

ASIGURĂRILE ȘI FRAUDA

Societățile de asigurări au menirea de a forma fonduri pe seama contribuțiilor mai multor persoane expuse la un anumit risc, pentru a plăti despăgubiri la o dată viitoare incertă unui număr redus de persoane care vor suferi de pe urma riscurilor asigurate.

Asigurările, ca și oricare altă activitate economică, au loc liber pentru fraude.

Deși mulți asociază fraudă în asigurări cu îmbogățirea sau tentativa de îmbogățire ilicită doar din partea asiguraților, totuși realitatea este mai complexă. Flagelul fraudei atacă toate lanțurile procesului de asigurare: asigurători, reasigurători, brokeri, agenți și asigurați.

Spre deosebire de alte țări, în RM se discută doar cazurile de fraudă grosolană, ceea ce ne determină să credem că la noi există fie o societate cvasi-perfectă, fie există o toleranță tacită față de fraudele „de rutină”.

Investigații străine

După investigațiile din SUA, circa 10% din toate cererile de despăgubire pe asigurări de proprietate și răspundere civilă implică o anumită fraudă. În Statele Unite, fraudă în asigurări este a doua cea mai răspândită infracțiune a „gulerășelor albe” după evaziunea fiscală. Conform datelor Biroului Național de Fraudă în Asigurări (National Insurance Crime Bureau) pierderile din fraudă de asigurări constituie anual circa 30 miliarde USD. Asociația Asigurătorilor Germani (GDV) estimează pierderile anuale din fraudă în asigurări la suma de 4 miliarde Euro.

După estimările conservative reiese că în fiecare an, asigurătorii din toată lumea plătesc mai mult de 100 miliarde USD de pe urma cererilor frauduloase.



Acceptarea publică

Una din problemele mari pentru industria asigurărilor este că fraudă în asigurări se bucură de susținerea din partea unui public relativ mare. Cu alte cuvinte, prea mulți oameni văd fraudă în asigurări ca un sport sau ca o infracțiune „fără victime”. Un studiu independent realizat în 2002 la comanda Asociației Asigurătorilor Britanici (Association of British Insurers) a descoperit că aproape 48% din cei chestionați sunt pregătiți să înainteze o cerere frauduloasă de despăgubire de la societăți de asigurare. 7% au și recunoscut că au făcut o cerere frauduloasă, ceea ce înseamnă că aparent există circa 3 milioane de oameni în Marea Britanie care au încercat sau chiar au reușit să beneficieze de pe urma unei fraude din asigurări. Nici chiar în Germania situația nu-i mai frumoasă: 50% din cei intervievați au clasificat fraudă în asigurări ca pe o încălcare minoră, iar 22% au considerat că nu este nimic rău să pretinzi despăgubiri de asigurare pe bază de declarații false, din moment ce aceasta nu ți se întâmplă cu regularitate.

Din păcate, în țara noastră nu au fost făcute niște studii cu privire la înclinația populației noastre spre fraudă. Aceasta ar putea fi făcută de către asociațiile locale ale asigurătorilor, care deocamdată hibernează la acest capitol. În societatea noastră fenomenul fraudei în asigurări este perceptibil și ușor de depistat din

partea asiguratărilor, deoarece aceștia, spre deosebire de omologii străini, cercetează cu minuțiozitate cererile de despăgubire, indiferent de mărimea sumei puse în joc: 100 de lei sau un milion de euro.

