

Ania

Associazione Nazionale
fra le Imprese Assicuratrici

Il quadro normativo nella prevenzione delle frodi e la prassi operativa delle imprese assicurative

Pietro Negri – Servizio Legale e Compliance ANIA

Nel sentimento comune, una frode ai danni di una compagnia di assicurazione non solo non viene percepita come un reato ma viene talvolta vissuta come una possibilità di rivalsa rispetto ai costi sostenuti per assicurarsi

Il tema delle frodi assicurative è antico. In un dizionario di giurisprudenza mercantile del 1787, attribuito a tal Domenico Alberto Azuni – Giudice del Consolato e del Mare di Nizza – si riportano le voci del *contratto di assicurazione* e della *frode* per evidenziare il principio della «*sacralità della buona fede*» nel contratto di assicurazione.

Senza la *buona fede* l'operazione assicurativa "entra in crisi".

Già Donati, nel 1956, segnalava come solo l'assicurando è il «gestore del rischio» e, a differenza di altri contratti, **solo l'assicurando è padrone delle informazioni necessarie, poiché l'altra parte non è in grado di controllare fatti e circostanze** che, o perché remoti o perché riservati, sarebbero indisponibili al punto da rendere pressoché impossibile la conclusione del contratto

FRODI, SPECULAZIONI, ecc...

La frode organizzata ...posta in essere da associazioni a delinquere (avvocati, medici, agenti di polizia, giudici di pace, carrozzieri, liquidatori di imprese di assicurazioni, ecc..) che realizzano frodi su scala industriale

Lo speculatore occasionalecolui che, nella circostanza del sinistro, chiede un risarcimento non dovuto: *es. danni esagerati o non compatibili con il sinistro.*

L'intermediazione del sinistro.... fenomeno in espansione consistente nella cessione del credito al risarcimento del danno ad agenzie di infornistica che possono far lievitare il costo del sinistro a causa della creazione di voci di danno inesistenti (OR/AGCM).

I falsi testimoni..... realtà diffusa che condiziona in maniera rilevante la liquidazione dei sinistri.

Frodi in fase assuntiva

Dichiarazioni false o reticenti, produzione di documenti che forniscono all'assicuratore elementi errati per la corretta valutazione del rischio (*misrepresentation*)

Frodi in fase liquidativa

Aggravamento dei danni subiti, denuncia di sinistri inesistenti o accaduti con modalità differenti, richiesta di risarcimento per danni verificatisi senza nesso di causa con il sinistro; ovvero, sinistri che hanno luogo mediante la sostituzione illecita nei diritti economici esclusivi dell'assicurato (*non existent loss claim OR deliberate loss causation*)

La rappresentazione del rischio in fase precontrattuale costituisce un dovere per l'assicurando

L'asimmetria informativa in fase precontrattuale vede l'assicuratore in una posizione di «inferiorità», che ha portato a ricondurre il contratto di assicurazione nell'alveo dell'«*uberrimae fidei*» o «*utmost good faith*».

Gli artt. 1892 e 1893 c.c. prevedono la facoltà di impugnazione del contratto (in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti **con dolo o colpa grave**) o la riduzione dell'indennizzo (**...in assenza di dolo o colpa grave**)

Secondo la giurisprudenza «*...ai fini delle configurabilità del dolo non sono necessari artifici o altri mezzi fraudolenti, ma è sufficiente la coscienza dell'inesattezza o della reticenza e la volontarietà di rendere detta dichiarazione inesatta o reticente.....*»

Di fronte ad un questionario contenente domande dettagliate e specifiche – nonché l'avvertenza della loro rilevanza ai fini dell'impugnativa del contratto o della riduzione dell'indennizzo – è difficile che il cliente possa affermare di essere incorso in errore sul rilievo delle circostanze dichiarate.

