

جلوه های کلاهبرداری در صنعت بیمه و راه های پیشگیری از آن

وحید حسن زاده^۱

^۱ کارشناسی ارشد حقوق خصوصی (نویسنده مسئول)

چکیده

صنعت بیمه بخشی اساسی در بخش خدمات مالی، ستونی اساسی در اقتصاد و برای جامعه و رفاه شهروندان آن حیاتی است. بیمه، گسترش کارآمد ریسک ها و خسارات مالی را ترویج می کند و بنابراین، در هسته اصلی استراتژی های مدیریت مالی و ریسک مشاغل و مردم قرار دارد. مقاله حاضر با استفاده از منابع کتابخانه ای به مروری مبانی نظری کلاهبرداری در صنعت بیمه می پردازد و در پایان راهکارهایی را جهت جلوگیری و به حداقل رساندن کلاهبرداری در صنعت بیمه ارائه می دهد. هدف از نگارش این مقاله بررسی کلاهبرداری در صنعت بیمه و راه های پیشگیری از این پدیده ناپسند است. نتیجه نشان می دهد که کلاهبرداری نه تنها موقعیت مالی شرکت های بیمه را تهدید می کند بلکه زنجیره ارزش آنها را نیز متاثر می شود، و خطرات و هزینه های بسیار گسترده جامعه و کل اقتصاد را گسترش می دهد. بیمه گزاران می توانند در صنعت های بیمه ای با بکار بردن راهکارهای شش گانه با پدیده ناپسند کلاهبرداری مقابله نموده و میزان کلاهبرداری را به حداقل برسانند.

واژه های کلیدی: کلاهبرداری، صنعت بیمه، اقتصاد

مقدمه

صنعت بیمه بخشی اساسی در بخش خدمات مالی، ستونی اساسی در اقتصاد و برای جامعه و رفاه شهروندان آن حیاتی است. بیمه، گسترش کارآمد ریسک‌ها و خسارات مالی را ترویج می‌کند و بنابراین، در هسته اصلی استراتژی‌های مدیریت مالی و ریسک مشاغل و مردم قرار دارد. وجود کلاهبرداری در بیمه که بیش از ۱۰۰ میلیارد دلار برآورد شده است، نه تنها هزینه‌هایی را به شرکت‌های بیمه تحمیل می‌کند و هم قابلیت رقابت و قابلیت زندگی آینده را تهدید می‌کند، بلکه از نظر مالی نیز برای مصرف‌کنندگان زیان‌آور است و برای اقتصاد و جامعه به طور کلی زیان‌آور است. به ویژه ناامیدکننده روند مشاهده شده موارد مشکوک به کلاهبرداری در سالهای پس از بحران بزرگ مالی است که جهش ۵۶ درصدی را بین سالهای ۲۰۰۸ و ۲۰۱۲ ثبت می‌کند، زیرا ادامه شرایط نامساعد اقتصادی ممکن است باعث کلاهبرداری در بیمه شود (National Insurance Crime Bureau. 2013). به همین ترتیب، کلاهبرداری در بیمه مهمترین نگرانی تنظیم‌کنندگان بیمه ایالتی، که فعالیت‌های ضد کلاهبرداری آنها با هماهنگی NAIC، در درجه اول محافظت از مصرف‌کنندگان و حمایت از سلامت مالی بیمه‌گران است.

تعریف و طبقه‌بندی کلاهبرداری از بیمه

این عبارت از دو واژه «کلاهبرداری» و «بیمه» تشکیل شده است برای درک بهتر لازم است از این دو واژه تعریف جامع و کاملی ارائه شود.

بیمه از نظر لغوی به معنای ترس و گریز از خطر می‌باشد (دهخدا، ۱۳۷۲)؛ ولیکن حقوقدان‌ها در تعریف بیمه با توجه به قانون بیمه اعلام می‌دارند بیمه قراردادی است که به موجب آن بیمه‌گر در مقابل دریافت وجه یا وجوهی متعهد می‌شود در صورت وقوع حادثه تحت پوشش بیمه‌ای خسارت وارده را تا سقف مقرر در قرارداد بیمه جبران نماید (شیبانی، ۱۳۶۱).

اما در خصوص واژه کلاهبرداری، هرچند معنی لغوی به برداشتن کلاه از سر تعریف می‌شود؛ اما در معنای حقوقی به تحصیل متقلبانه مال غیر کلاهبرداری توأم با سوءنیت می‌گویند. آنچه تا به امروز در مباحث حقوقی مطرح نشده و تعریفی نیز از آن ارائه نگردیده کلاهبرداری بیمه‌ای است. این جرم را می‌توان تحصیل خسارت از شرکت‌های بیمه با توسل به وسایل و اسناد متقلبانه تعریف کرد (میرمحمدصادقی، ۱۳۷۸).

