

شناسایی حوزه‌ها و شیوه‌های تقلب بیمه‌گذار در صنعت بیمه و راهکارهای پیشگیری از آن



Identifying the Areas and Methods of Insurance Fraud in the Insurance Industry and Ways to Prevent it

چکیده

هدف از انجام این پژوهش، شناسایی حوزه‌ها و شیوه‌های تقلب بیمه‌گذار در صنعت بیمه و راهکارهای پیشگیری از آن (مطالعه موردی: شرکت‌های بیمه‌ی شیراز) می‌باشد. این تحقیق بر اساس دسته‌بندی تحقیقات از نظر هدف یک تحقیق کاربردی و از نوع توصیفی است. جامعه آماری تحقیق شامل کلیه اساتید و خبرگان شناسایی‌کننده پیش‌بینی تقلب در بیمه است. روش نمونه‌گیری به صورت گلوله برفی بوده و تعداد نمونه برابر با ۱۰ نفر بود. روش گردآوری داده‌ها در این تحقیق روش کتابخانه‌ای و روش میدانی می‌باشد و ابزار گردآوری داده‌ها در این تحقیق مصاحبه عمیق و نیمه ساختاریافته و پرسشنامه می‌باشد. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوا و نرم افزار SPSS19 و LISREL 8.54 استفاده گردیده است. با توجه به نتایج بدست آمده می‌توان نتیجه گرفت که عوامل موثر سازمانی، عوامل موثر نهادی، عوامل موثر محیطی و عوامل موثر فردی، عوامل موثر بر انتخاب راهبرد کشف تقلب در صنعت بیمه در شرکت‌های بیمه‌ای شهر شیراز است و با توجه به این عوامل و دقت نظر در آنها، تقلب و کلاهبرداری در تمامی حوزه‌ها قابل شناسایی است. همچنین شیوه‌های تقلب و کلاهبرداری بیمه‌گذاران متخلف در صنعت بیمه شناسایی شده و راهکارهایی برای پیشگیری و ممانعت تقلب در صنعت بیمه پیشنهاد شد.

کلمات کلیدی: تقلب، شناسایی تقلب، تقلب بیمه‌گذار، صنعت بیمه.

نوع مقاله: پژوهشی

ابوالفضل خسروی^۱، محمد کاشانی پور^۲، محمد رضا فتحی^۳، سعید ابراهیمی فرد^۴، سمیه رضی محب سراج^۵

۱. عضو هیئت علمی دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشکدگان فارابی دانشگاه تهران، قم، ایران

۲. دانشیار دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشکدگان فارابی دانشگاه تهران، قم، ایران

۳. دانشیار دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشکدگان فارابی دانشگاه تهران، قم، ایران

۴. دانش آموخته کارشناسی ارشد مدیریت بازرگانی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشکدگان فارابی دانشگاه تهران، قم، ایران

۵. دانش آموخته کارشناسی ارشد مدیریت صنعتی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشکدگان فارابی دانشگاه تهران، قم، ایران

Khosravi_a@ut.ac.ir

ایمیل نویسندگان و عهده‌دار مکاتبات:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۸/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۲۸

مقدمه

کلاهبرداری در قوانین بسیاری از کشورهای جهان جرم کیفری تلقی شده و در صورت اثبات، مرتکب آن علاوه بر بازگرداندن وجوه ناشی از کلاهبرداری، محکوم به جریمه مالی و حتی حبس می‌شود. انواع کلاهبرداری و تقلب در صنعت بیمه بسیار متنوع است و به صورت روزانه، حتی بیش از آنچه که ما فکرش را بکنیم در اطراف ما اتفاق می‌افتد. از بزرگ‌ترین انواع کلاهبرداری‌ها در بیمه، ارائه اطلاعات نادرست است. برخی بیمه‌گذاران اطلاعات غیرواقعی به بیمه‌گر می‌دهند، این در حالی است که در صورت ارائه اطلاعات صحیح، بیمه‌گر تصمیمی متفاوت اتخاذ می‌کرد (ویلسون، ۲۰۰۹). بر طبق آمار جهانی حدود ۱۰ درصد از ادعاهای خسارت بیمه‌ای تقلب‌آمیز هستند در این صورت با برآورد مجموع حق بیمه‌های صادره در کل صنعت و با فرض اینکه حدود ۱۰ درصد از خسارات پرداختی می‌تواند مربوط به ادعاهای متقلبانه باشد، می‌توان به یک برآورد کلی از میزان تقلبات دست‌یافت. اما رقم ده درصدی ادعای خسارات متقلبانه با توجه به شواهد و قرائنی که در ایران وجود دارد برای صنعت بیمه کشور رقم خوش بینانه‌ای محسوب می‌شود چرا که برآوردهای شهودی نشان می‌دهد نسبت تقلب در بیمه کشور احتمالاً بیشتر از ۱۰ درصد است و حتی به گواه برخی شرکت‌های بیمه این شاخص تا به ۳۰ درصد هم می‌رسد (صلاحی‌نژاد و آرمان‌مهر، ۱۳۹۴). با توجه به آمار منتشره بیمه مرکزی در سال ۱۳۹۵، مجموع حق بیمه‌های صادره در کل صنعت حدوداً ۲۷۹۰۰۰ میلیارد ریال و مجموع کل خسارات پرداختی در کلیه رشته‌ها تقریباً برابر با ۱۸۳۰۰۰ میلیارد ریال است. اگر به همین ترتیب فرض کنیم که ۱۰ درصد خسارات پرداختی نیز مربوط به ادعاهای متقلبانه باشد، با اعمال این مبلغ بر خسارات کشور، مجموع تقلبات بیمه‌ای در کل صنعت حدود ۱۸۳۰۰ میلیارد ریال می‌شود که مبلغ قابل توجهی است و این آمارها لزوم توجه جدی به روش‌های پیشگیری و کشف تخلف و تقلب را آشکار می‌سازد. خسارت‌های

غیرمستقیمی که متقلبان به صنعت بیمه وارد می‌سازند، بسیار بالاتر از رقمی است که این سازمان‌ها به‌طور مستقیم متضرر می‌شوند. در سال‌های اخیر، بازارهای مالی ایالت متحده با افشای متعدد اعمال متقلبانه برخی شرکت‌ها به‌طور جدی متضرر شده‌اند. فقط تعداد اندکی از رسوایی‌های صورت‌های مالی هستند که بازار سهام را دچار نوسان کرده و باعث سلب اعتماد عمومی شده‌اند. از سوی دیگر، این رسوایی‌ها، زیان‌هایی جبران‌ناپذیر بر سرمایه‌گذاران وارد آورده و توان رقابت آن‌ها را از میان برده‌است. بسیاری از این رسوایی‌ها به پس‌انداز افراد، مزایای بازنشستگی، آموزش دانشگاهی و امنیت آینده آن‌ها زیان‌زده است (آبرشت^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). نتایج تحقیقات مؤسسه KPMG در سال ۲۰۰۳ حکایت از افزایش روزافزون نرخ تقلب دارد. این تحقیقات مشخص می‌کند که ۷۵ درصد سازمان‌های تحت مطالعه، نمونه‌هایی از تقلب را تجربه کرده‌اند. این تحقیقات مشخص می‌کند که ۷۵ درصد سازمان‌های تحت مطالعه، نمونه‌هایی از تقلب را تجربه کرده‌اند. این آمار نسبت به آمار سال ۱۹۹۸ رشد ۱۳ درصدی را نشان می‌دهد (کاپی‌ام‌جی^۳، ۲۰۰۳). با توجه به اینکه تقلب هزینه‌های شرکت‌های بیمه‌کننده را افزایش و درآمدهای آنها را کاهش می‌دهد و موجب تحلیل سیستم و افت عملکرد در سازمان‌ها می‌شود، جای تعجب دارد که شرکت‌های محدودی بر آن تمرکز کرده‌اند تا جایی که ادعاهای متقلبانه را به مثابه بخشی از هزینه‌های انجام فعالیت، تحمل می‌کنند. چنانچه شرکت‌ها، منابع و انرژی بیشتری را برای شناسایی ادعاهای متقلبانه اختصاص دهند، پس‌اندازهای بالقوه هنگفتی به‌دست خواهد آمد. شرکت‌های بیمه می‌توانند از این پس‌اندازها برای سرمایه‌گذاری بیشتر استفاده کنند و با این کار سود شرکت را افزایش دهند. در نتیجه، کاهش نرخ حق بیمه از تأثیرات غیرمستقیم کشف تقلب خواهد بود. از سوی دیگر، این بحث که کلاهبرداری بیمه‌ای موجب هزینه‌هایی برای بیمه‌گذاران صادق می‌شود، به اثبات رسیده است. مشاهده اینکه چگونه افراد با طرح ادعاهای اضافی یا مبالغه‌آمیز، می‌توانند سبب افزایش هزینه‌های بیمه‌گران و افزایش حق بیمه‌ها

1. wilson

2. Albrecht

3. KPMG

شوند، بسیار آسان است. از این رو با کشف و شناسایی تقلب از هزینه‌های اضافی که بیمه‌گذاران صادق متحمل می‌شوند، کاسته می‌شود. لذا به‌کارگیری روش‌های شناسایی تقلب به‌منظور جلوگیری از اقدامات متقلبانه در بیمه، اجتناب‌ناپذیر است. بر این اساس در این تحقیق سعی می‌شود با بررسی شیوه‌های تقلب در پرونده‌هایی که منجر به کشف تقلب گردیده‌است، مواردی جهت کمک به شرکت‌های بیمه و تمامی افراد ذکر شود تا علاوه بر آگاهی، از کلاهبرداری غیر عمد و عمد جلوگیری شود؛ چرا که ورشکستگی شرکت‌های بیمه که با هدف تعاون و جبران خسارت تشکیل شده‌اند، برای جامعه مضر است و عده‌ای کلاهبردار نباید به‌راحتی بتوانند از منافع آن سوء استفاده کنند. بنابراین هدف از انجام پژوهش حاضر، شناسایی حوزه‌های تقلب، روش‌های تقلب بیمه‌گذاران و راهکارهای جلوگیری از تقلب در صنعت بیمه می‌باشد.

برای واژه تقلب در مقالات و منابع علمی، معانی مختلفی بیان شده‌است، لیکن آنچه در تمامی این تعاریف، مشترک و یکسان می‌باشد، این است که تقلب، نوعی سوء استفاده از منابع، در جهت منافع شخصی، به‌عمد و کاملاً غیرقانونی است. تقلب در مفهوم عام، عبارت است از تحریف حقایق با اهمیت توسط کسی که می‌داند مطلبش حقیقت ندارد و یا ارائه حقایق، با کمال بی‌توجهی نسبت به صحت آنها و به قصد فریب دیگران. در تعریف دیگر، واژه تقلب عبارت است از سوء استفاده از سود یک سازمان بدون اینکه لزوماً به عواقب قانونی آن منجر شود. در تعریفی دیگر تقلب به فرایندی اشاره دارد که طی آن یک یا چند نفر، عمداً و مخفیانه دیگران را از هر چیز باارزشی، به‌خاطر منافع شخصی خود محروم کنند (فوآو همکاران، ۲۰۱۰). تقلب به فعالیت‌های مجرمانه اتفاق افتاده در سازمان‌های تجاری همچون بانک، شرکت‌های صادرکننده کارت اعتباری، شرکت‌های بیمه، شرکت‌های تلفن همراه، بازار سهام، و غیره اطلاق می‌شود (فولادی‌نیا، ۱۳۹۲). امروزه با گسترش

فناوری‌های مدرن و ارتباطات جهانی، تقلب به‌طرز چشمگیری در حال افزایش است و هزینه‌های زیادی را به کسب و کارها تحمیل می‌کند. در نتیجه شناسایی تقلب به مسأله بسیار مهمی تبدیل شده‌است. انگای^۲ و همکاران (۲۰۱۰) به‌طور کلی تقلب‌های مالی را به چهار گروه اصلی تقلب‌های بانکی، تقلب‌های بیمه‌ای، تقلب‌های امنیتی و تجاری و سایر تقلب‌های مالی، دسته‌بندی و تجزیه و تحلیل کردند. از آنجاکه کلاهبرداری‌های صنعت بیمه بسیار متنوع است، این پژوهش آن دسته از تقلب‌های مالی را هدف قرار داده است که به صنعت بیمه اختصاص دارد (انگای و همکاران، ۲۰۱۰). کلاهبرداری بیمه‌ای هر ساله خسارت‌های زیادی را به شرکت‌های بیمه تحمیل می‌کند. با وجود پیشرفت‌های فراوان در شناسایی این تقلب‌ها، هزینه‌های ایجاد شده برای شرکت‌های بیمه در اثر این کلاهبرداری‌ها در حال افزایش است. تقلب در صنعت بیمه ممکن است در مراحل مختلف و توسط اشخاص مختلفی رخ دهد: بیمه‌گذاران جدید، بیمه‌گذاران فعلی، اشخاص ثالث زیان‌دیده یا متخصصانی که به بیمه‌گذاران خدمت ارائه می‌دهند (تریسا^۳، ۲۰۱۰). تقلب در صنعت بیمه یکی از منابع عمده ریسک عملیاتی شرکت‌های بیمه است و یک بخش قابل توجهی از ضررها را تشکیل می‌دهد. به‌مانند هر شرکت تجاری، هدف بلندمدت شرکت بیمه داشتن یک سود و رشد بازار قابل قبول است. یکی از موانعی که با آن در مسیر دستیابی به این هدف مواجه می‌شویم تقلب‌های بیمه هستند. هزینه‌های بالای حل و فصل ادعاهای دروغین بر حق بیمه تأثیر می‌گذارد و باعث کاهش مزیت رقابتی شرکت‌های بیمه می‌شود. بنابراین، تقلب‌های بیمه‌ای یک مشکل جدی در کل صنعت بیمه هستند. شرکت‌های بیمه هنوز به‌دنبال روش‌های جدید و بهتری هستند که چگونه از خودشان در مقابل تقلب‌های بیمه‌ای محافظت کنند. رویکرد اساسی ایجاد مدیریت تقلب با کیفیت بالا همراه با مزایای فناوری اطلاعات است (پسوت و آندرل^۴، ۲۰۱۱). مدت‌هاست که روش‌های سنتی تجزیه و تحلیل داده‌ها به‌عنوان یک روش

