como transacciones, comportamiento del cliente y datos de terceros en muchas reclamaciones y líneas de negocio.

## Capacidades analíticas de CaseWare

CaseWare Analytics proporciona los siguientes beneficios clave:

### Evitar pérdidas

Obtenga conocimiento del 100 % de las transacciones y los datos de los clientes para identificar reclamaciones fraudulentas antes de pagarlas.

### Visibilidad de riesgo de 360 grados

Identifique el fraude dentro o a través de las líneas de negocio, mientras es capaz de contrarrestar rápidamente los esquemas de fraude que surjan.

---

"CZ ha elegido CaseWare Analytics como herramienta para analizar millones de gastos de atención médica con el fin de identificar errores sustanciales en los libros de contabilidad. Como la tercera mayor compañía de seguros de salud de los Países Bajos, el análisis de datos, para nosotros, desempeña un rol vital en los negocios del día a día".

Jacco de Leeuw, Auditor interno  
CZ

---

## CaseWare Analytics para compañías de seguros

<b>Fraude en seguros</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Identifique a los miembros y dependientes duplicados.</li><li>• Dependientes no válidos, como varios cónyuges unidos a un mismo miembro.</li><li>• Informe facturación excesiva por diagnóstico o procedimientos iguales.</li><li>• Determine cantidades excesivas de procedimientos por día o lugar de servicio por día o por paciente.</li><li>• Identifique varias facturas para un mismo procedimiento, la misma fecha de servicio.</li><li>• Analice datos de servicios mal emparejados con códigos de diagnóstico.</li><li>• Realice pruebas para identificar médicos y pacientes con una misma dirección de facturación.</li><li>• Reclamaciones que se dividen para eludir los límites de adjudicación.</li><li>• Reclamaciones con información incompleta, pero que se encuentran en trámite de pago.</li><li>• Cambios en detalles de reclamaciones después de la reclamación inicial.</li><li>• Reclamaciones efectuadas por usuarios no autorizados.</li><li>• Reclamaciones aprobadas para pagos que superen los límites.</li><li>• Identifique reclamaciones electrónicas duplicadas, subcontratadas o que incluyen una clave interna.</li><li>• Nuevas reclamaciones de proveedores suspendidos.</li><li>• Reclamaciones tardías aprobados para el pago.</li><li>• Identifique el pago excesivo de reclamaciones sobre la base de reglas de negocio.</li></ul>
<b>Fraude en seguros de vida</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Revise pagos de transacciones que contienen más de un tipo de forma de pago.</li><li>• Determine los patrones de pago en exceso de las primas.</li><li>• Revise pagos de bancos o países que generan grandes sospechas.</li><li>• Compruebe si el cliente es de un país o territorio identificado por el Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI) no cooperativos.</li><li>• Informe sobre compras de varios productos en un corto período.</li><li>• Analice los beneficiarios con varias pólizas.</li><li>• Analice los empleados que son beneficiarios.</li><li>• Determine los agentes o corredores con una elevada cantidad de reclamaciones por defunción.</li><li>• Calcule los pagos de beneficios en pólizas caducadas.</li><li>• Busque préstamos de pólizas que son mayores que el valor nominal.</li><li>• Obtenga un informe sobre cualquier cambio de política no autorizado.</li></ul>
<b>Gestión de seguros</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Compare comisiones pagadas en base a recálculo y pago realizado.</li><li>• Genere informes sobre adiciones desembolsadas, dividendos sobre depósito, préstamos de póliza, etcétera.</li><li>• Resuma transacciones mensuales por negocios nuevos, defunción, fondos, etcétera.</li></ul>
<b>Valores en cartera</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Calcule el rendimiento promedio por tipo de inversión y muestre las variaciones en detalle.</li><li>• Calcule el total de intereses acumulados que cobrar por tipo de seguridad, agente, etcétera.</li><li>• Compare interés calculado con el importe real percibido en las inversiones.</li></ul>