کلاهبرداری در بیمه یک پدیده پیچیده و چندجانبه است که دارای یک تعریف الاستیک بر اساس شدت و قصد است. کلاهبرداری در بیمه زمانی اتفاق می‌افتد که یک شرکت بیمه، نماینده، تنظیم‌کننده، بیمه‌کننده، مدعی شخص ثالث یا ارائه‌دهنده خدمات برای بدست آوردن سود مالی نامشروع مرتکب فریب عمدی شود. دروغ گفتن آگاهانه به منظور دریافت یا انکار مزایا می‌تواند در طی فرآیند خرید، استفاده، فروش یا پذیره نویسی بیمه رخ دهد. بعلاوه، بسته به موضوعات خاص درگیر، کلاهبرداری ممکن است «نرم»^۱ باشد و از نظر اداری یا «سخت»^۲ قابل رسیدگی باشد و به عنوان یک موضوع کیفری رسیدگی شود. توجه به این نکته مهم است که، صرف نظر از نگرش اتفاقی برخی از افراد به کلاهبرداری (یعنی فکر کردن اینکه اقدامات آنها واقعاً یک عمل مجرمانه محسوب نمی‌شود)، اساسنامه‌های موجود در فدرال و ایالت بدون شک

^۱. soft

^۲. hard

کلاهبرداری در بیمه را جرم تلقی می کنند. به اصطلاح کلاهبرداری نرم معمولاً شامل « جمع آوری ادعا^۳ » است. به عنوان مثال، تورم خسارت ادعاهای مشروع یا واقعیت های اشتباه در مورد برنامه های بیمه. کلاهبرداری سخت عموماً شامل اقدامات مجرمانه از پیش طراحی شده مانند جعل ادعا، تصادف ساختگی یا فروش بیمه جعلی است. کلاهبرداری سخت غالباً توسط حلقه های جنایی انجام می شود که با پزشکان، وکلا و مأموران غیر صادق توهین می کنند تا عمداً از بیمه گذاران و مصرف کنندگان کلاهبرداری کنند. کلاهبرداری در بیمه نیز بسته به طرف ارتكابی از کلاهبرداری، می تواند به عنوان دسته خارجی یا داخلی دسته بندی شود.

کلاهبرداری اصلی توسط هر یک از مصرف کنندگان بیمه به عنوان متقاضی، بیمه گذار و مدعی انجام می شود که معمولاً شامل ارائه ادعاهای ساختگی، ارائه اظهارات دروغین، صدور صورتحساب بیمه برای خدمات غیرضروری یا ساخته شده یا چندین بار برای همان سرویس است (Viaene, Stijn and Dedene, Guido. 2004). از سوی دیگر، کلاهبرداری توسط افراد بیمه صنعت، مانند مقامات شرکت، کارمندان، نمایندگان و کارگزاران انجام می شود. کلاهبرداری داخلی ممکن است شامل فروش بیمه بدون مجوز، انحراف حق بیمه به حساب های شخصی کارکنان شرکت بیمه و جلوگیری از تحقیقات نظارتی باشد (Ibid). اما تا کنون، فاحش ترین نوع کلاهبرداری داخلی فروش بیمه غیرضروری یا جعلی به مصرف کنندگان بی خبر است. که سرانجام برای پوشش غیرضروری یا وجودی پرداخت می کنند.

افراد مسن و فقیر آسیب پذیرترین اقشار مردم در برابر کلاهبرداری در بیمه هستند زیرا افزایش چشمگیر هزینه های پزشکی و محدودیت فرصت های اقتصادی، آنها را نسبت به افراد « خیلی خوب برای درست بودن^۴ » مستعد می کند. شهروندان سالخورده به ویژه توسط افراد مکلاهبرداری مورد هدف قرار می گیرند، زیرا آنها تمایل دارند بیشتر از جمعیت عمومی مبتلا به زوال عقل و سایر انواع اختلالات شناختی، که می تواند توانایی آنها در تصمیم گیری های مالی مناسب را تحت تأثیر قرار دهد، متقاعد شوند (Ibid). علاوه بر این، کلاهبرداری بیمه می تواند هم در مرحله پذیره نویسی و هم در مرحله مطالبات صورت گیرد. کلاهبرداری در پذیره نویسی می تواند در هنگام فروش اولیه یا تمدید قرارداد انجام شود و ممکن است شامل انتشار اطلاعات مهم، پنهان کاری آگاهانه قراردادهای موجود باشد که همان خطرات را پوشش می دهد و همچنین خطرات ساختگی را پوشش می دهد. کلاهبرداری ادعا همان چیزی است که اکثر مردم وقتی از کلاهبرداری بیمه صحبت می کنند به آن فکر می کنند. در حالی که کلاهبرداری به طور مداوم در حال پیشرفت است و انواع بیمه ها را متأثر می کند، متداول ترین آنها از نظر فرکانس و متوسط هزینه های زیر است: بیمه اتومبیل، که به اعتقاد عمومی بیشترین تأثیر را در کلاهبرداری دارد. جبران خسارت کارگران، با کلاهبرداری انجام شده توسط کارمندان و کارفرمایان به ویژه در دوران رکود اقتصادی و در صنایع پر خطر. و بیمه درمانی و کلاهبرداری پزشکی، که به دلیل پیچیدگی و گسترده بودن سیستم مراقبت های بهداشتی، می تواند بسیار گران باشد، هم از نظر مالی و هم در از دست دادن واقعی زندگی (Ibid).

