

**Pesquisa do SAS identifica táticas mais comuns usadas para lesar empresas de seguros no Brasil (e suas táticas de proteção)**

O SAS realizou pesquisa com 17 seguradoras brasileiras na tentativa de descobrir quais são as práticas mais comuns de fraudes, abusos e desperdícios a que são submetidas essas empresas no País. O estudo teve por objetivo avaliar, também, o atual uso das diversas estratégias e tecnologias empregadas que visam à prevenção de irregularidades cometidas contra essas companhias.

Constatou-se que os programas de prevenção dessas organizações têm evoluído com o passar do tempo, tornando-se cada vez mais sofisticados, eficazes em detectar, investigar e prevenir as irregularidades.

“Os times de Investigação Especial têm se tornado cada vez mais importantes no processo para garantir o correto pagamento de sinistro, juntamente com o impacto no lucro”, constata um relatório da provedora de ferramentas de análise.

Segundo o estudo, a tecnologia tem tido um papel crucial em capacitar esse crescimento, detectando mais casos de fraude e agilizando o processo de liquidação e investigação, o que proporciona às seguradoras uma maior confiança em seus programas antifraude.

Por sua vez, as empresas de seguro do País começam a entender entendendo a importância de se investir em tecnologia que lhes traga um resultado financeiro positivo nos processos. Essa tendência se motiva as empresas de tecnologia a também fazerem investimentos para sempre oferecerem inovações aos processos e garantirem o melhor resultado possível para seus clientes.

As fraudes, abusos e desperdícios são grandes problemas para a indústria de Seguros no Brasil, impactando os resultados das companhias e, também, para os clientes, que observam cada vez mais um aumento dos prêmios. Pesquisas internacionais apontam que por volta de 11% a 15% das indenizações pagas tenham algum tipo de irregularidade.

No Brasil, a Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização (CNseg), por meio do seu Sistema de Quantificação de Fraudes (SQF) aponta que, em 2013, por volta de R\$ 2,1 bilhões das indenizações tiveram algum tipo de suspeita de irregularidade, o que representa 9% do total dos sinistros.

Na contramão do SQF, que mostra um decréscimo na atividade fraudulenta, a pesquisa do SAS constata um sentimento de crescimento na atividade, 59% responderam que as suspeitas aumentaram. Infelizmente, essa tendência não apresenta sinais de queda. A grande motivação de qualquer fraudador, do oportunista ao criminoso, é a recomposição de renda e/ou ganho financeiro adicional e, em épocas de crise, esse tipo de atividade se intensifica.

As atuais técnicas e estratégias utilizadas na identificação de irregularidades vão das mais simples (100% reativas – confiando apenas no sentimento individual do analista de sinistro) às mais sofisticadas (utilizando modelos de “Machine Learning” e “Analytics”). Essas técnicas influenciam diretamente nos dados apresentados, pois uma empresa que aponta menos casos de irregularidades provavelmente é a que está mais vulnerável em seus processos de prevenção às irregularidades.

Descobertas da pesquisa:

- 59% das empresas possuem alguma tecnologia de prevenção a irregularidades no sinistro, porém menos da metade está utilizando tecnologias no processo de aceitação;

- 71% das empresas utilizam seus sistemas atuais há mais de cinco anos, porém são sistemas baseados em regras;
- 100% das empresas ainda confiam no sentimento do analista de sinistro para referenciar um caso para sindicância;
- O principal benefício percebido em se ter um sistema de prevenção a irregularidades é não incomodar os clientes honestos;
- O principal desafio em implantar um sistema mais moderno está na falta de recursos (Financeiros ou de TI).

Fraudes e irregularidades são passíveis de ocorrerem ao longo de todo o ciclo de vida do seguro: na cotação, na vistoria, nas alterações da apólice (endossos), na comunicação do sinistro, em relação aos envolvidos, nos orçamentos, nos pagamentos, entre outras. As seguradoras também estão buscando se proteger de perdas relacionadas à “Lavagem de Dinheiro” (por demanda regulatória), Fraude Interna e Crimes Cibernéticos.

As seguradoras estão cada vez mais preocupadas em “escolher” corretamente o cliente em seu processo de subscrição (41% das respostas), buscando assim evitar a fraude. Isso é motivado principalmente pelo sistema judiciário que, por muitas vezes, protege um possível fraudador (se passando por vítima), o que acarreta em uma ação judicial contrária à seguradora por tê-lo acusado “injustamente” e negado seu sinistro.

Porém, o caminho ideal seria começar analisando as fraudes nos sinistros (59% das respostas), para aprimorar o conhecimento e, então, retroalimentar essa informação no processo para prevenir a entrada de fraudadores. Estudos similares, realizados em 2014 em países mais desenvolvidos, como os Estados Unidos, mostraram que 71% das seguradoras já possuem sistemas avançados de prevenção a fraudes em sinistros e, agora, elas começam a migrar para a prevenção de fraudes na subscrição (33%).

**Fonte:** [Computerworld](#), em 18.01.2016.