

LA FRAUDE À L'ASSURANCE

Sommaire

Pages

La notion de fraude à l'assurance	46
La lutte contre la fraude à l'assurance.....	46
Les sanctions en cas de fraude à l'assurance.....	47

Chaque année, le nombre de fraudes à l'assurance constatées s'accroît et les modes opératoires se complexifient. La lutte contre la fraude est devenue un enjeu majeur compte tenu de ses conséquences financières souvent lourdes pour les organismes d'assurance et, in fine, pour la collectivité des assurés.

LA NOTION DE FRAUDE À L'ASSURANCE



II Définition de la fraude

Caractère intentionnel
Mauvaise foi
Préjudice

La fraude à l'assurance peut se définir comme un acte, une omission ou une réticence dolosive commis dans l'intention de tromper l'assureur afin d'en tirer un avantage illégitime. Pour que la fraude existe, ce comportement malhonnête doit être commis de mauvaise foi et/ou intentionnellement. La fraude crée au détriment des organismes d'assurance un préjudice, non seulement d'image, mais

également financier en les privant notamment :
- de la possibilité de se faire une juste opinion des risques à garantir, par exemple en recevant des déclarations de risque volontairement erronées ;
- de connaître la fréquence réelle de la sinistralité en indemnisant des sinistres imaginaires.
Dans certains cas, le comportement d'une personne de bonne foi peut également créer un préjudice

à l'assureur. Il peut par exemple s'agir d'un assuré oubliant de déclarer dans un questionnaire de santé une maladie survenue dans son enfance ou encore d'un assuré déclarant la faible valeur d'un tableau dont il ignore la réalisation par un grand peintre. À défaut de démontrer la mauvaise foi, la fraude à l'assurance ne peut pas être constatée.

II Typologies des fraudes et des fraudeurs

Fraude externe
Diversité des objectifs
Diversité des fraudeurs

➤ Fraude externe et fraude interne

La fraude peut notamment être le fait de l'assuré, d'un tiers, d'un intermédiaire en assurance ou encore d'un salarié travaillant pour un organisme d'assurance.
• Lorsque la fraude est commise par l'assuré ou par un tiers, elle est qualifiée d'externe. La fraude externe représente la majorité des cas de fraudes constatés. Elle concerne un grand nombre de personnes et revêt une multitude de formes. Seules les fraudes externes et leurs conséquences sont détaillées ci-après.
• Lorsque la fraude est commise par un intermédiaire en assurance ou par un salarié, la fraude est interne. Une personne utilise alors son propre emploi pour s'enrichir tout en abusant ou en détournant

délibérément des ressources ou des actifs de l'entreprise qui l'emploie ou le mandate. Ce type de fraude n'étant pas spécifique au domaine de l'assurance, elle n'est pas détaillée par la suite.

➤ Diversité des fraudes externes commises

Les objectifs poursuivis par les fraudeurs sont extrêmement variés. C'est par exemple chercher à assurer un risque que l'assureur refuserait de couvrir en l'absence de fraude, vouloir payer une cotisation ou une prime d'assurance d'un montant moins élevé, obtenir un remboursement indu ou encore se soustraire à une obligation. Des fraudes sont ainsi commises aussi bien à la conclusion du contrat que lors de son exécution, principalement lors de la déclaration de risque ou de sinistre. Cette

variété d'agissements frauduleux se comprend d'autant mieux qu'ils sont commis par des personnes très diverses. C'est notamment le cas :

- de l'assuré qui minore le risque à la souscription de son contrat ou déclare la réalisation d'un sinistre imaginaire ;
- du bénéficiaire d'un contrat d'assurance décédé qui "précipite" la réalisation du risque assuré ;
- du tiers victime qui simule son dommage ou qui exagère un dommage véritable afin d'obtenir une meilleure indemnisation ;
- du tiers intéressé au contrat ou intervenant lors du sinistre (ex. : professionnel de santé, carrossier, expert) qui exagère un dommage afin d'accroître son intervention et le montant ainsi facturé.

LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE À L'ASSURANCE



III LA PRÉVENTION

Dispositifs de prévention et de détection

Les professionnels de l'assurance disposent d'outils techniques et technologiques performants pour analyser et croiser des données. Ils peuvent ainsi exercer une vigilance constante destinée à détecter, voire déjouer, la grande majorité des tentatives de fraudes.