جلوه کلاهبرداری در صنعت بیمه

سه جلوه تقسیم بندی رایج کلاهبرداری بیمه ای که به طور غالب در ادبیات بیمه ای مشاهده می شود عبارتند از:

^۳. claim padding

^۴. too-good-to-be-true

۱) کلاهبرداری داخلی در مقابل کلاهبرداری خارجی

۲) کلاهبرداری در صدور بیمه نامه در مقابل کلاهبرداری در خسارت

۳) کلاهبرداری خفیف در مقابل کلاهبرداری شدید

الف) کلاهبرداری داخلی در مقابل کلاهبرداری خارجی

کلاهبرداری داخلی توسط افراد درون صنعت بیمه همچون بیمه گران ، نمایندگان ، کارگزاران ، مدیران و دیگر کارکنان انجام می شود . مهمترین مصادیق این نوع کلاهبرداری عبارتند از : فروش بیمه نامه بدون مجوز ، حیف و میل (اختلاس در) وجوهای بیمه ای و کارشکنی در بازرسی های کادر نظارتی .

کلاهبرداری خارجی از جانب افراد برون صنعت همچون متقاضیان ، بیمه گذاران و خسارت دیدگان انجام می شود . برخی اوقات این نوع کلاهبرداری با تبانی و همدستی افراد درون صنعت همچون نمایندگان، کارگزاران یا اشخاص ثالث ارائه کننده خدمات (بیمه ای) انجام می شود که شاما اظهارات غلط و ادعای خسارت غیر واقعی می باشد این نوع کلاهبرداری در مورد ارایه کنندگان حرفه ای خدمات شامل موارد زیر می باشد : حساب کردن خدمات غیر ضروری یا ارائه نشده اظهارات غلط در خدمات ارائه شده حساب کردن دو یا چند باره خدمات (Sen, Sunanda, 2009).

ب) کلاهبرداری هنگام صدور بیمه نامه در مقابل کلاهبرداری در خسارت

کلاهبرداری می تواند هنگام صدور بیمه نامه یا خسارت اتفاق بیفتد . کلاهبرداری در صدور بیمه نامه به هنگام انعقاد قرارداد بیمه ای یا تجدید پوشش ها انجام می شود که برخی مصادیق آن عبارتند از :

-کتمان اطلاعات هنگام درخواست پوشش خدمات بیمه ای جهت به دست آوردن پوشش بیمه ای یا پرداخت حق بیمه کمتر

- کتمان عمدی قرارداد های بیمه ای موجود برای ریسک حوادث و اموال

- ارائه پوشش بیمه ای برای ریسک های ساختگی و غیر واقعی (Podgor, Ellen S., 1999).

ج) کلاهبرداری خفیف در مقابل کلاهبرداری شدید

در مفهوم وسیع کلاهبرداری بیمه ای ، کلاهبرداری خفیف و شدید نیز مطرح است . کلاهبرداری خفیف مربوط به رفتار فرصت طلبانه ناخواسته از افرادی است که معمولاً درستکار هستند . اینکه دقیقاً چه عملی تحت این عنوان قرار می گیرد ، معمولاً روشن نیست ، اما این نوع کلاهبرداری ، عموماً شامل استفاده از فرصت توسط خسارت دیده در بزرگ نمایی خسارت می شود . اصطلاح ((خفیف)) و ((فرصت طلبانه)) به طور مترادف نیز بکار برده شده اند . اصطلاح ((شدید)) مرتبط با کلاهبرداری های با برنامه و نقشه دقیق قبلی است صفت ((شدید)) و ((برنامه ریزی شده)) بجای هم نیز به کار برده می شوند . از کلاهبرداری شدید به طور غالب بعنوان جرم جنایی نام برده می شود . در حالی که برخی کلاهبرداران به تنهایی کار می کنند ، برخی دیگر ، بخشی از زنجیره کلاهبرداری های سازماندهی شده هستند . مثال هایی از کلاهبرداری شدید عبارتند از :

* ادعای خسارت برای صدمات ، تصادفات ، سرقت ، آتش سوزی و... که غیر واقعی یا طرح ریزی شده باشند.

