

SİGORTA ŞİRKETLERİNDE FİNANSAL TABLO SUİSTİMALLERİ

Prof. Dr. Kıymet ÇALIYURT*
SMMM Duygu Tunalıođlu TEZGEL

ÖZET

Her sektörde olduğu gibi sigortacılık sektörü de suistimale açık bir meslek dalıdır. Sigorta şirketlerinin karşılaştıkları birçok suistimal çeşidi mevcuttur. Bunların hemen hemen hepsi de sigorta şirketine karşı yapılan haksız kazanç sağlamayı amaçlayan kötü niyetli sigortalılardan oluşmaktadır. Sigortasuistimalleri gerçek kayıpları karşılamak üzere dürüst sigortalılar tarafından ödenen primlerle oluşan fonların sahte başvuru ve sahte hasarlar tarafından tüketilmesi sonucunu beraberinde getirmektedir. Sigorta şirketlerini zor durumda bırakan bu tür suistimler şirketlerin mali yapıları üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır. Bu çalışmada, sigorta şirketlerinin yapısı anlatılarak, sigorta şirketlerinde karşılaşılan suistimler ve kötü kullanımlar hakkında bilgi verilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sigortacılıkta suistimal, suistimal, suistimal önleme prosedürü, risk, suistimal riski

ABSTRACT

FINANCIAL STATEMENT FRAUDS IN ASSURANCE COMPANIES

Insurance sector is also open to abuse as the other professions and sectors. There have been many types of abuses that the insurance companies face. Almost all of them are composed of malicious insured aimed at providing unlawful profits against the insurance company. Insurance abuses bring a result, which is consuming the funds that are paid by the honest holders to meet the real losses, is caused by the false and fraudulent claims applications. Furthermore, it is aimed to give information regarding abuses or frauds on insurance companies.

Keywords: Insurance abuse, abuse, procedure for preventing abuse, abuse risk

* Trakya Üniversitesi Balkan Yerleşkesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümü, kiymetcaliyurt@trakya.edu.tr

1. GİRİŞ

Dünya tarihine bakıldığında sigortacılığa benzer ilk uygulamalar günümüzden yaklaşık 4000 yıl önce Babil’de, kervan tüccarlarına borç veren sermayedarlar, kervanların soyulması veya fidye ödeme durumuyla karşılaşmaları halinde tüccarların borçlarını silmekte, buna karşılık borcu tüccarlardan geri aldıkları zaman, taşıdıkları riskin karşılığı olarak ana borç miktarı üzerinden bir miktar para almaktaydılar. Bu olay daha sonra Kral Hammurabi tarafından yasallaştırıldı. Hammurabi Kanunlarının en büyük özelliği haydutların saldırısına uğrayan kervanların zararlarının bütün diğer kervanlar arasında paylaşılmasını öngörmesiydi. Bu, tehlike paylaşımının kara taşımacılığındaki ilk örneğini oluşturmakta idi.

M.Ö. 600 yıllarında Hindu’lar sigorta özelliği taşıyan kredi anlaşmaları yapmaya başladılar. Basit içerikli bu anlaşmalar, toplumdaki sigorta düşüncesini geliştirerek sigortacılıkta ilk adımları ortaya koyması bakımından önem taşımaktadır. Bu tür kredi anlaşmaları ortaçağda da gelişerek deniz ödücü ve nakliyat sigortalarının oluşturulmasında temel olarak alınmıştır.

Daha sonraları sigorta fikrinin gelişmesine katkı sağlayan uygulamaların deniz ticaretinin geliştiği yerlerde ortaya çıktığı görülmüştür. İlk denizci uluslardan Kartacalılar, Romalılar, Yunanlılar arasında, geminin taşıdığı yük üzerine borç verip geminin limana varamaması riskini taşıyan ve gemi hasarsız limana döndüğünde, hem verdiği borç miktarını, hem de taşıdığı riziko karşılığı faiz niteliğinde önemli pay alanlar bulunmaktaydı. Ancak alınan bu faizlerin yüksekliği Kilise tarafından hoş görülmeyip, bir süre sonra da bu uygulama yasaklandı. Büyük olasılıkla bu yasak, olabilecek tehlikelere karşı

önceden bir prim alma biçimine, dolayısıyla da sigorta fikrinin doğmasına yol açtı.

Prim esasına dayalı sigorta yaklaşık M.S. 1250 yıllarında Venedik, Floransa ve Cenova şehirlerinde görüldü. Gene de bugünkü anlamda sigortadan söz edilebilmesi için 14. yy’ı beklemek gerekti. Ekonomik koşulların değişmesi ile ticaret, 14. yy’dan başlayarak çok önemli gelişmeler gösterdi. O devirde deniz ticaretinde en ileride bulunan İtalya’da sigortaya gereksinim duyuldu ve deniz sigortası kavramı da ilk defa burada ortaya çıktı. Tarihte ilk sigorta poliçesi olarak kabul edilen mukavele 23 Ekim 1347 tarihini taşımaktaydı ve İtalya’nın Cenova Limanı’ndan Mayorka’ya “Santa Clara” adlı geminin yükünü temin etmek amacıyla düzenlendi. İlk sigorta şirketi de 1424 yılında, yine Cenova şehrinde kuruldu. Sigorta konusunda ilk kanuni mevzuat ise 1435 yılında yayınlanan Barselona Fermanı’ydı. İtalya’daki başlangıçtan sonra, deniz sigortalarının özellikle 18. yy’da İngiltere’de geliştiği görülmektedir.

Denizde başlayıp gelişen sigortacılık fikri, daha sonraları hayat sigortası fikrinin doğmasına neden oldu. Gemi ve yükünün sigorta edilebilmesi, kaptan, yolcular ve tayfaların da sigorta edilebilmesi fikrini getirdi. 17.yy.’da bir İtalyan bankeri olan Tonti’nin getirdiği “Tontines” denilen sistemde, belirli kişiler bir araya gelerek, belirlenen bir süre için ortaya belirli bir para koymakta, süre sonunda hayatta kalanlar parayı aralarında paylaşmaktaydı. İnsanların çoğu, kendilerinin başkalarından daha çok yaşayacaklarına inandıklarından epey rağbet gören bu sistemde ölenlerin maddi kayba uğradıkları düşünülmektedir, öngörülen süreden önce ölenler için de, ölüm rizikosuna karşılığı prim ödenmesi öngörüldü. Ve hayat sigortalarına bir geçiş de bu şekilde başladı.

17.yy.’ın ikinci yarısı sigortacılığın gelişmesine

yol açan iki önemli olaya sahne olmuştur. Bunlardan ilki sigortacılıkta istatistik metot ve tekniğinin uygulanmaya başlaması (İhtimal Hesapları), ikincisi ise 2 Eylül 1666 tarihinde Londra’da meydana gelen ve dört gün sürerek 13.000 evle 100 kilisenin kül olmasına yol açan büyük yangındır. Kara sigortalarının doğmasına neden olan bu olay, halk üzerinde büyük etki yarattı ve böyle felaketlerin sonuçlarına karşı önlem alınması gerektiğini düşündürdü. Gelişen bu fikirden hareketle 1667 yılında “Fire Office” (Yangın Bürosu) kurulmasından sonra 1684 yılında buna rakip bir ortaklık şeklinde ortaya çıkan ilk yangın sigorta şirketi “Friendly Society“ faaliyete geçti. 1688 yılında İngiltere’de Lloyd’s’ un temellerinin atılmasıyla sigortacılıkta yeni bir dönem başladı. Londra’da bulunan ve Edward Lloyd adında bir kişinin işlettiği kahvehane, gemi sahipleri, iş adamları ve tüccarların deniz ticaretine ilişkin bilgi alışverişinde buldukları bir mekân halinde idi. Burada sefere çıkan bir gemi veya geminin yükü üzerine teminat veren kişiler, “Underwriter” sıfatıyla belgeler düzenleyerek faaliyette bulunmaya başlamışlar ve yine bu kişiler Edward Lloyd’un ölümünden sonra, kendi aralarında Lloyd’ s adında bir topluluk kurmuşlardır. Lloyd’ s 1871 yılında İngiltere Parlamentosunun çıkardığı bir kanunla Birlik haline getirilmiştir. Lloyd’ s ilk yıllarında sadece deniz sigortaları branşlarında faaliyet gösterirken sonraları kara sigortaları branşına da geçmiş olup, günümüzde her türlü sigortanın yapılabildiği bir kuruluş haline gelmiştir. Lloyd’ s, dünyada başka bir benzeri olmayan, tamamen kendine mahsus bir sigorta kuruluşudur. Lloyd’ s bir sigorta şirketi olmayıp, sigorta teminatı veren şahısların oluşturduğu bir topluluk, bir birlik ve aynı zamanda dünya gemicilik istihbaratı konusunda bir merkezdir. Lloyds’ un en belirgin özelliği ise Lloyd’ s üyelerinin bütün varlıklarıyla sorumluluk taşımaları ve hiç bir zaman sigortalı ile doğrudan temas etmemeleri,

ilişkinin “Broker” denilen aracı kişi veya firmalarla temin edilmesidir. Broker’ lar Lloyd’ s ile çalışabilmek için buraya kaydolmakta ve müşterinin gerek sigorta gerekse tazminat alma işlerini takip etmektedirler.

