

Analiza danych

dotyczących przestępstw ujawnionych w 2015 roku

w związku z działalnością
zakładów ubezpieczeń
– członków Polskiej
Izby Ubezpieczeń

dr Piotr Majewski

Polska Izba Ubezpieczeń
Komisja ds. Przeciwdziałania Przystępczości Ubezpieczeniowej
Podkomisja ds. Przeciwdziałania Przystępczości w Ubezpieczeniach na Życie

Warszawa 2016 r.

Komisja ds. Przeciwdziałania Przeszeczności Ubezpieczeniowej
oraz Podkomisja ds. Przeciwdziałania Przeszeczności
w Ubezpieczeniach na Życie
dziękują wszystkim zakładom ubezpieczeń,
które dostarczyły danych do tegorocznej edycji badania,
oraz osobom biorącym udział w pracach Komisji i Podkomisji.

Niniejsza publikacja jest chroniona prawami autorskimi i wyłącznie podmioty uprawnione z tytułu takich praw mogą korzystać z analizy. Żadna jej część nie może być kopiowana bądź wykorzystywana przez jakąkolwiek osobę trzecią, w tym w szczególności do celów komercyjnych bez uzyskania pisemnej zgody Polskiej Izby Ubezpieczeń.

W przypadku cytowania fragmentu publikacji należy wskazać jego źródło.

Spis treści

Informacje wstępne.....	4
Metodyka prowadzonych badań.....	6
Dział I – Ubezpieczenia na życie.....	8
1. Metodyka badania.....	8
2. Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2015 r.....	8
3. Przykłady zdarzeń.....	16
4. Wnioski i rekomendacje.....	17
Dział II – Pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe.....	18
1. Metodyka badania.....	18
2. Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2015 r.....	18
3. Przykłady zdarzeń.....	28
4. Wnioski i rekomendacje.....	29
Załącznik 1. Kwestionariusz dla zakładów ubezpieczeń Działu I.....	30
Załącznik 2. Kwestionariusz dla zakładów ubezpieczeń Działu II.....	32

Informacje wstępne

Rok 2015 jest kolejnym w najnowszej historii rozwoju rynku ubezpieczeń w Polsce, kiedy w Dziale I odnotowano spadek wartości przychodów ze sprzedaży. Przyczyny tej sytuacji, podobnie jak w roku ubiegłym, związane są z atmosferą panującą wokół produktów o charakterze inwestycyjnym. W 2015 roku odnotowano wyraźny spadek sprzedaży produktów zaliczanych do grupy 1., szczególnie tych związanych z alternatywnymi dla lokaty bankowej formami oszczędzania. Dział II natomiast po spadkach

w 2014 roku charakteryzował się umiarkowanym wzrostem, spowodowanym między innymi przez zainicjowane ruchy cenowe ubezpieczeń OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Produkty te po latach utrzymywania relatywnie niskiego poziomu cen zaczęły zauważalnie drożeć.

Szczegółowe wyniki sprzedaży w poszczególnych Działach ilustruje poniższa tabela.

Tabela 1. Składka przypisana brutto w latach 2013-2015

	2013 (tys. PLN)	2014 (tys. PLN)	2015 (tys. PLN)
Dział I	31 263 874	28 667 406	27 525 201
Dział II	26 598 813	26 258 612	27 276 424

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KNF.

Wdrożenie wytycznych Komisji Nadzoru Finansowego dotyczących likwidacji szkód komunikacyjnych wymusiły podwyżki cen. Ta tendencja najprawdopodobniej będzie się utrzymywać w najbliższej przyszłości, z uwagi na nieustannie rosnący poziom kosztów. Ogółem rynek ubezpieczeniowy odnotował przypis składki na poziomie analogicznym do 2014 roku.

W zakresie wypłat odszkodowań i świadczeń w 2015 roku w Dziale I odnotowano nieznaczny spadek wartości wypłat w porównaniu z rokiem ubiegłym. Natomiast

w Dziale II zauważalny jest istotny wzrost wartości wypłat, za które odpowiedzialne są ubezpieczenia komunikacyjne. Poza wyraźnym wzrostem wartości odszkodowań w Auto-casco, główną rolę w tym procesie odgrywa ubezpieczenie OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, gdzie kluczową tendencją jest gwałtowny wzrost wartości związanych ze szkodami osobowymi. Liczbową ilustrację tej tendencji stanowi tabela 2. W 2015 roku nie odnotowano w Polsce zdarzeń o charakterze katastroficznym, które spowodowałyby masowe wypłaty odszkodowań w Dziale II.

Tabela 2. Odszkodowania i świadczenia brutto w latach 2013-2015

	2013 (tys. PLN)	2014 (tys. PLN)	2015 (tys. PLN)
Dział I	23 087 002	20 355 842	19 357 687
Dział II	13 711 222	13 813 657	15 488 144

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KNF.

W 2015 roku zarówno w Dziale I, jak i Dziale II odnotowano spadki wartości wyniku technicznego w porównaniu z rokiem poprzednim. Szczególnie zauważalne jest to w przypadku ubezpieczeń majątkowych, gdzie wynik

techniczny obniżył się o ponad 50%. Za tak duży spadek odpowiadają po raz kolejny ubezpieczenia OC posiadacza pojazdu mechanicznego, które 2015 rok zamknęły rekordową stratą techniczną wynoszącą ok. 1 mld PLN.

Informacje wstępne

W tabeli 3. uwidocznione są zmiany wysokości wyniku technicznego w Dziale I i II.

Tabela 3. Wynik techniczny w latach 2013-2015

	2013 (tys. PLN)	2014 (tys. PLN)	2015 (tys. PLN)
Dział I	3 007 847	3 279 505	2 840 756
Dział II	1 264 648	785 595	344 467

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KNF.

Wpływ sytuacji w ubezpieczeniach komunikacyjnych na wyniki Działu II i całej branży spowodowany jest ich relatywnie wysokim udziałem w sprzedaży wynoszącym ok. 50%. W przyszłości wynik finansowy branży zostanie negatywnie obciążony podatkiem od aktywów oraz zapowiadany powrotem tzw. podatku Religi.

Rok 2015 nie przyniósł poprawy dla warunków działalności lokacyjnej ubezpieczycieli. Przyczyniły się do tego rekordowo niski poziom stóp procentowych i spadki na Giełdzie Papierów Wartościowych.

W 2015 roku łączny przypis składki nie zmienił się w porównaniu z rokiem poprzednim i wyniósł około 55 mld PLN, jednak wyraźnie wzrosła wartość wypłat odszkodowań i świadczeń. Wysoki poziom aktywów instytucji finansowych niezmiennie stanowi atrakcyjny cel dla grup przestępczych. Przystępność ubezpieczeniowa potencjalnie nie omija żadnej z firm ubezpieczeniowych prowadzących działalność na polskim rynku. Znajduje to

także potwierdzenie we wskaźnikach zagrożenia szeroko pojętą zorganizowaną przestępczością raportowanych przez Policję i CBŚP. Zorganizowane grupy przestępcze o charakterze ekonomicznym stanowią najliczniejszą kategorię wśród sprawców zorganizowanej przestępczości, a ich liczba wciąż rośnie.

Metody działań sprawców monitorowane są nieustannie przez zakłady ubezpieczeń. Pozwala to na zauważanie nowych tendencji związanych między innymi ze szkodami osobowymi czy coraz częstszym wykorzystaniem ubezpieczeń na życie. Efektem szeroko zakrojonej współpracy pomiędzy zakładami jest również coraz lepsza wymiana danych i doskonalenie dedykowanych narzędzi.

W 2015 roku zaobserwowano intensywne wykorzystanie metod wyłudzeń prowizji w ubezpieczeniach na życie. Zjawisko to zostanie dokładnie scharakteryzowane w dalszej części opracowania.

Polska Izba Ubezpieczeń jest jedyną instytucją na polskim rynku ubezpieczeniowym prowadzącą szeroko zakrojone, cykliczne badania nad zjawiskiem przestępczości ubezpieczeniowej. Powtarzalność badań prowadzonych przez Izbę według sprawdzonej metodyki gwarantuje ich rzetelność oraz pozwala na wykorzystanie wniosków z badań do oceny wprowadzanych rozwiązań systemowych, mających na celu ograniczenie procederu wyłudzeń odszkodowań oraz przygotowanie zakładów ubezpieczeń do przeciwdziałania przysłym zagrożeniom.

W badaniu Polskiej Izby Ubezpieczeń, dotyczącym skali i struktury zjawiska przestępczości ubezpieczeniowej, założono uwzględnienie wszystkich zakładów ubezpieczeń prowadzących działalność ubezpieczeniową w kraju. Na przestrzeni lat uzyskano bardzo wysoką zwrotność, zapewniającą reprezentatywność i wiarygodność wyników.

Wzorem lat ubiegłych do wszystkich zakładów ubezpieczeń funkcjonujących na polskim rynku skierowano stosowne kwestionariusze. Podobnie jak w poprzedniej edycji badania do ubezpieczycieli przesłano kwestionariusze elektroniczne zaprojektowane w programie MS Excel. Główny zamysł i forma badania nie uległa istotnym zmianom merytorycznym na przestrzeni lat celem zapewnienia porównywalności uzyskiwanych danych.

Zmiany w kształcie kwestionariuszy wprowadzone w 2015 roku są efektem konsultacji prowadzonych na forum Komisji ds. Przeciwdziałania Przemysłowości Ubezpieczeniowej i Podkomisji ds. Przeciwdziałania Przemysłowości w Ubezpieczeniach na Życie PIU. Największym zmianom uległ po raz kolejny kwestionariusz przeznaczony dla Działu I. Coraz większe doświadczenie w zwalczaniu przestępczości w ubezpieczeniach na życie wymusza wprowadzanie zmian. Został on zunifikowany z kwestionariuszem stosowanym w ubezpieczeniach majątkowych. Celem wprowadzenia zmian było uproszczenie narzędzia badawczego, ponieważ w wielu zakładach ubezpieczeń komórki odpowiedzialne za zwalczanie przestępczości zajmują się zarówno ubezpieczeniami żywymi, jak i majątkowymi. Ujednolicenie sprzyjać będzie łatwości wypełniania i porównywaniu danych. Zmieniono także podział czynów. Dotychczas stosowano podział na wyłudzenia, usiłowania i zatajenia. Niektórzy respondenci nie dysponowali dostateczną szczegółowością danych, by wyodrębnić zatajenia. Zatem zachowano stosowany od lat podział na usiłowania i wyłu-

dzenia, natomiast zatajenia stały się polem opcjonalnym nie mającym wpływu na ostateczną klasyfikację. Odstąpiono także od pola zawierającego szacunek skali przestępczości na całym rynku ubezpieczeń na życie. Podobnie jak w Dziale II wprowadzono podział na sprawy zakończone postępowaniem karnym (procesowe) i zakończone postępowaniem wewnętrznym – odmową (nieprocesowe). Kwestionariusz przeznaczony dla ubezpieczycieli majątkowych uległ kosmetycznym zmianom. Zrezygnowano z pola inne czyny (odmienne niż zatajenie i usiłowanie). Najważniejszą zmianą było rozgraniczenie szkód osobowych i majątkowych w OC posiadacza pojazdu mechanicznego. Obydwa kwestionariusze wzbogacono o komórki analityczne, gdzie sumowane są wyniki poszczególnych kategorii. Opisywane kwestionariusze stanowią załącznik do niniejszego raportu.

Narzędzie badawcze wyposażone zostało w szczegółową legendę, pomocną w prawidłowym wypełnianiu danych. Respondenci proszeni byli o dostarczanie wypełnionych kwestionariuszy w formie elektronicznej, co miało na celu ułatwienie obróbki danych i zminimalizowanie ryzyka błędów przy przenoszeniu wartości liczbowych z formy drukowanej do elektronicznej.

Zakłady wypełniają kwestionariusze, raportując nadużycia w ujęciu ilościowym i wartościowym oraz w podziale na rodzaje ubezpieczeń, zarówno w Dziale I jak i Dziale II. Zadbano także o podział odnotowanych czynów na: czyny stwierdzone w obszarze wypłaty świadczeń (przemysłowość ubezpieczeniowa sensu stricto), jak i na te pojawiające się w procesach sprzedaży i obsługi ubezpieczeń. Tę drugą kategorię zdarzeń podzielono na: przywłaszczenie składek, zawarcie umowy w celu wyłudzenia świadczenia, zawarcie umowy w celu wyłudzenia prowizji, przestępstwa przeciwko dokumentom oraz nadużycia stwierdzone w innych obszarach. Celem tego podziału było jasne rozdzielenie czynów podlegających definicji przestępczości ubezpieczeniowej według Insurance Europe od innych zdarzeń. Ponadto na przestrzeni lat istotnie wzrasta liczba, jak i wartość wyłudzeń dokonywanych poza obszarem wypłat (na przykład defraudacja składek czy zawieranie fikcyjnych umów celem wyłudzenia prowizji). Zdarzenia te powodują u ubezpieczycieli wymierne straty i z tego powodu powinny być monitorowane na równi z klasycznymi fraudami. Dodatkowo w Dziale II kwestionariusz zawiera także podział czynów z uwagi na tryb załatwienia sprawy (procesowe i nieprocesowe).