*تخلفات پزشکان ، وکلا و همچنین بیماران که با فریبکاری قصد سوء استفاده از بیمه جبران غرامت کارگران را دارند.

* عدم ارسال عمدی حق بیمه ها به شرکتهای بیمه از طرف نمایندگان (Harrington, Brooke, 2012).

کلاهبرداری در بیمه در یک جامعه شناسی و زمینه اقتصادی

کلاهبرداری در بیمه به طور مختلف به عنوان یک مسئله اخلاقی جامعه شناختی و یک قرارداد اقتصادی در نظر گرفته می شود. نگرش های عمومی نسبت به کلاهبرداری در بیمه می تواند مستقیماً بر وقوع و شدت کلاهبرداری تأثیر بگذارد. اگر کلاهبرداری در بیمه به طور کلی به عنوان یک « جرم بدون بزه دیدگی^۵ » و به عنوان یک پیشنهاد بازپرداخت / خطر کم مطرح شود ، ادعاهای کلاهبرداری درصد نسبتاً بالایی از کل دعاوی بیمه را تشکیل می دهد. (Insurance Research Council. ۲۰۱۳).

بر اساس مطالعه افکار عمومی توسط شورای تحقیقات بیمه (IRC) در سال ۲۰۱۳ ، ۱۸٪ از مصرف کنندگان معتقدند که از نظر اخلاقی قابل قبول است که ادعای حق بیمه پرداختی را که به طرز ناخوشایندی زیاد و در نتیجه ناعادلانه تلقی می شود ، بپذیرد. در عین حال ، دلگرم کننده است که این کمترین درصد از اولین نظرسنجی IRC در سال ۱۹۸۱ است. همچنین ، ۲۴٪ از سیاست گذاران معتقدند افزایش ادعای بیمه به میزان اندکی برای جبران کسورات مورد نیاز قابل قبول است پرداخت کردن با این حال ، این تعداد به طور قابل توجهی کمتر از ۳۳ درصد در نظرسنجی تلفنی IRC است (Benson, Bruce and Zimmerman, Paul, Editors. 2010). این مطالعه همچنین نشان داد که ۸۶٪ از مصرف کنندگان بیمه معتقدند کلاهبرداری در بیمه منجر به نرخ بالاتری برای همه می شود ، در حالی که تنها ۱۰٪ فکر می کنند کلاهبرداری بر حق بیمه تأثیر نمی گذارد و بنابراین به کسی آسیب نمی رساند (Benson, Bruce and Zimmerman, Paul, Editors. 2010).

وقوع کلاهبرداری بیمه به طور عمده به سه عامل بستگی دارد: انگیزه ، فرصت و منطقی سازی بنا به دلایل مختلف. افراد انگیزه ارتکاب کلاهبرداری در بیمه را دارند. اما انگیزه به خودی خود کافی نیست. متقاضیان بالقوه باید فرصت ارتکاب کلاهبرداری را داشته باشند. هنگامی که احتمال کشف نسبتاً اندک است ، افراد تمایل دارند درگیر فعالیت های کلاهبرداری شوند. علاوه بر این ، افرادی که ممکن است مرتکب کلاهبرداری در بیمه شوند سعی می کنند دلایل منطقی و توجیهی آن را پیدا کنند (International Association of Insurance Supervisors. 2006).

منافع حاصل از کلاهبرداری در بیمه ، متقاضیان بالقوه ای را با نگرش های متفاوت نسبت به کلاهبرداری و ترجیحات ریسک جذب می کند. در مبارزه با کلاهبرداری اساسی است که کلاهبرداری را به اساسی ترین عناصر آن تقسیم کنیم. با کنار کشیدن مسائل اخلاقی ، تصمیم به ارتکاب کلاهبرداری می تواند به عنوان نتیجه محاسبه سود حداکثر پیش بینی شده و احتمال دستگیری ، مجازات و جریمه های مجازاتی اعمال شود. بنابراین می توان میزان مشارکت در هرگونه کلاهبرداری در بیمه رابطه ای معکوس با هزینه های مجازات و مستقیماً مربوط به بازده مورد انتظار دانست (Benson, Bruce and Zimmerman, Paul, Editors. 2010).