مبانی نظری

برای واژه تقلب در مقالات و منابع علمی، معانی مختلفی بیان شده‌است، لیکن آنچه در تمامی این تعاریف، مشترک و یکسان می‌باشد، این است که تقلب، نوعی سوء استفاده از منابع، در جهت منافع شخصی، به‌عمد و کاملاً غیرقانونی است. تقلب در مفهوم عام، عبارت است از تحریف حقایق با اهمیت توسط کسی که می‌داند مطلبش حقیقت ندارد و یا ارائه حقایق، با کمال بی‌توجهی نسبت به صحت آنها و به قصد فریب دیگران. در تعریف دیگر، واژه تقلب عبارت است از سوء استفاده از سود یک سازمان بدون اینکه لزوماً به عواقب قانونی آن منجر شود. در تعریفی دیگر تقلب به فرایندی اشاره دارد که طی آن یک یا چند نفر، عمداً و مخفیانه دیگران را از هر چیز باارزشی، به‌خاطر منافع شخصی خود محروم کنند (فوآو همکاران، ۲۰۱۰). تقلب به فعالیت‌های مجرمانه اتفاق افتاده در سازمان‌های تجاری همچون بانک، شرکت‌های صادرکننده کارت اعتباری، شرکت‌های بیمه، شرکت‌های تلفن همراه، بازار سهام، و غیره اطلاق می‌شود (فولادی‌نیا، ۱۳۹۲). امروزه با گسترش

1. Phua

2. Ngai

3. Terisa

4. Pešout & Andrlé

برای تشخیص تقلب استفاده می‌شود. این کار نیاز به تحقیقات پیچیده و وقت‌گیری دارد و نیازمند به‌کارگیری حوزه‌های مختلف دانش مانند مالی، اقتصادی، روش‌های کسب‌وکار و مباحث قانونی است. به مجموعه عملیات یا اقداماتی که براساس روش‌ها یا متدهای، سعی در کشف و شناسایی تقلب‌های صورت‌گرفته و یا در حال وقوع دارند، شناسایی تقلب گفته می‌شود. مؤسسات بیمه به‌شدت به دنبال سرعت عمل در شناخت فعالیت‌های کلاهبرداران و متقلبان می‌باشند. این امر به دلیل اثر مستقیم آن روی خدمت‌رسانی به مشتریان این مؤسسات، کاهش هزینه‌های عملیاتی و باقی ماندن به‌عنوان یک ارائه‌دهنده خدمات معتبر و قابل اطمینان است (حاتمی‌راد و شهریاری، ۱۳۹۰).

عوامل مؤثر بر وقوع تقلب بیمه‌ای

نداشتن آگاهی از قوانین بیمه‌ای: تخلفات بازار بیمه در برخی موارد بر مبنای ناآگاهی بیمه‌گذاران از جنبه‌های مختلف صورت می‌گیرد. به‌عنوان مثال، کم‌اظهاری ارزش مورد بیمه که در زمان خرید بیمه‌نامه رخ می‌دهد، تخلفی است که باعث اعمال قاعده نسبی در زمان پرداخت خسارت می‌شود و بسیاری بیمه‌گذاران اگر تبعات آن را می‌دانستند چنین تخلفی مرتکب نمی‌شدند (ژامیک^۱، ۲۰۱۱). نمونه‌ای دیگر در قالب عدم ارائه اطلاعات کامل و شفاف در زمان خرید بیمه‌نامه یا کتمان برخی اطلاعات مهم مؤثر در ارزیابی ریسک رخ می‌دهد که با هدف کاستن از حق بیمه انجام می‌گیرد. حال آنکه این موارد مصداق عدم رعایت اصل حسن نیت است و بیمه‌گر می‌تواند در زمان بروز حادثه که بیمه‌گذار بیشترین نیاز به بیمه را دارد، به‌استناد ماده ۱۲ قانون بیمه، اقدام به ابطال بیمه‌نامه کند.

نبود کنترل صحیح: بی‌شک متولی اصلی فرآیند پیشگیری و کشف تقلبات و تخلفات شرکت بیمه است و کشف باندهای جعل و کلاهبرداری توسط کارکنان خدوم دستگاه قضائی و انتظامی نمی‌تواند به‌عنوان اقدام کافی مطرح شود. بنابراین

مدیریت ارشد شرکت بیمه باید مدیریت پیگیری و کشف تقلب و تخلف را به‌عنوان یک سیاست جدی مدیریتی در پیش گیرد. در همین راستا و به‌منظور اینکه شرکت‌های بیمه بتوانند به‌صورت کارا اقدامات مشخصی جهت مقابله با این چالش جدی اتخاذ کنند، پیشنهادهایی به این شرح ارائه می‌شود: بازنگری در بسترهای فناوری اطلاعات مورد استفاده در شرکت‌های بیمه با رویکرد کشف تقلب و تخلف؛ ایجاد کنترل‌های جدی قبل از پرداخت خسارت؛ بررسی ویژه در خصوص پرونده‌های خسارت با مبالغ بالا؛ به‌طور طبیعی کلاهبرداری و تخلف ریسک خاص خود را به‌همراه دارد؛ در پیش گرفتن رویه مبارزه با تقلب و تخلف به‌عنوان یک سیاست مدیریتی (صلاحی‌نژاد و آرمان‌مهر، ۱۳۹۳).

نبود وجود مکانیسم مشخص برای کشف تقلب: ماهیت تقلبات و تخلفات بیمه‌ای باعث شده‌است مقابله با این چالش جدی دارای پیچیدگی‌های فراوانی باشد. مهم‌ترین دلایل پیچیدگی این موضوع عبارتند از: انجام تقلبات و تخلفات بیمه‌ای توسط متخلفان با هر سطح تحصیلات، توانایی و مهارت؛ تغییر سریع شگردهای تقلب و به وجود آمدن روش‌های جدید تقلب و تخلف و کلاهبرداری از شرکت‌های بیمه؛ ضعف سیستم‌های کنترلی و نظارتی در شرکت‌های بیمه؛ ضعف شدید سیستم‌های اطلاعاتی و نبود بانک اطلاعاتی مشخص از متخلفان و متقلبان بیمه‌ای. پیشنهاد می‌شود سامانه اطلاعاتی یکپارچه‌ای از تمامی اطلاعات پرونده در بین شرکت‌های بیمه ایجاد شود و نهادهای مرتبط از جمله نیروی انتظامی، پلیس راهور، ثبت‌احوال، آتش‌نشانی و غیره ملزم باشند مدارک و گزارش‌های مربوط به خود را به‌صورت آنلاین در آن بارگذاری کنند. با دسترسی شرکت‌های بیمه به اطلاعات موجود در این سامانه می‌توان از بروز تقلب‌ها و تخلفات زیادی جلوگیری کرد. همچنین با توجه به وجود اطلاعات تمامی شرکت‌های بیمه در آن می‌توان باندهای جعل و کلاهبرداری را شناسایی

1. Bhowmik

کرد (صلاحی نژاد و آرمان مهر، ۱۳۹۳).

آموزش ندادن تخصصی کارشناسان و ارزیابان بیمه‌ای: یکی از مهم‌ترین مراحل فرآیند تسویه خسارت، ارزیابی پرونده توسط کارشناسان خسارت می‌باشد. متأسفانه شرکت‌های بیمه‌ای به علت نداشتن کارشناسان ارزیاب خسارت خبره و با تجربه نمی‌توانند به درستی، تمام موارد مشکوک به تقلب و تخلف را تشخیص دهند. نتیجه اینکه بسیاری از پرونده‌های جعلی خسارت، قابل پرداخت تشخیص داده شده و علاوه بر زیان وارده به شرکت‌های بیمه، کلاهبرداران را برای تشکیل پرونده‌های جعلی و دریافت خسارت‌های ساختگی ترغیب می‌کند. از این رو استفاده از کارشناسان ارزیاب پرونده خسارت که تخصص بیمه‌ای داشته‌باشند می‌تواند به خوبی منجر به تشخیص پرونده‌های جعلی شود (صلاحی نژاد و آرمان مهر، ۱۳۹۳). آموزش در مبارزه شرکت‌های بیمه با کلاهبرداری و تقلب نقش اساسی دارد. این شرکت‌ها باید با ارائه آموزش‌های ضمن خدمت به کارکنان و ارزیابان خسارت، آن‌ها را با روش‌هایی که مجرمان سعی در تقلب و کلاهبرداری می‌نمایند، آشنا کنند (راه‌چمنی، ۱۳۸۵).

استفاده نکردن از فناوری روز دنیا: کارشناسان مبارزه با کلاهبرداری و تقلب در صنعت بیمه معتقدند برای موفقیت در این مبارزه، به کارگیری فناوری پیشرفته و نیروی انسانی کارآمد و آگاه جزء ضروری‌ترین مسائل است. باید در سطوح مختلف شرکت‌ها از بالاترین رده‌های مدیریتی عزم و اراده مبارزه با تقلب و کلاهبرداری وجود داشته‌باشد. فناوری‌های لازم در این مبارزه مواردی همچون نرم‌افزارهای پیش‌بینی و مدل‌سازی، نرم‌افزارهای گردآوری و جستجوی اطلاعات، بانک‌های اطلاعات و تحلیل‌ها را شامل می‌شود (صلاحی نژاد و آرمان مهر، ۱۳۹۳).

جذب نکردن نیروی انسانی متخصص: موفق‌ترین سازمان‌ها آنهایی خواهند بود که بتوانند افرادی با توانایی اداره سازمان‌های جهانی را جذب، پرورش و حفظ کنند. از جمله ویژگی‌های این

سازمان حساسیت نسبت به مشتریان و فرصت‌هایی است که از طریق فناوری ارائه می‌شود. مسؤلیت واحد منابع انسانی خواهد بود که این کارکنان مستعد را یافته، جذب کرده، پرورش داده، جبران خدمات کرده و حفظ کند. زمانی که نیروی کار مناسب است، ضروری است واحد منابع انسانی با مشارکت و همکاری دیگران اطمینان حاصل کند که سرمایه‌های فکری این کارکنان به‌طور کامل مورد استفاده قرار می‌گیرد. آنان همچنین باید مطمئن شوند که نتایج چنین فعالیت‌های فکری کاملاً مشخص و محافظت شده و به‌طور مناسب توزیع و اداره می‌شود. در اقتصاد دانشی استعداد برتر عاملی کلیدی برای آینده است؛ یعنی منبع اصلی مزیت رقابتی؛ این منبع باید پرورش داده شود (صلاحی نژاد و آرمان مهر، ۱۳۹۳).