W kwestionariuszu dla zakładów ubezpieczeń Działu I zawarto kategorię zdarzeń polegających na zatajeniu informacji. Jest to nadużycie polegające na nieprzekazaniu ubezpieczycielowi informacji, o którą zapytuje on ubezpieczającego lub ubezpieczonego, mającej wpływ na jego odpowiedzialność z umowy ubezpieczenia lub podanie jej niezgodnie z rzeczywistością, skutkujące odmową wypłaty świadczenia na podstawie art. 815 k.c.

Niestety zjawisko przestępczości ubezpieczeniowej, podobnie jak wszystkie inne zjawiska wchodzące w skład tak zwanej „szarej strefy”, nie jest możliwe do zmierzenia w sposób bezpośredni. Nie każdy sprawca incydentu polegającego na próbie wyłudzenia odszkodowania zostaje doprowadzony przed oblicze wymiaru sprawiedliwości. Różnorodność metod przestępczych stosowanych przez sprawców powoduje, że przestępczość ubezpieczeniowa wymyka się ścisłej klasyfikacji. Zwykle przy osądzaniu sprawców zastosowanie mają art. 286 i art. 298 k.k.

Niekiedy pracownicy zakładów ubezpieczeń powzięli uzasadnione przypuszczenie, iż roszczenie klienta może być próbą dokonania wyłudzenia odszkodowania, niestety nie są w stanie udokumentować swoich przypuszczeń. Jeżeli określone przesłanki wskazują na wyłudzenie, zakład ubezpieczeń odmawia wypłaty odszkodowania. Fakt ten nie jest jednak tożsamy ze zgłoszeniem takiego przypadku do organów ścigania.

Poniższa analiza stanowi szacunek podejrzeń o popełnienie przestępstwa ubezpieczeniowego, jakie pracownicy zakładów ubezpieczeń ujawnili na podstawie posiadanej wiedzy, doświadczenia i zebranych materiałów dowodowych. Pamiętajmy jednak, że nieujawniona jest tak zwana ciemna liczba przypadków wyłudzeń, które umknęły uwadze pracowników zakładów ubezpieczeń. Dostępne teorie naukowe i wyniki badań jednoznacznie wskazują, że zakres „ciemniej liczby” wielokrotnie przekracza wartość ujawnionej przestępczości ubezpieczeniowej.

Biorąc pod uwagę powyższe uwarunkowania, wyszczególnione czyny zaszeregowane zostały jako:

- Wyłudzenie – czyn z art. 286 k.k., tj. zachowanie sprawcy polegające na wprowadzeniu ubezpieczyciela w błąd lub wyzyskania błędu, co do okoliczności

mającej wpływ na jego odpowiedzialność z umowy ubezpieczenia, podjęte w celu uzyskania korzyści majątkowej, jeżeli **nastąpiła wypłata świadczenia**. Na potrzeby analizy przez wyłudzenia rozumie się również inne czyny pozostające w związku albo zbiegu z czynem z art. 286 k.k. W przypadku spraw załatwionych w trybie innym niż postępowanie karne, kwalifikacja następuje wg klucza prawno-karnego takiego, jakby sprawa była w postępowaniu karnym.

- Usiłowanie wyłudzenia – czyn z art. 13 k.k. w zw. z art. 286 k.k., tj. zachowanie sprawcy polegające na wprowadzeniu ubezpieczyciela w błąd lub wyzyskania błędu, co do okoliczności mającej wpływ na jego odpowiedzialność z umowy ubezpieczenia, podjęte w celu uzyskania korzyści majątkowej, jeżeli **nie nastąpiła wypłata świadczenia**. W przypadku spraw załatwionych w trybie innym niż postępowanie karne kwalifikacja następuje wg klucza prawno-karnego takiego, jakby sprawa była w postępowaniu karnym.

Przedstawiony powyżej kształt narzędzia badawczego jest efektem ustaleń dokonanych podczas posiedzeń Komisji ds. Przeciwdziałania Przestępczości Ubezpieczeniowej oraz Podkomisji ds. Przeciwdziałania Przestępczości w Ubezpieczeniach na Życie PIU. Narzędzie ma charakter uniwersalny i może być zastosowane zarówno przez zakłady ubezpieczeń posiadające bardzo rozbudowany system raportowania klasyfikacji nadużyć, jak i przez tych uczestników rynku, których systemy ewidencji nie pozwalają na wyodrębnianie szczegółowych statystyk.

W 2015 roku tradycyjnie już uzyskano rekordowo dużą liczbę kwestionariuszy w Dziale II, od zakładów ubezpieczeń reprezentujących blisko całość polskiego rynku ubezpieczeń. Podobna sytuacja wystąpiła w Dziale I, gdzie także odnotowano rekordowo wysoką zwrotność.

Dzięki temu uzyskano bardzo wysoki stopień reprezentatywności badania dla całego rynku. Zebrane dane pozwalają na obserwację i zbadanie struktury oraz istniejących trendów w przestępczości ubezpieczeniowej. Wysoka zwrotność badania świadczy o bardzo poważnym traktowaniu problemu przestępczości ubezpieczeniowej przez wszystkie zakłady ubezpieczeń obecne na polskim rynku.

1. Metodyka badania

Polska Izba Ubezpieczeń skierowała do zakładów ubezpieczeń z Działu I funkcjonujących na polskim rynku elektroniczny kwestionariusz badania oraz pismo przewodnie. Analiza danych dotyczy struktury i skali wyłudzeń oraz prób wyłudzeń świadczeń, także zatajeń ujawnionych przez pracowników zakładów ubezpieczeń Działu I w 2015 roku. Dane dotyczą ubezpieczeń w podziale na następujące kategorie:

- Zgon ubezpieczonego
- Zgon ubezpieczonego na skutek NW
- Poważne zachorowanie
- Trwałe inwalidztwo lub uszczerbek na skutek NW
- Niezdolność do pracy
- Leczenie szpitalne lub operacje
- Narodziny dziecka / narodziny martwego dziecka
- Śmierć rodzica / teścia / współmałżonka / dziecka
- Inne

Powyższy podział nie uległ zmianie w porównaniu z poprzednią edycją badania. Dane pogrupowane są w ujęciu ilościowym i wartościowym, w podziale na nadużycia dokonane w obszarze wypłaty świadczeń oraz te stwierdzone w procesach sprzedaży i obsługi świadczeń.

Kwestionariusze zostały przesłane do uzupełnienia, do wszystkich zakładów ubezpieczeń działających w 2015 roku na polskim rynku (27 z siedzibą w Polsce). Informację zwrotną nadesłały 24 zakłady z siedzibą w Polsce (co stanowi ok. 89% liczby wszystkich ubezpieczycieli Działu I działających w 2015 roku) oraz 4 oddziały zagraniczne. Struktura odpowiedzi kształtuje się następująco:

- 20 zakładów ubezpieczeń przekazało dane statystyczne,
- 3 zakłady ubezpieczeń odpowiedziały w formie pisma stwierdzającego brak wyłudzeń,
- 1 zakład odmówił udzielenia danych.

W 2015 roku odnotowano rekordowo wysoką frekwencję w badaniu. Wskaźnik zwrotności nie różni się od uzyskiwanego wśród zakładów ubezpieczeń majątkowych. Należy przypomnieć, że jeszcze kilka lat temu zwrotność w Dziale I była o wiele mniejsza, a nawet duże zakłady ubezpieczeń

nie uczestniczyły w badaniu. Obecnie w badaniu biorą udział prawie wszystkie, posiadające znaczący udział w rynku, zakłady ubezpieczeń na życie. Dowodzi to, że zakłady ubezpieczeń na życie podchodzą z należytą powagą do problemu wyłudzeń świadczeń.

W dalszej analizie uwzględniono wyłącznie dane z 28 zakładów (24 z siedzibą w Polsce), które wzięły udział w badaniu. Wspomniane zakłady ubezpieczeń (z siedzibą w Polsce) reprezentują około 97% rynku – biorąc pod uwagę świadczenia wypłacane brutto w Dziale I.

Kilka zakładów ubezpieczeń do wypełnionych tabel dołączyło opisy przykładów nieprawidłowości, jakie udało im się ujawnić podczas likwidacji szkód. Zostały one zaprezentowane w dalszej części analizy.

Ankietowane zakłady ubezpieczeń wciąż charakteryzują się bardzo zróżnicowanym poziomem zdolności do akumulacji danych, dotyczących przypadków wyłudzeń świadczeń, aczkolwiek zauważalna jest poprawa w stosunku do lat poprzednich. Z biegiem lat coraz więcej zakładów stosuje metody detekcji znane ze spółek Działu II i potrafi ewidencjonować i raportować wychwycone przypadki wyłudzeń.

2. Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2015 r.

W 2015 roku pracownicy zakładów ubezpieczeń biorących udział w badaniu odnotowali 836 czynów na szkodę zakładów Działu I, dokonanych w ramach umów ubezpieczenia, na łączną kwotę 11 343 955 PLN.

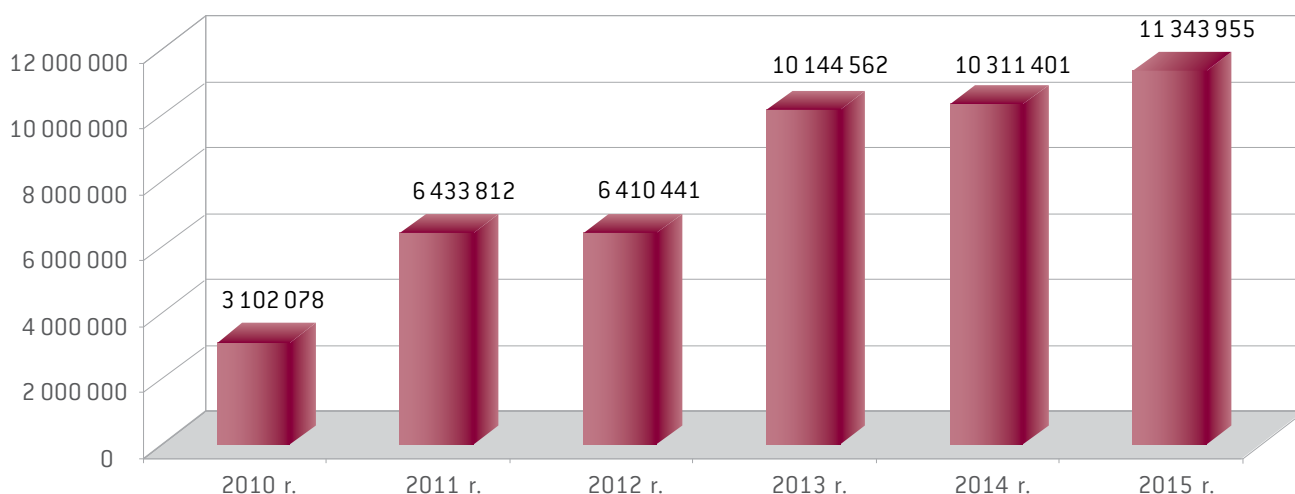
W skład tej liczby wchodzi zarówno przypadki sklasyfikowane jako usiłowania, jak i rzeczywiste wyłudzenia, zarówno wykryte w toku postępowań wewnętrznych, jak i zgłoszone do organów ścigania. W porównaniu z rokiem ubiegłym liczba czynów zabronionych wzrosła o 57% (z 532). Lepszym prognozykiem skali zjawiska jest wartość ujawnionych czynów, która wzrosła o ok. 10% (z 10 311 401 PLN). Liczba odnotowywanych co roku przypadków rośnie, jednak zaburzana jest niekiedy przez

incydentalne przypadki wykrycia serii drobnych wyłudzeń. Utrudnia to wnioskowanie dotyczące kształtującego się trendu. Lepszym wskaźnikiem zagrożenia przestępczością jest zatem wartość odnotowywanych przypadków. W 2013 roku po raz pierwszy przekroczyła ona granicę 10 mln PLN. Obecnie wartość ta jest niewiele większa. Wyniki badań potwierdzają tendencję świadczącą o wzroście popularności ubezpieczeń życiowych wśród przestępców. Są one zbieżne z obserwacjami poczynionymi

w innych krajach europejskich oraz spostrzeżeniami dokonanymi podczas posiedzeń Podkomisji ds. Przeciwdziałania Przemocności w Ubezpieczeniach na Życie PIU.

Poniższy wykres ilustruje kształtowanie się wartości wyłudzeń w Dziale I na przestrzeni ostatnich lat, kiedy to uczestnicy badania PIU raportowali rosnącą wartość wyłudzeń.

Wykres 1. Wartość nieprawidłowości w Dziale I w latach 2010-2015 (PLN)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Analizując dane zamieszczone w dalszej części opracowania, należy uwzględnić fakt, że produkty Działu I nie są jednakowo podatne na dokonywanie wyłudzeń świadczeń. Klasyczne produkty życiowe i NNW oraz ubezpieczenia grupowe i chorobowe doskonale nadają się do generowania nienależnych świadczeń. Z kolei do grona produktów „bezpiecznych” można zaliczyć m.in. polisolokaty oraz ubezpieczenia typu unit-linked, które z racji swojej konstrukcji uniemożliwiają dokonanie wyłudzenia świadczenia.

Poszczególne zakłady ubezpieczeń zgłosiły od kilku do kilkuset przypadków wyłudzeń. Wartość ujawnionych nieprawidłowości waha się od kilku tysięcy do kilku milionów złotych.