تأثیر کلاهبرداری در بیمه

^۵. victimless crime

در حالی که کلاهبرداری در بیمه از روزهای ابتدایی صنعت بیمه وجود داشته است، با پرونده های معروف صدمات شخصی در دهه ۱۸۷۰ (Derrig, Richard, A. 2002)، این مسئله به یک مسئله بسیار گسترده تر و پرهزینه تبدیل شده است، و تصور می شود که صدها میلیارد دلار از بین می رود سالانه ائتلاف علیه کلاهبرداری بیمه (CAIF) تخمین می زند که سالانه نزدیک به ۸۰ میلیارد دلار ادعای کلاهبرداری در ایالات متحده انجام شود که تمام خطوط بیمه را پوشش می دهد.

طبق اداره تحقیقات فدرال (FBI)، کلاهبرداری بیمه درمانی حدود ۳٪ تا ۱۰٪ کل هزینه های مراقبت های بهداشتی تخمین زده شده است. وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده تخمین زده است که کلاهبرداری در مراقبت های بهداشتی در سال ۲۰۱۰ بین ۷۷ تا ۲۵۹ میلیارد دلار بوده است (Insurance Information Institute. 2014).

اقدام ضد قانونی و قانونی

کلاهبرداری بیمه تا دهه ۱۹۸۰ مورد توجه قرار نگرفت، زمانی که حق بیمه ها افزایش یافته و مشارکت فزاینده در جرایم سازمان یافته خواستار تدوین و تصویب قانون قوی تر ضد کلاهبرداری شد. واکنش نظارتی ایالتی در برابر کلاهبرداری در بیمه، طبق هماهنگی NAIC، چند وجهی است که شامل آموزش و اطلاع رسانی، تحقیق، گزارش و پیشگیری از مصرف کننده و اقدامات اصلاحی است. ادارات بیمه ایالتی از طریق دفاتر ویژه ای که متهم به کشف، تحقیق و پیشگیری از کلاهبرداری بیمه هستند، با کلاهبرداری بیمه مبارزه می کنند. چهل و دو ایالت و منطقه کلمبیا^۶ قانونی برای ایجاد دفاتر کلاهبرداری تصویب کرده اند. اولین اداره کلاهبرداری ایالتی در سال ۱۹۷۶ در کارولینای شمالی^۷ ایجاد شد (Coalition Against Insurance Fraud. 2011). اقدامات ضد کلاهبرداری تنظیم کننده های بیمه دولتی اساساً توسط گروه ویژه NAIC هدایت و هماهنگ می شوند. مأموریت این گروه ویژه تأمین منافع عمومی با کمک به مقامات نظارتی بیمه دولتی، به صورت فردی و جمعی، برای ارتقا عموم است. گروه ویژه از طریق نگهداری و بهبود پایگاه های الکترونیکی مربوط به فعالیت های کلاهبرداری در بیمه، به جامعه نظارتی بیمه کمک می کند و عملکرد رابطی را بین تنظیم کنندگان بیمه، اجرای قانون فدرال، ایالت، محلی و بین المللی و سایر سازمان های خاص ضد کلاهبرداری فراهم می کند.

ارکان تشکیل دهنده جرم کلاهبرداری در صنعت بیمه

(۱) رکن قانونی

هرچند کلاهبرداری بیمه ای از زمره جرائمی است که به شدت نظم عمومی جامعه را برهم می زند؛ ولیکن هیچ مستند قانونی که بتواند مستقیماً به کیفر زایی این جرم بپردازد در قوانین و مقررات ایران دیده نمی شود در حال حاضر تنها می توان با تکیه بر قوانین و مقررات مربوط به جرم کلاهبرداری به این نوع جرائم نیز رسیدگی نمود. شایان ذکر است شرکت های بیمه دعاوی متعددی به طرفیت افراد و با اتهام تقلب در محاکم دادگستری مطرح نموده اند فقط یک نمونه از دادنامه کلاهبرداری بیمه ای در آخر کتاب آورده شده است.

^۶. Columbia

^۷. North Carolina

(۲) رکن مادی^۸

رکن مادی کلاهبرداری بیمه‌ای مهم‌ترین و پیچیده‌ترین رکن جرم مذکور می‌باشد و خود به سه قسمت مهم تقسیم می‌گردد که به شرح زیر هستند.