La giurisprudenza ha attribuito **rilievo determinante non solo alla presenza ma anche all'assenza di determinate domande:**

- «...*La predisposizione di un questionario da parte dell'assicuratore, benché non abbia la funzione di "tipizzare" le possibili cause di annullamento del contratto di assicurazione per dichiarazioni inesatte o reticenti, evidenzia tuttavia l'intenzione dell'assicuratore di annettere particolare importanza a determinati requisiti e richiama l'attenzione del contraente a fornire risposte complete e veritiere sui quesiti medesimi e, quindi, dev'essere valutata dal giudice in sede di indagine sul carattere determinante, per la formazione del consenso, dell'inesattezza o della reticenza..*» **Cassazione civ., Sez. III, 12 maggio 1999, n. 4682**
- «...*Qualora l'impresa assicuratrice abbia chiesto ed ottenuto dall'assicurato, con apposito questionario, specifiche informazioni sulle circostanze afferenti il rischio dedotto in contratto, la mancata inclusione, fra i quesiti così formulati, di determinati profili di fatto evidenzia un atteggiamento di indifferenza dell'assicuratore medesimo, nel senso di estraneità dei profili stessi all'ambito del proprio interesse di conoscenza, valutabile al fine dell'esclusione a carico dell'assicurato che li abbia taciuti di un comportamento reticente, secondo la previsione degli artt. 1892 e 1893 c.c....*» **Cassazione civ., Sez. I, 21 ottobre 1980, n. 5638**

Qualche esempio nell'ambito dell'assicurazione vita e nei danni alla persona

Si può parlare di *inesattezze* quando il cliente prima della sottoscrizione della polizza dichiara ad esempio:

- di non aver subito operazioni chirurgiche e non essere mai stato ricoverato, anche in regime di Day Hospital, in case di cura, ospedali, ecc., salvo che per appendicite, tonsille, ernie, varici, emorroidi o per traumi di lieve entità*
- di non aver mai sofferto di malattie dell'apparato digerente*
- che nei cinque anni precedenti non è emersa alcuna alterazione fisiologica*
- di godere di ottima salute senza disturbi di particolare entità*

Se invece - a seguito del decesso del contraente - emerge che nell'anno precedente gli era stata diagnosticata una *insufficienza renale acuta da necrosi tubulare ischemica tossica, pancreatite acuta e duodenite erosiva in soggetto con calcolosi cronica e, nel medesimo anno, egli aveva subito un intervento chirurgico di laparotomia sottocostale destra e colicistectomia*, la volontà frodatrice è palese. In questo caso abbiamo **reticenza vera e propria**: l'omissione della circostanza rilevante è totale.

È il caso in cui, sempre per fare degli esempi, l'assicurato dichiara:

- *di non essere stato mai ricoverato in Case di Cura od Ospedali per malattia;*
- *di non aver mai sofferto e di non soffrire di malattie di sorta, ed in specie a carico dell'apparato cardiovascolare;*
- *di non aver alcuna imperfezione fisica o funzionale.*

ma.....ATTENZIONE !!!!!!!

"Ai fini della colpa grave o del dolo da rinvenirsi in un contratto di assicurazione sulla vita, in presenza di sintomi ambigui e non specifici, stante la genericità degli stessi, non integra affatto dolosa reticenza né comportamento gravemente colposo il fatto che l'assicurato non abbia, al momento della stipula della polizza vita, dichiarato la esistenza di quei sintomi a cui i medici hanno dato rilievo aspecifico e tranquillizzante, qualora questi sintomi, aggravatisi, risultino, attraverso successive indagini strumentali o di altra natura, premonitori di una vera e propria malattia, che, data la sua insidiosità, può essere acclarata solo con specifico esame.....«

CHE FARE??

Affinché la compagnia possa liberarsi dagli obblighi assunti è necessario che impugni il contratto, proponendo apposita azione di annullamento entro tre mesi dal momento in cui ha avuto conoscenza della falsa affermazione o della reticenza

....MA

non è semplice, in corso di contratto....., avvedersi di eventuali "irregolarità" nelle dichiarazioni rilasciate dal contraente al momento della stipulazione!!

