**FRAUDA – O AMENINȚARE PENTRU SOCIETĂȚILE DE ASIGURĂRI**

Frauda în sistemul de asigurări are un rol important deoarece marea majoritate a clienților onești vor săvârși prin a plăti prime de asigurare mai mari, prin urmare devenind victime. Trebuie remarcat faptul că orice tip de asigurare poate fi fraudat, indiferent dacă este asigurare de viață, sănătate, auto, bunuri sau orice alt tip de asigurare.

Legea 32/2000, actualizată 2016 definește activitatea de asigurarea ca fiind activitatea exercitată în sau din România, care desemnează, în principal, oferirea, intermedierea, negocierea, încheierea de contracte de asigurare și reasigurare, încasarea de prime, lichidarea de daune, activitatea de regres si de recuperare, precum și investirea sau fructificarea fondurilor proprii și atrase prin activitatea desfășurată.

Activitatea de asigurare este împărțită în asigurări generale și de viață, iar un asigurător este îndreptățit sa practice doar una dintre cele două categorii de asigurări. Asigurători din dorința de a obține profit de pe urma unui contract de asigurare recurg la mijloace de rea credință în raportul de asigurare cum ar fi înşelăciune, fals intelectual şi înscrisuri, abuz în serviciu şi uz de fals. Astfel apare frauda în asigurări.

Prin noțiunea de fraudă se înțelege inducerea în eroare, înşelăciune sau un act de rea-credinţă săvârşit spre a realiza un profit material prin provocarea unor pierderi.

Auditul definește frauda ca fiind o acţiune cu caracter intenţionat întreprinsă de una sau mai multe persoane din rândul conducerii, salariaţilor sau terţilor. În conţinutul conceptului de fraudă, în asigurări sunt cuprinse toate comportamentele umane interzise de legea penală, adică totalitatea faptelor prevăzute de lege pentru a fi calificate drept infracţiuni prin care se aduce atingerea sistemului de asigurări.

Datorită faptului că asigurarea este omniprezentă, între fiecare parte respectiv asigurat și asigurător există interese comune și divergente pentru a-și maximiza profitul generând anual pierderi însemnate societăților de asigurare.

Frauda în asigurări este întâlnită sub 3 forme și anume: frauda reală, frauda aparentă și frauda legală. Prima dintre acestea se referă la cumulul de fapte săvârșite într-o perioadă determinată pe un teritoriu specific. Frauda aparentă cuprinde infracțiunile înregistrate în justiție. Ultima categorie de fraudă se referă la infracțiunile asupra cărora s-au pronunțat hotărâri judecătorești rămase definitive si irevocabile.

Fraudele în asigurări sunt împărțite în mai multe categorii în funcție de factorii de influență. O primă categorie sunt fraudele interne și externe. Fraudele interne care sunt provocate de agentul de asigurare care își însușește primele încasate eliberând o poliță falsă, inspectorul contabil care confirmă valabilitatea pentru o poliță reziliată sau inexistentă, inspectorul de daune care propune la plată pagube inexistente sau supradimensionate, organele de control care ignoră indiciile ce indică cazul de fraudă precum și directorul sau managerul care permite apariția fenomenului de fraudă.

Frauda externă se referă la plata unei sume de bani nejustificată de către persoanele fizice sau juridice din exteriorul societății de asigurare cum ar fi înscenări de accidente auto, accidente casnice, supraevaluarea daunelor, încasarea unor rente lunare pentru invalidităţi, în timp ce starea de handicap a dispărut în timp, handicap fals pentru a încasa despăgubiri sau furnizarea unor tratamente medicale care nu sunt necesare.

În cadrul asigurărilor după gradul dezvoltare al fraudelor acestea pot fi ușoare sau grave. Fraudele ușoare sau de oportunitate apar atunci când se înlocuiește un bun care în realitate se poate repara la costuri mici. În cazul în care întregul caz este înscenat sau elementele sunt modificate în mod voit tocmai pentru a se încadra în risc asigurat şi a beneficia pe nedrept de protecţia unei asigurări, frauda poartă denumirea de fraudă gravă.

Conform articolului 245 din Noul Cod Penal, înşelăciunea privind asigurările se pedepsește cu închisoarea de la 1 la 5 ani în cazul distrugerii, furtului sau pierderii unui bun pentru a obține suma asigurată iar în cazul în care persoana în cauză simulează vătămări corporale produse de un risc asigurat se pedepsește cu închisoare de la 6 luni la 3 ani.