Afin d'optimiser la détection de la fraude, il est notamment essentiel :

- d'élaborer et de mettre à jour régulièrement une cartographie des risques en veillant à sa diffusion aux collaborateurs et aux intermédiaires ;
- de collecter des données, avec l'autorisation de la CNIL dans le cadre de son "pack de conformité assurance". Il s'agit des données à caractère personnel des personnes présentant un risque de fraude et des données d'infractions, de condamnations ou de mesures de sûreté ;

- de former régulièrement les collaborateurs et les intermédiaires sur les comportements suspects et sur les réactions à adopter ;
- de réaliser un reporting régulier et consolidé ;
- de mettre en place des procédures de contrôle et de sanctions adaptées ;
- de partager les expériences entre collaborateurs ;
- de mettre en place un référent pour chaque collaborateur.

Des campagnes d'information des assurés sur l'existence de contrôles réguliers et sur les sanctions encourues peuvent également participer à améliorer la prévention de la fraude.

III LA DÉTECTION DE COMPORTEMENTS SUSPECTS

Critères d'alerte

Assuré
Opérations
Sinistre
Documents

La phase de détection de la fraude s'avère centrale et particulièrement délicate. Elle implique de repérer, parmi toutes les déclarations de risques et de sinistres, celles suspectes qui nécessitent des investigations. Certains critères d'alerte doivent toutefois attirer l'attention. Il n'en existe malheureusement pas une liste exhaustive.

Critères d'alerte concernant l'assuré

- Un changement de RIB fréquent ou concomitant au sinistre.
- Un assuré assisté par un tiers et ne disposant visiblement pas de son entière liberté de consentement.

Critères d'alerte concernant les opérations

- Des primes payées par un tiers à la place de l'assuré.
- Une demande de rachat avec une signature différente de celle de l'assuré.

- Une demande de changement de clause bénéficiaire rédigée d'une écriture différente de celle de l'assurée.
- Une demande de changement de clause bénéficiaire d'un assuré particulièrement âgé ou malade.
- Un changement de clause bénéficiaire au profit d'une personne n'ayant pas de lien évident avec l'assuré.
- Des demandes de rachats partiels rapprochées et/ou de montant élevé.
- Une demande de rachat total du contrat prématurée.

Critères d'alerte concernant le sinistre

- La survenance d'un sinistre important.
- La survenance répétée et rapprochée de sinistres pour un même bien ou un même assuré.
- La survenance d'un sinistre peu après la souscription du contrat d'assurance.

- La demande de réouverture d'un dossier lié à un sinistre ancien.
- La production à plusieurs reprises d'une même ordonnance médicale (pour obtenir plusieurs remboursements).
- Une multiplication des arrêts de travail.
- Le décès à l'étranger du souscripteur.
- Un incendie d'origine indéterminée ou criminelle
- Une déclaration de sinistre tardive.

Critères d'alerte concernant les documents

- La fourniture tardive ou hors délai des informations
- L'absence de production des justificatifs exigés.
- L'apposition d'une signature illisible.
- La production d'un document raturé.
- La non-concordance ou l'incohérence des dates indiquées.

III LES RÉACTIONS À AVOIR

Investigations
Analyse
Alerte de l'ALFA
Déclaration de soupçon à TRACFIN

En cas de détection d'un critère d'alerte, des investigations complémentaires sont effectuées en interne. Peuvent par exemple être contrôlées :
- la concordance des informations fournies par l'assuré avec celles déjà connues de l'assureur (ex. : adresse, RIB, signature) ;
- l'authenticité des documents communiqués par l'assuré (ex. : ordonnances, factures, carte grise) ;
- la cohérence de ses déclarations notamment au regard du questionnaire de déclaration de risques ou de la description du sinistre.

des éléments recueillis est menée.

Pour étayer cette analyse, des investigations plus techniques peuvent être entreprises en sollicitant parfois des enquêteurs privés. Le fruit de ces investigations peut, le cas échéant, être transmis à la police et à la justice afin de faciliter leur travail d'instruction en cas d'infractions pénales. Parallèlement aux vérifications et analyses, l'organisme d'assurance peut devoir :

- alerter l'agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) afin de permettre éven-

et/ou d'éviter la multiplication d'une fraude au sein d'autres organismes d'assurance ;
- réaliser une déclaration de soupçon à TRACFIN, une fraude à l'assurance pouvant être révélatrice d'un blanchiment de capitaux ou de financement du terrorisme.