D'altra parte il verificarsi del sinistro, fa venire meno non solo il termine di decadenza (nel caso in cui non sia già maturato), ma anche l'onere di impugnare il contratto per cui, in tal caso, secondo la giurisprudenza l'assicuratore può sottrarsi al pagamento dell'indennizzo

LA FRODE NELLA FASE LIQUIDATIVA

Nella simulazione del sinistro, la frode consiste nel rappresentare una realtà che non esiste nella quale gli attori mettono in scena un falso sinistro o si appropriano di identità altrui per ottenere un risultato vantaggioso.

False richieste di riscatto nella polizza vita dove la richiesta proviene non dall'aveente diritto ma da un terzo. Se la frode è organizzata bene per l'impresa è quasi impossibile scoprirla.

CASO 1: il contraente, cittadino italiano, era residente in Nigeria. Alla compagnia è giunta una domanda di riscatto anticipato della polizza con richiesta di liquidazione del capitale su un conto estero

CASO 2: il contraente assicurato muore all'estero solo pochi mesi dopo la stipulazione della polizza e l'evento viene regolarmente denunciato all'assicuratore..... peccato che il decesso è avvenuto in Camerun, in circostanze difficilmente verificabili!!

In Ipotesi di questo tipo è palese come la realizzazione della frode non solo manifesti uno specifico e determinato intento criminoso, ma abbia anche richiesto una cooperazione da parte di altri soggetti

Art. 640

Truffa

Chiunque, con artifici o raggiri, inducendo taluno in errore, procura a sé o ad altri un ingiusto profitto con altrui danno, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da euro 51 a euro 1.032. La pena è della reclusione da uno a cinque anni e della multa da euro 309 a euro 1.549:

- 1) se il fatto è commesso a danno dello Stato o di un altro ente pubblico o col pretesto di far esonerare taluno dal servizio militare;
 - 2) se il fatto è commesso ingenerando nella persona offesa il timore di un pericolo immaginario o l'erroneo convincimento di dovere eseguire un ordine dell'autorità;
- 2 bis) se il fatto è commesso in presenza della circostanza di cui all'articolo 61, numero 5).

Il delitto è punibile a querela della persona offesa, salvo che ricorra taluna delle circostanze previste dal capoverso precedente o un'altra circostanza aggravante.

Art. 642

Fraudolento danneggiamento dei beni assicurati e mutilazione fraudolenta della propria persona

Chiunque, al fine di conseguire per sé o per altri l'indennizzo di una assicurazione o comunque un vantaggio derivante da un contratto di assicurazione, distrugge, disperde, deteriora od occulta cose di sua proprietà, falsifica o altera una polizza o la documentazione richiesta per la stipulazione di un contratto di assicurazione è punito con la reclusione da uno a cinque anni.

Alla stessa pena soggiace chi al fine predetto cagiona a se stesso una lesione personale o aggrava le conseguenze della lesione personale prodotta da un infortunio o denuncia un sinistro non accaduto ovvero distrugge, falsifica, altera o preconstituisce elementi di prova o documentazione relativi al sinistro. Se il colpevole consegue l'intento la pena è aumentata. Si procede a querela di parte.

Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano anche se il fatto è commesso all'estero, in danno di un assicuratore italiano, che eserciti la sua attività nel territorio dello Stato. Il delitto è punibile a querela della persona offesa.

Art. 485

Falsità in scrittura privata

Secondo l'articolo in esame *“chiunque al fine di procurare a se o ad altri un vantaggio o anche di recare ad altri un danno forma in tutto o in parte una scrittura privata falsa o altera una scrittura vera è punito, qualora ne faccia uso o permetta che altri ne faccia uso, con la reclusione da sei mesi a tre anni”*.

Come disciplinato dall'art. 493bis del Codice Penale, **la procedibilità di questo reato è a querela di parte** e quindi anche in questa ipotesi si è di fronte all'esercizio di un diritto, da parte del soggetto leso, soggetto al termine di decadenza di tre mesi da quando l'interessato ne è venuto a conoscenza.