(الف) رفتار مادی فیزیکی: برای تحقق کلاهبرداری بیمه‌ای رفتار مرتکب جرم باید به شکل فعل مادی مثبت باشد؛ بنابراین با ترک فعل و نیز با فعل ناشی از ترک فعل امکان تحقق جرم کلاهبرداری بیمه‌ای وجود ندارد (حبیب زاده، ۱۳۷۴).

(ب) لزوم تقدم اعمال وسایل متقلبانه بر تحصیل مال: بر اساس این شرط باید مانورهای متقلبانه کلاهبردار بیمه‌ای قبل از تحصیل خسارت و به منظور تحصیل خسارت باشد.

(ج) اغفال و فریب بیمه‌گر: شرکت‌های بیمه باید در نتیجه فریب خسارت را به مرتکب جرم پرداخت نموده و این پرداخت با رضایت باشد؛ بنابراین اگر شخصی با توسل به وسایل متقلبانه برای دریافت خسارت از شرکت‌های بیمه اسناد و مدارک مجعولی به دادگاه ارائه نماید دادگاه حکم به پرداخت خسارت دهد جرم کلاهبرداری بیمه‌ای منتفی است چون بین ارائه وسایل متقلبانه و تحصیل مال رابطه مستقیمی وجود ندارد و دلیل پرداخت خسارت نیز ارائه اسناد متقلبانه نیست بلکه حکم قضائی است.

(د) لزوم تحصیل مال از بیمه‌گر: این شرط دلالت بر این امر دارد که اولاً باید آنچه کلاهبردار تحصیل می‌کند مال (خسارت نقدی) باشد نه منفعت مالی یا مزیت‌های تجاری دیگر؛ بنابراین اگر اقدامات کلاهبردار باعث شود که بیمه‌گر به جای پرداخت خسارت اقدام به تعمیر کردن ماشین خسارت‌دیده نماید جرم کلاهبرداری اتفاق نیفتاده است؛ ثانیاً باید مال متعلق به بیمه‌گر باشد؛ به عبارتی دیگر منبع پرداخت خسارت از حساب شرکت بیمه فریب‌خورده باشد (میرمحمدصادقی، ۱۳۷۸).

(۳) رکن معنوی

ایراد صدمه و ضرر به دیگری هرچند موجبات مسئولیت مدنی را فراهم می‌آورد؛ ولیکن لزوماً باعث ایجاد مسئولیت جزایی نمی‌گردد بلکه باید علاوه بر ارکان مادی و قانونی عنصر روانی نیز موجود باشد برای بررسی این رکن باید سوءنیت عام و خاص مرتکب جرم محرز شود.

(الف) سوءنیت عام: منظور از سوءنیت عام اراده خودآگاه فرد برای ارتکاب عمل مجرمانه می‌باشد؛ بنابراین در کلاهبرداری بیمه‌ای کلاهبردار باید با علم به تقلبی بودن وسایل مورد استفاده از آن وسایل استفاده نماید و در این استفاده عمد داشته باشد؛ یعنی به صورت اکراه یا اجبار یا خطایی متوسل به وسایل متقلبانه نشده باشد. به عبارتی ساده‌تر کلاهبردار بیمه‌ای اولاً آگاه باشد که وسایل متقلبانه است؛ ثانیاً عمد در استفاده از آن‌ها داشته باشد.

(ب) سوءنیت خاص: اگر قانون‌گذار انگیزه مجرم را در جهت انجام اقدامات مجرمانه یکی از شروط تحقق جرم بداند، در این حالت این انگیزه به عنوان سوءنیت خاص در عنصر معنوی و در صورت تحقق آن به عنوان نتیجه جرم در عنصر مادی هویدا خواهد شد (ملک اسماعیلی، ۱۳۵۵).

^۸. Physical Element of Crime, Actus Reus

^۹. General Intent (Basic Intent)

^{۱۰}. Specific Intent

بنابراین در کلاهبرداری بیمه‌ای باید کلاهبردار قصد دریافت خسارت از بیمه‌گر را داشته باشد اگر هدفی یا انگیزه‌ای غیر از این داشته باشد جرم کلاهبرداری تحقق نخواهد یافت. شایان ذکر است احراز هر دو سوءنیت در شخص مرتکب جرم ضرورت دارد باید علم مرتکب به متقلبانه بودن وسایل همراه و مقارن با جهل مال‌باخته به این نوع اسناد باشد؛ یعنی دلیل قبولی اسناد متقلبانه نا آگاهی بیمه‌گر باشد نه چیز دیگر.