Przed przejściem do dalszej analizy należy zapoznać się z uwagą natury ogólnej dotyczącej interpretacji przedsta-

wionych danych. Narzędzie badawcze umożliwia zbieranie danych i ich wielowymiarową analizę. Jednak w przypadku Działu I zaledwie od kilku lat rynek jest w stanie zebrać i dostarczyć wiarygodne dane. Wynika to ze zróżnicowanej zdolności poszczególnych zakładów ubezpieczeń do prawidłowej klasyfikacji ujawnionych nieprawidłowości oraz różnic w jakości danych. Z tego względu w wielu przypadkach dane nie pozwalają na wyciągnięcie wniosków. Podobnie zbyt mała liczebność w poszczególnych kategoriach mogłaby prowadzić do błędnego wnioskowania. Z tego względu zaprezentowane zostaną tylko te tendencje, co do których zebrany materiał pozwala na rzetelne formułowanie zaobserwowanych prawidłowości.

Przeciętna wartość wyłudzenia przekracza 13 tys. PLN. Na przestrzeni lat wartość ta ulega znaczącym wahaniom, powodowanym dużą liczbą drobnych nieprawidłowości,

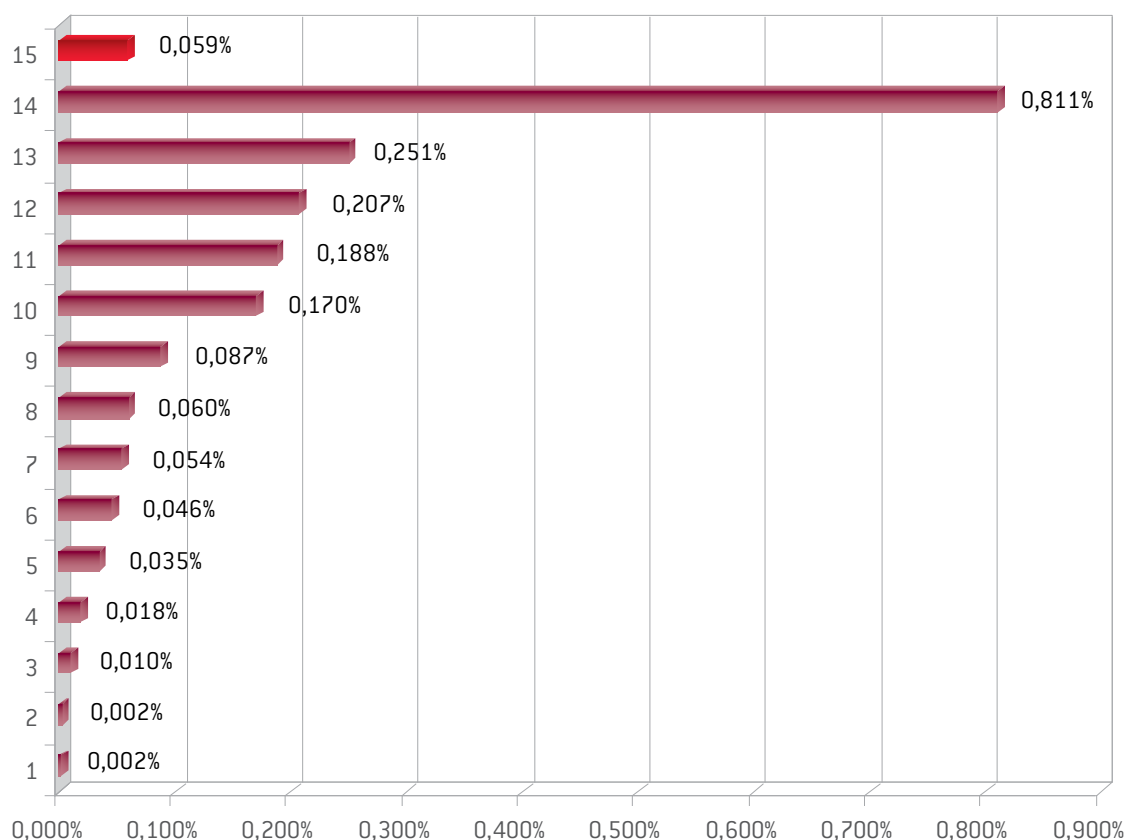
które w poszczególnych latach okresowo zawyżały statystykę ilościową. Zupełnie inaczej przedstawia się ona w przypadku klasycznych polis na życie, gdzie sumy wypłat opiewają na dziesiątki, a nawet setki tysięcy złotych, a inaczej w przypadku drobnych kwot, dotyczących na przykład świadczeń leczenia szpitalnego. Wartości średnie ujawnionych (w poszczególnych zakładach) przypadków bardzo się od siebie różnią. W zakładach ubezpieczeń, które wykryły kilka dużych wyłudzeń, wartość przeciętna przekracza 100 tys. PLN.

W badanych zakładach ubezpieczeń występują ogromne różnice pomiędzy wartością wykrytych nadużyć w relacji do kwoty wypłat ogółem. Udział ten waha się od 0,002% do

aż 6,98% kwoty wypłaconych świadczeń. Ta wysoka wartość (6,98%) pozostaje na szczęście jednorazową anomalią. Największe wysokości wskaźnika wyłudzeń dotyczą towarzystw o niewielkim udziale rynkowym, gdzie wykryto przypadki kilku wyłudzeń o znacznej wartości. Sytuacja ta dowodzi, jak duże straty mogą pojawić się nagle w związku z dobrze zaplanowanym wyłudzeniem w ubezpieczeniach na życie, dotychczas tradycyjnie postrzeganych jako bezpieczniejsze od majątkowych.

Średnia dla całego rynku to 0,059%. Graficzne odwzorowanie tych dysproporcji przedstawia wykres 2. (pominięto zakłady, które nie dostarczyły wypełnionych tabel, lub deklarują pojedyncze przypadki wyłudzeń).

Wykres 2. Udział nieprawidłowości w obszarze świadczeń w wypłacanych świadczeniach ogółem w Dziale I w 2015 roku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Legenda:

- 1-14 wybrane zakłady ubezpieczeń biorące udział w badaniu (kolejność rosnąca wg wartości wskaźnika)
- 15 średnia dla rynku

Wciąż zastanawiające są jednak przypadki, gdy spółka życiowa danej grupy raportuje śladowe wartości wyłudzeń, natomiast spółka majątkowa przoduje w metodach zwalczania przestępczości. Dowodzi to istnienia wciąż dużego dystansu pomiędzy postrzeganiem i skutecznością zwalczania przestępczości w Dziale I i II. Niskie wartości zaraportowanych wyłudzeń nie muszą automatycznie oznaczać braku świadomości istnienia zagrożenia, a jedynie wynikają z niezakończonych prac wdrożeniowych, których ostateczne zaimplementowanie wymaga czasu. Niższe wartości współczynnika dotyczą także dużych zakładów, gdzie pojedynczy fraud, nawet o dużej wartości nominalnej, nie stanowi istotnego odsetka w wolumenie wypłat.

Zakłady ubezpieczeń Działu I reprezentowane w pracach Podkomisji ds. Przeciwdziałania Przestępczości w Ubezpieczeniach na Życie deklarują świadomość konieczności budowy struktur i systemów przeciwdziałania wyłudzeniom.

Nowa metoda zbierania danych o zatajeniach nie pozwala na jednoznaczne określenie zagrożenia tego rodzaju nieprawidłowością. Dane dostarczyło jedynie kilka zakładów, a udział waha się od kilku do kilkudziesięciu procent. Zatajenie to nadużycie polegające na nieprzekazaniu ubezpieczycielowi informacji, o którą zapytuje on ubezpieczającego lub ubezpieczonego, mającej wpływ na jego odpowiedzialność z umowy ubezpieczenia lub podanie jej niezgodnie z rzeczywistością, skutkujące odmową

wypłaty świadczenia na podstawie art. 815 k.c. Zakłady ubezpieczeń odnotowały w 2015 roku łącznie 296 przypadków tego typu na łączną wartość około 3,3 mln PLN. Sucha analiza danych mogłaby świadczyć o ponadprzeciętnie wysokiej popularności tej metody popełniania przestępstw ubezpieczeniowych. Jednak wielu uczestników badania nie podało wiarygodnych danych. Nie mniej opracowanie skutecznych metod prewencyjnych dotyczących zatajeń wymagać będzie przede wszystkim udoskonalenia metod oceny ryzyka przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

W dalszej części opracowania zawarta jest analiza danych dotyczących wypłat świadczeń w podziale na poszczególne rodzaje ubezpieczeń. Znikoma skala zagrożenia wynikająca z zaprezentowanych danych nie powinna usypiać czujności osób odpowiedzialnych za procesy likwidacji szkód. Jeszcze kilka lat temu wyniki badania PIU wskazywały na śladowe wręcz ilości przypadków wyłudzeń, których wartość była statystycznie pomijalna. Należy jednak pamiętać o dużej dynamice zjawiska, doświadczeniach krajów zachodnich oraz wyraźniej zauważalnej tendencji wzrostu wartości upozorowanych szkód osobowych w Dziale II.

Poniższe wykresy i tabela obrazują ilościowe i wartościowe ujęcie struktury czynów w podziale na poszczególne typy ubezpieczeń.

Tabela 4. Nieprawidłowości wg rodzaju ubezpieczenia (Dział I w 2015 r.)

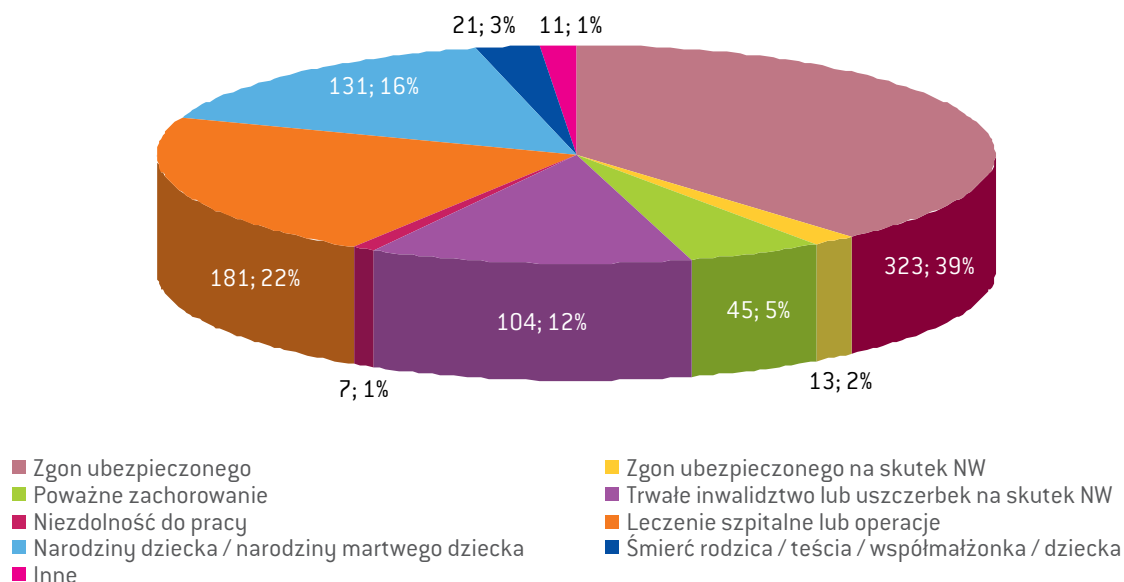
Rodzaj nieprawidłowości	Liczba	Wartość (PLN)
Zgon ubezpieczonego	323	7 016 028
Zgon ubezpieczonego na skutek NW	13	416 954
Poważne zachorowanie	45	916 198
Trwałe inwalidztwo lub uszczerbek na skutek NW	104	1 684 959
Niezdolność do pracy	7	28 500
Leczenie szpitalne lub operacje	181	613 526
Narodziny dziecka / narodziny martwego dziecka	131	385 315
Śmierć rodzica / teścia / współmałżonka / dziecka	21	250 243
Inne	11	32 231
Razem	836	11 343 955

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

W 2015 roku najczęstszym rodzajem wyłudzenia (323 przypadki) było upozorowanie przez sprawców zgonu ubezpieczonego. Na dalszych pozycjach uplasowało się

leczenie szpitalne, narodziny dziecka oraz trwałe inwalidztwo. Pozostałe rodzaje zdarzeń ubezpieczeń były wykorzystywane rzadziej.

Wykres 3. Przesiępczość ubezpieczeniowa w Dziale I w 2015 roku (ujęcie ilościowe)

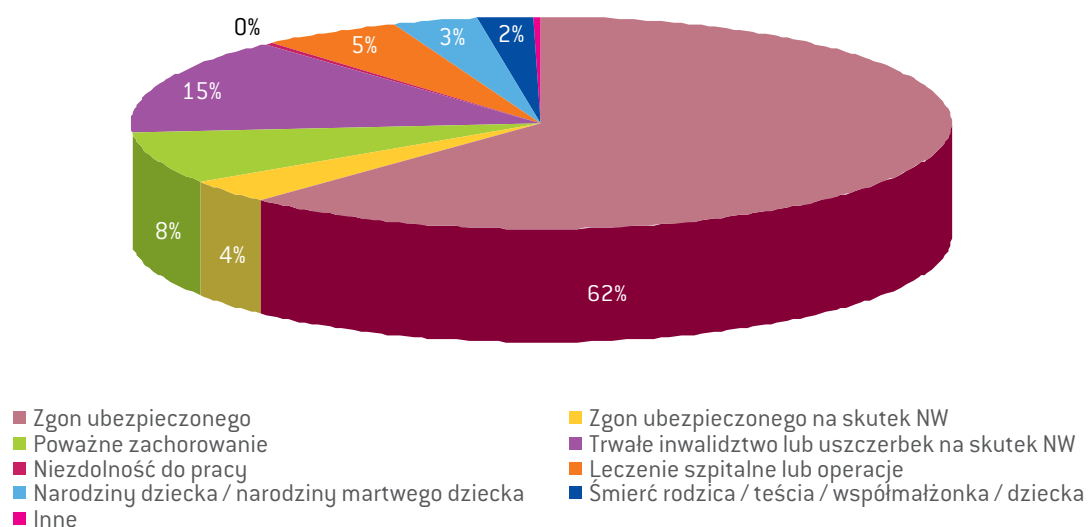


Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Pod względem wartościowym zdecydowanie przodują przypadki dotyczące zgonów. Sytuacja ta powtarza się niezmiennie od początku prowadzenia badań przez PIU.

