

Проект на Асоциацията за застрахователна сигурност

ЕДИННА СИСТЕМА ЗА ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИТЕ ИЗМАМИ

● Направена бе най-сериозната крачка в правилната посока



Както в „Застраховател прес“ съобщи в предния си брой, на 30 октомври 2007 г. в залата на офис „Автомобилно застраховане“ на ЗПАД „Алианс България“ се проведе среща на работна група по изграждане на Единна система за противодействие на застрахователни измами и оценка на риска. Срещата бе организирана от Асоциацията за застрахователна сигурност (АЗС) във връзка с решението на Националната конференция за противодействие на застрахователните измами, която се проведе през месец май т. г. в София.

Целта на работната група бе да очертае общите правила за функциониране и ползване на системата, критериите и показателите за въвеждането на данни, както и да предложи на застрахователните компании готов вариант за единна система. В срещата взеха участие оторизирани представители на няколко застрахователни компании, както и на АЗС - **Мартин Аврамов**, главен секретар на асоциацията, и **Добрин Георгиев**, член на нейния Управителен съвет.

Дискусията бе открита от **Юрий Тодоров** - председател на АЗС. В началото г-н Тодоров представи основните моменти на бъдещата единна система за противодействие на застрахователни измами и оценка на риска. Тъй като в „Застраховател прес“ многократно е публикувал материали, посветени на тази инициатива на АЗС, тук ще припомним само най-важните моменти от нея.

Предлаганият от АЗС проект за изграждане и организирането на единна система за противодействие на опитите за застрахователни измами няма да реши изцяло проблемите с измамните. Дори застрахователните компании да включат в нея всички съмнителни случаи, едва ли от следващия ден ще започне масово разкриване на измамници. Целта е чрез постоянно сътрудничество да се локализираят най-честите извършители, да се организира взаимодействието с правоохранителните органи, да се даде гласност на разкрити случаи и в крайна сметка - да се ограничат проявите на измамничество. Според експертите на АЗС, системата ще създаде възможности тези проверки да се извършват независимо и да се предвиждат бързо препишките на застрахованите лица.

Какви са основанията и юридическата база на системата? Основният документ, който разрешава създаването и използването на такава система, е самият Кодекс за застраховането (КЗ), в чийто **Раздел II - Застрахователна тайна**, е записана и предвидена такава възможност. Чл. 94-и разписва на кого друго (освен на КФН, на заместник-председателя и на оправомоощените служители от администрацията на комисията) може да се разкрива информацията по чл. 93-и, ал. 1-а, а алинея 5 предвижда и създаване на информационни системи за предотвратяване на застрахователни измами.

Освен това в полиците на всички застрахователни компании е записан приблизително следният текст: „Съгласен съм застрахователят при спазване на законите изисквания да използва, обработва или предоставя на трети лица всички мои лични данни, предоставени му от мен, или станали му известни във връзка със сключената помежду ни застрахователен договор.“

За да сме наясно какви трябва да бъдат критериите за въвеждане в системата на определени случаи или лица, трябва да сме наясно и какво

представлява застрахователната измама.

В ситуацията със застраховането това представлява предизвикване, инсцениране, несъобщаване, изменение, укриване, фалшифициране, узаконяване на действителни или мнимни събития или обекти, факти, данни, документи и др. или използването им в конкретен случай или обстановка, с цел заблуда на застрахователя и последващо извличане на финансова изгода.

Предлаганата от АЗС информационна система за застрахователни измами включва следните критерии: информация за случаи с установени или разкрити факти и данни за измама или опит за такава; случаи на платени или отказани щети със съмнителни, но недоказани данни и доказателства; случаи с укриване и премълчаване на информация при сключване, действие или настъпване на застрахователно събитие (с цел последваща измама или след настъпване на щета); отказани случаи поради грубо или съмнително неизпълнение на условията по застрахователен договор; подозрителни клиенти с поредица от няколко повтарящи се щети (в различни компании, по различни видове застраховки, през различни години, при друг застраховател, всяка година или многократни щети); застрахователни случаи със заявени крупни суми по обезщетения (примерно над 30 хиляди лв., което представлява сумата, предвиждаща по закон проверки от Бюрото за финансови измами); случаи, свързани със смърт на застрахованите лица, злополуки или трайни увреждания на лица; застрахователни събития, свързани с крупни криминални прояви - кражби, грабежи, умишлени пожари, финансови и лизингови и други измами; повтарящи се или масови застрахователни събития с един и същи сценарий; сценарии на застрахователни събития, по които има разкрити предишни идентични опити за измами или лица, участващи в тях (умишлени палежи, аварии, грабежи,



крупни ПТП с последици за стоката, карго и други); застрахователни събития, по които има установени или основателни съмнения за достоверност и/или поправки по документите, както и по данните и фактите на събитието, недостоверност на посочените сведения и други; конфликтно поведение на застрахования или принадлежността му към криминалния контингент, както и на лица, които го представляват, или участващи в схемата на измамата (полицейски, митнически, медицински служители и други); странни или необичайни начини за възникване на застрахователни събития; съмнителни обстоятелства при сключването, отчитането и действителността на застрахователния договор (антидатиране, надзастраховане, застраховане в няколко застрахователни дружества едновременно, инсцениране или умишлено допълнително нанасяне на щети, укриване на обстоятелства при сключване или настъпване на събитие).