L'art. 1, comma 1, lettera m) della legge n. 67/2014 (in materia di pene detentive non carcerarie e di riforma del sistema sanzionatorio, con disposizioni in materia di sospensione del procedimento con messa alla prova) prevede di: *“**escludere la punibilità di condotte sanzionate con la sola pena pecuniaria o con pene detentive non superiori nel massimo a cinque anni, quando risulti la particolare tenuità dell'offesa e la non abitualità del comportamento, senza pregiudizio per l'esercizio dell'azione civile per il risarcimento del danno e adeguando la relativa normativa processuale penale**”*

In forza della delega ricevuta il Governo potrebbe trasformare **in semplici illeciti amministrativi** una articolata serie di reati tra quali la frode assicurativa se di lieve entità e se non ci sono recidive da parte dell'autore

La norma predetta - finalizzata a diminuire il carico giudiziario dei tribunali per i reati minori - non favorisce certamente l'attività antifrode delle imprese

Per la normativa sulla «*privacy*» **le imprese assicuratrici non possono scambiarsi informazioni sui sinistri o creare banche dati comuni** dove segnalare nominativi di soggetti sospettati o addirittura condannati per frode assicurativa

Furto d'identità nel credito al consumo (D.lgs. 64/2011 e D.M. n. 95/2014)

Al fine di contrastare il crescente fenomeno del furto di identità è stato emanato il D.lgs. n. 64/2011 che prevede l'istituzione presso il MEF di un " **Sistema pubblico di prevenzione delle frodi, sul piano amministrativo, nel settore del credito al consumo, con specifico riferimento al furto di identità**"

(SCIPAFI ex UCAMP), gestito dalla CONSAP - Manuale operativo disponibile all'indirizzo web:

http://www.dt.tesoro.it/export/sites/sitodt/modules/documenti_it/prevenzione_reati_finanziari/prevenzione_reati_finanziari/Manuale_operativo_8_luglio_2014.pdf

Per furto di identità si intende:

- a) l'impersonificazione totale, ossia l'occultamento totale della propria identità mediante l'utilizzo indebito di dati relativi all'identità e al reddito di un altro soggetto. L'impersonificazione può riguardare l'utilizzo indebito di dati riferibili sia a soggetto in vita sia a soggetto deceduto;
- b) l'impersonificazione parziale, ossia l'occultamento parziale della propria identità mediante l'impiego in forma combinata di dati relativi alla propria persona e l'utilizzo indebito di dati relativi ad un altro soggetto, nell'ambito di quelli di cui alla lettera a).

Decreto MEF 19 maggio 2014, n. 95 (GU, 1 luglio 2014) - norme di attuazione

La materia è di interesse per il settore dal momento che le compagnie sono tenute a implementare il database decorsi 18 mesi dall'entrata in vigore del DM (16 luglio 2014) in quanto "aderenti dirette" allo stesso (art. 30-ter, comma 5, lett. c-bis)), mediante la futura trasmissione dei dati relativi alle frodi subite

Sulla base dell'art. 4 in combinato disposto con l'art. 23, comma 2, **decorsi 12 mesi dall'entrata in vigore del DM**, le imprese di assicurazione sono anche tenute a trasmettere al MEF il formulario completo della loro anagrafica