ترویج ندادن فرهنگ بیمه‌ای: اگر تاکنون بیمه در ایران با خلط مفاهیم و واژه‌های مداخله و مشارکت، مبارزه و رقابت، اقتدار و افتخار، خطرآفرینی و ریسک‌پذیری و غفلت استفاده از مفهوم گل‌واژه «اعتماد» قوام نیافته است، اما دوران جوانی بیمه به سر آمده و با تغییر نگرش‌هایی که از ۱۵ سال پیش بر بستر تلاش پیشینیان توسط نواندیشان و فرهیختگان این نهاد آغاز و کم و بیش در ساختار آن نفوذ کرده است، زمینه مستعدی را برای بازسازی ساختمان مستهلک آن فراهم آورده‌است. اینک لشکر پنجاه‌هزار نفره کارکنان و اعضای شبکه فروش به‌عنوان اصلی‌ترین سرمایه این نهاد در اقصا نقاط کشور، در قامت مدیران و کارشناسانی لایق و باتجربه، کارکنانی دانش‌آموخته، جوانانی آگاه و با انگیزه این توانایی علمی و نجابت انسانی را دارند تا با باور بر نقش اکسیری مفهوم واژه «اعتماد» و کارکرد آن در راه ایجاد ارتباطی سازنده با هدف خدمت به مردم آن را توسعه دهند و در مقابل رفتارهایی که بدون ارائه دلایل، استدلال و مستندات شفاف و آشکار پیش‌داوری می‌کنند و قابلیت انعطاف‌پذیری و ژرفای واژه اعتماد را در جهت مخالفت توسعه فرهنگ بیمه محدود می‌کنند، ایستادگی و از آن محافظت کنند. در این صورت با

طراحی شده‌اند. هر گره، ارتباطات وزن‌داری^۷ به چندین گره دیگر در لایه‌های مجاور دارد (گوش^۸ و همکاران، ۱۹۹۹). سیستم مدیریت تقلب فالکون^۹ که ابزار بسیار قدرتمندی جهت جلوگیری از فعالیت متقلبان در سوءاستفاده از کارت‌های بدهی و اعتباری می‌باشد، از الگوریتم‌های شبکه عصبی استفاده می‌کند. این سیستم، احتمال تقلب روی یک حساب را با مقایسه تراکنش جاری و فعالیت‌های گذشته دارنده کارت پیش‌بینی می‌کند (حسیبی^{۱۰}، ۲۰۰۰). مثال دیگری از کاربرد شبکه‌های عصبی، الگوریتم عصبی^{۱۱} MLP می‌باشد. این الگوریتم فقط و فقط روی اطلاعات یک تراکنش و تاریخچه قبلی لحظه‌ای همان تراکنش عمل می‌کند و هیچ نیازی به استفاده از تاریخچه اطلاعات ذخیره شده قبلی دارنده کارت روی بانک اطلاعاتی ندارد (دورونسرو^{۱۲} و همکاران، ۱۹۹۷). شبکه‌های عصبی مصنوعی امکان تشخیص رفتارهای آتی مشاهده نشده کاربران را در هر دو رویکرد تشخیص ناهنجاری و تشخیص سوءاستفاده فراهم می‌کنند. این روش‌ها بر اساس شبکه‌های عصبی پس پراکنی پیاده سازی می‌شوند.

داده‌کاوی: از روش‌های داده‌کاوی نیز می‌توان برای تشخیص حملات استفاده کرد. یکی از مزایای فوق‌العاده روش‌های داده‌کاوی در تشخیص حملات، امکان پیاده‌سازی کلاسی از مدل‌هاست که می‌تواند حملات جدید را، قبل از آنکه هوش انسانی آنها را تشخیص دهد و یا توسط متخصصین مشاهده شود، شناسایی و ارائه نماید. همچنین مدل‌های طبقه‌بندی شده با الگوریتم قواعد پیوستگی نیز جهت تشخیص ناهنجاری استفاده می‌شوند و رخدادها را مکرر این رویکرد می‌تواند به‌طور اتوماتیک مدل‌های تشخیص مختصر و دقیقی را برای حجم زیادی از اطلاعات ایجاد نماید (لی و استوفلو^{۱۳}، ۱۹۹۸). گرچه این روش به حجم بسیار زیادی از اطلاعات ممیزی به‌منظور ایجاد مجموعه قواعد مشخصه هر کاربر نیازمند است. علاوه بر آن، این فرایند آموزش به‌دلیل مجموعه قواعد استفاده شده توسط ماژول‌های تشخیص که اصولاً در یک دوره زمانی ثابت نیستند، یک

شکوفای شدن روحیه‌ها و ظهور نوآوری‌های فراوان، اصلی‌ترین بزرگراه تحول نهاد بیمه کشور گشوده می‌شود (صلاحی‌نژاد و آرمان‌مهر، ۱۳۹۳).

تکنیک‌های شناسایی تقلب

سیستم‌های خبره: سیستم‌های خبره به‌گونه‌ای از سیستم‌های محاسباتی اطلاق می‌شود که توانایی ارائه و استدلال در برخی از حوزه‌های غنی دانش با نگاه حل مشکلات و دادن راهکار داشته‌باشد (لوئنت^{۱۴}، ۱۹۹۰). آشکارسازهای سیستم‌های خبره، دانش را در قالب قانون اگر آنگاه رمزگذاری می‌کنند. به این معنی که به کمک قانون اگر آنگاه مشخص می‌کنند در چه حالتی؛ چه اتفاقی باید بیفتد.

برون هسته‌ای^{۱۵}: سازوکار برون هسته‌ای به معنی مشاهده و استخراج انحراف‌هایی است که تفاوت‌هایی را با دیگر مشاهدات، تعیین می‌کند. این سازوکار به دو نوع با نظارت^{۱۶} و بدون نظارت^{۱۷} تقسیم می‌شود. رویکردهای بدون نظارت نیازی به دانش قبلی و تاریخچه اتفاقات و تراکنش‌های قبلی در پایگاه‌های داده ندارند، اما با همین اوصاف، امکان تشخیص تغییرات را در رفتار تراکنش‌های غیرعادی دارند و می‌توانند هرگونه تغییری که منجر به تقلب می‌شود را شناسایی نمایند. در تکنیک‌های با نظارت، مدل‌هایی طراحی می‌شوند که می‌توانند بین رفتارهای تقلب‌گونه و رفتارهای عادی و واقعی تفاوت قائل شوند. این روش‌ها به شناسایی دقیقی از تراکنش‌های تقلب‌گونه در تاریخچه بانک اطلاعاتی نیاز دارند. به عبارتی دیگر، جهت استفاده باید تاریخچه‌ای از اطلاعات در بانک اطلاعاتی داشت تا بتوان، با مقایسه این داده‌ها، رفتارهای غیرعادی را شناسایی کرد. لذا سازوکارهای مبتنی بر این روش فقط و فقط می‌توانند تقلب‌هایی را تشخیص دهند که حداقل یک‌بار در گذشته رخ داده‌اند و تاریخچه آنها نیز در بانک اطلاعاتی موجود است.

شبکه‌های عصبی^{۱۸}: یک شبکه عصبی، مجموعه‌ای از گره‌های به‌هم متصل است که با تقلید از کارکرد مغز انسان

1. Lunt 2. Outlier Detection 3. supervised Learning Approach 4. Unsupervised Learning Approach 5. Neural Network 6. Node 7. Weighted Connection 8. Ghosh 9. Falcon Fraud Management System 10. Hassibi 11 Multi Layer Perceptron (MLP) 12. Dorronsoro 13. Lee & Stolfo

بخش پیوسته و صحیحی از یک سیستم تشخیص حمله می‌باشد. متأسفانه در کشور ما به دلیل عدم دسترسی به نرم افزارهای فرایند کشف تقلب و نبود متخصصین این امر از این موارد استفاده‌ای نمی‌شود و فرایند کشف تقلب تنها توسط خبرگان و کارشناسان خسارت به صورت تحقیقات میدانی صورت می‌پذیرد.

پیشینه پژوهش

حسین پور (۱۳۹۵) در تحقیق خود سعی می‌کند تقلب بیمه‌ای را از منظر حقوقی، نسبت به طرفین قرارداد بیمه (بیمه‌گر و بیمه‌گذار) و در حوزه بیمه اموال و مسئولیت مورد بررسی قرار داد تا بتوان با ارائه راه‌کارهایی، از بروز تقلب پیش‌گیری به عمل آورد چرا که ضمانت اجرای قانونی پس از اثبات تقلب، هر چقدر هم مؤثر باشد، آثار سوء آن را از بین نخواهد برد. روش تحقیق تحلیلی-توصیفی و روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت کتابخانه‌ای می‌باشد که با تجزیه و تحلیل اطلاعات حقوقی به پژوهش در خصوص موضوع عنوان شده اقدام می‌شود؛ شاهرخی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۴) به کمک روش‌های داده‌کاوی به بررسی رفتار مشتریان متقلب در گذشته پرداخته و با توجه به اینکه افراد متقلب دارای انگیزه‌ها و روش‌های مختلفی برای انجام تقلب می‌باشند ابتدا آنها را خوشه‌بندی و سپس به بررسی هر خوشه پرداخته‌اند. طبق برآورد محتاطانه‌ای که در مؤسسه انجمن ملی ضد تقلب مراقبت‌های بهداشت صورت پذیرفته، مجموع پرونده‌های متقلبان را میان ۳ تا ۱۰ درصد اعلام نموده‌است که این درصد در شاخه‌های مختلف بیمه‌ای متفاوت بوده و در شرکت‌های بیمه تا ۱۵ درصد نیز برآورد شده‌است. طبق اعلام این شرکت در سال ۲۰۰۷ مبلغ خسارت پرداختی در آمریکا ۲۲۴۰ میلیارد دلار بوده که برآورد می‌شود ۶۷ تا ۲۲۴ میلیارد دلار آن بابت تقلب پرداخت شده و از ۲۶۰۰ میلیارد دلار خسارت پرداختی در سال ۲۰۰۸؛ ۷۸ تا ۲۶۰ میلیارد آن صرف تقلب شده‌است. در قدم اول برای جلوگیری

و کاهش این تقلبات باید افراد متقلب و انگیزه آنها و چگونگی انجا تقلبات را شناسایی کرد؛ ملکی (۱۳۹۴) معتقد است که تقلب‌های بیمه‌ای از مسائل مهم و خسارت‌زا برای شرکت‌های بیمه و بیمه‌گذاران، در تمام رشته‌های بیمه‌ای به‌شمار می‌رود. یکی از راه‌های شناسایی تقلب در خسارت‌های اعلام‌شده، استفاده از اطلاعات تقلب‌های کشف شده در گذشته‌است. امروزه روش‌های داده‌کاوی به‌طور گسترده‌ای در کشف الگوها در داده‌ها استفاده می‌شود. لذا در پژوهش خود از این روش‌ها در کشف تقلب استفاده کرده‌اند؛ تقوی‌فرد و جعفری (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان «کشف تقلب در بیمه بدنه‌ی خودرو با بهره‌مندی از سیستم خبره‌ی فازی» در مدل ارائه شده خود، از میان ۶۱ معیار کمی و کیفی شناسایی شده کشف تقلب در بیمه بدنه خودرو، براساس نظر خبرگان ۱۷ معیار که از اولویت بالایی برخوردار بودند، در قالب هشت عامل دسته‌بندی شدند. در سیستم پیشنهادی برای استنتاج فازی، از الگوریتم ممدانی استفاده شده‌است. در نهایت پس از طراحی و پیاده‌سازی سیستم در یکی از شرکت‌های بیمه خصوصی ایران، اعتبار آن از طریق پرسش‌نامه سنجیده شد و اعتبار کلی سیستم ۶۹/۴۵ درصد به‌دست آمد. درصد محاسبه‌شده، مؤید این نکته است که مدل پیشنهادی به میزان شایان توجهی از قابلیت شناسایی تقلب برخوردار است؛ و این و ددن^۱ (۲۰۰۴) با به‌کارگیری روش بیز ساده^۲ اقدام به کشف تقلب در داده‌های بیمه کردند. در این پژوهش از الگوریتم‌های تقویت‌کننده^۳ مقایسه شده و ثابت شده‌است که استفاده از الگوریتم‌های تقویت‌کننده، نتایج بهتری به‌دست می‌دهند؛ فوآ^۴ و همکاران (۲۰۰۴) با ترکیب الگوریتم‌های شبکه عصبی پس انتشار^۵، بیز ساده و درخت تصمیم به کشف تقلب در شرکت‌های بیمه پرداختند؛ آرتیس^۶ و همکاران (۲۰۰۲) عملکرد مدل‌های انتخاب باینری را برای کشف تقلب در بیمه اسپانیا برای سال‌های ۱۹۹۶ تا ۱۹۹۳ تجزیه و تحلیل کردند. آن‌ها روشی برای اصلاح طبقه‌بندی نوع

1. Viaene & Dedene

2. Naïve Bayes

3. Boosting Algorithm

4. Phua

5. Backpropagation Neural Network

6. Artis

شده که منجر به شناسایی مفاهیم و مولفه‌های مربوط عوامل مؤثر بر شناسایی شیوه‌های تقلب در شرکت‌های بیمه شیراز شده‌است. در ادامه هر کدام از ابعاد همراه با جدول کدگذاری باز و محوری به‌صورت جداگانه ارائه شده‌است.

مرحله اول: آشنایی با داده‌ها: شامل "بازخوانی مکرر داده‌ها" و خواندن داده‌ها به‌صورت فعال (یعنی جستجوی معانی و الگوها) است.

مرحله دوم: ایجاد کدهای اولیه: این مرحله شامل ایجاد کدهای اولیه از داده‌ها است. داده‌های کدگذاری شده از واحدهای تحلیل (تم‌ها) متفاوت هستند. نکته مهم در این مرحله این است که همه خلاصه داده‌ها کدگذاری شده و در قالب هر کد مرتب‌شده‌اند.