Modern sigortacılığın doğuşuna deniz, kara sigortacılığına yangın, kaza sigortacılığına tren kazaları ile ilişkin bireysel kazalar öncülük ederken, sanayinin gelişmeye başlamasıyla yaşanan büyük teknik hasarlar, mühendislik sigortalarının gelişimine yol açmıştır. 20. yüzyılın başlarında sigorta şirketleri her türlü sigorta ihtiyacına cevap verebilecek şekilde örgütlenmelerini tamamlamış kuruluşlar olarak etkin hizmet verebilecek düzeye ulaşmışlardır.

Türkiye’ de sigortacılığın gelişimi hakkında 19. yüzyılın ikinci yarısından önce sigortacılıktan söz etmek pek mümkün değildir. Bazı Anadolu köylerinde bu tarihten önce gereksinme halinde yardım sağlamak, halkın uğrayacağı zararı karşılamak amacıyla sendikalar kurulduğu, esnaf kuruluşlarının ölüm ve hastalık durumlarında üyelerine yardım amacıyla örgütlendikleri bilinmekteyse de bunlar gerçek anlamda sigorta olmayıp, güvenlik, yardımlaşma, sosyal dayanışma düşüncesi ile oluşturulmuş kuruluşlardı. Zaten bunlar da birkaç köye özgü kalmış, Anadolu’nun tamamına yayılarak bir gelişme gösterememişlerdi. Avrupa’daki sigorta konusunda kaydedilen önemli gelişmelere karşın, Osmanlı toplumunun sosyal özellikleri, dini ortam, mali düzen, buradaki gelişimi engelliyordu. 19. yüzyılın ikinci yarısında meydana gelen yangınlar ve bunların sonucunda uğranılan büyük hasarlar, sigorta hakkındaki olumsuz düşünceler üzerinde az da olsa etki yaptı ve sigortanın ve sigorta kavramlarının doğmasına neden oldu. Özellikle 1870 yazında Beyoğlu’ndaki yangında (Büyük Pera Yangını) çok sayıda işyeri, ev, cami ve kilisenin yanması, bu bölgede de daha çok yabancı ve yabancılarla ilişkide olan zenginlerin oturması sigortanın

gelişme sürecini hızlandırdı. 1872 yılında İngiliz sigorta şirketleri, açtıkları temsilciliklerle Türkiye’ de ilk sigortacılık faaliyetlerini başlattılar. İngilizler’ den sonra Fransızlar da Türkiye’ ye ilgi gösterdiler ve 1878 yılında ilk Fransız şirketi faaliyetlerine başladı. Bundan sonra Alman, İtalyan, İsviçre gibi yabancı ülkelerin sigorta şirketlerinin çalışmaları ile sigortacılık genişlemeye başladı. Bu şirketler duyulan gereksinimi ve ihtiyaçları karşılamakla beraber, o tarihlerde sigorta şirketlerinin kuruluşunu ve sigorta faaliyetini düzenleyen devlet denetimini öngören kanunların, hatta bu konuya değinen bir hükmün dahi bulunmayışı nedeniyle tamamen denetimsiz bir biçimde çalışıyorlar, diledikleri gibi hareket edip, merkezlerinden aldıkları talimatlarla işlem yapıyorlardı. Ayrıca poliçelerini İngilizce veya Fransızca düzenliyorlar, anlaşmazlık durumunda da dava mercii olarak Londra mahkemelerini veya ilgili şirket merkezinin bulunduğu yerel mahkemeleri gösteriyorlardı. Bununlada kalmayıp diledikleri zaman sigorta poliçelerini iptal ediyorlardı. Böylece hukuki mevzuat ve denetimden yoksun, tamamen yabancılara özgü bir çalışma alanında ilk yıllar sigorta şirketleri adlarını duyurmak, sigorta düşüncesinin yayılmasını sağlayarak portföylerini genişletmek amacıyla vaatlerini yerine getirip, hasar ödemedede dürüst davrandılar. Ancak zaman geçtikçe, sigortacıların istedikleri gibi çalışmaları ve Kapitülasyonların kendilerine sağladığı geniş olanakları kullanabilmeleri, bu şirketlere Türkiye’ de kolaylıkla çok para kazanabileceği izlenimini verdi. Bu durum, kısa zamanda çok fazla sigorta şirketinin çalışmasına, sigorta ahlakının bozulmasına, haksız rekabet ve ekspertizsuistimallerine yol açtı. Dürüst tüccarlar bundan olumsuz yönde etkilenmelerine rağmen hiçbir denetim olmayışı yüzünden sigorta şirketleri uzun süre en normal yangın hasarlarını bile ödemekten kaçınıp, sigortalıların hak ve hukukunu hiçe sayan bir biçimde davranmayı sürdürdüler.

Bu ortam içinde 1893 yılında Osmanlı Umum Sigorta Şirketi ilk yerli sigorta şirketi olarak çalışmaya başladı. Bunu izleyen yıllarda sigortacılığın düzene sokulabilmesi için yabancı şirketler arasında birlikte hareket etme eğilimi belirdi. 12 Temmuz 1900 tarihinde 43 tanesi yabancı olmak üzere 44 sigorta şirketi bir araya gelerek sabit bir yangın tarifesi belirlediler. Bu Türkiye’ deki sigortacılık anlamında ilk tarifeydi.

Tarife ile birlikte, Yangın Sigorta Şirketleri’nin Sendikası adında bir örgütün oluşturulması ve sürekli bir denetim kurulunun bulunması kararı alındı. Londra’ da bulunan Fire Office Committee’ nin emirleriyle çalışmalarını yürüten sendika tarafından, yangınlara zamanında yetişerek büyümesini önlemek, yangının nedenlerini araştırmak üzere Fasman adlı bir örgüt kuruldu. Böylece denetim mekanizması ve içeriği geliştirildi.

Sendikanın bu olumlu çalışmalarına rağmen çalışan şirketlerin tamamı sendikaya girmediler ve haksız rekabet yapmaya, alınan kararların tersine davranmaya devam ettiler. Bu durumun önüne geçmek için 1908 ve 1914 yıllarında kanunlarda yapılan değişikliklerle yabancı şirketler kontrol altına alınmaya çalışıldı. 1914 yılındaki kanunla yabancı şirketler teminat göstermeye ve vergi vermeye zorunlu tutuldular. Sendikanın adı ise “Türkiye’ de Çalışan Sigorta Şirketleri” olarak değiştirildi. Bu yeniliklerle yabancı şirketler Türkler ile ortaklık kurma yoluna gittiler.

Böylece Cumhuriyetin ilanına kadar tümü yerli sermaye ve teknisyenlerle işletilen bir sigorta kuruluşu bulunmadığı görülmektedir. Cumhuriyetin ilanı ile birlikte sigorta alanında gerek yasal, gerekse kurumlaşma açısından büyük adımlar atıldı. Bunlardan en önemlisi 1924 yılında Türkçe’ yi kullanma zorunluluğu getiren yasa ile poliçelerin İngilizce ve