Kolejne pod względem kwoty okazały się trwałe inwalidztwa i uszczerbki na skutek NW. Pozostałe pozycje mają zdecydowanie mniejsze znaczenie w ujęciu wartościowym.

Wykres 4. Przesiępczość ubezpieczeniowa w Dziale I w 2015 roku (ujęcie wartościowe)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

W zakresie ubezpieczeń życiowych, wnioski dotyczące typowych wyłudzeń świadczeń nie zmieniają się od lat. Podstawowym problemem jest mała sprawność funkcjonowania rejestrów służby zdrowia i administracji publicznej oraz brak ich pełnej cyfryzacji. Sytuacja ta nie uległa znaczącej poprawie mimo wprowadzenia w 2015 roku Systemu Rejestrów Państwowych, obejmującego ewidencję ludności i wydawanie dokumentów potwierdzających urodzenie, zgon czy zmianę stanu cywilnego. W nowym systemie wydanie np. aktu zgonu jest natychmiastowo odnotowywane w centralnej bazie danych, co powinno w najbliższej przyszłości znacząco utrudnić wiele metod przestępczych bazujących na fałszywych dokumentach i braku możliwości ich szybkiej weryfikacji przez ubezpieczyciela.

Warto w tym miejscu ponownie wspomnieć o masowym problemie wykorzystywania sfałszowanych dokumentów tożsamości. Tego rodzaju dokumenty oferowane są na co najmniej kilkunastu portalach internetowych jako tak zwane dokumenty kolekcjonerskie. Dzięki dobrej jakości wykonania do złudzenia przypominają one autentyczne dokumenty tożsamości, prawa jazdy itd. Patologia ta funkcjonuje dzięki wykorzystywaniu luk w prawie, które ściga jedynie posługujących się cudzym dokumentem. Łatwość pozyskania i stosunkowo niska cena takich atrap

dokumentów rodzi zupełnie nowe możliwości popełniania przestępstw na rynku finansowym. Początkowo wykorzystywane były one jedynie do wyłudzeń kredytów, lecz w naturalny sposób mogą zostać wykorzystane do zawierania umów ubezpieczenia na życie, a następnie do generowania nienależnych roszczeń.

Kolejne narzędzie informatyczne, które powinno poprawić sytuację związaną ze szkodami polegającymi na fałszowaniu dokumentacji medycznej, to bazy danych NFZ. Zintegrowany Informator Pacjenta (ZIP) gromadzi dane dotyczące procedur medycznych, jakim poddany był dany pacjent oraz o ich finansowaniu. Szybki wzrost ilości danych w systemie znacząco poprawi możliwości weryfikacji roszczeń klienta. Większość metod wyłudzeń nie dotyczących zgonu ubezpieczonego opiera się na manipulacjach i fałszowaniu dokumentacji medycznej. Dzięki nowym narzędziom NFZ jakość tej dokumentacji znacząco się poprawi, a możliwości fałszowania zostaną istotnie ograniczone.

Analiza przestępczości zawiera tradycyjnie także dane dotyczące nieprawidłowości odnotowanych przez ubezpieczycieli poza obszarem wypłaty świadczeń. Zebrany materiał, mimo że nie pochodzi od wszystkich uczestników badania, dostarcza wielu cennych informacji.

Tabela 5. Nieprawidłowości poza obszarem wypłaty świadczeń (Dział I w 2015 r.)

Rodzaj nieprawidłowości	Liczba	Wartość (PLN)
Przywłaszczenie składek	10	618 756
Zawarcie umowy w celu wyłudzenia świadczenia	11	3 712 157
Zawarcie umowy w celu wyłudzenia prowizji	73	2 133 246
Przestępstwa przeciwko dokumentom	36	176 280
Inne / Nadużycia stwierdzone w innych obszarach	10	228 000
Razem	140	6 868 439

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

W 2015 roku zauważalny jest duży udział różnego rodzaju nieprawidłowości zachodzących poza właściwym obszarem wypłaty świadczeń. Dane wskazują na spory udział celowego zawierania umów prowadzących do wyłudzenia świadczeń. Problem ten stanowi ponad połowę

zaobserwowanych nieprawidłowości i polega zwykle na wykorzystaniu luki w procedurze oceny ryzyka i zawarcia umowy na osobę, która ze względu na chorobę bądź doznany uraz znajduje się w stanie terminalnym. Zwykle wykorzystywany jest do tego celu produkt ubezpiecze-

nia grupowego bądź ma miejsce współdziałanie pośrednika ubezpieczeniowego, który zataja faktyczny stan zdrowia przystępującego do ubezpieczenia. Ubezpieczenia grupowe z racji swojej popularności i prostej konstrukcji nieustannie znajdują się w kręgu zainteresowania grup przestępczych. W dokonywaniu wyłudzeń najczęściej wykorzystywane są luki w procedurach zawierania umowy ubezpieczenia oraz współpraca z nieuczciwymi pośrednikami ubezpieczeniowymi.

Podobnie jak w roku ubiegłym, obserwowano nasilenie się procederu wyłudzeń prowizji. Przystępstwo to bazuje na niedoskonałościach mechanizmu wynagradzania pośredników ubezpieczeniowych. Dotyczy to głównie umów o charakterze systematycznego oszczędzania, gdzie wypłata prowizji następuje po pierwszej wpłacie klienta. Sprawcy wykorzystują ten mechanizm i doprowadzają do podpisywania wielu umów z wysokimi deklaracjami miesięcznych wpłat. W proceder zaangażowane zostają przeważnie osoby trzecie, których tożsamość wykorzystywana jest do zawierania umów – generatorów prowizji. Są to osoby bezrobotne, studenci lub nawet znajomi nieuczciwych pośredników ubezpieczeniowych. Po wypłacie prowizji następuje zerwanie umowy lub zaprzestanie opłacania składek. Ten model przestępstwa znany jest od lat na rynku bankowym, gdzie w analogiczny sposób dochodzi to wyłudzenia prowizji kredytowych. Poza wymiarem zjawiska wykazany w badaniu, kilka zakładów ubezpieczeń zasygnalizowało wykrycie przypadków wyłudzeń prowizji na ogromną skalę. Opinia publiczna została o nich poinformowana licznymi doniesieniami prasowymi. Ze względu na rozwojowy charakter prowadzonych spraw, przypadki te nie zostały uwzględnione w niniejszym raporcie. Należy jednak silnie zasygnalizować, że w 2015 roku to właśnie wyłudzenia prowizji stanowiły największe zagrożenie w Dziale I. Warto jednak zauważyć, że opisywane metody działań sprawców pochodzą z okresu sprzed obowiązywania nowej ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, która zrewolucjonizowała rynek produktów unit-linked, a większość zakładów ubezpieczeń zrezygnowało z prowizji up-front. Przykład wyłudzeń prowizji idealnie ilustruje dynamikę, z jaką sprawcy wyłudzeń opracowują i wdrażają nowe metody wyłudzeń. Problem prowizji powstał w relatywnie krótkim czasie urosł do rangi najpoważniejszych zagrożeń na rynku ubezpieczeń życiowych.

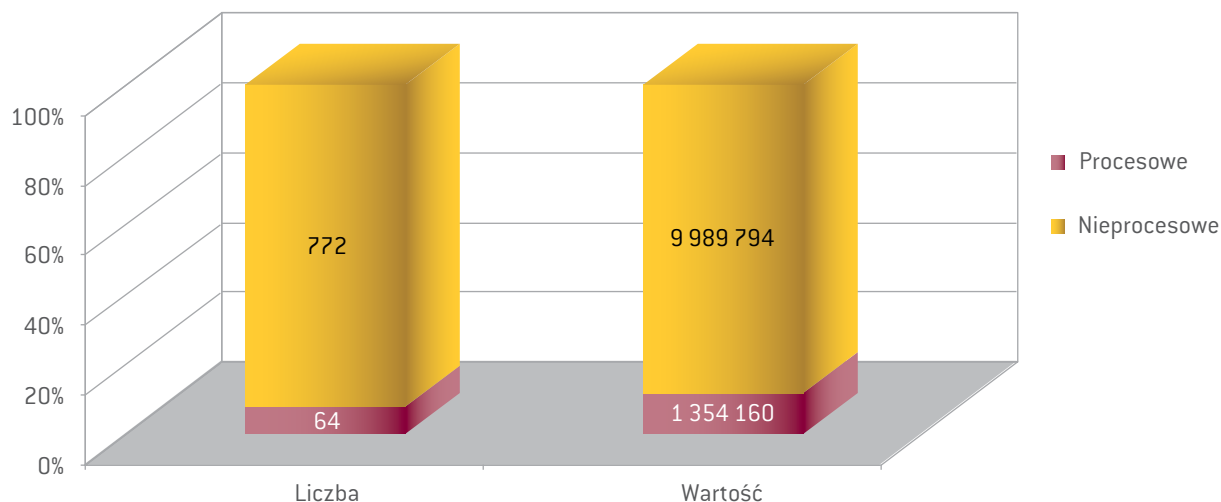
Mimo postępującej informatyzacji i automatyzacji procesów sprzedaży zauważalny jest problem defraudacji składek. Godzi on zarówno w finanse jak i wizerunek ubezpieczycieli. Należy przypomnieć, że PIU prowadzi i udostępnia zakładom bazę danych, gdzie odnotowywane są przypadki rozwiązania umów agencyjnych, do których to przyczyn należy naruszenie prawa, umowy, staranności oraz dobrych obyczajów.

W 2015 roku wartość przypadków spoza sfery wypłat jest wciąż wysoka. Mimo dominującego problemu prowizji i zawierania umów celem wyłudzenia świadczeń nie należy zapominać o problemie przestępstw przeciwko dokumentom. W Dziale I ocena ryzyka, jak i proces likwidacji szkody opiera się często wyłącznie na przedłożonej przez klienta dokumentacji medycznej. Sprawcy chętnie wykorzystują luki w tych procesach do składania nieuprawnionych roszczeń.

W edycji 2015 badania zrezygnowano z możliwości określenia przez respondentów szacunkowej skali zjawiska przestępczości ubezpieczeniowej w swoich zakładach ubezpieczeń. Dane te stanowiły podstawę odrębnej analizy, jednak dostarczane były przez nieliczne zakłady ubezpieczeń.

Kolejny wykres ilustruje dane dotyczące podziału ujawnionych wyłudzeń ze względu na sposób zakończenia sprawy. Przeważająca większość przypadków, niemal 90%, nie znajdowała finału przed obliczem wymiaru sprawiedliwości. Przyczyn tego stanu rzeczy jest wiele. Przeważnie zakłady ubezpieczeń nie dysponują odpowiedniej jakości materiałem dowodowym, by skutecznie postawić sprawcę w stan oskarżenia. Jest to szczególnie istotne w obliczu zmian w procedurze karnej, jakie nastąpiły w 2015 roku. Ponadto w większości przypadków, gdy sprawca okazuje się być tzw. słupem, wykorzystanym procesie wyłudzenia przez zorganizowaną grupę przestępczą, stawianie go w stan oskarżenia może okazać się ekonomicznie nieuzasadnione, więc zakłady ubezpieczeń koncentrują się na uszczelnieniu procesu wypłat. Należy jednak pamiętać, że przedstawiona na wykresie prawidłowość w żadnym wypadku nie jest regułą charakteryzującą populację zakładów Działu I. W badaniu wzięło udział kilka zakładów, w których udział spraw procesowych jest bliski zeru oraz takie, gdzie co piąta sprawa (głównie wyłudzenie) znajduje finał w sądzie.