- 1. L'art. 30, comma 1, del decreto legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito con modificazioni in legge 24 marzo 2012, n. 27**, ha previsto per le imprese di assicurazione autorizzate all'esercizio della RCAuto, l'obbligo di redigere e di trasmettere all'IVASS, con cadenza annuale, una **relazione sull'attività antifrode**, che tenga conto del sistema organizzativo adottato dalle compagnie stesse e dei concreti risultati raggiunti. Le imprese sono tenute ad indicare ...“nella relazione o nella nota integrativa allegata al bilancio e a pubblicare sui propri siti internet o con altra idonea forma di diffusione, **una stima circa la riduzione degli oneri per sinistri derivante dall'accertamento delle frodi, conseguente all'attività di controllo e di repressione delle frodi autonomamente svolta**”.
- 2. Regolamento n. 44 del 9 agosto 2012 - Modello di relazione sull'attività antifrode**
- 3. Provvedimento IVASS n. 1 del 19 marzo 2013 – Modalità tecniche di trasmissione del modello**
- 4. Lettera al mercato IVASS 11 marzo 2014 - Stima della riduzione degli oneri per sinistri derivante dall'accertamento di frodi.**
- 5. Provvedimento IVASS 21 maggio 2014:** **nomina da parte delle Imprese di assicurazione di un referente per l'attività antifrode.....»***si ritiene opportuno che le Imprese in indirizzo provvedano alla nomina di un referente dell'attività antifrode per gli adempimenti connessi a tale attività, compresi quelli riconducibili all'istituendo Archivio Informatico Integrato. Il referente dell'attività antifrode....dovrà rivestire tale ruolo anche nei confronti degli organi di Polizia Giudiziaria.....La nomina del referente ed il conferimento dei relativi poteri di rappresentanza compete al CdA»*

Art. 21 del d.l. 179, convertito dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221 (c. d. crescita bis) - Misure per l'individuazione ed il contrasto delle frodi assicurative

L'IVASS cura la prevenzione delle frodi (RCAuto) e favorisce l'efficacia dei sistemi di liquidazione dei sinistri al fine di individuare i fenomeni fraudolenti **anche attraverso l'attivazione di sistemi di allerta preventiva.**

In particolare, l'IVASS:

- **analizza, elabora e valuta** le informazioni desunte dall'archivio informatico integrato antifrode (AIIA), nonché le informazioni e la documentazione ricevuta mensilmente dalle imprese di assicurazione e dagli intermediari di assicurazione - anche rispetto alle iniziative assunte in concreto - al fine di individuare i casi di sospetta frode e di stabilire un meccanismo di allerta preventiva alle imprese interessate. La gestione dell'archivio è affidata alla CONSAP SpA.;
- **segnala** alle imprese e all'Autorità giudiziaria preposta i profili di anomalia riscontrati;
- **elabora** una relazione annuale sull'attività svolta e formula i criteri e le modalità di valutazione delle imprese di assicurazione in relazione all'attività di contrasto delle frodi (la prima relazione è disponibile [all'indirizzo web: http://www.ivass.it/ivass_cms/docs/F7406/IVASS_Relazione_Antifrode_2013.pdf](http://www.ivass.it/ivass_cms/docs/F7406/IVASS_Relazione_Antifrode_2013.pdf));
- **si avvale dell'AIIA** connesso con le BData di settore esistenti nonché con ulteriori BData individuate con DM, sentito il Garante privacy che deve esprimersi sulla gestione e conservazione dell'archivio e sulle modalità di accesso da parte della PA, dell'Autorità giudiziaria, delle Forze di polizia, delle imprese di assicurazione e di soggetti terzi

Manca, però, la previsione di un vero e proprio apparato amministrativo dotato di poteri investigativi e di personale specializzato