Fransızca düzenlenmesine son verildi ve aynı yıl Sigortacılar Kulübü kuruldu. 1927 yılında Sigortacılığın ve Sigorta Şirketlerinin Teftiş ve Murakabesi hakkındaki kanun yürürlüğe girdi. Yerli ve yabancı sigorta şirketlerinin denetlenmesi için, döviz çıkışının önlenmesi amacını taşıyan bu kanunun çıkışıyla sigortacılık gelişmeye, yerli sermaye ile kurulan şirketlerin sayısı artmaya başladı. Bunu izleyen iki yıl boyunca gerekli hazırlık ve incelemelerin yapılması sonucu işletme hakkının T. İş Bankası AŞ' ye ait olacağı bir anonim şirket kurulmasına karar verildi. Böylece 1929 yılında Milli Reasürans T.A.Ş faaliyetine geçti. Bu tarihten itibaren Türkiye' de reasürans tekeli başladı ve ülkedeki yerli - yabancı bütün sigorta şirketleri topladıkları primlerin bir kısmını Milli Reasürans' a devretmesi zorunlu hale geldi. Hemen hemen dünyada kurulan ilk reasürans tekeli olan Milli Reasürans önce çeşitli tepkiler gördüyse de suistimalleri önlemek, haksız rekabetin kakmasını ve ödemelerin zamanında yapılmasını sağlamak gibi yanlarıyla Türk sigortacılığının gelişmesinde olumlu rol oynadı, halkın sigortaya olan güvenini arttırdı. Bu gelişmelerin paralelinde 1939 yılında sigorta şirketleri Ticaret Bakanlığı'na bağlandı. Sigorta sektörünü ciddi bir biçimde ele alan 7397 sayılı Sigorta Murakabe Kanunu ise 1959 yılında yürürlüğe girdi. 1987 yılında yürürlüğe giren 3379 sayılı yasa ile 7397 sayılı yasada, yasal alandaki boşlukları doldurmak, sigorta şirketlerini mali yönden geliştirmek ve sigorta aracılarının durumunu yeniden düzenlemek amacıyla önemli ve köklü değişiklikler yapıldı. Bu kanun, sigorta ile ilgili organlar ve faaliyetlerini düzenleyen yönetmelikler çıkarılmasını öngörüyordu. Sigorta şirketleri Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığı' na bağlanarak mali yapının bir

parçası olarak kabul edildiler. 1 Mayıs 1990 tarihinden itibaren Kaza Sigortaları (zorunlu sigortalar hariç), Mühendislik Sigortaları ile Zirai Sigortalarda; 1 Ekim 1990 tarihinden itibaren de Yangın ve Nakliyat sigortalarında da Serbest Tarife Sistemine geçildi.¹

Zaman içerisinde yeni kurulan sigorta şirketlerinin sayısı artarken, sigorta taleplerinin aynı ölçüde artmaması, ayrıca prim tahsilatında yaşanan sorunlar dolayısıyla, 1993 yılından itibaren çıkarılan Kanun Hükmünde Kararnameler ile 7397 sayılı Kanunda birtakım düzenlemelere gidilmesi ihtiyacı duyuldu. 1 Ocak 1995 tarihinden itibaren sigorta primlerinin tahsili sorununa çözüm getirilmesi amacıyla, primlerin acente cari hesapları üzerinden takibi sistemi yürürlükten kaldırılarak, poliçe bazında takip sistemi uygulamaya konuldu.

1999 depremlerini takiben 2000 yılında meskenler için zorunlu hale getirilmiş bulunan deprem sigortalarını yürütmek üzere tesis edilen "Doğal Afet Sigortaları Kurumu" (DASK) tesis edilerek yönetimi beş yıllık bir süre ile bu konuda deneyimli Millî Reasürans TAŞ' ye verildi. Diğer taraftan Türkiye'de 23.07.1927 tarih ve 1160 sayılı Yasa ile şekillendirilmiş zorunlu reasürans devri 31.12.2001'de sona erdi. 28 Mart 2001 tarihinde kabul edilen "Bireysel Emeklilik Tasarruf ve Yatırım Sistemi Kanunu" ile kurulan bireysel emeklilik sistemi 27 Ekim 2003 yılında faaliyete geçti.

14 Haziran 2005 tarihinde 5363 sayılı "Tarım Sigortaları Kanunu" çıkarılmış ve bu kanun kapsamında Sigorta Havuzu (TARSİM) kurulmuştur. Bu Havuza ilişkin tüm iş ve işlemler, bu havuza katılan sigorta şirketlerinin eşit hisselerle ortak oldukları Tarım Sigortaları Havuz İşletmesi AŞ tarafından yürütülmektedir.

1 Türkiye Sigorta Birliği, "Türkiye' de Sigortacılık", <http://www.tsb.org.tr>

Trafik Sigortası Bilgi Merkezi (TRAMER) 16.12.2003 tarih ve 25318 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Trafik Sigortası Bilgi Merkezi Yönetmeliği ile kurulmuştur. Trafik sigortası üretimi gerçekleştiren bütün sigorta şirketlerinin 01/01/2003 tarihinden itibaren tüm poliçe bilgileri ve bunların hasar ve ödeme kayıtları TRAMER sistemine transfer edilmiş olup, yeni üretilen poliçeler ve hasar kayıtları günlük olarak transfer edilmekte ve takibi daha kolay yapılmaktadır.

5684 sayılı Sigortacılık Kanunu 14 Haziran 2007 tarihinde Resmi Gazete’ de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu gelişmenin ardından 2008 yılında Sigortacılık Kanununun getirdiği yeni tanım ve uygulamalarla ilgili ikincil mevzuat düzenlemeleri üzerindeki çalışmalar tamamlanmıştır.

Sigorta Bilgi Merkezi 9 Ağustos 2008 tarihinde 26962 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanan yönetmelikle faaliyetine başlamıştır. SBM nezdinde kurulan alt bilgi merkezleri, Trafik Sigortaları Bilgi Merkezi (TRAMER), Sağlık Sigortası Bilgi Merkezi (SAGMER), Hayat Sigortası Bilgi Merkezi (HAYMER) ve Sigorta Hasar Takip Merkezi (HATMER) kurulmuştur.

Mayıs 2014 tarihi itibarıyla 68’ ü sigorta, 2’ si reasürans olmak üzere 70 şirket Birliğimize üyedir. Halihazırda 8 şirket aktif olarak yeni sigorta ve reasürans sözleşmesi yapmamakta, toplam 61 sigorta ve 1 reasürans şirketi faaliyette bulunmaktadır. Şirketlerin 4’ ü hayat, 18’ i hayat/emeklilik, 39’ u hayat-dışı şirkettir.

Türkiye’de kurulu reasürans şirketi sayısı ise 2’dir. Ancak bunlardan bir tanesinin prim üretimini bulunmadığından faal olarak faaliyet gösteren reasürans şirket sayısı 1’ dir.²

2. SİGORTA DOLANDIRICILIĞINA GENEL BAKIŞ

Suistimal Kavramı

Finansal tablo hileleri, literatürde şirketlerin finansal tablo kullanıcılarını aldatmak amacıyla kasıtlı bir şekilde bu tablolarda yer alması gereken tutarların yer almaması ve/veya olmaması gereken tutarların tablolarda yer alması olarak tanımlanmıştır. Finansal raporlama suistimalleri, genellikle maksatlı olarak finansal bilgilerin önemli bir hata içerecek şekilde manipüle edilmesi ve bu yöntemle finansal tablo kullanıcılarının yanıltılması olarak tanımlanabilir. Bu maksatlı yapılan hatalara verilebilecek bazı örnekler: gelirlerin ve varlıkların olduğundan daha fazla gösterilmesi, giderlerin ve borçların olduğundan daha az gösterilmesi veya finansal tablolar açısından önemli dipnotların, işlemlerin veya diğer finansal bilgilerin doğru olarak raporlanmaması veya niteliğinin değiştirilerek raporlanması olarak sıralanabilir.

Bu tür suistimler genellikle üst yönetim tarafından yapılmakta ve halka açık şirketlerde daha yaygın görülmektedir. Çoğu kez gelir kalemleri üzerinden yapılmaktadır. Amaç işletmenin durumunu yatırımcılara, kredi verenlere ve diğer finansal tablo kullanıcılarına olduğundan daha iyi göstermek ya da işletmeyle ilgili taraf devlet ise olduğundan daha kötü göstermektir. Bu suistimal türü varlık veya gelirlerin olduğundan daha iyi durumda gösterilmesi ve gider veya borçların olduğundan daha düşük gösterilmesi olarak iki şekilde sınıflandırılabilir. Varlık ve gelirlerin fiktif varlık değerleri ya da hayali gelirler yoluyla olduğundan daha iyi gösterilmesi mali açıdan daha güçlü bir şirket illüzyonu yaratırken, gider ve borçlar da kaydedilmeyen giderler veya mali yükümlülükler aracılığıyla

2 Türkiye Sigorta Birliği, “Türkiye’ de Sigortacılık”, <http://www.tsb.org.tr>

olduğundan daha az gösterilebilir. Her iki durum da artan öz kaynak ve net şirket değeriyle sonuçlanır ve yanıltıcı bilgilerin oluşmasına neden olur.

Hile, bir kişinin veya bir kurumun varlığına el koyma veya bu varlığın haksız bir biçimde kullanılması şeklinde tanımlanabilir. Bir diğer hile tanımı da; bir çalışanın çalıştığı şirket kaynaklarını ve varlıklarını kasıtlı olarak uygun olmayan bir biçimde kullanarak veya ele geçirerek haksız kazanç sağlamasıdır.

Sigorta işi, doğası gereği, dolandırıcılığa açıktır. Sigorta, likit varlıkların birikimini gerektiren, kayıp tazminatları ödemek için kullanılabilir rezerv fonları şeklindeki bir risk dağıtım sistemidir.