Wykres 5. Podział czynów w Dziale I ze względu na sposób zakończenia sprawy w 2015 roku

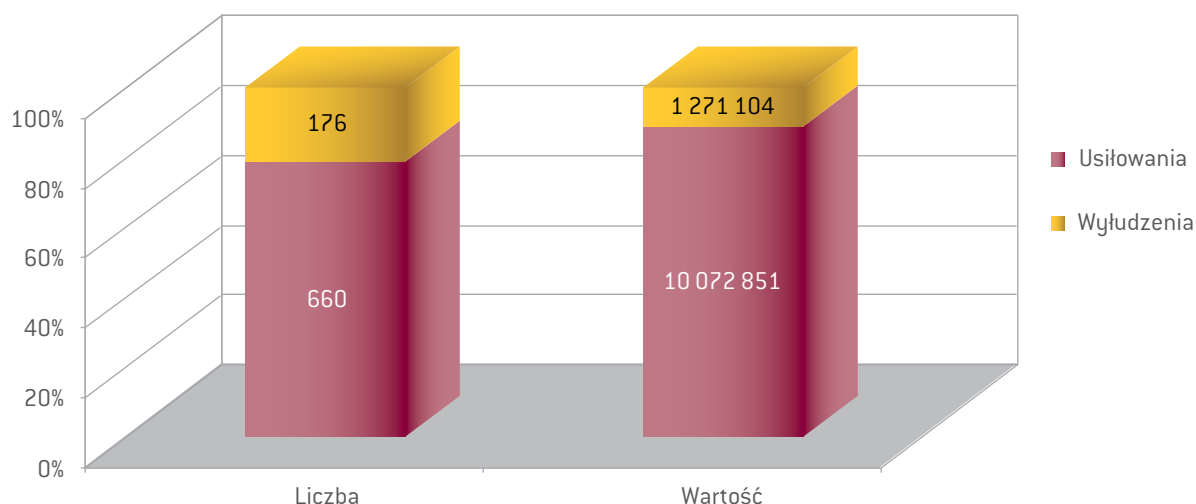


Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Należy wysoko ocenić skuteczność zabezpieczeń anty-fraudowych stosowanych przez ubezpieczycieli życiowych.

Niemal 90% spraw kończy się na etapie nieskutecznego usiłowania.

Wykres 6. Podział czynów w Dziale I ze względu na kwalifikację czynu w 2015 roku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

W tym miejscu należy przypomnieć wniosek z poprzednich edycji analiz PIU, że przedstawiona proporcja usiłowań do wyłudzeń charakteryzuje czyny klientów. Jeśli próby

wyłudzenia podejmuje się pracownik ubezpieczyciela, to przeważnie kończy się to skutecznym wyłudzeniem.

3. Przykłady zdarzeń

Poniżej zawarte zostały przykłady zdarzeń polegających na zatajeniu, próbie lub skutecznym wyłudzeniu świadczenia z zakładu ubezpieczeń Działu I, nadesłane przez ubezpieczycieli biorących udział w badaniu.

W tym roku zakłady nadesłały niewiele przykładów nadużyć ujawniających najpopularniejsze techniki stosowane przez nieuczciwych klientów (opis przykładów zgodnie z materiałami nadesłanymi przez zakłady).

Przypadek 1.

Ubezpieczający chciał objąć ubezpieczeniem grupowym pracownika w ramach istniejącego kontraktu grupowego. Przy tej okazji ubezpieczyciel wystąpił do ubezpieczającego z prośbą o przesłanie liczby aktualnie zatrudnionych pracowników. Na podstawie przesłanej przez ubezpieczającego informacji okazało się, że liczba ta różni się w sposób znaczący od liczby podanej we wniosku o zawarcie grupowego ubezpieczenia na życie. Na wniosku o zawarcie grupowego ubezpieczenia na życie wpisana została liczba 21 zatrudnionych pracowników, podczas gdy ubezpieczający podał informację o 27 zatrudnionych pracownikach.

Z uwagi na powyższą rozbieżność ubezpieczyciel podjął decyzję o przeprowadzeniu szczegółowej analizy okoliczności zawarcia grupowego ubezpieczenia na życie, w tym wyjaśnienia kwestii rozbieżności pomiędzy liczbą zatrudnionych pracowników podaną na wniosku o zawarcie grupowego ubezpieczenia na życie a informacją o liczbie zatrudnionych przekazaną przez ubezpieczającego. Ustalono, że nieprawdziwa liczba zatrudnionych pracowników została wpisana we wniosku przez przedstawiciela sieci własnej, który zawarł umowę ubezpieczenia grupowego. Wpisanie przez przedstawiciela sieci własnej niższej niż w rzeczywistości liczby zatrudnionych pracowników pozwoliło na spełnienie wymaganego przez ubezpieczyciela progu partycypacji, zawarcia kontraktu ubezpieczenia grupowego i tym samym na otrzymanie prowizji.

Na podstawie powyższych okoliczności ubezpieczyciel podjął decyzję o zakończeniu współpracy z przedstawicielem sieci własnej, który dopuścił się nieetycznego zachowania. Jednocześnie ubezpieczyciel wprowadził dodatkową kontrolę w postaci telefonu do klienta, który jest wykonywany przed zawarciem umowy ubezpieczenia grupowego. W ramach wykonywanego telefonu ubezpieczyciel weryfikuje zgodność informacji na wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego ze stanem faktycznym.

Przypadek 2.

W polisach zawartych za pośrednictwem agenta osiągającego od ok. 1,5 roku doskonałe rezultaty, zauważono wzrost zaległości w opłacaniu składek. W kolejnym miesiącu część polis została rozwiązana z powodu zaprzestania opłacania składek przez klientów. Początkowo agent tłumaczył ten fakt chwilowymi trudnościami finansowymi jego klientów, którzy prowadzą niewielkie działalności gospodarcze w różnych branżach, a później działaniami nieuczciwej konkurencji innego agenta.

Mogło się wydawać, że klienci faktycznie stracili zaufanie do agenta, który, jak twierdził, czyni co w jego mocy, aby utrzymać polisy. Zakład ubezpieczeń zaniepokoił jednak fakt, że część klientów nie rozumiała zasad, na jakich została objęta ochroną ubezpieczeniową. Wystąpiły też trudności w dodzwonieniu się do klientów.

W toku przeprowadzonego postępowania wyjaśniającego zakład ubezpieczeń ujawnił, że klienci pochodzili z różnych regionów Polski, niekiedy oddalonych od macierzystego oddziału agenta o kilkaset kilometrów, a znacząca część składek była opłacana za pośrednictwem przekazów pocztowych. W toku dalszych wyjaśnień wykazano, że część polis zawarto, używając w tym celu fikcyjnych danych adresowych lub danych osób nieżyjących, oraz że część składek finansował agent ze środków pochodzących z wypłacanej przez zakład ubezpieczeń prowizji, a wszystko w celu wyłudzenia kolejnych transzy prowizji. O ujawnionych nieprawidłowościach zakład ubezpieczeń zawiadomił prokuraturę, a umowa z nieuczciwym agentem została rozwiązana w trybie natychmiastowym.

4. Wnioski i rekomendacje

W 2015 roku działające w Polsce w Dziale I zakłady ubezpieczeń wypłaciły łącznie w formie świadczeń kwotę 19 357 687 000 PLN. Dla porównania wartość wykrytych nieprawidłowości w 24 firmach – uczestnikach badania – to 11 343 955 PLN w zakresie klasycznych wyłudzeń i dodatkowo 6 868 439 PLN w pozostałych obszarach. Zatem ujawnione wyłudzenia stanowią ułamek promila tej sumy. Podobnie jak w latach ubiegłych nie jest możliwa do oszacowania tak zwana ciemna liczba nieujawnionych czynów. Przykład wyłudzeń prowizji ilustrujący błyskawiczne pojawianie się nowych obszarów ryzyka skłania do przypuszczeń, że wartość „ciemnej liczby” jest wyjątkowo wysoka.

Główne wnioski z analizy danych przesłanych przez ubezpieczycieli nie różnią się istotnie od tych zawartych w poprzedniej edycji badania. Opisywane problemy i przyczyny wyłudzeń nie zostały jeszcze ostatecznie zwalczane. Mimo że sytuacja ulega znaczącej poprawie, sprawy nie przestają doskonalić przestępczego know-how i w miejsce rozpoznanych metod pojawiają się nowe. Pomimo że wartość wyłudzeń w Dziale I to zaledwie ułamek kwoty raportowanej w Dziale II, nie należy bagatelizować zagrożenia, z którym coraz częściej borykają się także ubezpieczyciele z rozwiniętych rynków ubezpieczeniowych. Warto mieć także na uwadze przytaczany wcześniej fakt, że znaczna część rynku ubezpieczeń na życie ma charakter oszczędnościowy, a nie ochronny. Nie można zatem wprost porównywać wartości wyłudzeń w obydwu działach.

W 2015 roku ogromnie nasiliło się groźne zjawisko wyłudzenia prowizji. Niski stopień trudności w dokonaniu tego rodzaju przestępstwa skłania do refleksji. Sprawy błyskawicznie kierują swoje działania w te obszary, gdzie istnieje możliwość szybkiego pozyskania środków. Niezmiennie napotymano na problem udziału pracowników ubezpieczycieli i służby zdrowia w procederze wyłudzeń. Realna kwota wyłudzeń w zakresie przestępczości wewnętrznej znacznie przekracza kwotę wyłudzeń w obszarze świadczeń.

Zakłady ubezpieczeń nie powinny bagatelizować problemu przestępczości ubezpieczeniowej w Dziale I i staran-

nie analizować zmiany, jakie dokonują się w metodach popełniania przestępstw. Przykład dotyczący prowizji dowodzi, że zmiany te zachodzą w bardzo szybkim tempie.

Wnioski zawarte w dalszej części analizy wynikają z doświadczeń wypracowanych podczas posiedzeń Komisji i Podkomisji oraz analizy ujawnionych przykładów zdarzeń przestępczych. Pewna część wniosków pozostaje aktualna na przestrzeni lat z uwagi na konieczność ciągłego doskonalenia stosowanych rozwiązań prewencyjnych.

- Problem prowizji dowodzi, jak istotne jest koordynowanie działań antyfraudowych na szczeblu centralnego zarządzania zakładem ubezpieczeń i nieograniczanie się wyłącznie do uszczelniania systemu wypłat. Specjaliści zajmujący się zwalczaniem wyłudzeń powinni konsultować cały proces ubezpieczeniowy, poczynając od fazy konstruowania produktu i procesów biznesowych, a także poprzez jego wdrożenie i sprzedaż.
- Jakość kadr ubezpieczyciela, w tym szczególnie tych odpowiedzialnych za procesy sprzedażowe, powinna być kontrolowana nie tylko na etapie rekrutacji. Służą temu łatwo dostępne narzędzia – Krajowy Rejestr Karny oraz baza agencyjna PIU. Celowe byłoby także uzależnienie oceny efektywności i jakości pracy służb sprzedażowych nie tylko od przypisu składki.
- Poprawa efektywności zwalczania przestępczości ubezpieczeniowej w Dziale I i zbliżenie się do poziomu uzyskiwanego w Dziale II nie będzie możliwa bez szerokiego zastosowania wymiany danych, w tym z instytucjami odpowiedzialnymi za ochronę zdrowia i ubezpieczenia społeczne.
- Zakłady ubezpieczeń, które posiadają w swych strukturach spółki Działu I i II powinny zharmonizować strategię zapobiegania i zwalczania przestępczości na wszystkich obszarach działalności. Wiele metod wypracowanych w Dziale II doskonale nadaje się do zastosowania w Dziale I. Cenne byłoby także porównanie danych o podmiotach dokonujących wyłudzeń. Należy intensywnie kontynuować podjęte działania, aby jak najszybciej zniwelować różnice pomiędzy skutecznością systemów antyfraudowych w Dziale I i II.

1. Metodyka badania

Badanie Polskiej Izby Ubezpieczeń dotyczące przypadków przestępczości ubezpieczeniowej w Dziale II przeprowadzane jest od lat wedle sprawdzonej i niezmiennej metodyki. Pozwala ona na zbieranie wartościowych i porównywalnych danych.

Zastosowany formularz elektroniczny nie różnił się od zastosowanego w roku ubiegłym. Jak co roku zakłady ubezpieczeń proszone były o ujawnienie wymiaru nieprawidłowości w ujęciu ilościowym i wartościowym oraz analogicznie jak w przypadku zakładów Działu I w podziale na usiłowania i wyłudzenia.

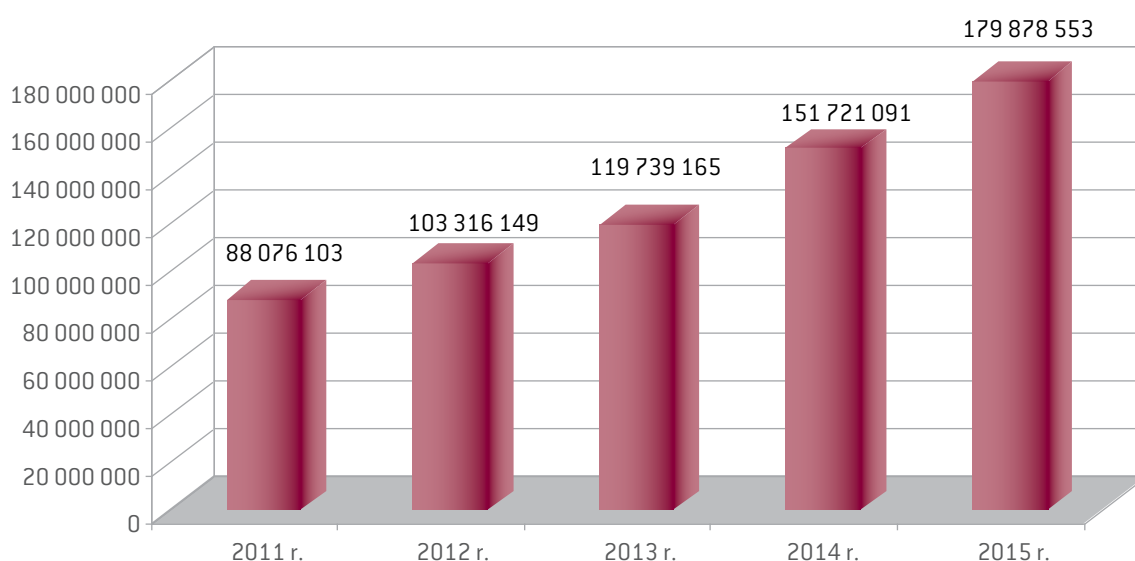
Kwestionariusz ankiety został skierowany do wszystkich zakładów ubezpieczeń działających w 2015 roku na polskim rynku (w tym 30 z siedzibą w Polsce). Informację zwrotną nadesłało 25 zakładów z siedzibą w Polsce oraz 7 oddziałów zagranicznych, co stanowi ok. 83% liczby towarzystw ubezpieczeń Działu II z siedzibą w Polsce. Udział rynkowy 25 zakładów (z siedzibą w Polsce) – uczestników badania mierzony wartością wypłaconych odszkodowań Działu II wynosi ok. 99%. Tak rekordowo wysoką zwrotność badanie PIU uzyskuje w Dziale II od kilku lat. Duża reprezentatywność badanej próby pozwala wyciągać ciekawe wnioski z analizowanych wyników. Masowy udział zakładów ubezpieczeń Działu II w badaniu oraz wysoka ja-

kość nadesłanych danych świadczy o dużej świadomości zagrożenia przestępczością ubezpieczeniową.

2. Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2015 r.

W 2015 roku pracownicy zakładów ubezpieczeń Działu II odnotowali 13 129 czynów przestępczych na łączną kwotę 179 878 553 PLN. W porównaniu z rokiem poprzednim oznacza to wzrost liczby czynów o 43% oraz wzrost ogólnej kwoty przestępstw o 19%. Średnia wartość przestępstwa wyniosła około 13 700 PLN. Tendencja wzrostowa wartości czynów przestępczych w ubezpieczeniach majątkowych utrzymuje się od kilku lat. Liczba incydentów także wzrasta na przestrzeni lat, jednak należy ostrożnie interpretować jej przyrost, ponieważ w poszczególnych latach uczestnicy badania raportują przypadki wykrycia masowych wyłudzeń dokonywanych przez klientów indywidualnych, co zniekształca statystyki. Dodatkowym utrudnieniem jest fakt częstego udziału zorganizowanych grup przestępczych, których czyny zaburzają statystyki ilościowe. Z tego powodu głównym wyznacznikiem tendencji zjawiska wyłudzeń w Dziale II jest ogólna kwota wykrytych wyłudzeń, która co roku legitymuje się dwucyfrowym wskaźnikiem dynamiki.

Wykres 7. Wartość nieprawidłowości w wypłacanych odszkodowaniach w Dziale II w latach 2011-2015 (PLN)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

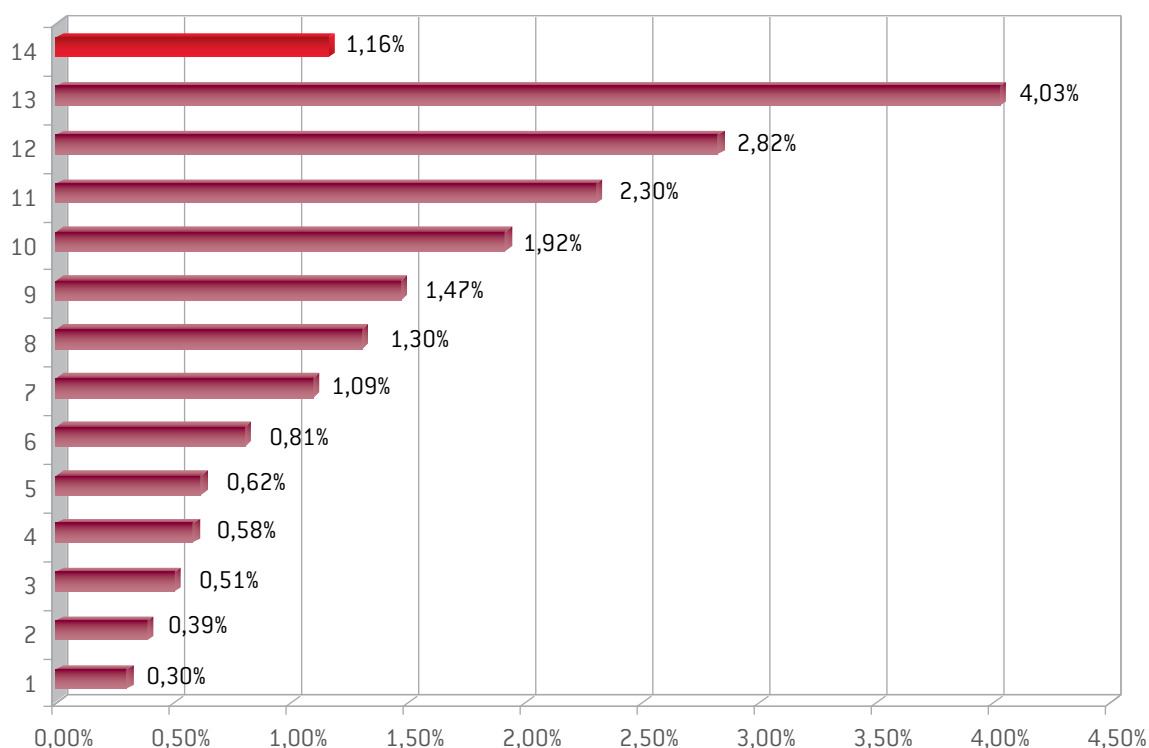
Poszczególne zakłady ubezpieczeń – uczestnicy badania PIU zaraportowały za 2015 rok od kilkunastu do ponad czterech tysięcy przypadków ujawnionych nieprawidłowości, których wartość wynosiła od kilkuset tysięcy do kilkudziesięciu milionów złotych. Skala wykrytych wyłudzeń nie pozostała w korelacji z udziałem rynkowym danego zakładu. Kilka z badanych zakładów ubezpieczeń zadeklarowało brak wykrytych nieprawidłowości. Powodem tego była specyfika działalności tych zakładów, związana z obsługą specyficznych rodzajów ubezpieczeń dla wąskiej grupy klientów instytucjonalnych. Należy podkreślić, że każdy uniwersalny zakład ubezpieczeń Działu II dostrzega problem przestępczości ubezpieczeniowej i bierze udział w badaniu PIU.

Wartość wykazanych w badaniu czynów przestępczych stanowi około 1,16% ogółu wypłaconych w 2015 roku w Dziale II odszkodowań brutto. Wartość ta jest nieznacznie wyższa od ubiegłorocznej. Podobnie jak w przypadku Działu I nieznana pozostaje prawdziwa skala zjawiska przestępczości ubezpieczeniowej. Dostępne teorie naukowe dotyczące wysokich wartości tak zwanej ciemnej liczby (czyli relacji czynów niewykrytych do ujawnionych) w przestępstwach finansowych potwierdzają przypuszczenia o wysokim odsetku nieznanych nieprawidłowości.

Funkcjonujące w Polsce zakłady ubezpieczeń wciąż istotnie różnią się pod względem skuteczności prowadzonych działań antyfraudowych. Interesujących wniosków dostarcza porównanie odsetka, jaki ujawnione nieprawidłowości stanowią w ogólnej kwocie wypłaconych odszkodowań przez danego ubezpieczyciela. Wynosi on od 0,3 do 4,03%. Warto pamiętać, że różnice wskazane na wykresie wynikają także ze specyfiki portfela produktowego, co związane jest między innymi z udziałem produktów ubezpieczeń komunikacyjnych w ogólnym wolumenie sprzedaży. W przypadku firm o małym udziale rynkowym wskaźnik udziału wyłudzeń w wypłatach ulega silnym wahaniom rok do roku i wiąże się z przypadkami incydentalnych wyłudzeń o relatywnie dużej wartości.

Średnia dla całego rynku to 1,16%. Wartość ta od lat powoli rośnie i zbliża się do wartości charakteryzującej kraje o rozwiniętych rynkach ubezpieczeniowych z czasów, gdy nie posiadały one jeszcze centralnej bazy danych zawierającej dane o szkodach i umowach ubezpieczenia. W Polsce jedyną szansą na skokowy wzrost wskaźnika detekcji i tym samym ograniczenie strat branży jest jak najszybsze wdrożenie długo oczekiwanego projektu takiej bazy. Szanse na rozwiązanie tego problemu w najbliższej przyszłości stwarza informatyczna baza danych Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego.

Wykres 8. Udział nieprawidłowości w wypłacanych odszkodowaniach w Dziale II w 2015 roku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Legenda:

- 1-13 wybrane zakłady ubezpieczeń biorące udział w badaniu (kolejność rosnąca wg wartości wskaźnika)
- 14 średnia dla rynku

Należy pamiętać, że powyższy wskaźnik zależy od skuteczności detekcji przestępstw. Podobnie jak w Dziale I, wartości współczynnika nie są skorelowane z wielkością zakładu ubezpieczeń. Z roku na rok ubywa za-

kładów legitymujących się niskim poziomem wskaźnika. Świadczyć on może o braku skutecznych metod zapobiegania przestępstwom ubezpieczeniowym, którymi cały rynek zagrożony jest w tym samym stopniu.

Tabela 6. Nieprawidłowości wg rodzaju ubezpieczenia (Dział II 2015 r.)

Rodzaj nieprawidłowości	Liczba		Kwota	
		{%}	Wartość (PLN)	{%}
OC komunikacyjne (majątkowe)	5450	41,5	54 192 057	30,1
OC komunikacyjne (osobowe)	3599	27,4	58 383 442	32,5
Autocasco	2151	16,4	33 819 206	18,8
OC rolników	322	2,5	6 458 992	3,6
Od kradzieży z włamaniem (biznes)	20	0,2	393 413	0,2
Od ognia i innych żywiołów (biznes)	43	0,3	2 163 205	1,2
Ubezpieczenia mieszkań i domów	220	1,7	3 462 354	1,9
Turystyczne i Assistance	16	0,1	250 898	0,1
NNW	323	2,5	5 452 356	3,0
Inne OC	216	1,6	3 750 034	2,1
Kredytu, Finansowe, D&O	12	0,1	1 034 181	0,6
Gwarancja ubezpieczeniowa	2	0,0	297 033	0,2
Inne	755	5,8	10 221 382	5,7
Razem	13 129	-	179 878 553	-

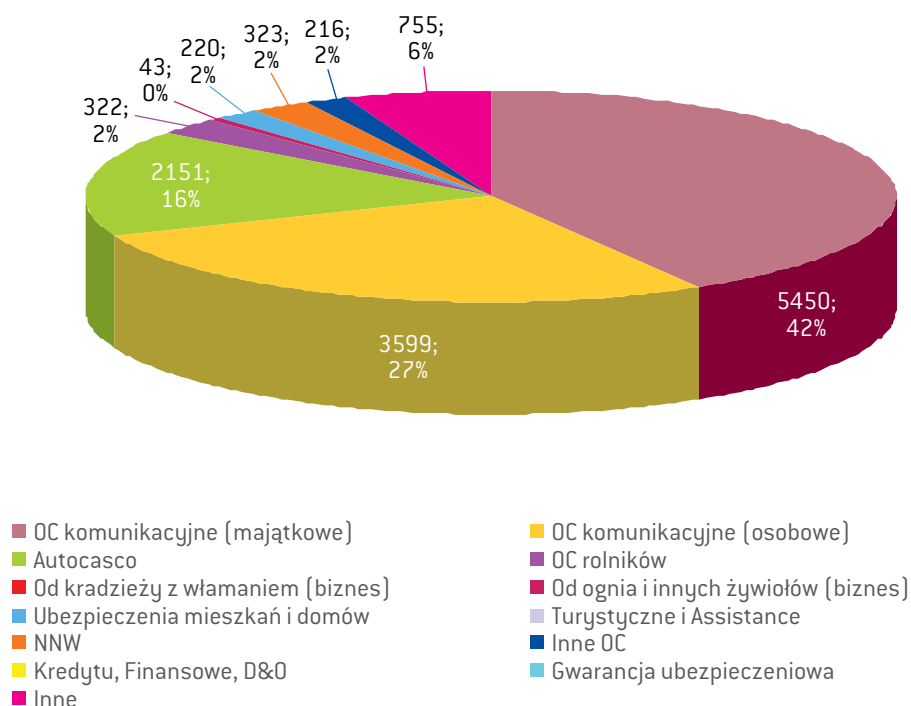
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Analizując powyższe dane, należy pamiętać, że kilka zakładów ubezpieczeń dla ubezpieczeń komunikacyjnych podaje dane zagregowane, bez rozróżnienia na OC i AC, lub raportuje wszelkie wyłudzenia w komunikacji jako dotyczące ubezpieczenia OC. Podobnie nie każdy

zakład potrafi rozdzielić szkody osobowe i majątkowe w OC posiadacza pojazdu mechanicznego. Z tego względu należy je rozpatrywać łącznie jako ubezpieczenia komunikacyjne ogółem.