Lorsque l'assureur dispose de suffisamment d'éléments probants pour démontrer la fraude il peut opposer à l'assuré les conséquences de la fraude. Le cas échéant, l'assureur peut saisir les juridictions civiles, voire déposer plainte pour

LES SANCTIONS CIVILES

En cas de fraude à la souscription ou en cours de contrat lors d'une aggravation du risque

Circonstances Nullité du contrat

Précisions sur les fraudes sanctionnables
Lors de la souscription, l'assureur remet au souscripteur un questionnaire. L'assuré étant par principe considéré comme de bonne foi, il est impératif que ce questionnaire soit le plus clair, précis et exhaustif possible. Le souscripteur doit y répondre de manière exacte et sincère.

Une fraude est commise lorsque le souscripteur omet volontairement un risque ou modifie la réalité du risque en répondant de manière erronée ou inexacte. Une fraude peut aussi être commise en cours de contrat, l'assuré oubliant volontairement de déclarer une aggravation du risque ou atténuant cette aggravation.

La **faute de l'assuré** est caractérisée lorsqu'elle a eu une **influence déterminante** sur la possibilité de souscrire un contrat d'assurance, sur la nature, les modalités ou les conditions de ce contrat. La charge de la preuve de la fraude pesant sur l'assureur, il est indispensable qu'il conserve jusqu'au terme du contrat les réponses apportées dans le questionnaire.

Une des fraudes les plus évidentes consiste à s'assurer contre la réalisation d'un risque déjà réalisé (ex. : le vélo à assurer a déjà été volé) ou dont la réalisation est certaine et imminente (ex. : une garantie perte d'emploi alors que le licenciement est déjà en cours).

Les sanctions

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'assuré, le contrat d'assurance est nul dès lors que la fraude a changé l'objet du risque ou a influencé l'opinion de l'assureur. Il n'est pas nécessaire que le risque omis ou dénaturé ait eu une influence sur le sinistre.

En cas de fraude à la souscription du contrat, le contrat est réputé **annulé depuis sa souscription**. Les sommes versées au titre des primes payées et celles devant être versées au titre des primes à échoir peuvent être acquises par l'assureur à titre de dommages et intérêts.

En revanche, **en cas d'omission ou de fausse déclaration intentionnelle lors d'une aggravation de risque, l'annulation du contrat vaut uniquement pour le futur**. L'assureur peut demander la restitution des indemnités payées en cas de sinistre intervenu depuis la fausse déclaration et n'est pas tenu de verser celles non encore payées.

La nullité du contrat n'est toutefois pas prononcée lorsque :

- l'assureur a renoncé expressément à s'en prévaloir (ex. : règlement du sinistre en connaissance de cause) ;
- l'assureur ne pouvait pas ignorer la fraude ;
- le mandataire a été négligent dans sa vigilance.

En savoir +

En cas d'omission ou de fausse déclaration non intentionnelle, non constitutive d'une fraude au sens strict, la nullité du contrat n'est pas encourue. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur peut soit maintenir le contrat moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit résilier le contrat 10 jours après notification à l'assuré par lettre recommandée en restituant une partie de la prime payée. Lorsqu'elle est constatée après sinistre, l'indemnité est réduite.

Dans tous les cas, la faute est commise dans l'intention de tromper l'assureur et d'en retirer un avantage indu.

Les sanctions

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre prouvée par l'assureur, ce dernier n'a pas à indemniser l'assuré pour les dommages subis ou prétendument subis. L'assureur peut en effet opposer une **exclusion de garantie** voire, si le contrat le prévoit, **prononcer la déchéance**. Lorsque la fraude est découverte après indemnisation, l'assureur peut demander le **remboursement des sommes indûment versées**.

ayant pour but d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques. Ils sont souvent associés à l'escroquerie.

Les délits de faux et d'usage de faux sont punis de **3 ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende**, sauf circonstances aggravantes.