Sigorta şirketleri sigorta primleri yoluyla sürekli büyük bir nakit akışı oluşturmaktadırlar. Bu nakit akışı çok çekici ve kolay yönlendirilebilen önemli bir ekonomik kaynaktır. Likit varlıkların büyük birikimleri, alma ve yağma planlarını elde etmek için sigorta şirketlerini cazip kılmaktadır. Sigorta şirketleri böylece yüksek getirili yatırım planlarının rezerv fonlarına ait yatırım getirisini maksimize etmek için büyük baskı altına girmektedirler.

Bu bölümde sigorta endüstrisini içeren dolandırıcılıkların en yaygın türlerinden bazıları sunulmaktadır. Yapılan tanımlar ve genel açıklamalar, Insurance Fraud Handbook, ACFE, 2009'tan alınmıştır.³

2.1. Acente / Broker Dolandırıcılığı

2.1.1. Nakit, Kredi ve Temettü Çekleri

Bir şirket çalışanı, sigortalının veya sözleşme sahibinin bilgisi olmadan nakit, kredi, ya da bir temettü çek ister ve bunu kendi banka hesabına ya da hayali bir hesaba yatırır. Çalışan, hileli

olan bu işlemi yaparken tespit edilme şansını en aza indirmek için, kendi adresine veya hayali adresteki birinin kayıtlı olan poliçe adresini değiştirir. Çek kesildikten sonra ise bu adresi eski adres bilgisine değiştirir.

2.1.2. Yerleşim Çekleri

Bir şirket çalışanı, bağış olarak verilen bir yerleşim çekini, şube ofisine, kendi ev ya da hayali bir adrese yanlış yönlendirebilir. Çalışan böylece kolaylıkla, çekin tahsil tarihinden önce kayıtlı olan adresini değiştirerek söz konusu olan kusurlu çeki oluşturabilir.

Ayrıca, yetim olan sözleşme sahibi yanlış bir yerleşim çeki için onay verilmesini istemek için fırsat karşılayabilme, periyodik onun ajansı transfer olabilir.

2.1.3. Prim Dolandırıcılığı

Acente prim toplar, ancak sigorta şirketi için onayı havale etmez. Sigortalı hiçbir kapsama girmez.

2.1.4. Hayali Ödeme Yapan Kişi

Bir acente veya görevli hayali bir kişinin kaydındaki yararlanıcı bilgilerini değiştirir ve daha sonra gerekli yetki belgelerini onay verilmesi için gönderir.

2.1.5. Hayali Ölüm Tazminatı

Bir acente veya çalışan, hayali bir ölüm sertifikasını alır ve bunun için ölüm belgelerinin onaylanmasını ister. Acente onayı alır ve ödeme yapılır. Satış temsilcisi de hayali bir uygulama yazar ve çekişmeli dönemde (iki yıl) sonra, sahte bir ölüm talep formu göndererek tazminatı alır. Acente, birkaç bin dolar yatırım yaparak, zimmetine gerçek olmayan tazminat iddiası ile 50.000 \$ veya daha fazla para geçirir.

3 Insurance Fraud Handbook, 2009

2.1.6. Sigortalama Düzensizlikleri

2.1.6.1. Öz Sermaye/Kaynak Fonu

Öz kaynak fonu, yeni işletmelerin finansmanı için mevcut prim/kural değerlerini kullanma işlemidir. Bu yüzden sigortalı, acente tarafından ne yapıldığının farkında olmalı ve tamamen yeni bir sözleşme üzerindeki uzun dönem ödeme yöntemini tam anlamıyla anlamalıdır. Çünkü görülen hiçbir sigortalama düzensizliği yoktur. Bindirme olarak da bilinen öz kaynak fonlama teknikleri, genellikle kaliteli işler üretmemektedir. Ayrıca, şirket yönetmeliklerdeki hayat sigortası miktarını artırır ama bu artan satış ve yönetim giderlerini üstlenmede az ya da neredeyse hiçbir yeni fon getirisi sağlamaz.

2.1.6.2. Yalan Beyan

Bir satış temsilcisi bilerek yasadışı kazanç elde etmek için, sigortalanacak kişiyi aldatmak niyetiyle yanlış bir açıklama yaparsa yanlış beyan oluşabilir.

2.1.6.3. Yanlış Bilgi

Bir şirket çalışanı yasadışı finansal kazanç elde etmek için aşağıda sıralanan yanlış bilgileri kullanabilir:

- Muhtemel olan bir poliçe için daha iyi bir sigorta oranı elde etmede yanlış tıbbi bilgilerin verilmesi
- Yeni kurallara göre daha ucuz bir prim elde etmek için yanlış doğum tarihinin verilmesi
- Ev ya da otomobil sigortası için ucuz bir prim elde etmede yanlış ev adresi verilmesi
- Kaskolatmada yıllık primi azaltmak veya bireyin risk havuzundan başvurarak sigorta sağlamanın yanlış sürücü geçmişi bilgilerin verilmesi

2.1.6.4. Hayali Poliçeler

Bir satıcı, kendi konumunu korumak için, hayali poliçeler gönderir. Veya birey şirketi terk etmeden önce, kendi komisyonunu arttırmak için mezar taşı davaları olarak adlandırılan hayali poliçeler üretir. Bu sayede, kendi komisyonunu artırır. Mezar taşı işlemler ile anlatılmak istenen, bir acentenin mezarlıktaki mezar taşlarından isimleri alması ve onlar adına yeni poliçeler yazmasıdır.

2.1.6.5. Kefalet ve Performans Kefil Şemaları

Kefalet ve teminat mektupları, olayların olup olmayacağına dair garanti sağlamaktadır. Bir acente, hiçbir zaman yapılmayacak olan bir tazminat için yüksek risk teminatlı ve sigortalı için değersiz olan tahvil ihraç edebilir. Bir tazminat durumu söz konusu olursa, acente, acente fonundan yapılması gereken bu ödemeyi geciktirebilir veya yapmayabilir.

2.1.6.6. Değişkenlik

Değişkenlik terimi sigortacılıkta, sigortalının bilgisi olmadan sigorta poliçesine ek teminatları dâhil etmek olarak açıklanmaktadır. İlave ücretler, tüm poliçe bedelinde gizlenmekte ve sigortalı kapsamdan habersiz olduğu sürece, birkaç tazminat bedeli hiçbir zaman tahakkuk ettirilmemektedir. Örneğin, motorlu kulüp üyelikleri, kaza sonucu ölüm, kaza ve seyahat kapsamaları genellikle sigortalının bilgisi olmadan poliçenin içine yerleştirilmiş olabilir.

2.1.6.7. Dolambaç

Dolambaç, genellikle yüksek baskılı satış tekniklerini kullanarak yeni poliçeler için mevcut poliçelerin yer değiştirmesidir. Bunun yapılmasının öncelikli nedeni ise, acentenin kar sağlamasıdır. Burada, ilk yıl satış komisyonları mevcut poliçelerin komisyonlarından yüksektir.

2.1.6.8. Çalkalama

Acentelerin, müşteriye hiçbir ek ücret almadan mevcut poliçenin meskûn değerini kullanarak ek sigorta teminatları satın alabileceklerini söylemeleri halinde ortaya çıkan durumdur. Gerçekte ise, yeni poliçelerin maliyeti sıklıkla eskilerin değerini aşmaktadır.

2.2. Araç Sigorta Programları

2.2.1. Vazgeçme

Mal sahibinin bırakması olarak da bilinen vazgeçme, sigorta poliçesindeki bedelin nakit olarak ya da yüklü miktardaki kredinin alınması için araçtan kurtulması olarak tanımlanmaktadır. Pahalı olan bir araç küçük bir peşinat ödenerek alınmaktadır. Bu araç çalınmış olarak rapor edilir ya da bazı durumlarda araç sahibi aracı, çalınması, parçalanması umuduyla terk eder. Bazı durumlarda yapılan bu plan “çalınan” aracın içinde sigortalanmış olan diğer malların da bulunmasını kapsamaktadır.

2.2.2. Geçmişe Gönderme

Geçmişe gönderme, otomobil kazası geçirmiş ancak sigortası bulunmayan bir kişinin yer aldığı plandır. Bu kişi önce sigorta yaptırmakta, bir süre bekledikten sonra aracın kaza yaptığını rapor etmekte ve hasar tazminatını almaktadır.

2.2.3. Araç Tamiri

Bu plan aracın tamirinde ikinci el parçaların kullanıldığı ancak yeni parça takılmış gibi fatura düzenlendiği durumları kapsamaktadır. Bazen bu plan tamirci ile aracı arsında yapılan hileyi kapsamaktadır.