مرحله سوم: جستجوی تم‌ها: این مرحله شامل دسته‌بندی کدهای مختلف در قالب تم‌های بالقوه و مرتب کردن همه خلاصه داده‌های کدگذاری شده در قالب تم‌های مشخص شده‌است.

مرحله چهارم: بازبینی تم‌ها: مرحله چهارم زمانی شروع می‌شود که محقق مجموعه‌ای از تم‌ها را ایجاد کرده و آنها را مورد بازبینی قرار می‌دهد. این مرحله شامل دو مرحله بازبینی و تصفیه تم‌ها است.

مرحله پنجم: تعریف و نام‌گذاری تم‌ها: ما در این مرحله، تم‌هایی را که برای تحلیل ارائه و تعریف کرده و مورد بازبینی مجدد قرار می‌دهیم سپس داده‌ها داخل آنها را تحلیل می‌کنیم.

مرحله ششم: تهیه گزارش: این مرحله شامل تحلیل پایانی و نگارش گزارش است.

پس از مطالعه صحبت‌های مصاحبه‌شوندگان و تحلیل کیفی آنها، جهت خلق معنی از جداول به‌دست‌آمده، این جداول در یک فایل به‌صورت یک جدول یکپارچه قرار گرفتند و بعد از منظم کردن آنها براساس کد تعیین‌شده، به جملات مربوط به یک کد، با توجه به مفاهیم آنها و نقاط اشتراکشان، عنوانی تعلق گرفت.

خسارت معرفی کردند؛ ابرهارد^۱ (۲۰۰۰) در مقاله‌ای با عنوان «سیستم مکانیزه کشف تقلب در صنعت بیمه» به بررسی عوامل مؤثر در میزان تقلب بیمه‌گذاران در بیمه مسئولیت مدنی شخص ثالث پرداخته و عواملی را که باعث ایجاد مشکل در کشف تقلب می‌گردد را مورد مطالعه قرار داده است. وی به بررسی مزایای این سیستم و همچنین قابلیت تعمیم آن به سایر رشته‌های بیمه‌ای پرداخته‌است؛ تنیسون و سالساس فورن^۲ (۲۰۰۲) نیز در مطالعات‌شان به اهمیت بررسی صحت ادعاهای بیمه‌شدگان توجه خاصی داشتند و بیان کردند اغلب شرکت‌های بیمه، معمولاً با استفاده از کمک‌های دولت به‌دنبال بررسی درستی یا نادرستی ادعاهای بیمه‌شدگان هستند. بدین صورت اغلب شرکت‌های بیمه از سیستم‌های شناسایی برای بررسی صحت ادعاهای بیمه‌شدگان استفاده می‌کنند.

روش شناسایی پژوهش

این تحقیق بر اساس دسته‌بندی تحقیقات از نظر هدف یک تحقیق کاربردی و از نوع توصیفی است. جامعه آماری تحقیق شامل کلیه اساتید و خبرگان شناسایی کننده پیش‌بینی تقلب در بیمه است. روش نمونه‌گیری به‌صورت گلوله برفی بوده و تعداد نمونه برابر با ۱۰ نفر بود. روش گردآوری داده‌ها در این تحقیق روش کتابخانه‌ای و روش میدانی می‌باشد و ابزار گردآوری داده‌ها در این تحقیق مصاحبه عمیق و نیمه ساختاریافته و پرسش‌نامه می‌باشد. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوا و نرم‌افزار SPSS19 و LISREL 8.54 استفاده گردیده‌است.

یافته‌های پژوهش

تحلیل تم

در تحلیل کیفی، مصاحبه‌های انجام گرفته از طریق کدگذاری باز و کدگذاری محوری دسته‌بندی‌هایی انجام

1. Eberhard

2. Tennyson & Salsas-Forn

جدول ۱. عوامل مؤثر در شناسایی شیوه‌های تقلب در رشته‌های بیمه

کد محوری	کد باز	گزاره کلامی	کد مصاحبه شونده‌گان	
عوامل محیطی	سیاست‌های مرتبط با دارایی‌های فکری	ما همیشه نگران این هستیم که ایده‌های ما توسط عوامل اجرایی شرکت‌های بیمه دیگر دزدیده شود	I4, I5, I7,	
	زیرساخت‌های محیطی و منطقه‌ای	موجود بودن منابع طبیعی و زیرساخت‌هایی مثل راه و آب و برق و... به پیشبرد و عملیاتی کردن تحقیقات علمی کمک خواهد کرد	I3, I5, I6, I7	
	در دسترس بودن سرمایه‌گذاران	به‌خاطر جذاب بودن حوزه کاری‌ام، همیشه کسانی هستند که تمایل به هزینه و سرمایه‌گذاری در پیشنهادات من داشته‌باشند	I1, I2, I4	
	محیط شرکت، تراکم شرکت‌ها در یک منطقه و انتخاب آنها	هرچقدر تعداد شرکت‌ها و بیمه‌ها مشتاق به استفاده از نتایج تحقیقات بیشتر باشد، تعداد قراردادهای بیشتر می‌شود	I1, I3, I6	
	وجود منابع انسانی توانمند و متخصص	افراد دارای مهارت‌های خاص که در امر پژوهش لازم می‌شود، مهم است	I2, I4, I7	
	عوامل مرتبط با دولت	در همه زمینه‌ها و در همه کارها، دولت فاکتور بسیار کلیدی است	I2, I3, I5	
	موجود بودن انکوباتورها	می‌شود به راحتی و بدون داشتن سرمایه زیادی، از پارک‌های علم و فناوری موجود برای پرورش ایده‌هایمان استفاده کنیم	I5, I6, I2	
	موجود بودن قوانین حمایت‌کننده	دولت به مقوله تجاری سازی کم توجه است و در این راستا قوانین محدودی وجود دارد	I6, I7	
	کد محوری	کد باز	گزاره کلامی	کد مصاحبه شونده‌گان
			من عاشق این هستم که نتایجی رو که در تحقیقاتم به‌دست می‌آورم در خدمت مصرف‌کنندگان ان قرار دهم	I4, I5, I8, I10
		انگیزه‌های فردی محقق		
		صاحبان شرکت‌های خصوصی به اساتید مسن‌تر راحت‌تر اعتماد می‌کنند	I1, I4, I7	
		ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (مثل سن محقق)		
		از آنجایی که این کار دردسرهای زیادی با خود دارد، جاه‌طلبی‌ها و روحیات محقق در موفقیت کارش بسیار تأثیرگذار است	I2, I6, I9	
		ویژگی‌های روانشناختی		
		چون در حوزه خاص کاری‌ام به پختگی و اطمینان کافی رسیده‌بودم، احساس کردم که نتایج تحقیقاتی‌ام درست و کارآمد هستند	I3, I5, I6, I7	
		تجربیات شغلی		
		داشتن ارتباطات با افراد داخل و خارج از شرکت بسیار مؤثر و تسهیل‌گر فرآیند انتقال دانش و ارتباط با بازار است	I1, I2, I4	
		شبکه اجتماعی فرد		

کد مصاحبه شوندهگان	گزاره کلامی	کد باز	کد محوری	کد مصاحبه شوندهگان	گزاره کلامی	کد باز	کد محوری
I4, I5, I6, I3	زمان طولانی مورد نیاز برای انتقال دانش، فرآیند را طولانی و پرهزینه می‌کند	هزینه‌های مرتبط با انتقال دانش	عوامل سازمانی	I4, I5, I1, I3	فرهنگ تجاری‌سازی باید در شرکت جریان داشته‌باشد	فرهنگ شرکت	عوامل نهادی
I3, I5, I6, I7	ساختار و فرآیندهای شرکت حمایت‌کننده فرآیند انتقال فناوری نیست	ساختار معیوب شرکت		I5, I6, I7	شرکت ما به دنبال کار با بخش خصوصی و عقد قرارداد با آنها برای بهره‌مندی از منافع تجاری‌سازی است	شرکت و دپارتمان	
I5, I6, I7	برای شرکت کاربردی بودن و به درد خوردن نتایج یک تحقیق اصلاً اهمیت ندارد	بها دادن به تحقیقات غیر کاربردی		I3, I5, I6, I7	متأسفانه شرکت به اساتیدی که فعالیت‌های تجاری‌سازی را انجام می‌دهند، پاداش یا درآمد آن چنانی از منافع تجاری‌سازی تخصیص نمی‌دهد سیستم ارتقا اساتید ربطی با فعالیت‌های تجاری‌سازی ندارد	مشوق‌ها (تقسیم درآمد تجاری‌سازی بین تیم تحقیقی و شرکت، سیستم ارتقا و اعتبار)	
I1, I2, I4	فرآیندهای بروکراتیک شرکت برای عقد قرارداد و ارتباط با صنعت، اساتید را خسته و ناامید می‌کند	مسیر بروکراتیک طولانی (فرآیند)		I5, I6, I7, I4, I3	مطمئناً باید بسترهای قانونی مرتبط با حفاظت از دارایی‌های فکری و کپی رایت الزامی است	قوانین و مقررات حفاظت از محصولات و فناوری‌های نوین و مصوبات حفاظت از دارایی‌های معنوی	
I5, I7, I6	منابع شرکت (درآمدهای تخصیص داده شده و بودجه برای تجاری‌سازی تحقیقات، حمایت‌های فنی، زیرساخت‌های فیزیکی، ارتباطات)	منابع شرکت (درآمدهای تخصیص داده شده و بودجه برای تجاری‌سازی تحقیقات، حمایت‌های فنی، زیرساخت‌های فیزیکی، ارتباطات)		I5, I8, I1	فلسفه برخی از شرکت‌ها با تجاری‌سازی گره خورده‌است	مأموریت شرکت	
				I1, I2, I4	شرکت باید ارتباط با بازار را از اهداف اصلی خود قرار دهد	اهداف شرکت	
				I5, I7, I7	هرچقدر تعداد قراردادهای کارهای سابق یک شرکت بیشتر باشد، مسلماً مسیر هموارتر و فرآیند سریع‌تر خواهد بود	فعالیت‌های سابق و قراردادهای گذشته شرکت با صنعت	
				I1, I2, I4	سیاست‌های شرکت نباید بازدارنده فعالیت‌های انتقال دانش باشد، بلکه باید تسهیل‌کننده باشد	سیاست شرکت	

جدول ۲. عوامل مؤثر در شناسایی شیوه‌های تقلب در رشته‌های بیمه در بخش

عوامل محیطی

کد باز	کد محوری
سیاست‌های مرتبط با دارایی‌های فکری زیرساخت‌های محیطی و منطقه‌ای در دسترس بودن سرمایه‌گذاران محیط شرکت، تراکم شرکت‌ها در یک منطقه و انتخاب آنها وجود منابع انسانی توانمند و متخصص عوامل مرتبط با دولت موجود بودن قوانین حمایت‌کننده	عوامل محیطی

جدول ۳. عوامل مؤثر در شناسایی شیوه‌های تقلب در رشته‌های بیمه در بخش

کد محور	کد باز
عوامل فردی	انگیزه‌های فردی محقق
	ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (مثل سن بیمه‌گر)
	ویژگی‌های روانشناختی
	تجربیات شغلی
	شبکه اجتماعی فرد

جدول ۴. عوامل مؤثر در شناسایی شیوه‌های تقلب در رشته‌های بیمه در بخش

کد محور	کد باز
عوامل نهادی	فرهنگ شرکت
	شرکت و دیارتیمان
	مشوق‌ها (تقسیم درآمد بین تیم تحقیقی و شرکت، سیستم ارتقا و اعتبار)
	قوانین و مقررات حفاظت از محصولات و فناوری‌های نوین و مصوبات حفاظت از
	دارایی‌های معنوی
	مأموریت شرکت
	اهداف شرکت
فعالیت‌های سابق و قراردادهای گذشته شرکت با صنعت	

جدول ۵. عوامل مؤثر در شناسایی شیوه‌های تقلب در رشته‌های بیمه در بخش

کد محور	کد باز
عوامل سازمانی	هزینه‌های مرتبط با انتقال دانش
	ساختار معیوب شرکت
	بها دادن به تحقیقات غیر کاربردی
	مسیر بروکراتیک طولانی (فرآیند)
منابع شرکت (درآمدهای تخصیص داده شده و بودجه)	

تجزیه و تحلیل بخش کمی پژوهش

در این بخش ابتدا به بررسی نرمال بودن متغیرهای اصلی تحقیق با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف پرداخته