ACCESSO ALL'AIIA

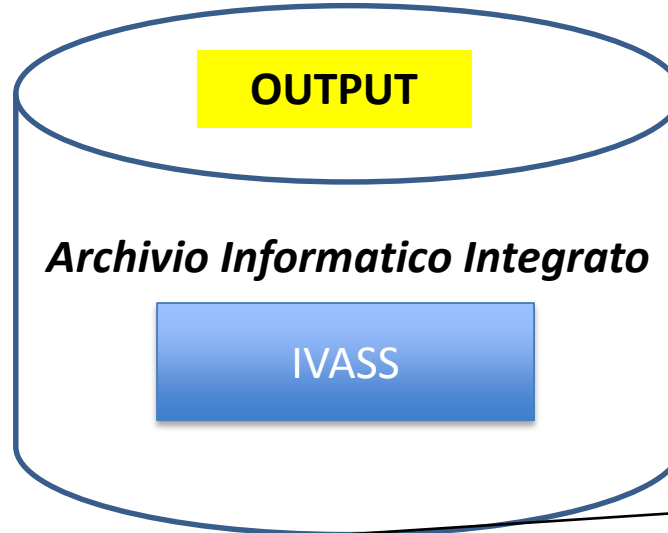


Decreto Ministro Sviluppo
Economico



- Modalità di connessione
- Modalità di gestione e conservazione archivio
- Modalità di accesso utenti
- Modalità di consultazione delle imprese assicuratrici in sede di liquidazione del sinistro

Parere  GARANTE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI



Forze di Polizia



Imprese Assicuratrici



Ania

Pubblica
Amministrazione



Autorità Giudiziaria



Il 14 luglio u.s, il Garante Privacy ha espresso parere favorevole sullo schema di DM per l'istituzione e il funzionamento dell' AIIA (parere disponibile su: <http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/3320757>)

Considerando i potenziali rischi per la privacy, dovranno:

- essere utilizzati solo dati pertinenti e non eccedenti, individuati rispetto alle specifiche finalità perseguite
- essere individuati con precisione tempi e modalità di conservazione dei dati
- essere adottate misure adeguate anche in fase di trasmissione e conservazione

Il provvedimento appare – in qualche misura - restrittivo poiché limita il potere di verifica e approfondimento da parte delle imprese di assicurazione e non valorizza la valenza pubblicitica del sistema antifrode (cfr., tra gli altri documenti, l'Indagine conoscitiva sul settore RCAuto dell'AGCM – IC42). Inoltre il DM non fa alcun riferimento alla fase assuntiva

La posizione del Garante è «ambigua»: un'impresa assicuratrice è stata sanzionata per aver trasmesso dati sensibili ad una società investigativa in fase di liquidazione di un sinistro alla persona, senza il consenso scritto del danneggiato, dal momento che l'esimente - basata sul bilanciamento dei diritti - in tal caso non potrebbe operare (il diritto patrimoniale dell'impresa, infatti, sarebbe inferiore a quello della personalità dell'interessato)

.....MA.....

negare il diritto di approfondire la dinamica di un sinistro ad un'Impresa di assicurazione, equivale a negare alla stessa un diritto di difesa in ambito giudiziario ANCH'ESSO COSTITUZIONALMENTE GARANTITO

Utilizzo di altre Banche dati...Il Casellario Centrale Infortuni

Banche dati:

Sinistri UCI; Sinistri FGVS; Archivio furti e smarrimenti veicoli e documenti (Min. Interno); Archivio sinistri stradali presso Ministero dei Trasporti; Attestati di rischio ATRC; Anagrafe Tributaria; Liste elettorali; Casellario giudiziario

La Banca dati del **CCI raccoglie tutti gli infortuni che hanno prodotto invalidità permanente o morte e sono stati accertati da un Istituto Assicuratore** (Decreto legislativo n. 38 del 23 febbraio 2000 - Capo IV e Regolamento attuativo **DM 27 settembre 2002**)

E' sottoposto a vigilanza del Ministero del Lavoro e si avvale delle strutture e delle risorse organizzative dell'INAIL