2.2.4. Araç Kaçakçılığı

Bu plan yeni bir aracın maksimum finansman kullanılarak satın alınmasını kapsamaktadır. Aracın sorunsuz ve temiz olduğunu gösteren sahte sertifika düzenlenir. Araç en üst seviyeden

sigorta yaptırılır ve hırsızlık kapsamı minimumda tutulur. Daha sonra araç yabancı bir limana gönderilir ve çalınmış olarak rapor edilir. Araç gönderildiği yerde satılır ve ayrıca sigortadan hırsızlık tazminatı alınır.

2.2.5. Fantom Araçlar

Mülkiyet belgesi aracın yasal sahibini gösteren belgedir. Bu belge aracın var olduğunu tamamen kanıtlamasa dahi sigorta poliçesinin çıkarılması için gerekli temel belgedir. Fantom araçlar üzerinden tazminat alınması en kolay yol olarak belirtilmektedir.

2.2.6. Sahnelenen Kazalar

Sahnelenen kazalar önceden belirlenmiş olan kazanın araç ile yapılmasını kapsayan plandır. Bu tip planlarda aynı araç defalarca kullanılmaktadır. Bu durum zaman zaman planın açığa çıkmasına neden olmaktadır.

2.2.7. Abartılmış Hasarlar

Araç tamir endüstrisindeki iş çevresi ve rekabet bazı işletmelerin indirimleri karşılamak amacıyla maliyetleri yüksek göstermelerine neden olmaktadır. Bu durumlarda sigortalı, tamirhane sahibi tarafından şirketin uygulayacağı tüm yaptırımların tamirhane tarafından karşılanacağı konusunda ikna edilmektedir.

2.2.8. Araç Tanımlama Numarasının (ATN) Değiştirilmesi

ATN değiştirilmesi ile yapılan suistimal planında araç satılmakta ve tamir edilmiş olarak rapor edilmektedir. Gerçekte araç tamir edilmemekte bunun yerine araç tanımlama numarasının bulunduğu plaka aynı tip ve model çalıntı araçtaki ile değiştirilmektedir.

2.2.9. Kiralık Araba Dolandırıcılığı

Otomobil dolandırıcılığı için kişinin aracın sahibi olması gerekmemektedir. Kiralık araçları

kullanarak yapılabilecek birkaç farklı dolandırıcılık planı bulunmaktadır. En yaygın olanları maddi hasarlı, yaralanmalı ve ihracat dolandırıcılıklarıdır.

2.3. Mülkiyet Planları

Mülkiyet planları genellikle var olmayan mallar için yapılan sigorta işlemlerini veya şişirilmiş kayıp miktarlarını kapsamaktadır.

2.3.1. Şişirilmiş Envanter

Yangında kaybedilen bir mal sigorta formunda belirtilmektedir. Bununla birlikte aslında var olmayan bu mal envanter kayıtlarında bulunmaktadır. Ancak bu mal daha önce satılmış olabilir ya da davacı tarafından bu mala hiçbir zaman sahip olunmamıştır.

2.3.2. Sahte veya Şişirilmiş Hırsızlık

Çalınan ev veya araba kaybedilen paranın geri alınması için oluşturulan tazminat talebinin temelini oluşturmaktadır. Fakat bu mallar ya hiç var olmamıştır ya da daha önce satılmıştır.

2.3.3. Kâğıt Tekneler

Tazminat talebi batan tekneler için yapılmaktadır fakat tekne gerçekte bulunmamaktadır. Satış faturası ile teknenin kaydının yaptırılabilir. Belirli bir süre sonra teknenin battığı ileri sürülerek meydana gelen kaybın karşılanması talep edilmektedir. Fakat teknenin geçekte var olmadığı ya da bilinçli olarak batırılmadığının ispatı oldukça zordur.

2.3.4. Kundaklama

Kişisel konutlar veya ticari mülkler finansal kazanç sağlanması amacıyla yakılarak yok edilmektedir. Sigorta sahipleri tek başlarına veya bu iş için kiraladıkları kişilerle veya organize suç örgütleri ile beraber hareket etmektedirler.

2.4. Hayat Sigortası Dolandırıcılığı

2.4.1. Hileli Ölüm İddiası

Hayat sigortasından ödeme alınabilmesi için ölüm belgesine ihtiyaç bulunmaktadır. Bununla birlikte sahte ölüm belgesi alınması çok zor değildir. Kişi yaşıyor ve kayıp olabilir veya ölmüş olabilir ve ölüm geçmişte gerçekleşmiş olabilir. Ölüm tazminatlarında geri ödeme için yapılacak olan incelemelerin hassas yapılması rüşvet ile engellenebilir ve kolaylıkla geri ödemelerin yapılması sağlanabilir.

2.4.2. Cinayet

Bu tür dolandırıcılık sigorta tazminatının alınması için kişinin öldürülmesini kapsamaktadır. Ölümün kaza gibi gösterilmesi ya da sıradan bir ölüm şeklinde gösterilmesi sağlanmaktadır.

2.5. Yükümlülük Dolandırıcılığı

Yükümlülük dolandırıcılığında davacı gerçekte meydana gelmemiş olan yaralanma için tazminat talep eder. Kayma ya da düşme en yaygın görülen sahtekârlık çeşididir. Bu durumda davacı ihmal sonucunda düştüğünü iddia etmektedir.

2.6. Tazminat Dolandırıcılığı

Çalışan tazminatlarını düzenleyen kanuna göre işveren veya işçilerin sigorta planları çalışanın iş kazası geçirmesi durumunda hatanın hangi tarafta olduğuna bakılmaksızın ve hatanın belirlenmesi için gerekli yasal prosedürlerin yerine getirilmesi için geçecek zamanı dikkate almaksızın çalışana ödeme yapılmasını gerektirmektedir. İş sırasında olabilecek kaza ya da yaralanmalar kol kırılması gibi fiziksel veya stres gibi mental olabilir.

2.7. Yaygın Sigorta Programları

Sigorta programları 4 kategoriye ayrılmaktadır. Bunlar prim dolandırıcılığı, acente dolandırıcılığı, hak sahibi dolandırıcılığı ve organize dolandırıcılıklardır.

2.7.1. Prim Dolandırıcılığı

Bu tip dolandırıcılık işverenin çalışanların primlerini en düşük seviyeden beyan etmesi sonucu ortaya çıkar.

2.7.2. Acente Dolandırıcılığı

Acente kâğıt üzerinde müşterisini sigortalı olarak göstermekte ancak gerçekte sigorta primini sigorta şirketine göndermemektedir. Acente işveren tarafından doldurulmuş olan formu daha düşük prim teklif etmek için değiştirebilir.

2.7.3. Hak Sahibi Dolandırıcılığı

Meydana gelen yaralanma olayının saptırılması veya kişinin kendini bilinçli olarak yaralaması şeklinde meydana gelir.

2.7.4. Organize Dolandırıcılık

Organize dolandırıcılık olayları avukat, doktor, hak sahibi ve simsarın ortak çalışması ile yapılmaktadır. Bu tip dolandırıcılık tazminat vakalarının yanında araç kazaları gibi tıbbi dolandırıcılıklarda da kullanılmaktadır.

Avukat: Genellikle avukat, planın organizasyonunu yapan ve en fazla kazanç sağlayandır. Avukat hak sahibini sigorta şirketi ile geniş kapsamlı bir anlaşma yapması için ikna eder. Hak sahibi sigorta yaptırmak için sağlık kontrolünden geçebilir veya geçmeyebilir. Avukat, yaralanan tarafı muayene için doktora sevk eder.

Simsar: Simsar plan gereği hastayı bulmaktadır. Bu kişi doktor veya avukat tarafından ayarlanmış olabilir ve ödemesi toplam kazançtan pay verilmesi şeklinde veya getirdiği hasta başına yapılmaktadır.

Doktor: Doktor dolandırıcılık planının organizatörlerinden veya oyuncularından biri olabilir ve planın kusursuz bir şekilde çalışması için muhakkak olmalıdır. Doktor planın gerçek gibi

görünmesi için kullanılmaktadır ve bunun karşılığında gelirden yüksek bir pay almaktadır. Doktor muayene için gerekli olan ya da olmayan tüm işlemleri faturalandırmaktadır. Eğer hastanın düzenli bir sağlık sigortası varsa faturayı iki katına kadar arttırılabilmektedir. Eğer yaralanma iş amaçlı seyahat sırasında yapılan trafik kazası sonucunda meydana gelmiş ise doktor çalışanın tazminatını karşılayan firma, çalışanın sağlık sigortası ve otomobil firmasının sigortası olmak üzere üç farklı şirkete fatura edebilir.