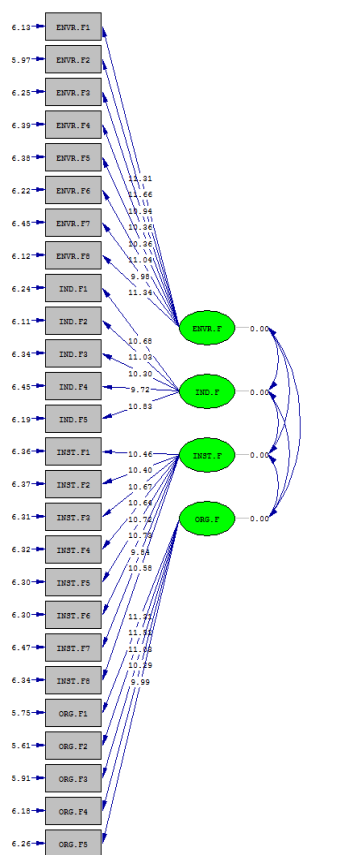
می‌شود. با توجه به نتایج مربوط به آزمون کولموگروف-اسمیرنوف متغیرهای اصلی تحقیق مشاهده می‌شود که مقدار سطح معنی‌داری به دست آمده برای هر متغیر بالاتر از ۰/۰۵ می‌باشد، در نتیجه فرض صفر پذیرفته می‌شود. بنابراین متغیرهای تحقیق در نمونه مورد بررسی دارای توزیع نرمال می‌باشد. حال می‌توان از روش‌های پارامتریک برای بررسی فرضیات تحقیق حاضر استفاده نمود. در راستای سؤال اول (روش‌های تقلب و کلاهبرداری از شرکت‌های بیمه در چه حوزه‌هایی قابل شناسایی است؟) با انجام مطالعه پیشینه تحقیق و انجام مصاحبه اولیه ۴ عامل شناخته شد. که این عامل‌ها عبارتند از: عوامل مؤثر سازمانی، عوامل مؤثر نهادی، عوامل مؤثر محیط و عوامل مؤثر فردی. بعد از شناسایی ۴ عامل، شاخص‌های مربوط به هر بعد شناسایی شد. در مرحله بعد تحلیل عاملی اکتشافی برای هر بعد از عوامل انجام یافت که نتایج به شرح زیر است:

جدول ۶. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی متغیرهای پژوهش

میزان تبیین واریانس	ضرایب تعیین سؤال	سطح معنی داری آزمون بارتلت	KMO	بعد
۷۶/۸۶۹	۰/۷۷۶	۰/۰۰۰	۰/۸۹۵	عوامل محیطی
۷۴/۲۷۱	۰/۵۲۴	۰/۰۰۰	۰/۸۷۲	عوامل فردی
۷۸/۰۱۲	۰/۸۶۸	۰/۰۰۰	۰/۸۰۲	عوامل نهادی
۶۴/۶۷۱	۰/۵۶۶	۰/۰۰۰	۰/۶۳۴	عوامل سازمانی

نتایج تحلیل عاملی اکتشافی برای متغیر عوامل مؤثر محیطی، فردی، نهادی و سازمانی نشان می‌دهد که میزان شاخص KMO بالاتر از ۰/۶ بوده و به این ترتیب کفایت نمونه‌گیری برای انجام تحلیل عاملی اکتشافی وجود دارد، همچنین میزان سطح معنی‌داری آماره بارت لت کمتر از پنج صدم می‌باشد که بیانگر مناسب بودن ساختار داده‌ها برای انجام تحلیل عاملی اکتشافی است، به این معنا که وجود ارتباط مناسب بین ساختار داده‌ها تأیید می‌شود. همچنین نتایج نشان داد که میزان اشتراکات سؤال

(ضرایب تعیین سؤالات) بالاتر از ۰/۵ است و نیازی به حذف سؤال نمی‌باشد. میزان تبیین واریانس متغیر عوامل مؤثر محیطی در حدود ۷۶ درصد، متغیر عوامل مؤثر فردی در حدود ۷۴ درصد، متغیر عوامل مؤثر نهادی در حدود ۷۸ درصد و متغیر عوامل مؤثر سازمانی نیز در حدود ۶۴ درصد می‌باشد. در ادامه با استفاده از تحلیل عامل تأییدی به بررسی میزان همبستگی شاخص‌های با عوامل مؤثر در قالب مدل اندازه‌گیری تحقیق پرداخته شده‌است.



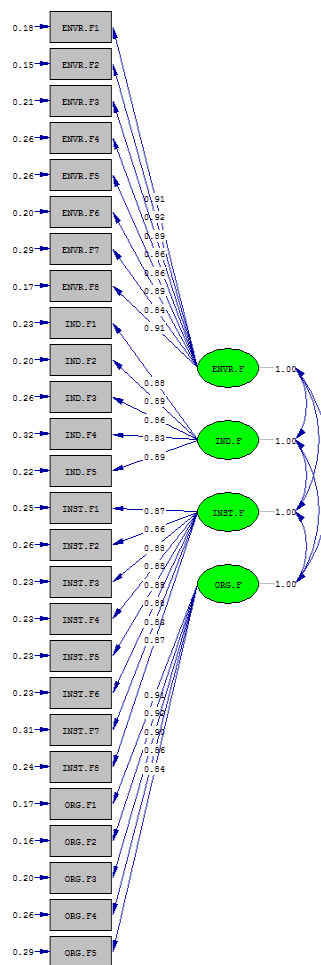
Chi-Square=350.97, df=293, P-value=0.01130, RMSEA=0.046

شکل ۲. مدل اندازه‌گیری عوامل مؤثر در حالت اعداد معنی‌داری

جدول ۷. نتایج تحلیل عاملی تأییدی برای متغیرهای چهارگانه

نتیجه	آمارهای	میزان همبستگی با متغیر مکنون (بار عاملی)	سازه
تأیید	۱۲/۳۱	۰/۹۱	عوامل محیطی
تأیید	۱۰/۶۸	۰/۸۸	عوامل فردی
تأیید	۱۰/۴۶	۰/۸۷	عوامل نهادی
تأیید	۱۱/۳۱	۰/۹۱	عوامل سازمانی

با توجه به شکل‌ها مشاهده می‌شود که کلیه سؤالات مربوط به متغیرها دارای ضرایب همبستگی معنی‌داری با متغیرهای مکنون هستند چرا که میزان آمارهای بالاتر از ۱/۹۶ می‌باشد. در ادامه به بررسی شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری عوامل مؤثر بر



Chi-Square=350.97, df=293, P-value=0.01130, RMSEA=0.046

شکل ۱. مدل اندازه‌گیری عوامل مؤثر در حالت استاندارد

از نظر شاخص‌های معنی‌داری و برازش مورد تأیید است. به این ترتیب و با توجه به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان نتیجه گرفت که عوامل مؤثر سازمانی، نهادی، محیطی و فردی مؤثر بر پیش‌بینی تقلب در رشته‌های بیمه در شرکت‌های بیمه شهر شیراز است.

نتیجه‌گیری

در این پژوهش به شناسایی حوزه‌ها و شیوه‌های تقلب بیمه‌گذار در صنعت بیمه و راهکارهای پیشگیری از آن (مطالعه موردی: شرکت‌های بیمه‌ی شیراز) پرداخته شد و بر این اساس سؤالاتی تدوین شد که نتایج به‌دست‌آمده از آنها به شرح زیر می‌باشد:

عوامل مؤثر در شناسایی شیوه‌های تقلب در رشته‌های بیمه کدامند؟ براساس نتایج کیفی عوامل سازمانی عبارتند از: هزینه‌های مرتبط با انتقال دانش، ساختار معیوب شرکت، بها دادن به تحقیقات غیر کاربردی، مسیر بروکراتیک طولانی (فرآیند) و منابع شرکت (درآمدهای تخصیص داده شده و بودجه برای کشف تقلب در صنعت بیمه تحقیقات، حمایت‌های فنی، زیر ساخت‌های فیزیکی، ارتباطات). عوامل محیطی عبارتند از سیاست‌های مرتبط با دارایی‌های فکری، زیرساخت‌های محیطی و منطقه‌ای، در دسترس بودن سرمایه‌گذاران، محیط شرکت، تراکم شرکت‌ها در یک منطقه و انتخاب آنها، وجود منابع انسانی توانمند و متخصص، عوامل مرتبط با دولت، موجود بودن انکوباتورها و موجود بودن قوانین حمایت‌کننده. عوامل فردی نیز شامل: انگیزه‌های فردی محقق، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (مثل سن محقق)، ویژگی‌های روان‌شناختی، تجربیات شغلی و شبکه اجتماعی فردی. و در نهایت عوامل نهادی نیز شامل فرهنگ شرکت، شرکت و دپارتمان، مشوق‌ها (تقسیم درآمد کشف تقلب در صنعت بیمه بین تیم تحقیقی و شرکت، سیستم ارتقا و اعتبار)، قوانین و مقررات حفاظت از

پیش‌بینی تقلب در رشته‌های بیمه در شرکت‌های بیمه شهر شیراز پرداخته می‌شود. پس از آنکه برآورد پارامترها برای یک مدل تدوین شده و مشخص به‌دست آمدند باید تعیین شود که داده‌ها تا چه حد با مدل برازش دارند یعنی تا چه اندازه مدل نظری به‌وسیله داده‌های نمونه حمایت می‌شود. تعدادی آزمون برای این موضوع که مدل تا چه حد روابط مشاهده شده بین متغیرهای قابل اندازه‌گیری را توصیف می‌نماید به کار می‌رود. جدول (۸) معرف انواع شاخص‌های برازش و معنی‌داری مدل می‌باشد.

جدول ۸. شاخص‌های معنی‌داری و برازش مدل

نام شاخص	اختصار	بrazنده است اگر	میزان به‌دست‌آمده	نتیجه	شاخص‌های معنی‌داری
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد	RMSEA	کوچک‌تر از ۰/۱ باشد	۰/۰۴۶	تأیید	شاخص‌های معنی‌داری
کای اسکوربه درجه آزادی	χ^2 / d_f	مساوی و کوچک‌تر از ۵ باشد	۱/۹۷	تأیید	
شاخص نیکویی برازش	GFI	بزرگ‌تر از ۰/۸ باشد	۰/۸۷	تأیید	شاخص‌های برازش
شاخص برازش هنجارنشده	NNFI	بزرگ‌تر از ۰/۸ باشد	۰/۹۷	تأیید	
شاخص برازش هنجار شده	NFI	بزرگ‌تر از ۰/۸ باشد	۰/۹۵	تأیید	
شاخص برازش تطبیقی	CFI	بزرگ‌تر از ۰/۸ باشد	۰/۹۷	تأیید	
شاخص برازش افزایشی	IFI	بزرگ‌تر از ۰/۸ باشد	۰/۹۷	تأیید	

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت که مدل تحقیق

محصولات و فناوری‌های نوین و مصوبات حفاظت از دارایی‌های معنوی، قوانین و مقررات حفاظت از محصولات و فناوری‌های نوین و مصوبات حفاظت از دارایی‌های معنوی، مأموریت شرکت، اهداف شرکت، فعالیت‌های سابق و قراردادهای گذشته شرکت با صنعت و سیاست شرکت می‌باشد. همچنین براساس مصاحبه‌های صورت گرفته، استراتژی‌های مورد نظر اساتید برای کشف تقلب در صنعت بیمه دانش بر سه محور استراتژی مجوزدهی (لیسانس‌دهی)، استراتژی تحقیقات مشترک با صنعت و استراتژی ایجاد شرکت متمرکز بود.

روش‌های تقلب و کلاهبرداری از شرکت‌های بیمه در چه حوزه‌هایی قابل شناسایی است؟ در راستای سؤال فوق و پس از انجام مطالعه پیشینه تحقیق و انجام مصاحبه‌های اولیه و نیز داده‌های به دست آمده از پرسش‌نامه، ۴ عامل شناخته شد که عبارتند از: عوامل سازمانی، عوامل نهادی، عوامل محیطی و عوامل فردی. نتایج تحلیل عاملی برای عوامل چهارگانه شناسایی شده بیانگر این موضوع است که میزان شاخص KMO بالاتر از ۰/۶ بوده و به این ترتیب کفایت نمونه‌گیری برای انجام تحلیل عاملی اکتشافی وجود دارد، همچنین میزان سطح معنی‌داری آماره بارت لت کمتر از پنج صدم می‌باشد که بیانگر مناسب بودن ساختار داده‌ها برای انجام تحلیل عاملی اکتشافی است، به این معنا که وجود ارتباط مناسب بین ساختار داده‌ها تأیید می‌شود. پس از انجام تحلیل عاملی تأییدی نیز مشاهده شد که کلیه سؤالات مربوط به متغیرها دارای ضرایب همبستگی معنی‌داری با متغیرهای مکنون هستند. همچنین بررسی شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری عوامل مؤثر بر انتخاب راهبرد کشف تقلب در صنعت بیمه نیز نشان دهنده این موضوع است که مدل تحقیق از نظر شاخص‌های معنی‌داری و برازش مورد تأیید است. نتایج این بخش از تحقیق با نتایج پژوهش فیروزی و همکاران (۱۳۹۰) هم‌راستا می‌باشد. با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که عوامل مؤثر

سازمانی، عوامل مؤثر نهادی، عوامل مؤثر محیطی و عوامل مؤثر فردی، عوامل مؤثر بر انتخاب راهبرد کشف تقلب در صنعت بیمه در شرکت‌های بیمه‌ای شهر شیراز است و با توجه به این عوامل و دقت نظر در آنها، تقلب و کلاهبرداری در تمامی حوزه‌ها قابل شناسایی است. امروزه، بیمه موجب پیشرفت‌های شگرفی در جامعه ما شده است. استرس فزاینده در زندگی روزمره، موجب رشد تقاضای محصولات بیمه‌ای می‌شود. پیشنهاد می‌شود که شرکت‌های بیمه‌ای فعالیت‌های خود را به سمتی هدایت کنند که با قدرتمندتر کردن قوانین بیمه‌ای و آگاهی بیشتر مردم از آنها، توسط شرکت‌های بیمه (از طریق رسانه‌های اجتماعی) و ترویج فرهنگ بیمه در بین مردم و همچنین کنترل صحیح و استفاده از نیروهای متخصص و فناوری‌های روز دنیا، سبب کاهش و کشف سریع‌تر تقلبات بیمه‌ای شوند.