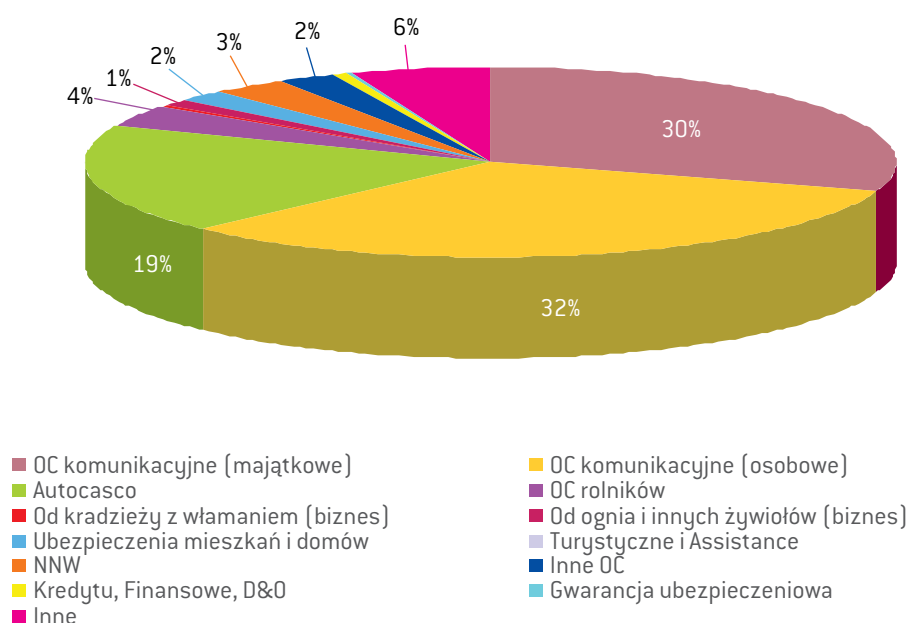
Dane za 2015 rok zostały również zobrazowane na kolejnych wykresach w ujęciu ilościowym i jakościowym.

Wykres 9. Nieprawidłowości w Dziale II w 2015 roku (ujęcie ilościowe)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Wykres 10. Nieprawidłowości w Dziale II w 2015 roku (ujęcie wartościowe)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

W 2015 roku zakłady ubezpieczeń majątkowych odnotowały wzrost wartości wyłudzeń o około 30 mln PLN. Należy jednak pamiętać, że rok wcześniej doszło do próby spektakularnego wyłudzenia dokonanego przez grupę przestępczą, która upozorowała pożar transportu samochodów osobowych specjalnego przeznaczenia o wyjątkowo wysokiej wartości. Łączna suma potencjalnych strat wykazana przez tylko jeden zakład ubezpieczeń wyniosła ok. 40 mln PLN. Obecnie w sektorze ubezpieczeń komunikacyjnych brak było spektakularnych wyłudzeń o dużej wartości jednostkowej. Zatem wzrost całkowitej sumy ujawnionych przypadków jest relatywnie większy niż wynika z bezpośredniego porównania wartości liczbowych.

Od początku prowadzenia badań przez PIU ubezpieczenia komunikacyjne stanowią wciąż najbardziej popularną grupę wyłudzeń. Około 11 tys. z 13 tys. ujawnionych nieprawidłowości dotyczy ubezpieczeń komunikacyjnych. Wartość tych czynów to ponad 140 mln PLN. Należy pamiętać, że udział produktów OC i AC w portfelu polskich ubezpieczycieli w 2015 roku wyniósł niespełna 50%. Przyczyny popularności produktów komunikacyjnych wśród sprawców wyłudzeń nie zmieniły się na przestrzeni lat i były szczegółowo opisywane w minionych edycjach analiz PIU. Duży udział fraudów związanych z komunikacją spowodowany jest przez szereg czynników i absolutnie nie uprawnia do wyciągnięcia wniosku o małej popularności pozostałych rodzajów ubezpieczeń wśród sprawców przestępstw. Po pierwsze, zakłady ubezpieczeń posiadają coraz doskonalsze narzędzia informatyczne pozwalające na analizę danych dotyczących zdarzeń drogowych. Możliwe jest to dzięki ciągłemu doskonaleniu baz Ośrodka Informacji UFG. Ponadto ten rodzaj wyłudzeń jest już doskonale rozpoznany przez zakłady ubezpieczeń, które dysponują olbrzymim doświadczeniem i katalogiem symptomów świadczących o możliwości popełnienia przestępstwa. Błędnym wnioskiem byłoby jednak bagatelizowanie problemu. Wyłudzenia dokonywane przy pomocy pojazdów są i będą popularne zawsze, na co wskazują doświadczenia bardziej rozwiniętych rynków ubezpieczeń w Europie i na świecie. Problem wyłudzeń komunikacyjnych w Wielkiej Brytanii został opisany w poprzedniej edycji analizy.

Analiza danych dotyczących przestępczości w Dziale II po raz pierwszy wyodrębnia dane dotyczące obserwowanego

zagrożenia związanego ze szkodami osobowymi z OC posiadacza pojazdu mechanicznego. Zakłady ubezpieczeń wypracowały na przestrzeni lat skuteczne metody kontroli procesów naprawy pojazdów. Uczestnicy badania od kilku lat raportują problem lawinowego wzrostu wartości szkód osobowych. Dotyczy to zarówno powiększania deklarowanego zakresu uszkodzeń ciała w przypadku urazów, symulowania stanów psychicznych wynikających z rzekomo doznanego szoku pourazowego oraz powiększania liczby poszkodowanych w wypadku poprzez składanie fałszywych deklaracji. Najpopularniejsze dolegliwości przewijające się w roszczeniach związane są z uszkodzeniem szyjnego odcinka kręgosłupa, bólami głowy, depresjami powypadkowymi. Słabość systemów administrowania danymi o historii leczenia opisywana w części poświęconej Działowi I potęguje tego typu praktyki.

Zakłady ubezpieczeń szybko zareagowały na nowy rodzaj zagrożenia, wypracowały odpowiednie procedury i coraz lepiej radzą sobie z oddaleniem nienależnych roszczeń za rzekome szkody osobowe. Zebrane dane dowodzą skali zagrożenia. W 2015 roku tego typu przypadki to ponad 58 mln PLN, co stanowi ponad 32% całej kwoty wyłudzeń. Jest to wartość wyższa niż sfinansowane szkody majątkowe z OC. Należy pamiętać, że niektóre zakłady nie wyodrębniły w zaraportowanych danych szkód osobowych, zatem realna skala zjawiska jest jeszcze wyższa. Na szczęście tego typu praktyki sprawców charakteryzują się znikomą skutecznością.

Inne zagrożenia związane z ubezpieczeniami komunikacyjnymi polegają na preparowaniu uszkodzenia pojazdów. W tej metodzie pomocne są sfałszowane faktury, preparowane przy użyciu sprzętu komputerowego oraz przerobione oryginalne faktury z ASO. Przy zwalczaniu tego procederu pomocne są szczelne procedury kontroli współpracujących z ubezpieczycielem warsztatów. Przykład ubezpieczeń komunikacyjnych doskonale wskazuje, że walka z przestępczością ubezpieczeniową to proces ciągły, wymuszany niekończącą się innowacyjnością sprawców. Omawiane powyżej przykłady szybkich i skutecznych działań ubezpieczycieli napawają optymizmem. Dodatkowym, bardzo pozytywnym efektem tych działań jest wzrost satysfakcji klientów, zadowolonych z kompleksowej i szybkiej likwidacji szkody.

Zmiana charakteru roszczeń w ubezpieczeniach komunikacyjnych wymusza na zakładach ubezpieczeń modernizację polityki antyfraudowej ukierunkowanej dotąd na detekcję szkód związanych z pojazdami.

Poza przypadkami wyłudzeń w komunikacji w 2015 roku największą wartość miały przypadki związane z NNW oraz OC rolnika. Na dalszych pozycjach uplasowały się szkody związane z ubezpieczeniem mieszkań i domów oraz niekomunikacyjne OC. Wykorzystanie NNW i OC rolnika potwierdza opisywany powyżej trend dużego zainteresowania sprawców szkodami osobowymi. Rynek oferuje wiele produktów NNW o dobrym zakresie ochrony, a ustawowo uregulowane OC rolnika sprzyja podawaniu nieprawdziwych okoliczności zaistnienia szkód osobowych. Zakłady ubezpieczeń powinny w przyszłości uważnie weryfikować szkody związane z rolnictwem, ponieważ mnogość wypadków w tej dziedzinie gospodarki i powszechność tego rodzaju ubezpieczenia sprzyja dokonywaniu wyłudzeń. Dodatkowo w 2015 roku wciąż nie obowiązywała jakakolwiek standaryzacja szkód osobowych, co sprzyjało eskalacji roszczeń.

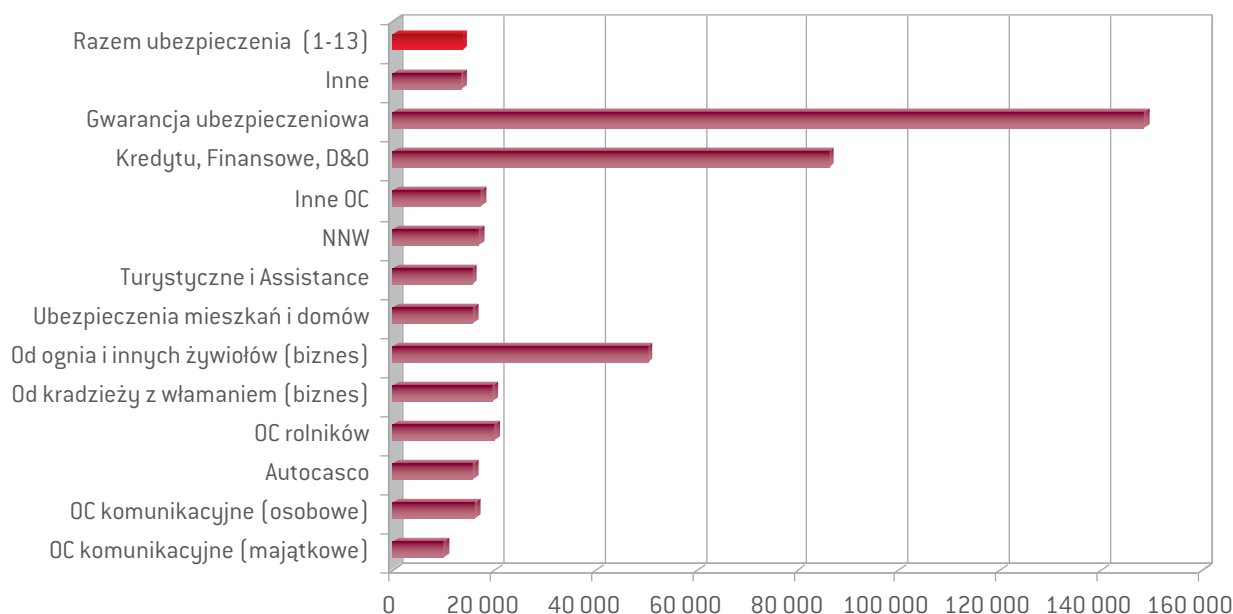
Obecnie potencjalni sprawcy wyłudzeń zdają sobie sprawę ze sprawności, z jaką zakłady ubezpieczeń chronią się przed fraudami w sferze ubezpieczeń komunikacyjnych. Stanowi to bodziec do opracowywania coraz nowszych i bardziej wyrafinowanych metod przestępczych. Wciąż zauważalna jest tendencja wyłudzenia świadczeń z ubezpieczeń assistance. Zjawisko to dotyczy nie tylko assistance związanego z pojazdami, ale także medycznego czy domowego. Oszuści na koszt zakładu ubezpieczeń realizują zbędne zabiegi medyczne i dokonują napraw instalacji lub sprzętów RTV/ AGD uszkodzonych w innych okolicznościach niż podane.

Pojawiające się sygnały o wyłudzeniach w nowoczesnych produktach ubezpieczeniowych wskazują na konieczność wnikliwej analizy ryzyka fraudów już na etapie konstruowania produktów i definiowania docelowej grupy ich odbiorców. Ryzyko to rozciąga się także na obszar likwidacji szkód. Coraz popularniejsze uproszczone i zautomatyzowane procesy likwidacyjne także sprzyjają popełnianiu przestępstw ubezpieczeniowych.

W 2015 roku ankietowane zakłady ubezpieczeń nie zgłaszały poważnych szkód związanych z dużymi pożarami. Duże pożary to zjawiska rzadkie, jednak powodujące olbrzymie straty. Wysoka wartość przeciętna ujawnianych w tej i poprzednich edycjach badania wyłudzeń związanych z podpaleniami dowodzi dużego stopnia zagrożenia tą metodą przestępczą.

Pozostałe szkody związane z prowadzeniem działalności gospodarczej i ubezpieczeniami finansowymi także stanowią grupę groźnych wyłudzeń. Specyfika prowadzenia działalności gospodarczej umożliwia sprawcom wygenerowanie szkody o znacznej wartości. W przeciwieństwie do osób fizycznych w przypadku podmiotów gospodarczych można bez ograniczeń tworzyć i modyfikować tożsamość, co znacząco utrudnia działania dochodzeniowe i zapobiegawcze. Mimo że łączna liczba takich szkód jest niewielka, to wartościowo są one bardzo dotkliwe dla ubezpieczycieli. W przypadku ubezpieczeń finansowych i gwarancji średnia wartość nieprawidłowości opiewa na 150 tys. PLN. W 2015 roku nie osłabło ryzyko związane z ubezpieczeniem kredytów hipotecznych. Sprawcy korzystają tu z metod stosowanych w bankach podczas prób wyłudzeń kredytów, na przykład fałszują zaświadczenia o dochodach.