3. SİGORTA SAHTEKARLIKLARINDAKİ “KIRMIZI BAYRAKLAR”

Sigorta sahtekârlıklarındaki kırmızı bayraklar aşağıdakilerden herhangi birini içerebilir:

- Tazminat talebi poliçe başlangıcından kısa bir süre sonra veya sigorta kapsamının artırılmasından hemen sonra yapılmaktadır. Bu durum planlanan mülkün veya ziynet eşyasının satın alınması veya kayıp öncesi dönemde her ikisinin birden yapılmasını kapsamaktadır.
- Sigortalının geçmişte çok fazla tazminat talebinin ve kayıplarının bulunması
- Olaydan önce sigortalının herhangi bir kayıp olması durumunda sigortanın kapsamı ve ödemeler konusunda sigorta acentesine kayıp ile ilgili varsayımsal sorular sorması.
- Sigortalının sigorta anlaşmasının kısa sürede yapılması için çok ısrar etmesi ve tazminat talebinin iyi dokümanter edilmediği durumlarda sigortanın kapsamı ve tazminat prosedürleri hakkında olağan dışı bilgiye sahip olması.
- Hırsızlık sigortasında sigorta kapsamı geniş tutulmuşsa ve hırsızlık durumları için alışılmadık şekilde fazla mülkü kapsıyorsa.

- Yangın ya da hırsızlık gibi kayıplarda poliçe, son zamanlarda alınmış, pahalı mülkleri kapsıyorsa veya sigortalı kayıpları ile ilgili fatura, kullanım kılavuzu veya başka dokümanları gösteremediği halde kaybolan mallarının en iyi kalitede ya da en pahalı mallar olduğunu iddia ediyorsa.
- Yangın tazminatlarında, sigortalı için kişisel veya duygusal önem arz eden eşyalar (fotoğraflar, aile yadigârları veya evcil hayvanlar gibi) kayıplar arasında bulunmuyorsa.
- Kayıplar arasında garaj satışı, ikinci el satıcılar gibi yerlerden alınmış çok miktarda ve faturasız mal bulunduğu iddia edildiği durumlarda.
- Sigortalının tazminat talebinde bulunduğu malları hatırlayamaması, bilememesi veya yeterli şekilde tanımlayamaması durumunda.
- Sigortalının kayıplarına ait fatura ve diğer dokümanlara, şahitlere ve tüm fotoğraflara sahip olduğu diğer bir ifade ile tazminat talebinin eksiksiz olduğu durumlarda.
- Sigortalı tarafından sağlanan belgelerin düzensiz veya sorgulanabilir olduğu durumlarda, örneğin;
 - Numaralanmış faturaların ayı yerden farklı tarihlerde alınmış olması veya sırayla alınmış olması
 - Dokümanların tarih, tanım ve miktarlarına ilişkin değişim sinyalleri vermesi
 - Dokümanların sadece fotokopilerinin bulunması, asıllarının sağlamaması
 - Farklı makbuz ve fatura gibi dokümanlarda el yazılarının veya imzaların benzer olması.
 - Mülkün fiyatı için yada fatura üzerindeki tarihe göre ödenen vergi miktarının hatalı olması.
- Fatura, makbuz veya gönderi belgelerinde “ödendi”, “alındı” gibi damgaların bulunmaması.
- Hırsızlık veya kayıp gibi durumlarda sigortalının polise başvurmak için uzun süre beklemesi
- Sigortalının hırsızlığın olduğu gün veya çok kısa süre sonra çalınan tüm eşyalarının eksiksiz ve tam listesini polise verebiliyor olması.
- Tazminat talep edilen miktarın sigortalı tarafından polise bildirilen miktardan farklı olması.
- İş envanteri veya gelir kayıplarında sigortalı tüm kayıtları tutmaz veya tutulan kayıtlar kabul görmüş muhasebe ilkelerine uygun olmaz.
- Sigortalı tarafından beyan edilen kayıp ile kayba ilişkin fiziksel delillerin birbiri ile uyumsuz olması
- Hırsızlık durumlarda kırma ve zorla girme gibi fiziksel kanıtların bulunmaması
- Yangın kayıplarında;
 - Yangının görünen nedeni veya başlangıcının kazara ortaya çıkmış olma ihtimalinin olmaması veya yangını hızlandıracak ya da başlatacak maddelerin kullanıldığına ilişkin kanıtların olması
 - Yangından geriye kalan mülkün beyan edilen mülk ile uyuşmaması
- Binanın daha önce beyan edilen özellikleri göstermemesi veya kayıp olduğu iddia edilen malzemelere göre binanın yeterli büyüklükte olmaması

- Sigorta edilen araçtaki hasar ile çarpıştığı sigortasız araçtaki hasar ile uyumsuz olması
- Sigortalının hasar gördüğünü iddia ettiği eşyasını sigorta eksperini incelemeden iskartaya çıkarması
- Beyan edilen mülkün maliyetinin sigortalının karşılayabileceğinden çok daha fazla olması.
- Sigortalının rutin sorulara cevap vermekten kaçınması veya cevap verememesi durumunda.
- Sigortalı tarafından gösterilen destekleyici kanıt ve belgelerin inandırıcı olmaması
- Sağlık uygulamalarındaki bilgilerin sağlık geçmişindeki detaylar (tarihler, yer isimleri vb.) ile karşılaştırıldığında çok şüpheli ve muğlak olması
- Başvuru belgesindeki gelir, sahip olunan diğer sigortalar gibi soruların cevaplanmaması
- Sigortalının çok fazla sigortasının bulunduğu tespit edilmesi.
- Sigortalının gelirinin sigorta miktarını karşılayabileceğini garanti etmediği durumlar.
- Sigorta başvurusu yapanın başvuru formunda belirttiği doğum tarihinin daha önce yaptığı başvuru veya poliçelerde beyan ettiği ile uyuşmaması
- Doktor raporundaki tıbbi geçmişe ilişkin detayların çok muğlak olması ve başvuruda verilen bilgiler ile örtüşmemesi
- Ülke dışında gerçekleşen ölüme ilişkin ölüm beyanının verilmesi
- Sigorta başvurusundaki imza ile tazminat beyanındaki imzanın uyuşmaması
- Hak sahibi veya onun avukatının şirket tarafından standart olarak kullanılan yetki belgesi üzerindeki bilgilerin sınırlandırılması için girişimde bulunması
- Araştırmanın engellenmesi ve şirket tarafından istenen bilginin verilmemesi amacıyla ölüm beyanının avukat tarafından hemen getirilmesi
- Şüpheli ölüm iddiası kazara ölüm olarak rapor edilir fakat büyük ihtimalle intihar olabilir. (Tek aracın bulunduğu ölümlü kaza, av kazası veya silahın temizlenmesi sırasında ateş alması gibi)
- Otopsi raporunda belirtilen boy ve kilo ile son başvuru formundaki bilgilerin farklı olması. Diş kayıtlarının otopsi raporundakilerle uyuşmaması.
- Hastanede kalan hastaya ait kayıtların kaybolması veya hastaya ait kayıtların doktorun muayenehanesinden kaybolması
- Sigorta şirketine gönderilen ölüm beyanının eksiksiz ve her detayı içeren şekilde kusursuz olması. Ölümle ilgili dokümanların sigorta şirketi tarafından talep edilmeden gönüllü olarak gönderilmesi.
- Belirlenmiş sigortalı grubuna yapılan rutin denetimler maaş bordrosunda görünmeyen çalışan sayısında artış olduğunu göstermektedir.
- Polis raporları hak sahibi tarafından ibraz edilmiştir.
- Hak sahibi davanın bir an önce görülmesini talep eder.
- Aynı eczaneden alınan reçete numara serileri ile reçete tarihlerinin örtüşmediği durumlarda.

- Görgü tanığının olmadığı uzak kırsal arazide aracın yakılması; bu durumda sürücü yangının elektrik kontağından çıktığını iddia eder.
- Ev ya da iş yeri yangınlarındaki ilk bilgi iş yeri ya da ev sahibinin finansal durumunun kötü olduğu ve bunun kişi üzerinde baskı oluşturduğu yönündedir ve bu durum yangını şüpheli hale getirir.
- Sigorta şirketinde tazminat operasyonları ile uğraşan çalışanın içki veya uyuşturucu problemi olduğu, finansal zorluk içinde olduğu, problemleri evliliğinin olduğu biliniyor. Bu durumda düzensizlikler görülmeye başlanmaktadır.
- İş yeri veya özellikle ev soygunlarında yapılan araştırmada geriye kalan malların çalışanlara göre daha düşük kalitede olduğu görülmektedir. Halı üzerinde ağır olan mobilya veya eşyalara ait girinti izleri bulunmamaktadır. Duvarda tabloları asmak için herhangi bir aparat bulunmamaktadır. Giriş veya çıkışlar büyük eşyaların demonte edilmeden geçirilebilmesi için çok küçüktür.