تقلب و کلاهبرداری بیمه‌گذاران متخلف در صنعت بیمه با چه شیوه‌هایی انجام می‌شود؟ میانگین عوامل فردی با میانگین مورد انتظار تفاوت معنی‌داری دارد؛ چون سطح معنی‌داری آزمون تی کوچک‌تر از پنج صدم می‌باشد. میانگین عوامل فردی برابر ۴/۰۱۰۸ می‌باشد که به اندازه ۱/۰۱۰۷۵ بیشتر از میانگین مورد انتظار می‌باشد. بنابراین عوامل مؤثر فردی بر روش‌های تقلب و کلاهبرداری از شرکت‌های بیمه تأثیر دارند. نتایج این سؤال با تحقیق حاتمی‌راد و شهریاری (۱۳۹۰) هم‌راستا می‌باشد. تقلب‌های بیمه‌ای از مسائل مهم و خسارت‌زا برای شرکت‌های بیمه و بیمه‌گذاران، در تمام رشته‌های بیمه‌ای به شمار می‌رود. یکی از راه‌های شناسایی تقلب در خسارت‌های اعلام شده، استفاده از اطلاعات تقلب‌های کشف شده در گذشته است. متأسفانه با توجه به عوامل تأثیرگذار بر تقلب و همچنین عوامل اقتصادی و فرهنگی، شیوه‌های تقلب در بیمه روز به روز جدیدتر و افزایش می‌یابند. از آنجا که روش‌های تقلب در صنعت بیمه روز به روز در حال تغییر است پیشنهاد می‌شود که سامانه‌ی اطلاعاتی یکپارچه‌ای بین شرکت‌های بیمه و نهادهای مرتبط

و یا فاقد بیمه‌نامه بوده‌اند؛ جابه‌جایی راننده مقصر و زیان‌دیده؛ جابه‌جایی خودروی مقصر و زیان‌دیده؛ استفاده از کروکی‌های مفقودی و سرقتی، کپی و جعل مهر اسمی کارشناسان تصادف؛ جابه‌جایی مصدوم؛ صحنه‌سازی؛ جلوه دادن فوت یا مصدومیت افراد به دلیل حوادث رانندگی در حالی که به دلایلی غیر از حادثه رانندگی در گذشته‌اند یا مصدوم شده‌اند؛ ارتباط دادن صدمات قبلی با صدمات حادثه در پزشکی قانونی؛ تطمیع نمایندگی‌های صدور و یا کارشناسان تصادف و دریافت بیمه‌نامه و گزارش از آنها بعد از وقوع حادثه؛ جابه‌جایی قطعات خودروی سالم بیمه‌شده یا قطعات تصادفی در خودروهایی که قطعاتی مثل درب‌ها، گلگیرها، درب موتور و... پیچ و مهره‌ای است و دریافت خسارت و سپس استفاده از قطعات اصلی جهت بازدید سلامت خودرو؛ آسیب رساندن به قسمت‌های از صورت با شیئی تیز و شکست دندان‌ها یا بینی جهت استفاده از مبلغ بیشتری از دیه و یا نقص عضو؛ ایجاد سوانح ساختگی جهت دریافت خسارت؛ تغییر زمان تصادف؛ جابه‌جایی پلاک خودرو. (ب) تقلبات بیمه‌گذاران در رشته بیمه‌های آتش‌سوزی: تطمیع نمایندگی‌های صدور و یا کارشناسان خسارت و دریافت بیمه‌نامه بعد از وقوع حادثه؛ ارائه اسناد و مدارک جعلی برای اخذ خسارت بیش از ارزش واقعی؛ ایجاد خسارت عمدی خصوصاً در مورد موجودی کالا؛ صدور بیمه‌نامه مضاعف و دریافت خسارت همزمان از چند شرکت بیمه؛ بیمه کردن مورد بیمه بیش از قیمت واقعی آن؛ جابه‌جایی اجناس نو با دست دوم توسط بیمه‌گذار؛ جابه‌جایی پلاک‌های شهرداری و ثبتی؛ بلا تکلیف قرار دادن پرونده خسارت توسط بیمه‌گذار به قصد اخذ خسارت بعد از گذشت چند سال با قیمت روز و منظور نمودن هزینه‌های تأخیر در پرداخت خسارت؛ ایجاد حریق عمدی برای موجودی‌هایی که اختلاف زیادی در قیمت خرید و فروش آن وجود دارد؛ ایجاد حریق عمدی برای موجودی‌هایی که فاسد یا خراب می‌باشد (رنگ، خوراکی، مواد شیمیایی و آرایشی و...)؛ ایجاد حریق عمدی در انبار و یا

با بیمه از جمله نیروی انتظامی، اورژانس، اداره راهنمایی و رانندگی، ثبت‌احوال، دادگستری، آتش‌نشانی، پزشکی قانونی و غیره ایجاد شود. با استفاده از این سامانه می‌توانند روش‌های تقلب در بیمه را سریعاً شناسایی و از آن جلوگیری کنند. متأسفانه با توجه به عوامل تأثیرگذار بر تقلب و همچنین عوامل اقتصادی و فرهنگی، شیوه‌های تقلب در بیمه روز به روز جدیدتر و افزایش می‌یابند. در ادامه روش‌هایی که تاکنون در تقلبات بیمه‌ای از سوی بیمه‌گذاران کشف شده‌است به تفکیک رشته‌های بیمه‌ای آورده شده‌است.

الف) تقلبات بیمه‌گذاران در رشته بیمه‌های اتومبیل: جابه‌جایی راننده و سرنشین به منظور دریافت خسارت از محل ثالث اتومبیل و فاقد گواهینامه بودن راننده؛ جایگزینی راننده به جای راننده اصلی در مواقعی که راننده زمان حادثه فاقد گواهینامه بوده یا از مشروبات الکلی و مواد مخدر و روان‌گردان استفاده نموده‌است؛ مخدوش کردن تاریخ حادثه (در کروکی پلیس یا پذیرش بیمارستان) به منظور انطباق تاریخ حادثه با زمان اعتبار بیمه‌نامه؛ دستکاری در مدارک پزشکی "پرونده بالینی" و مدارک پزشکی قانونی و افزایش درصدهای تعیین‌شده دیه؛ جابه‌جایی وسیله نقلیه مقصر زمانی که وسیله اصلی فاقد بیمه می‌باشد با وسیله دارای بیمه‌نامه؛ استفاده همزمان از بیمه ثالث وسیله مقصر و بیمه بدنه وسیله زیان‌دیده؛ جابه‌جایی خودرو مقصر و زیان‌دیده در تصادفات خسارتی یا جانی به منظور دریافت خسارت بیشتر با تبانی رانندگان؛ خرید بیمه‌نامه بدنه برای خودروی تصادفی بعد از حادثه با نشان دادن خودروی مشابه از نظر رنگ و مدل و تیپ؛ دستکاری و مخدوش کردن مدارک پزشکی، گزارش‌های پلیس و... به‌هنگام دریافت پرونده از مراجع و اخذ کپی و برابر اصل کردن آنها؛ استفاده از برش و اصل بیمه‌نامه‌های مفقودی با ارائه به شرکت‌های بیمه و ارائه خودروهایی که یا قبلاً تصادف داشته‌اند یا از شرکت‌های دیگر خسارت دریافت کرده

آسیب‌پذیری شدید آن در برابر حوادثی از جمله طوفان، تندباد، گردباد و زلزله؛ اخذ پوشش بیمه با شرایط جایگزینی (به ارزش نو) به جهت نوسازی تجهیزات؛ اخذ بیمه‌نامه کوتاه‌مدت و به‌خصوص برای خطرات خاص در فصول خاص؛ اخذ پوشش بیمه و ایجاد خسارت عمدی برای مکان‌هایی که امکان اخذ مجوز نوسازی و یا ادامه فعالیت داده نمی‌شود. مانند: انبارهای عمومی، کارگاه‌ها و کارخانه‌ها مزاحم؛ عدم کارایی سیستم‌های ایمنی، حفاظتی و نظافتی؛ عدم پرداخت به‌موقع حق بیمه و بعد از حادثه؛ تعدد بیمه‌نامه برای یک محل؛ تقاضای دریافت خسارت بیش از خسارت واقعی از طریق تطبیع کارشناسان بیمه‌گر از طرق مختلف؛ عدم ارائه اسناد مستند در زمان بروز حادثه؛ بزرگ‌نمایی میزان خسارت به جهات مختلف؛ پاک‌سازی یا تغییر محل حادثه قبل از بازدید کارشناسان بیمه‌گر، مثلاً خارج نمودن اجناس و کالاهای سالم از محل حادثه به‌منظور بزرگ‌نمایی خسارت به جهت دریافت خسارت بیشتر؛ عدم رعایت ضوابط ایمنی در نگهداری موجودی‌ها و نهایتاً بروز حادثه عمدی.

ج) تقلبات بیمه‌گذاران در رشته بیمه‌های مهندسی: عدم ارائه لیست کامل ماشین‌آلات و اقلام مورد نصب هنگام صدور بیمه‌نامه که این امر باعث می‌گردد در هنگام وقوع خسارت، ماشین‌آلاتی که لزوماً بیمه نگردیده‌اند وارد لیست شوند؛ عدم اراده تصویر موافقت‌نامه در زمان صدور بیمه‌نامه. در این صورت بیمه‌نامه بر مبنای رقم سرمایه درج شده در فرم پرسشنامه و پیشنهاد صادر می‌گردد و بعداً مشخص می‌شود که رقم پیمان بیش از رقم درج شده در فرم بوده است. در این صورت بیمه‌گذار می‌تواند از مسئولیت اعمال ماده ۱۰ قانون بیمه (قائده نسبی سرمایه در بیمه‌نامه) شانه خالی کند؛ ارائه فاکتورهای صوری و غیرقابل اعتبار و بدون تاریخ؛ صحنه‌سازی خسارت به‌لحاظ علت حادثه؛ صحنه‌سازی خسارت قبل از صدور بیمه‌نامه و اعلام خسارت پس از صدور بیمه‌نامه؛ اعلام عدم وجود خسارت تا تاریخ صدور بیمه‌نامه، با وجودی که خسارت وارد شده است؛ ایراد خسارت عمدی؛ اعلام

فروشگاهی که بیشتر موجودی آن قبل از حادثه فروخته و یا به محل دیگری منتقل شده است؛ ایجاد حریق عمدی توسط افراد بدهکار برای گرفتن زمان از دادگاه یا طلبکاران و یا فرار از پرداخت بدهی؛ ایجاد حریق عمدی در صنایع و یا فعالیت‌هایی که تکنولوژی آن‌ها قدیمی شده و یا دارای بازار مناسب نمی‌باشند؛ ایجاد حریق عمدی به جهت راندمان پایین ماشین‌آلات خط تولید و بالا رفتن قیمت تمام شده کالا به‌منظور جایگزین نمودن ماشین‌آلات جدید؛ ایجاد حریق عمدی به‌منظور اخراج کارکنان به‌علت عدم وجود رونق محصولات؛ آتش‌سوزی عمدی از جانب مالک به جهت اختلاف با بیمه‌گذار (مستأجر)؛ ایجاد آتش‌سوزی عمدی با توجه به مشکلات کارگری؛ آتش‌سوزی عمدی از جانب رقبا، شرکاء و بستگان بیمه‌گذار؛ صحنه‌سازی به‌منظور از بین بردن اسناد و مدارک و تجهیزات نرم‌افزاری در آتش‌سوزی، جهت دریافت خسارت بیشتر و عدم پرداخت مالیات و حقوق قانونی؛ نگهداری کالاهای اجناس بنجل و خارج نمودن اجناس با ارزش قبل از آتش‌سوزی عمدی؛ عدم اطلاع به‌موقع وقوع حریق به آتش‌نشانی و مراجع ذی‌ربط و شرکت بیمه و یا مخالفت از اقدامات اطفائیه مردمی و آتش‌نشانی، به جهت دریافت خسارت بیش از مبلغ واقعی؛ طرح مجدد دعوی برای گرفتن خسارتی که قبلاً پرداخت شده است؛ تبانی با مأموران آتش‌نشانی برای تغییر گزارش آتش‌نشانی به نفع بیمه‌گذار؛ ثبت شرکت‌ها جهت صدور بیمه‌نامه خودرو بدون عقد تفاهم‌نامه و ذکر شماره پیشنهاد بیمه مسئولیت یا آتش‌سوزی، صرفاً جهت فعال‌سازی کد گروهی؛ عدم اعلام واقعیت در تعداد و ارزش دارایی‌ها در زمان تقاضای بیمه‌نامه و اخذ بیمه‌نامه با سرمایه غیرواقعی (بیشتر از ارزش واقعی) به‌خصوص موجودی‌ها؛ عدم ارسال ارزش تفکیکی دارایی‌ها؛ تفکیک بیمه‌نامه‌ها بر اساس دارایی‌ها به‌منظور کاهش نرخ حق بیمه و پایین آوردن ضریب ریسک؛ عدم ثبت موجودی در دفاتر مستند و قابل اتکاء؛ اخذ پوشش خطرات اضافی به جهت فرسودگی لوله‌کشی‌ها، مخروبه بودن ساختمان مورد بیمه و