La banca dati è alimentata dall'INAIL, ENPAIA, INPGI e Imprese di assicurazione

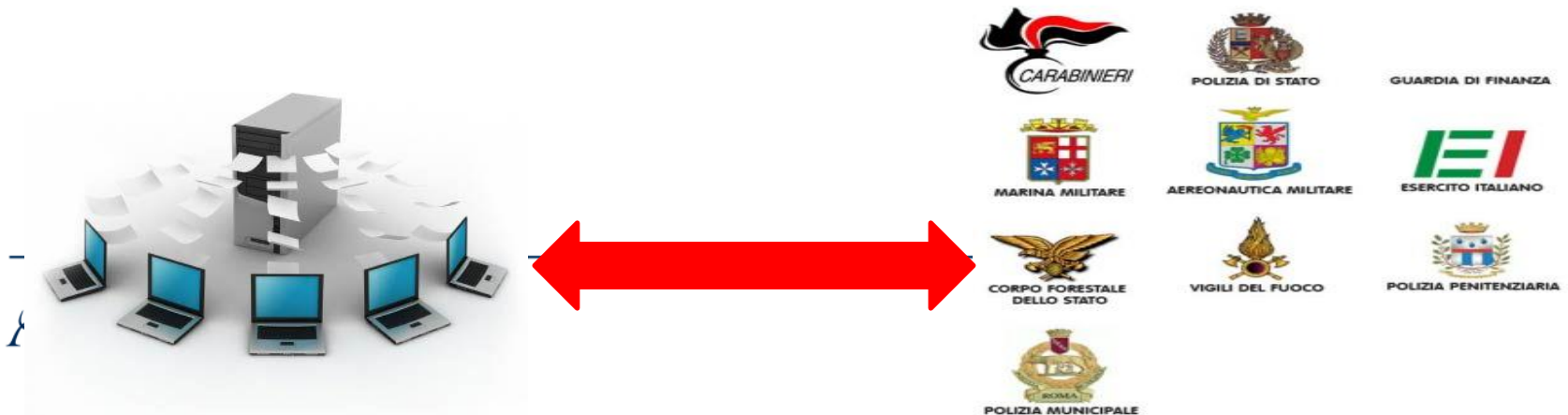
Consultando il Casellario è possibile conoscere - per ciascun nominativo inserito - tutti gli infortuni accertati, sia lavorativi che non lavorativi e le malattie professionali.

Annualmente l'archivio si incrementa di circa un milione di nuovi infortuni.

Un valido sistema antifrode

Il modello organizzativo per l'esercizio di un'efficace attività antifrode non può prescindere da due piani di azione tra loro necessariamente interconnessi:

1. il **coordinamento delle diverse banche dati** e una disciplina dell'accesso alle stesse da parte delle Istituzioni abilitate e delle imprese di assicurazione che risulti effettivamente funzionale all'individuazione dei comportamenti illeciti
2. l'istituzione di **un organismo che**, attraverso il pieno accesso alle citate banche dati e mediante analisi sulle informazioni presenti in detti archivi, **individui casi di sospetta frode, segnalandoli alle imprese interessate e alle Forze dell'ordine e alla Magistratura per le eventuali iniziative penali da intraprendere**



Procedure, competenze e responsabilità per la prevenzione e la repressione delle frodi - Creare una struttura antifrode che risponda alle esigenze aziendali

Ruolo dell'Internal Auditing e della Compliance - Fraud Risk Assessment:

- Identificazione, Valutazione e Classificazione dei Rischi di frode per implementare procedure operative di controllo interne efficaci
- Individuazione di indicatori e utilizzazione di Banche Dati
- Coinvolgimento del management Operativo
- Organizzazione di una Desktop Investigations completa nelle diverse fasi operative e per i diversi rami di business
- Gestione delle interazioni tra sinistri, assunzioni e strutture commerciali
- Gestione dei rapporti tra struttura antifrode, responsabili commerciali, strutture periferiche liquidative, fiduciari esterni (Periti, Medici, Legali, Investigatori titolari di licenza)
- Gestione del rapporto con l'Intermediario assicurativo che ha stipulato la polizza
- Gestione e superamento del danno sociale causato dal sinistro fraudolento

Impostare una corretta procedura per:

- l'acquisizione di dichiarazioni verbali e di servizi fotografici/filmati
- l'indagine difensiva
- l'interrogatorio di controparte
- l'escussione dei testi
- l'acquisizione di informative presso l'Autorità giudiziaria

