



# Fraude: a antítese do seguro

*O contrato de seguro requer, para a sua boa execução, o estrito respeito ao princípio da boa-fé, o inverso do que representa a fraude*

**A** definição é precisa: comete fraude quem obtém, para si ou para outrem, vantagem ilícita, financeira ou material, em prejuízo alheio, mantendo ou induzindo alguém a erro mediante ardil, artifício ou qualquer outro meio. Contudo, a detecção e a punição da fraude são, muitas vezes, difíceis.

A fraude em seguros é a antítese do seguro, pois este requer o estrito respeito ao princípio da boa-fé. O contrato de seguro é inevitavelmente especulativo. A seguradora recebe as informações do segurado e, com base nelas, traça um perfil do risco e calcula a perda esperada e o prêmio. Se o segurado, por exemplo, omite informações que agravariam o risco, ameaçando de prejuízo a seguradora, falta com o princípio da boa-fé. O mesmo ocorre se o corretor ou a seguradora, aproveitando-se do desconhecimento técnico do segurado, deliberadamente omitem informações sobre o seguro ou usam terminologias vagas na apólice, de modo a esconder certas exclusões que poderiam fazer o segurado desistir da compra do seguro.

Economicamente, a fraude viola o princípio do mutualismo, isto é, a divisão das perdas entre os interessados, que

está na base do seguro. Se bem-sucedida, a fraude gera um ônus que é deslocado para os acionistas das seguradoras, na forma de prejuízo, ou para os segurados que permanecem no grupo, sob forma de prêmios mais elevados, como compensação pela alta da sinistralidade e pelos gastos adicionais com perícias e análises. Perdas, de um lado, e preços mais altos, de outro, não são certamente a receita para o desenvolvimento de qualquer mercado.

A fraude pode ser cometida pelas diferentes partes envolvidas no mercado de seguros: solicitantes de seguros, segurados, terceiros que devem ser indenizados, profissionais que prestam serviços às seguradoras, corretores de seguros e empregados de seguradoras.

Julio Rosa, diretor executivo da Federação Nacional de Seguros Gerais (FenSeg), explica que “as fraudes mais comuns são as de oportunidade, aquelas em que o fraudador, diante de uma indenização, recebe um valor a que não teria direito ou um valor superior ao que faria jus”. São fraudes desse tipo inflar artificialmente os pedidos de indenização, prestar informações mentirosas quando solicitar um seguro, apresentar pedidos de indenização por

lesões ou danos inexistentes ou por serviços nunca prestados, encenar acidentes e, no seguro saúde, usar deliberadamente a identidade de outra pessoa para benefício próprio e cobrar por procedimentos não realizados.

No caso da fraude cometida por funcionários de seguradora contra segurados, há não apenas o comprometimento da reputação da empresa, mas frequentemente um rebate negativo sobre a imagem do mercado de seguros como um todo junto aos consumidores. Daí por que as seguradoras têm a máxima intenção de se autorregular, evitando esse tipo de prática.

Todos os ramos de seguro estão sujeitos a fraudes, mas algumas linhas parecem mais vulneráveis do que outras. Nos Estados Unidos, por exemplo, acredita-se que o setor de seguros e planos de saúde, tanto público como privado, seguros de automóveis, vida e de acidentes de trabalho sejam os mais expostos. No Brasil, “as fraudes e práticas abusivas se concentram mormente nos seguros de automóveis e em saúde suplementar”, diz Paulo Marracini, vice-presidente do Conselho Superior da Academia Nacional de Seguros e Previdência (ANSP) e professor da Escola Nacional de Seguros. “

### FRAUDE É CRIME

Da sua própria definição, depreende-se que a fraude é crime, igualando-se ao estelionato e ao dolo, sendo então passível de enquadramento no famoso artigo 171 do Código Penal, e punível com pena de reclusão de 1 a 5 anos e multa. Do mesmo modo, os órgãos reguladores do mercado de seguros têm baixado normas para coibir tais práticas: por meio da Circular 344/07, a Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) fixou regras para os controles internos específicos para a prevenção contra fraudes em empresas do mercado de seguros, previdência aberta e de capitalização. Essas empresas devem ter estruturas de controles internos contemplando o estabelecimento de políticas de prevenção, detecção e correção de fraudes; efetuar o treinamento contra fraudes para os seus funcionários e manter registros de condenações judiciais respectivas. Para Julio Rosa, diretor da FenSeg, “a simples leitura dos artigos [da Circular 344/07] demonstra que a SUSEP posiciona o mercado de forma rigorosa no combate à fraude, com destaque para a elaboração de Notícias de Crime, sobressaindo o imprescindível acompanhamento subsequente”.

Também a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem normativos que buscam controlar fraudes e práticas abusivas. Dentre estes está a Resolução Normativa 424/17, que dispõe sobre critérios para a realização de junta

médica ou odontológica formada para dirimir divergências de opiniões sobre procedimento a ser coberto pelas operadoras de planos de saúde. É o que se chama de “segunda opinião”, considerada essencial nos Estados Unidos e na Europa, tanto para precisar diagnósticos quanto para coibir abusos. Assim, segundo Sandro Leal, superintendente de regulação da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), “a segunda opinião é uma forma de proteger o próprio consumidor e evitar procedimentos desnecessários”.