نقل دریایی؛ تردد کامیون‌های حامل محمولات مورد بیمه از مسیرهای غیرمتعارف؛ بزرگ‌نمایی خسارت در حمل و نقل کالا از طریق نشان دادن نوع خسارت منطبق با شرایط بیمه‌نامه، پاک‌سازی محل قبل از حضور کارشناس به‌خصوص در رابطه با کالاهای خاص از جمله: مواد غذایی، خوراکی، دارویی و موارد مشابه به‌منظور رعایت بهداشت عمومی؛ خالی نمودن محموله در محل دیگر (در حمل داخلی کالای فله)؛ تخلیه لنج‌های فرسوده و غرق آن؛ سازش با عامل ایجاد خسارت و دریافت خسارت از شرکت بیمه و مقصر؛ تخلیه بار لنج‌ها و کشتی‌ها و آتش‌سوزی و غرق کردن کالاهایی بی ارزش و ندادن گرای دقیق و کامل.

ه) تقلبات بیمه‌گذاران در رشته بیمه‌های مسئولیت: تطمیع نمایندگی‌های صدور و یا کارشناسان تصادف و دریافت بیمه‌نامه و گزارش از آنها بعد از وقوع حادثه؛ مخدوش کردن تاریخ حادثه (در گزارش بازرس کار یا پذیرش بیمارستان) به‌منظور انطباق تاریخ حادثه با زمان اعتبار بیمه‌نامه؛ عدم ارائه کامل اطلاعات جهت برآورد ریسک توسط بیمه‌گر یا نماینده بیمه‌گر (مانند اعلام خطراتی که به‌عنوان تشدید خطر محسوب می‌شوند و تغییر شخصیت بیمه‌گذار از حقیقی به حقوقی صرفاً به‌منظور از بین بردن سوابق قبلی و...؛ دستکاری در مدارک پزشکی «پرونده بالینی» و مدارک پزشکی قانونی و افزایش درصدهای تعیین شده دیه؛ جابه‌جایی فرد حادثه دیده و معرفی فرد دیگری تحت عنوان فرد تحت پوشش بیمه‌نامه (به‌خصوص در رشته بیمه مسئولیت کارفرما)؛ جابه‌جایی فرد حادثه دیده از کارگاه فاقد بیمه‌نامه به کارگاه دارای بیمه‌نامه؛ جعل مدارک و اسناد یا مهر ارگان‌های ذی‌ربط؛ جعل یا ترسیم کروکی جعلی از صحنه حادثه؛ تغییر تاریخ حادثه با نیت قبلی؛ جابه‌جایی راننده در مواردی که راننده اصلی و مقصر فاقد صلاحیت رانندگی با وسیله نقلیه ویژه می‌باشد؛ درج نام مصدومین در لیست تأمین اجتماعی در حالی که مصدومین رابطه کاری با بیمه نداشته‌باشند؛ اعلام حادثه در محدوده فعالیت بیمه‌گذار در حالیکه حادثه خارج از محدوده بوده است.

ارزش ماشین‌آلات کمتر از ارزش واقعی؛ اعلام ارزش ماشین‌آلات بیشتر از ارزش واقعی؛ عدم ارائه کامل اطلاعات جهت برآورد ریسک توسط بیمه‌گذار یا نماینده بیمه‌گذار (مانند اعلام خطراتی که به‌عنوان تشدید خطر محسوب می‌شوند و تغییر شخصیت بیمه‌گذار از حقیقی به حقوقی صرفاً به‌منظور از بین بردن سوابق قبلی و...؛ ارائه مطالب غیرواقعی به کارشناسان خسارت در زمان بازدید؛ تأخیر در اعلام حادثه بیش از ۵ روز؛ اقدام به خرید چند بیمه‌نامه از شرکت‌های مختلف و دریافت خسارت از همه آن‌ها در یک حادثه؛ تغییر تاریخ حادثه با نیت قبلی.

د) تقلبات بیمه‌گذاران در رشته بیمه‌های باربری: دریافت خسارت توسط صاحب کالا از شرکت حمل و نقل پس از اینکه خسارت مربوطه را از شرکت بیمه دریافت نموده‌است؛ استفاده از یک بیمه‌نامه برای چندین حمل؛ درخواست ابطال یا کاهش سرمایه یا تغییر شرایط بیمه‌نامه‌ای که کالای آن سالم حمل شده‌است توسط بیمه‌گذار، از طریق تبانی با بانک ذینفع جهت تایید موارد فوق و یا در صورت نداشتن ذینفع از طریق تبانی با گمرک و یا از طریق متقاعد نمودن بیمه‌گر به پذیرش شرایط؛ تغییر برچسب کالای آسیب دیده و کالای سالم در انبار؛ عدم ارائه اطلاعات دقیق و صحیح و گمراه نمودن شرکت بیمه‌گر در بررسی خسارت؛ تغییر در مفاد فاکتور بعد از وقوع خسارت از طریق تبانی با فروشنده؛ جلوگیری نکردن از گسترش خسارت توسط بیمه‌گذار با اتکا به این امر که محموله آنان تحت پوشش بیمه قرار دارد؛ اخذ بیمه‌نامه با سرمایه غیرواقعی (بیشتر از ارزش واقعی)، به‌عنوان مثال تبانی بیمه‌گذار و خریدار و ارائه فاکتور با ارزش بالاتر؛ عدم ارسال ارزش تفکیکی دارایی‌ها؛ استفاده از یک بیمه‌نامه برای چندین حمل (ارائه یک بیمه‌نامه به گمرک برای حمل‌های مختلفی که شرایط یکسانی دارند)؛ تقاضای دریافت خسارت بیش از خسارت واقعی از طریق تطمیع کارشناسان بیمه‌گر از طرق مختلف؛ عدم ارائه اسناد مستند در زمان بروز حادثه؛ تردد شناورها از مسیر غیر قانونی و پرخطر در حمل و

بیمه‌شده (بیمه کردن یک بیمه‌شده در چند شرکت بیمه توسط یک بیمه‌گذار، بیمه کردن یک بیمه‌شده توسط بیمه‌گذارانی که نفع بیمه‌ای آنان در خرید بیمه‌نامه محرز نیست، بیمه کردن بیمه شدگان نابالغ یا محجور)؛ اقدام به خرید چند بیمه‌نامه از شرکت‌های مختلف و دریافت خسارت از همه‌ی آن‌ها در یک حادثه (با ایجاد نقص عضو عمدی یا ارائه صورت حساب‌های غیرواقعی)؛ استفاده اشخاص دیگری غیر از بیمه‌شده از معرفی نامه‌ی بیمارستانی صادره (خصوصاً معرفی نامه‌های سفید امضا در اختیار بیمه‌گذار)؛ ایجاد نقص عضو برای دریافت خسارت؛ ارائه صورت حساب‌های غیرواقعی (بیشتر از مبالغ واقعی یا فاکتورهای جعلی)؛ در خصوص هزینه‌های درمان و هزینه‌های پزشکی ناشی از حادثه برای دریافت خسارت؛ معرفی فردی دیگر به مراکز درمانی با نام و مشخصات فردی که دارای بیمه‌نامه‌ی عمر است و سپس ارائه این مدارک و مستندات برای دریافت خسارت؛ خرید بیمه‌نامه‌های بسیار گران قیمت و واریز حق بیمه‌های کلان و سپس بازخرید بخشی از بیمه‌نامه.

چه راه کارهایی برای پیشگیری و ممانعت تقلب در صنعت بیمه پیشنهاد می‌شود؟ میانگین عوامل نهادی برابر ۳/۸۳۶ می‌باشد که به اندازه ۰/۸۳۶۰۲ بیشتر از میانگین مورد انتظار می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت که عوامل مؤثر نهادی بر روش‌های تقلب و کلاهبرداری از شرکت‌های بیمه تأثیر دارند. نتایج این سؤال با تحقیق صحت و همکاران (۱۳۹۱) هم‌راستا می‌باشد. متأسفانه امروزه اکثر افراد متقلب دارای مشاورانی از صنعت بیمه و یا افراد آگاه از شرایط حقوقی و قضائی می‌باشند که این امر بررسی و تشخیص خسارات جعلی را با مشکل مواجه می‌کند. با توجه به آن چه که آورده شد، راه کارهای زیر برای پیشگیری و کشف تخلفات و تقلبات در صنعت بیمه پیشنهاد می‌گردد: الزام واحدهای صدور به رعایت دستورالعمل‌های مربوطه از طریق کنترل و نظارت موردی؛ جذب نیروهای متخصص؛ ایجاد دادرسی مستقل رسیدگی به پرونده‌های بیمه‌ای؛ ترویج فرهنگ بیمه‌ای توسط رسانه‌ها از جمله تلویزیون؛

و تقلبات بیمه‌گذاران در رشته بیمه‌های اشخاص: دستکاری در تاریخ مدارک پزشکی و نسخ به منظور قرار گرفتن در تاریخ اعتبار بیمه‌نامه؛ دستکاری در مبلغ مدارک پزشکی و نسخ به منظور اخذ خسارت بیشتر از مقدار واقعی؛ دستکاری در مبلغ مدارک پزشکی و گواهی فوت به منظور تغییر در علت حادثه؛ دستکاری نوع بیماری به منظور مطابقت با هزینه‌های تحت پوشش بیمه‌نامه؛ جابه‌جایی افراد خارج از اسامی بیمه‌شده به جای افراد بیمه‌شده در بیمارستان‌ها (استفاده از اوراق شناسایی یا جعل اوراق شناسایی بیمه‌شده)؛ اخذ گواهی یا فاکتور غیر واقعی از پزشک، دندانپزشک یا مراکز درمانی توسط بیمه‌شده به منظور دریافت خسارت از شرکت بیمه؛ جلوه دادن فوت یا مصدومیت افراد غیر به جای فرد بیمه‌شده؛ ارائه اطلاعات نادرست (عدم اعلام سن واقعی بیمه‌شده، شغل واقعی بیمه‌شده، داشتن سابقه بیماری قبلی و...)؛ استفاده اشخاص ثالث از دفترچه درمانی بیمه‌شده؛ تهیه استشهاد محلی صوری برای تایید غرامت‌هایی که در منزل اتفاق افتاده است؛ بزرگ‌نمایی و بیشتر جلوه دادن بیماری‌ها جهت رسیدن به حدنصاب دریافت سرمایه امراض خاص یا پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه؛ ثبت اطلاعات پزشکی نادرست در فرم پزشکی به دلیل منحرف کردن جریان تعیین ریسک واقعی؛ خرید بیمه‌نامه برای افرادی که دارای عقب ماندگی ذهنی هستند؛ خرید بیمه‌نامه از طرف والدین برای فرزندانشان که دارای بیماری صعب‌العلاج هستند؛ خرید بیمه‌نامه برای یک نفر، بدون اطلاع شخص بیمه‌شده با جعل امضا؛ معرفی یک بیمه‌شده‌ی سالم به جای بیمه‌شده‌ی بیمار برای انجام آزمایش‌های پزشکی؛ ارائه اسناد جعلی مربوط به خسارت فوت؛ معرفی افرادی خارج از گروه بیمه شدگان در لیست اسامی به عنوان بیمه‌شده در بیمه‌نامه‌های گروهی؛ عدم معرفی تعدادی از اعضای گروه برای اخذ پوشش بیمه‌ای و اعلام اسامی این افراد در صورت وقوع خسارت احتمالی برای دریافت خسارت؛ خرید بیمه‌نامه به قصد ارتکاب اعمال مجرمانه بر روی