Il ruolo delle Strutture pubbliche mediche e l'utilizzo delle loro informazioni

Rami infortuni e malattia

Indicatori di frode sospetta: Fase Assuntiva e Fase Liquidativa

- La falsa attestazione medica
- Le false analisi mediche

- Sinistri su pluralità di coperture assicurative per lo stesso assicurato. Polizze cumulative intestate a società inesistenti
- Sinistri “esteri”: Nigeria, Camerun e Santo Domingo - La gestione dei rapporti con le Ambasciate ed i Consolati Italiani per l'utilizzo delle informazioni relative alla documentazione medica prodotta dall'assicurato

Analisi della Polizza Infortuni in ottica Antifrode. I punti deboli di un contratto: individuarli e porvi rimedio

Utilizzo del Casellario Centrale Infortuni

Il codice della Privacy ed il trattamento dei dati sensibili ai fini antifrode. Attenzione alla circolazione delle informazioni nell'ambito della struttura Antifrode (procedure di *ring fencing* ?)

La raccolta e il trasferimento delle informazioni: l'importanza delle Banche Dati

Most insurers have a huge repository of existing data in terms of historic claims and policy information plus a steady stream of new claims and application data.**however EU law as well as country laws significantly limit what information can be shared among insurers.** Much of this data is typically used to validate what's being told by the claimant and what is being processed. Insurers not only look for red flags in terms of conflicts but they also look for connections to organised crime.*“Sometimes not all needed data is available and the quality of the existing data is partly poor. We have to find the right balance in reducing data volumes and gathering the best data for effective analysis”*

Roland Woerner, Global Head of Counter Fraud at Zurich Insurance Group

....Unstructured data has become an opportunity instead of a problem. *“The challenge with some data is that some brokers are not always willing to give all of the information that insurers' fraud detection units would like, such as contact information. Email addresses and phone numbers can be essential to identifying links to fraudulent activity”*

Steve Jackson, Head of Financial Crime for Covea Insurance

The Role of Data and Analytics in Insurance Fraud Detection 2014, disponibile all'indirizzo web:

http://www.analyticsearches.com/site/files/776/66977/259607/711384/Insurance_Fraud_Detection_8.2014.pdf

Frodi & raggiri Casi in aumento esponenziale, vittime soprattutto gli anziani

Falsi incidenti, contratti «tarocchi» Ecco tutte le «nuove» grandi truffe La criminologa Caldarazzo: attenti a quello che firmate

Falsi incidenti e contratti «tarocchi». Tutti con la firma dei diretti interessati. Crescono le truffe alle assicurazioni, agli assicurati, agli anziani che si ritrovano con cambi di utenze che non avevano richiesto. Il boom soprattutto per quanto riguarda le denunce di incidenti stradali. La criminologa Maria Caldarazzo, esperta anche di grafologia e consulente della procura, spiega come difendersi da questo nuovo tipo di truffe: «Ci occupiamo ogni giorno di 10-15 casi proprio come questi».

APAGNA 7

Rinaldo Frignani

GIORNALE DI SICILIA .it / Palermo

Edizioni locali > Agrigento | Caltanissetta | Catania | Enna | Messina |

EDITORIALI | POLITICA | ESTERI | CRONACHE | ECONOMIA | MODA | CULTURA & SPETTACOLI

Scuola | Medicina | Scienze & Tecnologia | Gossip | Cinema & Tv | Musica | Motori

In offerta speciale se attivi online

04/11/2013 -

Truffa ad assicurazioni con falsi referti: 5 rinvii a giudizio a Palermo

 Mi piace { 3 }  +1 { 0 }  Tweet { 0 }

Ania

PALERMO. Il gup di Palermo Nicola Aiello ha rinviato a giudizio cinque persone accusate di aver messo a segno una truffa alle assicurazioni allegando ai moduli per due incidenti automobilistici dei referti medici, rilasciati dall'ospedale di Partinico, poi risultati falsi.

Ania

Associazione Nazionale
fra le Imprese Assicuratrici

Grazie per l'attenzione