راهکارهای عملی پیشگیری از کلاهبرداری در صنعت بیمه

(۱) تشکیل اداره تحقیق ویژه در شرکت‌های بیمه: شرکت‌های بیمه‌ای باید برای مبارزه با کلاهبرداری‌های بیمه‌ای، نسبت به راه‌اندازی این اداره در شرکت، اقدام نمایند. شرکت‌های بیمه‌ای باید با به کارگیری کارشناسان تحقیق زبده، اقدام به تشکیل و راه‌اندازی این اداره نمایند. این اداره با بررسی‌ها و تحقیقات میدانی در خصوص پرونده‌هایی که توسط ارزیابان و کارشناسان خسارت، مشکوک به تقلب تشخیص داده شده‌اند، صحت و سقم حادثه و سایر موارد مشکوک به کلاهبرداری را بررسی نموده و مدارک و شواهد لازم برای اقامه دعوا توسط واحدهای حقوقی شرکت‌ها در دادگاه را تهیه نموده تا از پرداخت خسارت‌های جعلی به کلاهبرداران جلوگیری شود.

(۲) استفاده از کارشناسان ارزیاب خسارت با داشتن اطلاعات و تخصص بیمه‌ای: یکی از مهم‌ترین مراحل فرآیند تسویه خسارت، ارزیابی پرونده توسط کارشناسان خسارت می‌باشد. متأسفانه شرکت‌های بیمه‌ای به علت نداشتن کارشناسان ارزیاب خسارت خبره و با تجربه نمی‌توانند به درستی، تمام موارد مشکوک به تقلب و تخلف را تشخیص دهند. نتیجه اینکه بسیاری از پرونده‌های جعلی خسارت، قابل پرداخت تشخیص داده شده و علاوه بر زیان وارده به شرکت‌های بیمه، کلاهبرداران را برای تشکیل پرونده‌های جعلی و دریافت خسارت‌های ساختگی ترغیب می‌کند. از این رو استفاده از کارشناسان ارزیاب پرونده خسارت که تخصص بیمه‌ای داشته باشند می‌تواند به خوبی منجر به تشخیص پرونده‌های جعلی شود.

(۳) لزوم نظارت بر مراکز/شعب پرداخت خسارت برای ثبت دقیق پرونده‌ها: شرکت‌های بیمه‌ای باید با تدوین دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های لازم، نظارت کافی خود را بر مراکز/شعب پرداخت خسارت اعمال نمایند تا این مراکز مدارک لازم و مستندات لازم را به درستی دریافت نمایند تا ضمن جلوگیری از ارجاعات متعدد برای تکمیل پرونده، امکان بررسی بهتر پرونده‌های مشکوک نیز فراهم شود.

(۴) لزوم آموزش‌های لازم برای کارشناسان و ارزیابان خسارت: با توجه به اینکه برخی کارشناسان و ارزیابان خسارت افراد کم تجربه هستند و نیز با توجه به ماهیت پویای تقلب و روش‌های نوین که به مرور زمان ایجاد می‌شود، شرکت‌ها باید آموزش‌های لازم و کارگاه‌های آموزشی مستمر و منسجمی را برای کلیه کارشناسان خسارت برگزار نمایند.

(۵) لزوم نظارت بر الحاقیه‌های افزایش سرمایه مورد بیمه: برخی از افراد اقدام به صدور الحاقیه‌های افزایش سرمایه برای مورد بیمه می‌نمایند و با ایجاد خسارت‌های عمدی و ساختگی برای مورد بیمه، پرونده خسارت تشکیل داده و از بیمه‌گر درخواست جبران زیان می‌کنند. با توجه به اینکه مقداری که مورد بیمه تحت پوشش قرارداد داده شده است بیشتر از ارزش واقعی مورد بیمه می‌باشد لذا کلاهبردار حتی با کسر فرانشیز، به خسارتی بیشتر از ارزش واقعی مورد بیمه دست می‌یابد. لذا شرکت‌های بیمه‌ای باید با اصلاح فرآیندهای مربوطه و نظارت جدی بر الحاقیه‌های افزایش سرمایه مانع از خرید پوشش‌های اضافی و به ارزش بیشتر از ارزش مورد بیمه، شوند.

(۶) ایجاد اداره حقوقی با داشتن کارشناسان حقوقی و مسلط به قوانین بیمه‌ای در شرکت‌های بیمه: شرکت‌های بیمه باید اقدام به ایجاد اداره حقوقی با استفاده از کارشناسان حقوقی و مسلط به قوانین بیمه‌ای، نمایند. بسیاری از پرونده‌های خسارتی بیمه

برای اقامه دعوا در دادگاه نیازمند کارشناسان حقوقی مسلط به قوانین بیمه‌ای دارند تا بتوانند با استناد به شواهد، مستندات و قوانین بیمه‌ای از حقوق شرکت‌های بیمه دفاع کنند (خبرگزاری ایسنا، ۱۳۹۳).