استفاده از فرم‌های استاندارد بازدید اولیه که خطاها را کاهش دهد و تعیین استانداردهای عملیاتی برای بازدیدهای اولیه؛ بررسی روند فعالیت بیمه‌گذاران عمده برخی نمایندگان؛ سریالی نمودن برگه‌های بیمه‌نامه خام و بررسی سوابق خسارتی بیمه‌گذاران؛ ایجاد شبکه و بانک اطلاعاتی مشترک از متقلبان و متخلفان بیمه‌ای در بین شرکت‌های بیمه؛ مکلف نمودن واحدهای صدور مبنی بر دریافت حق بیمه‌های قبلی؛ متعهد کردن نمایندگان و کارگزاران به عملکرد خود و کارکنان و بازاریابان در پرداخت و یا واریز حق بیمه به حساب شرکت بیمه؛ تشکیل پرونده به محض دریافت تماس تلفنی یا نامه کتبی از سوی بیمه‌گذار؛ تأکید بر اخذ حداکثر اطلاعات جهت صدور بیمه‌نامه؛ تأکید به بیمه‌گذاران جهت اطلاع سریع به بیمه‌گر جهت بازدید از کالا؛ بررسی شرایط فعالیت اقتصادی و شخصیت بیمه‌گذار؛ انجام مکاتبات رسمی با بیمه‌گذار مبنی بر اعلام خسارت در قالب اظهارنامه و پیگیری موضوع از مدیریت حقوقی؛ انجام تحقیقات میدانی برای موارد مشکوک؛ الزامی کردن رعایت اصل نفع بیمه‌ای در زمان صدور بیمه‌نامه و دقت واحد صدور در زمان صدور بیمه‌نامه. در ذیل برخی از راهکارهای عملیاتی برای شرکت‌های بیمه‌ای که به‌عنوان متولی امر بررسی و پرداخت خسارت، باید برای پیشگیری و کشف تقلبات در پیش گیرند اشاره می‌شود: تشکیل اداره تحقیق ویژه در شرکت‌های بیمه؛ استفاده از کارشناسان ارزیاب خسارت با داشتن اطلاعات و تخصص بیمه‌ای؛ لزوم نظارت بر مراکز / شعب پرداخت خسارت برای ثبت دقیق پرونده‌ها؛ لزوم آموزش‌های لازم برای کارشناسان و ارزیابان خسارت؛ لزوم نظارت بر الحاقیه‌های افزایش سرمایه مورد بیمه؛ ایجاد اداره حقوقی با داشتن کارشناسان حقوقی و مسلط به قوانین بیمه‌ای در شرکت‌های بیمه.

سپاسگزاری IRM

ایجاد کمیته مشترک بین شرکت‌های بیمه و دیگر دستگاه‌های کشور از جمله قوه قضائیه، نیروی انتظامی، اورژانس، آتش‌نشانی، پلیس راهنمایی و رانندگی، پزشکی قانونی، گمرک، بانک‌ها، شهرداری‌ها و...؛ تجزیه و تحلیل شبکه‌های اجتماعی؛ برگزاری جلسات متداوم و آموزش‌های جدید کشف شده‌ی تقلب بین کارشناسان خسارت و اشتراک‌گذاری اطلاعات نحوه تقلبات؛ ایجاد سامانه مشترک برای گرفتن استعلام درباره بیمه‌گذار؛ استفاده از فناوری‌های روز دنیا؛ الکترونیکی کردن اسناد پرونده‌های خسارت دیده و ایجاد سامانه‌ای بین تمام ادارات که مربوط به خسارت هستند؛ ممنوعیت صدور چک توسط بیمه‌گذار در وجه نماینده یا کارگزار و الزام به صدور چک در وجه بیمه‌گر یا شماره حساب اعلامی از سوی بیمه‌گر؛ کنترل موردی نمایندگان که سابقه تخلف دارند؛ کنترل و نظارت موردی بیمه‌نامه‌های صادره از طریق ستاد یا امور نمایندگان؛ ایجاد محدودیت‌هایی برای جلوگیری از تخلفات در سیستم کامپیوتری؛ استفاده از نرم افزارهای صدور که امکان بازگشت به تاریخ قبل را غیرممکن سازد؛ اصلاح و بازنگری در شرایط عمومی بیمه‌نامه‌ها و در صورت امکان لحاظ نمودن شرایط خصوصی در قالب شرایط عمومی؛ دقت در انتخاب افراد مسئول و اعطاء مجوز صدور به نمایندگان؛ دقت واحد صدور در کنترل اسناد و مدارک؛ صدور مکانیزه و برخط بیمه‌نامه و استفاده از روش‌های رایج همچون کد و هولوگرام برای کنترل تخلفات و تقلبات در درازمدت؛ آموزش کافی به کارشناسان در خصوص رویه‌ها؛ درج متن این نسخه آزمایشی است و فاقد هرگونه اعتبار است به‌صورت ترام در چاپ آزمایشی بیمه‌نامه‌ها؛ استفاده از کارشناسان زبده تعیین خسارت؛ حضور سریع و به‌موقع کارشناسان در محل وقوع حادثه و به‌محض وقوع خسارت؛ تعیین استانداردهای عملیاتی تعیین خسارت؛ تنظیم صورت جلسه خسارت در هنگام بازدید که به امضای بیمه‌گذار یا نماینده وی رسیده باشد؛ تعیین مدارک مورد نیاز به‌منظور شناسایی انواع خسارت در قالب چارچوب‌ها و استانداردهای تعریف شده؛ انتخاب افراد صالح برای بازدید اولیه و ارائه آموزش کافی به آنها در

منابع

- تقوی فرد، سید محمد تقی، جعفری، زهرا. (۱۳۹۴). کشف تقلب در بیمه بدنه خودرو با بهره مندی از بشم خبره فازی، مدیریت فناوری اطلاعات، دوره ۷، شماره ۳، ۲۳۹-۲۵۸.
- حاتمی راد، علی، شهریاری، حمیدرضا. (۱۳۹۰). روش‌ها و راهکارهای شناسایی تقلب در بانکداری الکترونیک، تازه‌های اقتصاد، شماره ۱۳۴، سال نهم، ۲۱۹-۲۲۸.
- حسین‌پور، محترم (۱۳۹۵). تقلب در بیمه‌های اموال و مسئولیت و روش‌های جلوگیری از آن، پایان نامه کارشناسی‌ارشد دانشگاه شهید چمران اهواز، پژوهشکده اقتصاد.
- راه چمنی، ابوالقاسم. (۱۳۸۵). تقلب و کلاهبرداری تهدید همیشگی صنعت بیمه، فصلنامه آسیا، شماره ۳۸، ۱۶-۹.
- شاهرخی نژاد، تامدار، عسکری آزاد، محمدحسین، و عبدی، فرشید. (۱۳۹۴). شناسایی رفتار متقلبین بیمه اتومبیل و خوشه بندی آنها با استفاده از روش داده‌کاوی، نخستین کنفرانس بین‌المللی بورس، بانک، بیمه با رویکرد توسعه پایدار (ارتباط دانشگاه با صنعت)، شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات فارس.
- صحت، سعید، احسان فر، گلشن، اصل باغ، سحر. (۱۳۹۱). نقش اخلاق در کاهش تقلب شرکت‌های بیمه از دید مشتریان، فصل نامه اخلاق در علوم و فناوری، سال هفتم، شماره ۱.
- صلاحی‌نژاد، علی، آرمان‌مهر، بهروز. (۱۳۹۳). مدیریت پیشگیری و کشف تقلب و تخلف در صنعت بیمه شرکت بیمه ملت. دوازدهمین کنفرانس بین‌المللی مدیریت.
- فولادی‌نیا، بابک. (۱۳۹۲). کشف تقلب در بیمه اتومبیل با استفاده از روش‌های داده‌کاوی، پایان نامه کارشناسی‌ارشد، دانشگاه شیراز، دانشکده آموزش‌های الکترونیکی.
- فیروزی، مهدی، شکوری، مرتضی، کاظمی، لیلیا، زاهدی، سحر. (۱۳۹۰). شناسایی تقلب در بیمه اتومبیل با استفاده از روش‌های داده‌کاوی، پژوهشنامه بیمه (صنعت بیمه سابق)، سال بیست و ششم، شماره ۳، ۱۰۳-۱۲۸.
- ملکی، ثریا. (۱۳۹۴). استفاده از تکنیک داده‌کاوی در بهبود عملکرد بیمه، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، مؤسسه آموزش عالی روزبهان، دانشکده مهندسی برق و کامپیوتر.

Albrecht, W. S., Albrecht, C. & Albrecht, C. C. (2008). Current trends in fraud and its detection. *Information Security Journal: a global perspective*, 17(1), 2-12.

Artís, M., Ayuso, M., & Guillén, M. (2002). Detection of automobile insurance fraud with discrete choice models and misclassified claims. *Journal of Risk and Insurance*, 69(3), 325-340.

Bhowmik, R. (2011). Detecting auto insurance fraud by data mining techniques. *Journal of Emerging Trends in Computing and Information Sciences*, 2(4), 156-162.

Dorrnsoro, J. R., Ginel, F., Sgnchez, C., & Cruz, C. S. (1997). Neural fraud detection in credit card operations. *IEEE*

transactions on neural networks, 8(4), 827-834.

Eberhard, F. (2000). Automathed fraud detection in the insurance industry, General Cologne Re. Topics, 9, 68-76.

Ghosh, A. K., & Schwartzbard, A. (1999). A study in using neural networks for anomaly and misuse detection. In 8th USENIX Security Symposium (USENIX Security 99).

Institute, KPMG. (2003). Fraud Survey of 2003, from <http://www.kpmg.com>.

Lee, W., & Stolfo, S. (1998). Data mining approaches for intrusion detection.

Lunt, T. F. (1990). Real-time intrusion detection expert system. Computer Science Lab., SRI International, Menlo Park, CA, Technical Report.

Ngai, E. W., Hu, Y., Wong, Y. H., Chen, Y., & Sun, X. (2011). The application of data mining techniques in financial fraud detection: A classification framework and an academic review of literature. *Decision support systems*, 50(3), 559-569.

Pešout, P., & Andrlé, M. (2011). Insurance Fraud Management as an Integrated Part of Business Intelligence Framework. *World Academy of Science, Engineering and Technology*, 59, 2011.

Phua, C., Alahakoon, D., & Lee, V. (2004). Minority report in fraud detection: classification of skewed data. *Acm sigkdd explorations newsletter*, 6(1), 50-59.

Phua, C., Lee, V., Smith, K., & Gayler, R. (2010). A comprehensive survey of data mining-based fraud detection research. *arXiv preprint arXiv:1009.6119*.

Tennyson, S., & Salsas-Forn, P. (2002). Claims auditing in automobile insurance: fraud detection and deterrence objectives. *Journal of Risk and Insurance*, 69(3), 289-308.

Terisa, R. (2010). Improving the defense lines: the future of fraud detection in the insurance industry (with fraud risk models, text mining, and social networks). In *SAS Global forum*, Washington.

Viaene, S., & Dedene, G. (2004). Insurance fraud: issues and challenges. *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*, 29(2), 313-333.

Wilson, J. H. (2009). An analytical approach to detecting insurance fraud using logistic regression. *Journal of Finance and accountancy*, 1, 1.

IRM

I Identifying the Areas and Methods of Insurance Fraud in the Insurance Industry and Ways to Prevent it

A Khosravi¹, M. Kashanipour², M. Fathi³, S. Ebrahimi Fard⁴, S. Razi Mohib Siraj⁵

1. Member of the Faculty of Management and Accounting, Farabi School of Tehran University, Qom, Iran

2. Associate Professor, Faculty of Management and Accounting, Farabi School of Tehran University, Qom, Iran

3. Associate Professor, Faculty of Management and Accounting, Farabi School of Tehran University, Qom, Iran

4. Graduated from Master of Business Administration, Faculty of Management and Accounting, Farabi School of Tehran University, Qom, Iran

5. Master's degree in Industrial Management, Faculty of Management and Accounting, Farabi School of Tehran University, Qom, Iran

*Corresponding author Email: Khosravi_a@ut.ac.ir

Abstract

The purpose of this research is to identify the areas and methods of insurance policyholder fraud in the insurance industry and ways to prevent it (case study: Shiraz insurance companies). This research is based on the classification of research in terms of the purpose of an applied and descriptive research. The statistical population of the research includes all professors and experts who identify insurance fraud prediction. The sampling method was snowball and the number of samples was equal to 10 people. The data collection method in this research is the library method and the field method, and the data collection tool in this research is an in-depth and semi-structured interview and a questionnaire. In this research, content analysis method and SPSS19 and LISREL 8.54 software were used for data analysis. According to the obtained results, it can be concluded that organizational effective factors, institutional effective factors, environmental effective factors and individual effective factors are the effective factors on the choice of fraud detection strategy in the insurance industry in Shiraz insurance companies and according to these factors and precision. According to them, fraud and fraud can be identified in all areas. Also, the methods of fraud and fraud of the delinquent insurers in the insurance industry were identified and solutions were proposed to prevent and prevent fraud in the insurance industry.

Keywords: fraud, fraud detection, insurance policyholder fraud, insurance industry.