Há duas linhas de classificação de fraudes em seguros utilizadas nos EUA e na Inglaterra: do tipo “grave” ou “leve” ou do tipo “premeditada” ou “oportunista”.

A fraude “grave” ocorre, por exemplo, quando alguém “fabrica” sinistros, gerando correspondentes pedidos de indenização, ou encena ou falsifica um acidente. A fraude “leve” ocorre, por exemplo, quando um segurado ou terceiro que realiza aviso de sinistro “exagera” um sinistro legítimo. A fraude grave é menos frequente que a leve, mas envolve valores muito maiores.

Por outro lado, a fraude premeditada ocorre quando, por exemplo, o segurado dá informações incorretas nos formulários de contratação de seguros visando obter maior cobertura e redução dos prêmios, ou quando planeja ação para obter vantagem de contrato de seguros a partir de ocorrência inexistente ou planejada de um sinistro. A fraude oportunista se dá também com preenchimento de informações incorretas nos formulários de contratação de seguros ou quando gera vantagem exagerada do contrato de seguros a partir da ocorrência de um sinistro verdadeiro. Novamente, a frequência é maior nas fraudes oportunistas, mas os valores envolvidos são menores.

Isto posto, as pessoas que cometem fraudes em seguros vão desde grupos criminosos altamente organizados, que roubam grandes somas das seguradoras, a profissionais e técnicos que cobram por serviços não prestados. Até pessoas comuns fraudam, como uma oportunidade de ganhar algum dinheiro. “Esses grupos organizados se dedicam à busca de uma janela de oportunidade, uma falha processual nas seguradoras, para tentarem implementar um esquema fraudulento, convertendo a atividade em relevante fonte de renda, em detrimento de todos os elementos formadores da cadeia do seguro, na certeza da impunidade. Por isso, a importância do setor de seguros em envidar todos os esforços para se unir e tentar bloquear essas janelas, combatendo, de forma ordenada e conjunta, essas tentativas que tanto prejudicam o fundo mútuo administrado”, precisa o diretor Julio Rosa, da FenSeg.



## PERDAS ELEVADAS

Estimativas do setor geralmente colocam a fraude em ramos elementares nos Estados Unidos em cerca de 10% dos custos de sinistros ocorridos a cada ano, com o percentual variando de acordo com o ramo de seguros, com as condições econômicas, fatores demográficos etc<sup>1</sup>. No setor de saúde, uma pesquisa realizada pelo *Federal Bureau of Investigation* (FBI) estimou que a fraude na saúde pública e privada norte-americana estava entre 3% e 10% do total de gastos com saúde em 2007. São valores que podem ultrapassar facilmente a centena de bilhão de dólares anualmente. Na Inglaterra, em 2016, a Associação dos Seguradores Britânicos (ABI) detectou 125 mil avisos de sinistros com elementos de fraude, o que correspondeu a cerca de 6% do valor dos sinistros ocorridos. No Brasil, como se vê no Box, as fraudes detectadas e as comprovadas representaram, em valor e em 2016, respectivamente, 2,3% e 1,8% dos sinistros ocorridos, ou seja, ainda temos de avançar bastante para combatê-las efetivamente.

Infelizmente, muitos segurados não têm a devida noção da gravidade desses fatos. Em sua luta contra a fraude, as companhias seguradoras têm sido prejudicadas por atitudes do público que, em alguns casos, toleram fraudes com seguros. Nos EUA, um número significativo de pessoas não vê problemas na fraude oportunista, como inflacionar

<sup>1</sup> Ver INSURANCE INFORM INSTITUTE. Background on: insurance fraud. Site. Disponível em: <<https://www.iii.org/article/background-on-insurance-fraud>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

sinistros de seguro “para compensar os prêmios de seguro que pagaram em anos anteriores”, quando não tiveram nenhum sinistro, ou para “compensar a franquia”. Em um relatório de 2008, a Coalizão Contra a Fraude em Seguros descobriu que 20% dos norte-americanos consultados achava aceitável fraudar as companhias de seguros em certas condições. Mais: o relatório constatou que, comparado a dez anos atrás, o público tinha consistentemente ficado mais tolerante com as fraudes em seguros. Por exemplo, em 2008, 82% dos entrevistados consideraram antiético apresentar informações falsas em uma demanda de seguro como meio de reduzir seu prêmio, percentual abaixo dos 91% de 1997. O relatório da Coalizão de 2016 constatou que 61% das 86 seguradoras que participaram da pesquisa disseram que a suspeita de fraude aumentou frente a 2015, um crescimento significativo em relação aos 51% que pensavam que a fraude aumentara em 2014. Em outra pesquisa, 76% dos entrevistados disseram que as pessoas ficam mais propensas a cometer fraudes em seguros durante uma recessão, número acima dos 66% em 2003.