نتیجه گیری

موضوع کلاهبرداری بیمه، نگرانی اصلی همه بیمه گزاران است زیرا آنها روی استراتژی‌هایی برای مبارزه با آن در همه سطوح متمرکز هستند، و برای بیمه گرانی که سعی دارند هزینه‌ها را پایین بکشند و مصرف کنندگانی که در نهایت هزینه آن را پرداخت می‌کنند بسیار مهم است. همانطور که در این مقاله توضیح داده شده، کلاهبرداری در بیمه نه تنها یک مشکل بیمه‌ای است بلکه دارای پیامدهای اجتماعی و اقتصادی گسترده تری نیز می‌باشد. کلاهبرداری نه تنها موقعیت مالی شرکت‌های بیمه را تهدید می‌کند بلکه زنجیره ارزش آنها را نیز متاثر می‌شود، و خطرات و هزینه‌های بسیار گسترده جامعه و کل اقتصاد را گسترش می‌دهد. بیمه گزاران می‌توانند در صنعت‌های بیمه‌ای با بکار بردن راهکارهای شش گانه ذکر شده با پدیده ناپسند کلاهبرداری مقابله نموده و میزان کلاهبرداری را به حداقل برسانند.

منابع

حبیب زاده، محمدجعفر. (۱۳۷۴). کلاهبرداری در حقوق ایران. انتشارات دانشگاه شاهد: تهران. ص ۶۵.

خبرگزاری ایسنا. (۱۳۹۳). راهکارهای شش گانه برای کاهش تقلب و تخلف در صنعت بیمه.

<https://www.isna.ir/news/93030903969>

دهخدا، علی اکبر. (۱۳۷۲). لغت نامه. انتشارات امیرکبیر: تهران. ص ۳۱۲.

شیبانی، احمدعلی. (۱۳۶۱). کلیات بیمه. انتشارات بیمه مرکزی ایران: تهران. ص ۲۸.

ملک اسماعیلی، عزیزالله. (۱۳۵۵). حقوق جزای عمومی. انتشارات دانشگاه تهران: تهران. ص ۴۰.

میرمحمدصادقی، حسین. (۱۳۷۸). جرایم علیه اموال و مالکیت. نشر دادگستری تهران: تهران. ص ۵۱.

Benson, Bruce and Zimmerman, Paul, Editors. 2010. "Handbook on the Economics of Crime." Edward Elgar Publishing.

Derrig, Richard, A. 2002. "Insurance Fraud." *The Journal of Risk and Insurance*, 2002, Vol. 69, No. 3, 271-287.

FICO. 2013. "One in Three North American Insurers Feels Inadequately Protected Against Fraud, According to FICO Survey." FICO News Release, Sept. 10, 2013.

Harrington, Brooke, 2012: The Sociology of Financial Fraud. In: Karin Knorr Cetina/Alex Preda (eds.), *The Oxford Handbook of the Sociology of Finance*. Oxford: Oxford University Press, 393–410.

Ibid

Insurance Information Institute. 2014. “Insurance Fraud.” www.iii.org, March 2014.

Insurance Research Council. 2008. “Fraud and Buildup in Auto Insurance Claims: 2008 Edition.” IRC.

Insurance Research Council. 2013. “Insurance Fraud: A Public View, 2013 Edition.” IRC Public Opinion Study, March 2013.

International Association of Insurance Supervisors. 2006. “Guidance paper on Preventing, Detecting and Remediating Insurance Fraud.” Guidance Paper No. 12, October 2006.

National Insurance Crime Bureau. 2013. “U.S. Questionable Claims Referrals: 2010, 2011, 2012.” NCIB Forecast Report, May 10, 2013.

National Insurance Crime Bureau. 2013. “U.S. Questionable Claims Referrals: 2010, 2011, 2012.” NCIB Forecast Report, May 10, 2013.

Podgor, Ellen S., 1999: Criminal Fraud. In: *American University Law Review* 48, 729–768.

Sen, Sunanda, 2009: Speculation, Scams, Frauds and Crises: Theory and Facts. In: *Economic and Political Weekly* 44(12), 15–19.

The Geneva Papers on Risk and Insurance Vol. 29 No. 2 (April 2004), 313–333.

Transactional Records Access Clearinghouse. 2014. “Prosecutions of Health Care Fraud Law Reach New High in FY 2013.” TRAC Report, Jan. 14, 2014.

Viaene, Stijn and Dedene, Guido. 2004. “Insurance Fraud: Issues and Challenges.”