4. SİGORTA SUİSTİMALLERİ BİLGİ SİSTEMİ (SİSBİS)

Sigorta Suistimleri Bilgi Paylaşım Sistemi (SİSBİS), Üçüncü şahıslardan ve sigorta şirketlerinden sağlanan “yanlış sigorta uygulamaları” ve sigorta suistimallerine konu olabilecek verilerin tutulduğu merkezi bir veri tabanıdır. SİSBİS oto, sağlık, hayat ve diğer tüm sigorta dallarını

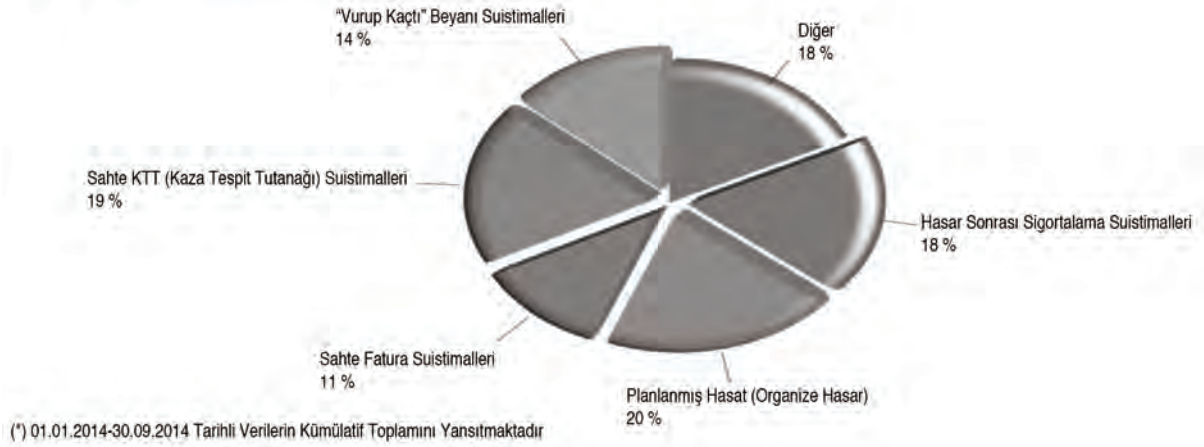
kapsar. SİSBİS’ in amacı aşağıdaki şekli ile hem sigorta şirketleri hem de sigortalılar için aşağıdaki şekli ile özetlenebilir. Sigorta Şirketleri İçin;

- Sahtekarlık ilave maliyetinin azaltılması.
- Risklerin teminat kapsamına alınıp alınmaması.
- Risklerin fiyatlanması konusunda daha doğru karar alma imkanı sağlaması.

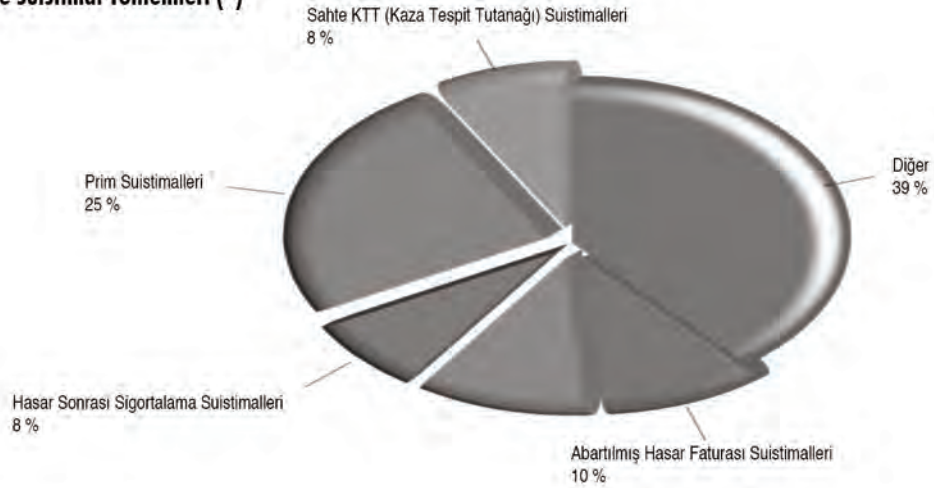
Sigortalılar İçin;

- Dürüst sigortalının haklı menfaatlerinin korunması.
- Prim maliyetlerinin düşürülmesi.

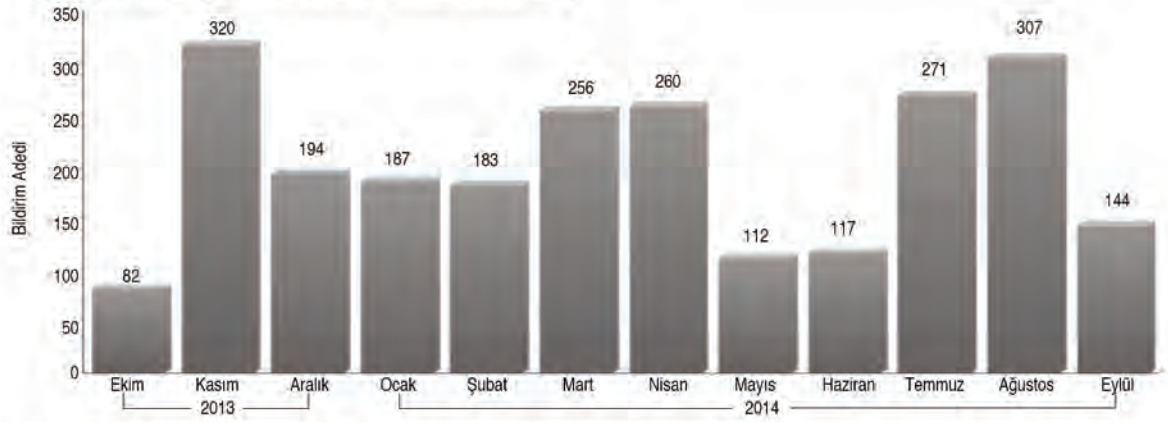
Olayın hukuki boyutu ise, “Sigortalı/ Sigorta Ettiren/ lehtar/ Hak Sahibi sıfatına haiz olduğunuz sigorta ilişkilisinde tarafınıza ya da üçüncü şahıslara haksız menfaat sağlamaya yönelik herhangi bir eyleme sebebiyet vermeniz durumunda tazminatı eksik alma veya alamama halleri ortaya çıkabileceği gibi Türk Ceza Kanunu ile 30 Nisan 2011 tarih ve 27920 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Yanlış Sigorta Uygulamalarının Tespiti, Bildirimi, Kaydı ve Bu Uygulamalarla Mücadele Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” hükümleri çerçevesinde işlem tesis edilecektir” şeklinde ifade edilen yargı ile hükme bağlanmaktadır. SİSBİS sistemi üzerinden elde edilen suistimal istatistikleri ise şu şekilde sıralanmaktadır.

Sigorta Şirketleri Bildirimlerinde Suistimal Yöntemleri(*)

Şekil 4.1. Sigorta Şirketleri Bildirimlerinde Suistimal Yöntemleri

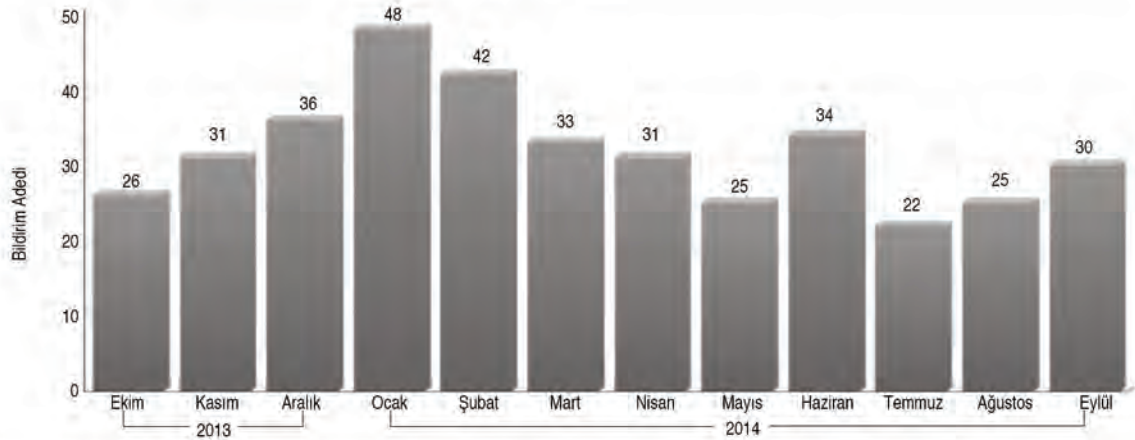
Diğer Bildirimlerde Suistimal Yöntemleri (*)

