Ущерб от мошенничества в личном страховании в Российской Федерации составляет порядка 1,5 млрд рублей в год. Такую оценку привел руководитель направления по противодействию страховому мошенничеству компании "Медлайф" Сергей Гринько на конференции "Страховое мошенничество в России и СНГ".

Он отметил тенденции нарастания злоупотреблений в личных видах страхования. При этом, по словам С.Гринько, мошенники организуют такие противоправные схемы, которые предполагают получение выплат не только с коммерческих страховщиков, но и в рамках системы социального страхования. С.Гринько привел пример "ростовского дела", по которому страховщик выявил 10 мошенников, пытавшихся получить выплату по риску страхования от несчастного случая в связи с получением инвалидности.

"Наше исследование показало, что инвалидности первой и второй группы на территории можно было оформить по сговору за 50-100 тыс. рублей. В определенных укромных местах учреждений медико-социальной экспертизы были размещены объявления с расценками на подобные услуги. В результате наша компания исключила риск страхования инвалидности из продаваемых полисов после таких случаев", — сказал страховщик.

Он подчеркнул, что от мошеннических схем в личном страховании несут убытки не только коммерческие страховщики, но и сама система социального страхования, то есть государственный бюджет.

"Представители Росздравнадзора, Минтруда и другие ведомства уже заинтересовались подобной практикой", — добавил С.Гринько.

Негативным следствием мошенничества в личном страховании, по его словам, является усложнение процедур проверки рисков перед выдачей полисов страхователям. Кроме того, "страховщики жизни снижают страховые суммы, минимизируя свои риски в будущем".

Еще одним негативным следствием использования мошеннических схем оказывается рост тарифов на услуги страхования, сказал представитель "Медлайф".

В личном страховании компании этого сегмента столкнулись с еще одним затруднением, в данном случае законодательным. "Врачебная тайна" и условия ее соблюдения не позволяют страховым компаниям перепроверять обоснованность диагнозов, на основании которых им направляется заявление на получение страховой выплаты.

"В 2016 году была создана рабочая группа по инициативе правительства с участием представителей Минздрава, Минтруда, страховщиков жизни и других заинтересованных ведомств. Мы рассчитываем найти компромиссное решение по этой теме", — сказал С.Гринько.

Источник: Финмаркет, 16.02.2017