Îmbogățire ilicită

În dorința sa de a profita de pe urma celorlalți, unii clienți ai societăților de asigurări sunt ispitiți:

- **să improvizeze cazuri asigurate.** Exemple în acest sens sunt: înscenare de furt (tăinuirea sau vânzarea obiectului și declararea acestuia ca furat), distrugerea intenționată a obiectului asigurat (au fost cazuri când persoana și-a lovit mașina cu ciocanul pentru a imita grindina, dar a fost deconspirat prin faptul că a aplicat loviturile din interior...).
- **să exagereze cererile de despăgubire** prin declarații false privind pierderile suportate. Cel mai frecvent persoanele pretind că anumite obiecte se aflau la locul pagubei, când în realitate acestea nu existau sau se aflau în altă parte în stare intactă.
- **să încheie contracte de asigurare imediat după sau până la survenirea cazului asigurat.** Cel mai frecvent această situație apare în asigurările de răspundere civilă auto, dar se resimte și în asigurări de persoane și de proprietate. În acest caz, rolul persoanelor corupte din rândul poliției, pompierilor sau personalului medical este greu de neglijat și se rezumă, de obicei la: procese verbale și certificate falsificate.
- **să abuzeze de asigurări multiple prin depunerea a mai multor cereri de despăgubire pentru aceeași pagubă la câteva societăți de asigurare;**
- **să falsifice sau să contrafacă certificatele de asigurare.** Acest subiect este actual în special pentru certificatele de asigurare internațională de răspundere civilă auto Carte Verde. Până în prezent asiguratarii moldoveni au procesat peste 300 de accidente în afara țării în care au fost prezentate certificate false Carte Verde. La o estimare conservativă ar reieși că numărul certificatelor false aflate până acum în circulație depășește 50000 de bucăți – număr de polițe demn de invidiat chiar pentru o companie de asigurare de mărime mare din R.Moldova!

Realitatea descrisă mai sus indică clar că flagelul fraudei în asigurări există și în societatea noastră și pe anumite segmente poartă caracter de rețea criminală organizată, provocând nu numai pagube materiale importante, ci și victime umane.

Deconspirări

În general, falsificatorii și escrocii din asigurări comit greșeli, care mai devreme sau mai târziu îi deconspiră. În cel mai „bun” caz, cererea de despăgubire este respinsă în întregime de asiguratărilor, chiar dacă existau de altfel șanse de despăgubire reală. Cazurile cele mai nefericite pentru asigurații de rea credință sunt cele des mediatizate: deschiderea de dosare penale, arestarea peste hotare a deținătorilor de certificate false împreună cu mijlocul de transport și marfă, privațiunea de libertate de lungă durată etc.

Consecințe

De pe urma fraudei în asigurări suferă în primul rând asigurații, beneficiarii asigurărilor, societățile de asigurări și statul.

Asigurații onești sunt cei care în final suportă costurile fraudelor – ei achită prime de asigurare mai mari pentru a compensa „golul” generat de plățile pentru cereri frauduloase de despăgubire.

Beneficiarii de asigurări de bună credință – trebuie să treacă mai multe filtre până când asiguratarii se conving de realitatea cazului asigurat. Aceasta generează stres, nemulțumire și dezamăgire în legătură cu utilitatea asigurărilor, deoarece asigurările sunt prin definiție un instrument antistres!

Societățile de asigurări – pot suferi pierderi financiare directe și de imagine atunci când apar litigiile legate de refuzuri a cererilor de despăgubire falsificate. Unele societăți fac exces de zel în investigațiile lor de a găsi hoțul și acolo unde nu-i, iar drept consecință își pierd clienții oboșiți de pe urma „cercetărilor” și procedurilor birocratice.

Statul este cel care pierde atunci când nu încasează impozitul pe profitul nerealizat de asiguratarii de pe urma plăților pentru falsuri, dar și pentru primele de asigurări neîncasate aferent certificatelor false aflate în circulație.

Concluziile

Deși aparent inocentă, fraudă în asigurări este devastatoare, distrugându-i în calea sa inclusiv și pe cei care încearcă să o folosească în folos propriu. Fiecare din noi la un moment dat suntem puși în situația de a alege a fi sau a nu fi corecți. Alegerea ne aparține, consecințele vin nepoftite.

Cred că după 15 ani de independență în asigurări, ar fi cazul ca societățile locale de asigurări să uite pentru moment de concurență și să traseze o politică unică de combatere a fraudei în asigurări. Credem că organele statului pot aduce un real folos la purificarea sferei asigurărilor, bineînțeles dacă nu există alte interese...