Посочените случаи не изчерпват напълно възможностите за подаване на информация в системата. Това би могло да стане и в други случаи, които застрахователят по своя преценка да включи в системата. От друга страна, не е задължително при наличието на случай от изброените застрахователят да го включи в нея, тъй като в крайна сметка е преценил, че той не буди основателни подозрения.

Описаните по-горе критерии ограничават използването на системата като такава от затворен тип - т. е. касаеща само случаите, свързани със застрахователни измами и нарушения. Възможностите й обаче са значително по-големи. Тя би могла да извършва периодични анализи на въведените от дружествата данни и да определя тенденции от получената информация.

Необходимо е да се обсъди въвеждането в системата на всички заявени пред застрахователните компании кражби на МПС. Такава статистика няма и това позволява да се извършват постоянни измами от определени лица. Това ще позволи да се направи анализ на кражбите по видове, марки, години на производство и други критерии.

Същото се отнася за установени няколко кражби, пожари, наводнения и други събития на едни и същи промишлени или търговски обекти. Обикновено тези обстоятелства се укриват от собствениците и това впоследствие води до спорове относно укрита информация.

По отношение на същността на системата възниква въпросът за това как тази информация да се обработва и как да се избегне обвинението, че се нарушават правата на гражданите? Макар че у нас съществува подобна система (в областта на банковото дело), изграждането на застрахователната информационна система трябва да се организира по по-различен начин. Системата няма за цел да събира само установени случаи на измами, а да служи и за оценка на риска и да играе превантивна роля. След като бъде развита, тя ще може да се ползва и за проверка на риска на даден клиент или фирма или обект, като се проверява неговата застрахователна история.

Включването на клиент или обект, без да е доказана



неговата съпричастност към извършване на застрахователна измама, не означава, че той е измамник или е извършил измама. Той просто може да има прекалено много повтарящи се щети, което от своя страна е повод при застраховане на негово имущество застрахователят да поиска висока премия за риска. Включването му в системата ще се дължи на факта, че е рисков клиент, което е от значение за застрахователя. Присъствието на името на даден клиент в списъка може да е по различни причини - прекалено голяма по стойност щета, няколко повтарящи се щети от един и същ вид или при един и същ обект, много щети от различен вид, опит за надзастраховане, укриване на съществени за риска обстоя-

телства и други. Така не само не се нарушават неговите права, но се създават възможности за проверка на неговата застрахователна история. Затова системата трябва да разделя имената на заподозрените в извършване на измама, от събитията и щетите, които те са завели. Това ще даде и друго предимство. Дори да предположим, че се извърши неотризиран достъп до системата, няма да може да се идентифицира определен случай с персоналните данни на лицето. Затова предлжението е системата да бъде изградена на два модула: модул „А“ - Застрахователни случаи, и модул „Б“ - Персонални данни.

В Модул „А“ ще се отразяват само данни за обекти. Всеки случай ще получава определен номер и код (показващ компанията, от която е получен), както и обратния достъп до него. Целият случай ще се съхранява в компанията, а в АЗС ще се предава само кратко описание. Всички случаи ще бъдат разделени на подгрупи по съответния вид застраховка. Използването на събраната информация ще позволи своевременно да се извършва анализ на постъпващите данни по отделните видове случаи.

Модул „Б“ ще съдържа информация за лицата и фирмите, предявили или извършили застрахователна измама, техни представители или съучастници в такива щети, извършили опит за измама, или имащи многократни претенции за обезщетения за кратък период от време или при няколко застрахователя. Към всяко едно от посочените лица или фирми ще се добавя кодът на съответния подвид застраховка в която е установена измамата.

Така в информационната система ще се получават два отделни документа и никой няма да е в състояние да ги съедини в един конкретен случай. Първият е с описанието на застрахователен случай, а вторият - на лице, осъществило измама или опит за измама. При желание документите могат да се изпращат в системата по различно време. С това се гарантира напълно личната тайна на застрахованите лица.

Системата ще работи на принципа „запитване - отговор“. Прекият достъп до системата няма да е възможен. Това се налага, за да се ограничат злоупотребите с получена информация, контролът върху ползването на информацията и защитата ѝ от вируси. Всяка компания ще определи оторизирани лица за контакти и запитвания, на когото се издава съответната парола. Запитването се изпраща по електронен път и се получава по същия начин. Всяко запитване се регистрира от системата с дата, час и номер на оторизирания служител.

(Продължава на стр. 17)