L'abus de confiance ou l'abus de faiblesse

Ces délits sont généralement commis par des tiers au préjudice d'un assuré vulnérable du fait de son état de santé, de son âge, de ses capacités physiques et/ou mentales, afin d'obtenir indûment des fonds ou un avantage quelconque. Il peut par exemple s'agir d'un employé de maison devenant bénéficiaire d'un contrat d'assurance-vie quelques mois avant le décès du souscripteur-assuré âgé. Ces délits sont punis de **3 ans d'emprisonnement et de 375 000 € d'amende**, sauf circonstances aggravantes.

Une fraude à l'assurance n'est sanctionnée pénalement que si les agissements constituent une infraction. Les délits les plus fréquents sont l'escroquerie, le faux et l'usage de faux et l'abus de confiance.

L'escroquerie

Ce délit consiste en une tromperie permettant, soit par des manœuvres frauduleuses, soit par l'usage d'une fausse qualité ou par l'abus d'une qualité vraie d'obtenir la remise de fonds ou la souscription d'un contrat. Elle nécessite un agissement ce qui exclut un simple mensonge ou une omission.

La peine encourue pour une escroquerie, une tentative d'escroquerie ou une complicité d'escroquerie s'élève à **5 ans d'emprisonnement et 375 000 € d'amende**, sauf circonstances aggravantes.

Le faux et l'usage de faux

Les délits de faux et d'usage de faux consistent en la fabrication et/ou l'utilisation d'un faux document

Exemples de fraudes à la souscription du contrat

En assurance de personnes :

- faire une déclaration inexacte de son état de santé ;
- mentir sur son âge ou sur sa qualité de non fumeur ;
- dissimuler les difficultés financières de son entreprise.

En assurance dommages :

- mentir sur les caractéristiques du bien et sur son usage ;
- faire une déclaration inexacte de la valeur du bien ;
- ne pas déclarer le(s) sinistre(s) précédent(s) ;
- déclarer des moyens de protection inexistant(s) ;
- faire une fausse déclaration de l'identité du conducteur habituel ;
- ne pas déclarer la suspension, l'absence de permis de conduire ou une condamnation pour conduite en état d'ivresse.

En assurance responsabilité civile professionnelle :

- ne pas déclarer la défectuosité d'un produit connue du fabricant ;
- dissimuler une activité professionnelle complémentaire ;
- minorer le chiffre d'affaires ou l'effectif employé.

Exemples de fraudes au sinistre

En assurance de personnes :

- s'automutiler afin de maintenir une incapacité de travail (ex. : doigt d'un chirurgien) ;
- présenter à l'expertise une personne réellement malade en lieu et place de l'assuré non malade.

En assurance dommages :

- déclarer que c'est le passager indemne qui conduisait et non le réel conducteur blessé et en état d'ébriété ;
- faire circuler son véhicule dans une zone impraticable.

En assurance responsabilité civile :

- frapper quelqu'un avec une violence telle que le coup ne pouvait que causer un dommage à la victime ;
- pour une entreprise du bâtiment, ne pas avoir effectué des travaux indispensables sur un immeuble.

Exemples d'escroqueries

En assurance de personnes :

- usurper l'identité d'un assuré et/ou fournir de nouvelles références bancaires afin de percevoir les indemnités versées par l'assureur ou la somme correspondant au rachat d'un contrat ;
- continuer à travailler tout en percevant des indemnités journalières suite à un arrêt de travail ;
- utiliser une même ordonnance pour se faire rembourser plusieurs fois la même prestation ;
- pour un professionnel de santé, facturer des prestations inexactes ou fictives.

En assurance dommages :

- déclarer un sinistre comme accidentel alors qu'il a été volontairement provoqué ;
- déclarer le vol du véhicule alors qu'il a été détruit ou dissimulé par l'assuré lui-même, parfois suite à un accident afin d'éviter l'application d'un malus ;
- déclarer le vol du véhicule en réalité maquillé et vendu à l'étranger.

Exemples de faux et d'usages de faux

En assurance de personnes :

- transmettre à l'assureur une fausse demande de rachat ou une véritable demande de rachat accompagnée d'un faux RIB ;
- transmettre une fausse attestation de décès afin de percevoir la prestation ;
- transmettre de faux arrêts de travail, de fausses ordonnances ou des feuilles de soins falsifiées.

En assurance dommages :

- produire de fausses factures d'achat ou de réparation ;
- fournir une fausse attestation de garantie décevante ;
- produire un faux permis de conduire ;
- falsifier un certificat de cession d'un véhicule.

En assurance responsabilité civile : produire une fausse carte professionnelle.