Şekil 4.2. Diğer Bildirimlerde Suistimal Yöntemleri

Sigorta Şirketleri Ay Bazında Suistimal Bildirim Adetleri (*)

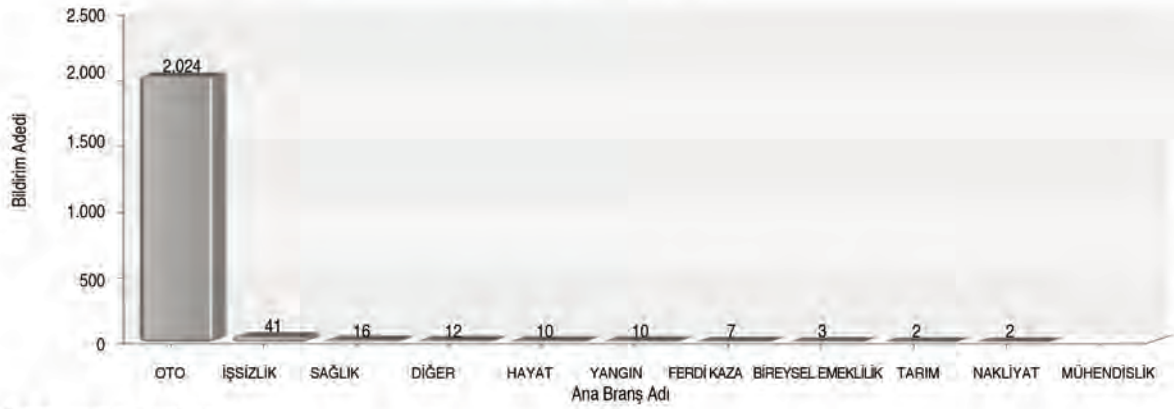
(*) Grafik son 12 ay baz alınarak hazırlanmıştır, son 12 ayın toplam bildirim adedi 2.443 dir.
30.09.2014 Tarihi İtibariyle Veri Tabanında Mevcut Olan Verileri Yansıtmaktadır.

Şekil 4.3 Sigorta Şirketleri Ay Bazında Suistimal Bildirim Adetleri

Diğer Kaynaklar Ay Bazında Suistimal Bildirim Adetleri (*)

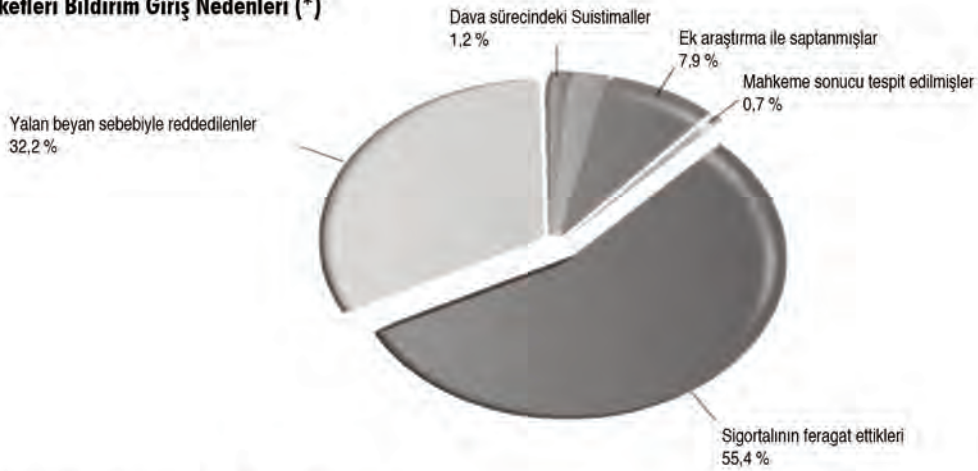
(*) Grafik son 12 ay baz alınarak hazırlanmıştır, son 12 ayın toplam bildirim adedi 383 dir.
30.09.2014 Tarihi İtibariyle Veri Tabanında Mevcut Olan Verileri Yansıtmaktadır.

Şekil 4.4 Diğer Kaynaklar Ay Bazında Suistimal Bildirim Adetleri

Branş Bazında Tüm Kaynakların Suistimal Bildirim Adetleri Dağılımı (*)

(*) Toplam bildirim adedi 2.127 dir.
01.01.2014 - 30.09.2014 Tarihli Verilerin Kümülatif Toplamını Yansıtmaktadır.

Şekil 4.5 Branş Bazında Tüm Kaynakların Suistimal Bildirim Adetleri Dağılımı

Sigorta Şirketleri Bildirim Giriş Nedenleri (*)

(*) 01.01.2014-30.09.2014 Tarihli Verilerin Kümülatif Toplamını Yansıtmaktadır

Şekil 4.6 Sigorta Şirketleri Bildirim Giriş Nedenleri

SONUÇ VE ÖNERİLER

Genel bir tanım olarak ele alındığında, hile; bilinçli olarak yapılan bir fiil olarak tanımlanmakta ve bu yönüyle kasıt taşımayan hata türü davranışlardan ayrılmaktadır. Bu yönüyle finansal tablo hileleri, literatürde şirketlerin finansal tablo kullanıcılarını aldatmak amacıyla kasıtlı bir şekilde bu tablolarda yer alması gereken tutarların yer almaması ve/veya olmaması gereken tutarların tablolarda yer alması olarak tanımlanmıştır. Finansal raporlama suistimalleri, genellikle maksatlı olarak finansal bilgilerin önemli bir hata içerecek şekilde manipüle edilmesi ve bu yöntemle finansal tablo kullanıcılarının yanıltılması olarak tanımlanabilir.

Sigorta suistimallerinin tespit edilmesi ve azaltılması sigorta sektörü ve sigortacılar açısından öncelikli çözülmesi gereken sorunların başında gelmektedir. Bu suistimaller dürüst sigortalıları etkilediği gibi finansal tabloların hileli olması neticesinde üçüncü taraf olan bilgi alanlar açısından da çözülmesi gereken bir sorun haline almaktadır. Bu sorunun çözülmesi için yapılması gerekenlerin başında devletin çıkarmış olduğu yasaların ve sigorta şirketlerinin bu tür suistimallerin önüne geçmek için uygulamaya aldığı şirket politikalarının önemi büyüktür. Bu konuda kesin ve kararlı uygulamalar yapılmalıdır.

KAYNAKÇA/BİBLİYOGRAFYA

ASİL Denetim, “Türkiye’ de Suistimal Etik Kurallara Uyumsuzluklar” http://www.asildenetim.com/images2/etik_kurallara_uyumsuzluklar_turkiyede_suiistimal.pdf, (5 Ocak 2015)

Atilla Çilingir, “Sigorta Suistimallerinin Sektöre Etkisi”, <http://www.atillacilingir.com/sigorta-suistimallerinin-sektore-etkisi/>, (3 Ocak 2015)

Ali Bülent Kayacan, “Sigorta Acentelerinin Muhasebe Kayıt Düzeni”, Referans ABK Sigorta Acenteliği Limited Şirketi, http://referanssigorta.com/Sigorta_Acentelerinin_Muhasebe_Kayıt_Düzeni_Yeni.pdf, (25 Aralık 2014)

Christopher J.,Skousen, “An Empirical Investigation of theRelevanceand Predictive Ability of the SAS 99 Fraud Risk Factors,” Doctor of Philosophy, Oklahoma StateUniversity, UMI Dissertation Services, 2004

Consideration of Fraud in a Financial Statement Audit, AU Section 316 Consideration of Fraud in a Financial Statement Audit, <http://www.aicpa.org/research/standards/auditattest/downloadabledocuments/au-00316.pdf>, (10 Ekim 2014)

Ergün Küçük ve Şaban Uzay, “Hileli Finansal Raporlamanın Oluşumu ve Doğurduğu Sorunlar”, Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Sayı: 32, Ocak-Haziran 2009, ss.239-258

Insurance Fraud Handbook, Association of Certified Fraud Examiners, 2009.

S. Alkan, “Sigorta Sektörü”, Sigorta Araştırmaları Birimi, N0: 22, 2000.

Türkiye Sigorta Birliği, “Sigortanın Tarihi”, <http://www.tsb.org.tr>, (12 Ocak 2015)

Türkiye Sigorta Birliği, “Türkiye’ de Sigortacılık”, <http://www.tsb.org.tr>, (12 Ocak 2015)Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği, “Sigorta Branşları”, <http://www.tsrbs.org.tr>, (15 Ocak 2015)

Muhasebe Sistemi Uygulama Genel Tebliği

Sigorta Acenteleri Yönetmeliği

Sigortacılık Kanunu

Türk Ticaret Kanunu

Vergi Usul Kanunu