No Brasil, não é diferente: os segurados brasileiros não estão totalmente cientes da importância de se evitar e combater as fraudes em seguros. Pesquisa da CNseg de 2010 chegou à conclusão de que a facilidade aliada à impunidade são as grandes motivadoras da fraude contra o seguro; 40% dos segurados mostram-se propensos às fraudes, e os mais propensos são os homens com idade entre 18 e 24 anos e ensino médio completo. No entanto, os segurados conscientes têm interesse de que haja punição aos que fraudam o seguro e que sejam criados canais para denúncias desse tipo de crime.

### Impacto das fraudes no mercado de seguros brasileiro

Desde 2004, a CNseg tem publicado anualmente os resultados do Sistema de Quantificação da Fraude (SQF), alimentado pelas próprias seguradoras, em todos os ramos de seguro, com exceção de saúde suplementar, capitalização e previdência complementar.

“Por meio desse sistema são gerados os indicadores de fraude contra o seguro, compondo-se assim uma inédita série histórica dessas ocorrências no segmento de seguros gerais. Os indicadores da fraude ao longo do tempo mostram uma tendência desfavorável”, sustenta Julio Rosa, diretor da FenSeg.

Fraudes como porcentagem dos sinistros ocorridos

Ano	Fraude Suspeita	Fraude Detectada*	Fraude Comprovada
2012	7,8%	1,6%	1,2%
2013	9,0%	1,8%	1,5%
2014	11,2%	2,2%	1,7%
2015	13,7%	2,6%	1,8%
2016	11,8%	2,3%	1,8%

Fonte: CNseg. (\*) Num sinistro, se há elementos identificados (“detectados”) de fraude e esses elementos são, ademais, “comprovados”, a indenização é negada.



Julio Rosa



Sandro Leal



Paulo Marraccini

Nos chamados “países desenvolvidos”, a fraude em seguros recebeu pouca atenção até os anos 1980, quando o aumento do preço dos seguros e o crescimento no crime organizado estimularam esforços para aprovar leis antifraude mais fortes. Outras partes afetadas pelas fraudes se aliaram às seguradoras, como, por exemplo, consumidores que tomaram consciência de que pagam prêmios de seguro mais altos para compensar perdas por fraude, profissionais médicos que estavam preocupados com suas reputações etc.

### A TECNOLOGIA AJUDA

Existem inúmeras maneiras pelas quais as seguradoras podem tentar detectar as fraudes depois que acontecem, desde a criação de unidades dedicadas à análise de avisos de sinistros até sistemas automatizados de exame de dados. As seguradoras também podem participar de iniciativas de toda a indústria, como o banco de dados nacional de fraudadores (chamado “*Insurance Fraud Register*”) no Reino Unido. Nos países mais ricos, atualmente, quase todas as seguradoras usam tecnologias antifraude, sendo uma das mais comuns os alertas automáticos, que destacam a suspeita de atividade fraudulenta. Ainda: a coleta e estudo de quantidade exponencialmente crescente de dados sobre clientes por meio da técnica do Big Data, usando a análise de rede, por exemplo, para identificar fraudes.

Porém, quando se trata de prevenção, o uso do Big Data é menos óbvio. Atualmente, a tecnologia pode ser utilizada pelas seguradoras para automatizar a sinalização de possíveis desinformações ao assinar contrato com um novo cliente e, portanto, ajuda-las a identificar problemas futuros com sinistros. Porém, considerando o investimento financeiro que representam, é mais eficiente equilibrar

esforços, trabalhando fortemente também na prevenção. Nesse particular, as seguradoras precisam combinar o que a tecnologia pode trazer em termos de computação e análise de dados com uma compreensão mais profunda do aspecto psicológico da fraude.

No Brasil, as novas tecnologias têm também ajudado as seguradoras brasileiras no combate à fraude. Julio Rosa, da FenSeg, é otimista: “O mercado segurador está muito mais maduro nesse quesito. Há muitas ofertas de novas tecnologias disponíveis, com uso de ferramentas preditivas para sinistros suspeitos, construção de redes de relacionamentos, modelagens estatísticas, algoritmos de “*machine learning*” e uso de regras para identificação de anomalias. O conceito principal a ser absorvido é o de que o combate à fraude deve extrapolar as fronteiras da concorrência e o assunto deve ser trabalhado em parceria com todos os envolvidos, trazendo benefício para o setor de forma geral, sobretudo para a população, contribuindo significativamente na proteção do mutualismo.”

E acrescenta: “Creio que a CNseg e a Federação estão no caminho certo ao investir em novas tecnologias. Também vêm ampliando fortemente seu desafio de aproximar o setor e a sociedade em geral por meio de participação em diversos tipos de mídias (redes sociais, criação da Rádio CNseg, contribuições em matérias jornalísticas etc.). É necessário que o setor continue incessantemente nesse processo, ao mesmo tempo em que procura reforçar junto à população os princípios basilares do seguro e, em especial, os impactos legais e financeiros para aqueles que cometem a fraude. A ideia é transmitir uma mensagem bem clara de que a impunidade deve ser combatida e que a fraude contra o seguro é crime, e é um crime com vítimas”, finaliza. ●