Frauda poate fi săvârșită prin mai multe acțiuni precum manipularea, falsificarea și modificarea înregistrărilor sau a documentelor, alocarea necorespunzătoare a activelor, eliminarea sau omiterea efectelor tranzacțiilor din înregistrări sau documente, înregistrarea de tranzacții fără substanță sau aplicarea greșită a politici contabile.

Pe lângă aceste acțiuni există și erori care generează efecte negative dar nu sunt săvârșite cu intenție cum sunt greșelile matematice sau contabile în cadrul înregistrărilor aferente.

Aceste erori cuprind înregistrarea primelor subscrise la o altă linie de asigurări decât asigurarea contractată, confirmarea valabilităţii unui contract de asigurare reziliat sau căzut din drepturi în dosarul de daune, stabilirea unor prime de asigurare greşite, stabilirea unor tehnologii de reparaţii a bunului deteriorat din risc asigurat, pierderi pentru asigurător, depunerea cu întârziere a primelor de asigurare sau neluarea măsurilor de introducere a acţiunii de regres pentru recuperarea de la terţul vinovat şi neasigurat pentru răspundere civilă a despăgubirii plătite asiguratului.

Frauda este o problemă majoră pentru piața de asigurări deoarece aceasta apare în procesul de asigurare, de la încheierea asigurării, gestionarea acesteia şi până la atingerea obiectivului, respectiv obţinerea unor foloase necuvenite.

La încheierea contractului frauda apare cel mai des la persoanele care au suferit o pagubă sau o vătămare corporală și nu sunt asigurate pentru aceste evenimente, iar din dorința de a acoperi acest prejudiciu se recurge la practici nelegale. Acest tip de fraudă apare în special datorită agențiilor și brokerilor de asigurare care nu respectă normele prudențiale. De exemplu, asiguratul încheie un contract de asigurare cu plata primelor integral și anticipat existând o copie a contractului care conține plata în rate subanuale, astfel agentul de asigurare își însușește prima de asigurare din care depune la asigurător suma în rate cu scadenţă lunară. Banii însuşiţi provizoriu sunt depuşi pentru rate scadente în alte contracte încheiate anterior în mod identic, sume care au fost substituite la rândul lor iar lunar sunt emise chitanțe pentru ratele care devin scadențe folosind în scop personal prima de asigurare pe care a fracţionat-o. Frauda apare datorită lipsei unei inspecții de risc asupra bunurilor cuprinse în asigurare sau a examinării medicale a unei persoane.

Totodată frauda apare și pe parcursul derulării contractului de asigurare dar de această dată frauda este provocată de asigurat. În acest caz persoana care a suferit o paguba caută o persoană asigurată pentru răspundere civilă legală iar la o înțelegere cu aceasta înscenează un eveniment din care va rezulta vinovăția asiguratului ceea ce va conduce la obligații de plată din partea asigurătorului.

Fraudele din domeniul asigurărilor produc pierderi majore și în contabilitatea asigurătorilor prin creșterea cheltuielilor cu despăgubirile întru-un mod reprezentativ față de creșterea veniturilor din prime de asigurare, acest dezechilibru influențând rezultatele financiare ale societății de asigurare.

Valoarea fraudei afectează situaţia financiară a societăţii prin obligarea acesteia la crearea unor rezerve tehnice nejustificate în realitate. Cazurile de fraudă obligă societatea la modificarea unor aranjamente financiare pe termen mediu şi lung prin retragerea plasamentelor înainte de termen.Frauda în sistemul de asigurări a luat amploare în ultimi ani, devenind un fenomen de dimensiune transfrontalieră aproape imposibil de controlat. Atât în Romania cât și în alte țări pierderile generate de aceste fraude sunt de dimensiuni mari astfel încât multe rețele de crimă organizată economică financiară au trecut de la sistemele bancare la sistemul asigurărilor.

În concluzie, frauda a fost prezentă în cadrul asigurărilor încă de la apariția acestora atrăgând după sine o mișcare a fondurilor. Datorită lipsei unei control riguros pe fluxul actului de asigurare de la încheierea şi subscrierea primelor până la expirarea sau rezilierea contractului sau a poliţei de asigurare, conduc la apariţia şi dezvoltarea fenomenului de fraudă.

Bibliografie

1. Moldoveanu N., Criminalitatea economico - financiară în societăţile comerciale, Editura Global Print, Bucureşti, 1998.
2. Legea nr. 32/2000 privind activitatea şi supravegherea intermediarilor în asigurări şi reasigurări - actualizare martie 2016.
3. Art. 245 din Noul Cod Penal, Infracţiuni contra patrimoniului prin nesocotirea încrederii.
4. Audit Financiar 2000, Standarde. Codul privind conduita etică şi profesională, Editura Economică, Bucureşti, 2000.

Motora Ioana Cristina