



*Фонд социального страхования (ФСС) и Всероссийский союз страховщиков (ВСС) готовят соглашение о сотрудничестве в области методологии урегулирования убытков по личным видам страхования, сообщил замглавы департамента страхования профессиональных рисков ФСС Владимир Теньюков на конференции по противодействию страховому мошенничеству.*

По его словам, Фонду соцстраха и коммерческим страховщикам уже приходилось тесно взаимодействовать при урегулировании убытков, где пересекаются несколько видов страхования. В частности, по авиакатастрофе Ту-154 в декабре 2016 года выплаты производились по обязательному страхованию от несчастного случая на производстве, по обязательному страхованию ответственности перевозчика перед пассажирами и по обязательному страхованию военнослужащих.

"Успешная координация с компанией "СОГАЗ" по организации выплат позволила их осуществить в максимально короткие сроки", — пояснил В.Теньюков.

Он заявил, что в настоящее время ФСС усиливает работу по противодействию мошенничеству при получении социальных выплат. Подобные злоупотребления, по его словам, были замечены фондом при фальсификации выплат по больничным листам, в сфере выплат по материнству, в сфере выплат по инвалидности.

По мнению В.Теньюкова, сотрудничество коммерческих страховщиков и ФСС может распространяться на взаимное использование возможностей накопленных баз данных и эффективное использование доступных федеральных информационных ресурсов. Кроме того, представитель фонда считает целесообразным совместное участие в профильных международных конференциях и семинарах по теме противодействия мошенничеству.

Руководитель центра регулирования убытков ООО "Страховая компания "Росгосстрах-Жизнь" Юлия Идрисова в своем выступлении отметила тенденцию расширения сферы внимания недобросовестных юристов: по мере получения страховщиками опыта борьбы с мошенничеством в автостраховании злоумышленники переориентируются на личные виды страхования.

В качестве примера она привела "ростовское дело", в ходе расследования которого страховщики обнаружили, что для получения страховых выплат по полису защиты от несчастного случая были полностью сфальсифицированы медицинские заключения и диагнозы. При этом представитель компании подчеркнула, что зона составления медицинских заключений проблематична для установления факта умысла недобросовестных действий. Фальсификацию всегда можно трактовать как ошибку врача. Она рассказала о случае, когда в одном из регионов было выявлено подразделение лечебного учреждения, систематически обеспечивающее держателей страховых полисов диагнозами об ушибе головного мозга. В другом случае в ходе

расследования страховщикам удалось доказать систематическую фальсификацию рентгеновских исследований, на которых неповрежденные сухожилия превращались в травмированные.

"Несмотря на все наши усилия и проведенное расследование, причастные к таким злоупотреблениям врачи до сих пор работают и предоставляют страховщикам медицинские документы для проведения страховых выплат. Заведующая лечебным учреждением до сих пор сохраняет свою должность", — сказал Ю.Идрисова.

Она подчеркнула необходимость корректировки положений двух законов, согласно которым в одном случае страховщики имеют право получать информацию от организации для обеспечения страховой выплаты, а с другой стороны, медицинские учреждения не обязаны им предоставлять информацию о состоянии здоровья, диагнозов и исследований больных.

Источник: Финмакет, 28.03.2017