Wykres 11. Średnia wartość nieprawidłowości w Dziale II w 2015 roku (PLN)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

W edycji 2015 badania, podobnie jak w roku poprzednim, dane wskazują na wzrost zagrożenia związanego z ubezpieczeniem mieszkań i domów. Szeroki zakres ochrony połączony z opcjonalnym OC w życiu prywatnym lub OC z tytułu posiadania nieruchomości sprzyja generowaniu roszczeń związanych głównie ze zniszczeniami sprzętu komputerowego i RTV. Postęp techniczny sprzyja szybkiemu zużyciu moralnemu (spadkowi wartości ekonomicznej w wyniku postępu technologicznego) sprzętu, który bywa chętnie „odnawiany” przy pomocy ubezpieczycieli. Tendencja ta od lat zauważana jest na zachodzie Europy, głównie w Niemczech, gdzie niezwykle popularne są szkody polegające na celowym niszczeniu smartfonów, okularów czy zalewaniu mieszkań poprzez sfinansowane szkody związane z siecią grzewczą CO, wodociągową czy akwariami. Wysoki poziom przyzwolenia na przestępstwa ubezpieczeniowe sprzyja takim rodzajom szkód i powoduje, że obok grup zorganizowanych stanowi mogą one poważne zagrożenie dla ubezpieczycieli.

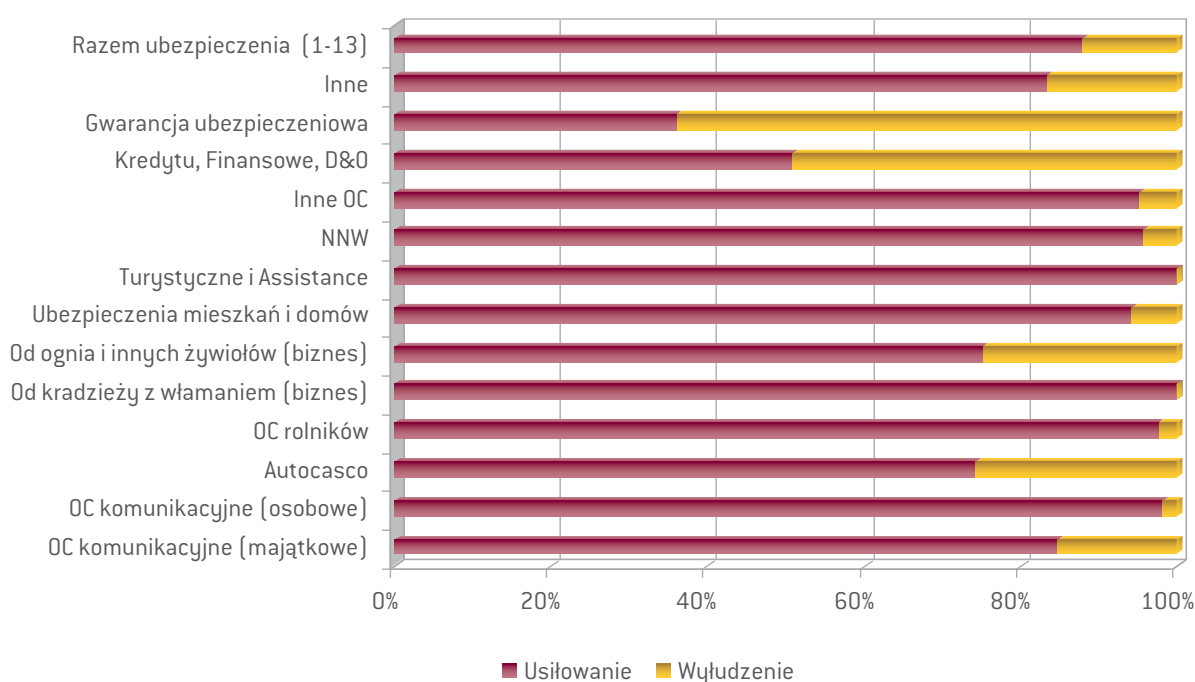
W 2015 roku respondenci badania PIU zgłosili stosunkowo wiele szkód związanych z ubezpieczeniem cargo. Problem nie jest nowy i znany w branży transportowej od lat. Szczególnie nasilił się w dobie Internetu i giełd transportowych, gdzie powstało zagrożenie wyłudzeń towarów.

Pozostałe rodzaje ubezpieczeń zawarte w kwestionariuszu badania Działu II nie stanowią istotnego udziału w zarejestrowanych przypadkach. Nie oznacza to absolutnie, że te rodzaje ubezpieczeń traktować można jako całkowicie bezpieczne pod względem zagrożenia przestępczością ubezpieczeniową. Mniej popularne na chwilę obecną wśród przestępców obszary działalności ubezpieczeniowej powinny być poddawane nieustannemu monitoringowi. Jak wynika z poprzednich edycji analiz PIU mogą one nagle stać się popularne dzięki innowacyjnej, nieznannej dotąd metodzie wyłudzeń. Z tego względu ciągłość prowadzenia badań nad przestępczością i obserwacja trendów jest warunkiem koniecznym dla prowadzenia skutecznej polityki prewencyjnej.

Z roku na rok coraz mniej roszczeń zgłaszanych przez nieuczciwych klientów kończy się skutecznym wyłudzeniem. Zakłady ubezpieczeń coraz lepiej radzą sobie z problemem przestępczości ubezpieczeniowej, co znajduje wyraz w corocznym obniżaniu wskaźników

skutecznych wyłudzeń. Wartości te różnią się znacznie w poszczególnych zakładach oraz dla różnych rodzajów ubezpieczeń. Tendencję dla całego Działu II ilustruje poniższy wykres.

Wykres 12. Nieprawidłowości w podziale na skuteczność działania sprawcy (Dział II)



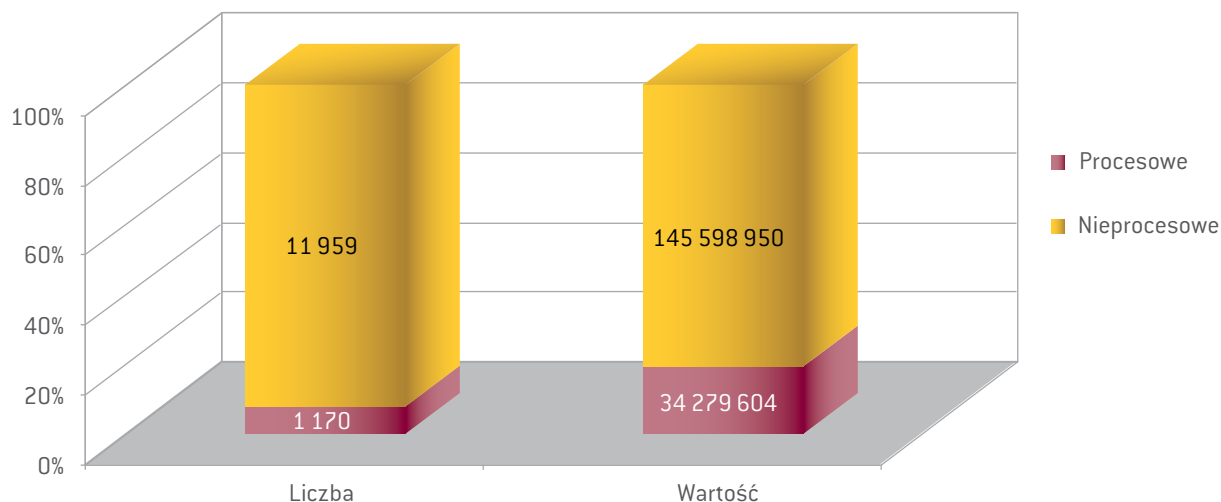
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Zdecydowanie największą skutecznością cechują się sprawcy dokonujący wyłudzeń w ubezpieczeniach finansowych. Wynika to ze skomplikowanej konstrukcji produktu i wysokiego poziomu know-how, niezbędnego do złożenia roszczenia. Analogicznie charakterystyczna jest znacznie większa skuteczność wyłudzeń dokonywanych przez pracowników ubezpieczyciela, którzy z racji posiadanej wiedzy i dostępu do informacji potrafią efektywnie unikać odpowiedzialności. Jest to szczegól-

nie istotne w kontekście wspomnianego niejednokrotnie zagrożenia ze strony zorganizowanych grup przestępczych, które nakłaniają do współpracy pracowników zakładów ubezpieczeń.

Podobnie jak w Dziale I wśród ujawnionych nieprawidłowości zdecydowanie przeważają te zakończone przez ubezpieczyciela na etapie postępowania wewnętrznego. Przyczyną są analogicznie jak w Dziale I.

Wykres 13. Podział czynów ze względu na sposób zakończenia sprawy (Dział II)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Poza nieprawidłowościami z obszaru wypłaty świadczeń wiele zakładów ubezpieczeń dostarczyło dane dotyczące pozostałych ujawnionych przypadków naruszeń prawa. Podsumowanie wyników zawarte jest w poniższej tabeli.

Tabela 7. Nieprawidłowości poza obszarem wypłaty odszkodowań (Dział II w 2015 r.)

Rodzaj nieprawidłowości	Liczba	Wartość (PLN)
Przywłaszczenie składek	1 420	9 943 058
Zawarcie umowy w celu wyłudzenia świadczenia	476	1 507 300
Zawarcie umowy w celu wyłudzenia prowizji	4	502 135
Przestępstwa przeciwko dokumentom	312	527 113
Inne / Nadużycia stwierdzone w innych obszarach	181	8 230 703
Razem	2 393	20 710 308

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Suma stwierdzonych nadużyć wynosi ponad 20 mln PLN i wzrosła w porównaniu z rokiem poprzednim o ponad 20%. Połowa tej kwoty to zdefraudowane składki. Podobnie jak przed rokiem wnioski dotyczą głównie ubezpieczycieli o mniej zaawansowanej infrastrukturze IT odpowiedzialnej za obsługę procesów sprzedaży. Choć przywłaszczenie składki nie spełnia znamion klasycznego przestępstwa ubezpieczeniowego, to jest ono wyjątkowo szkodliwe dla

reputacji ubezpieczyciela, który niesłusznie traci zaufanie w oczach klienta.

Kolejna istotna kategoria – inne – zawiera w tym roku przejawy nowej, niezwykle prostej, a zarazem niebezpiecznej metody wyłudzeń polegającej na stosowaniu socjotechniki oraz cyberprzestępczości do wprowadzenia w błąd ubezpieczyciela i podania innego niż uprawniony nume-

ru rachunku bankowego do przelania środków z autentycznej szkody osoby trzeciej, nie zamieszanej w proceder. Obydwie metody od niedawna stały się popularne wśród sprawców przestępstw bankowych i z powodzeniem zdobyły popularność w branży ubezpieczeniowej. Przystępcy korzystają z najprostszych metod, jak choćby dzwonienie na infolinię czy preparowanie fałszywego maila z prośbą o zmianę numeru rachunku.

3. Przykłady zdarzeń

W Dziale II w 2015 roku zakłady ubezpieczeń dostarczyły następujące przykłady mechanizmu wyłudzenia.

Przykład 1.

Na uwagę zasługuje przypadek dwóch szkód z ubezpieczenia ryzyka kosztów rezygnacji z imprezy turystycznej. Do ubezpieczyciela wpłynęły roszczenia związane ze stratą wpłaconych środków (ok. 16,5 tys. PLN) w związku z zawartą umową na świadczenie usługi turystycznej i rezygnacją z zawartej umowy. Jako powód wskazano i potwierdzono zaświadczeniem lekarskim nagłą chorobę jednego z uczestników imprezy turystycznej. W toku przeprowadzonych czynności likwidacyjnych ustalono okoliczności dające podstawy do podejrzeń o kradzież tożsamości, podrobienie / przerobienie dokumentacji medycznej i pieczęci lekarza na zaświadczeniu o stanie zdrowia. Ustalono, że nieznanne osoby na podstawie skradzionej dokumentacji biura podróży zawarły ubezpieczenie, a następnie po podrobieniu/przerobieniu niezbędnych dokumentów zgłosiły szkodę ubezpieczeniową.

Przykład 2.

Przykłady mechanizmów wyłudzeń nadesłane przez jednego z uczestników badania:

- Zgłoszenie uszkodzeń pojazdu, które nie mogły powstać w okolicznościach podawanych w zgłoszeniu szkody.

- W wyniku przeprowadzonych czynności (wywiadu z uczestnikami zdarzenia, oględzin miejsca zdarzenia) ustalono inny przebieg zdarzenia – sfingowana kradzież pojazdu, podrobiona polisa wykryta na skutek zapytania z UFG.
- Zakres naprawy węższy niż wynikający z kosztorysu i faktur. Warsztat użył części używanych, a przedstawił faktury na oryginały, element zakwalifikowany do wymiany został naprawiony.
- Zgłoszenie tych samych roszczeń w dwóch zakładach ubezpieczeń.
- Podrobienie podpisu nabywcy na wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia przez zbywcę pojazdu.
- Osoba zgłaszająca roszczenie za pośrednictwem kolejno ustanowionych pełnomocników podała, że w godzinach popołudniowych potknęła się o nierówność chodnika i upadła na tym chodniku, co skutkowało obrażeniami ciała. W procesie likwidacji szkody powstały rozbieżności i wątpliwości co do okoliczności i miejsca powstania zgłoszonego zdarzenia i szkody na osobie.
- Pojazd przywieziony z Francji z uszkodzeniami. Okazano pojazd twierdząc, iż wskazany sprawca doprowadził do uszkodzenia tyłu pojazdu. Uszkodzenia tożsame z uszkodzeniami pojazdu sprzedanego we Francji.
- Pełnomocnik poszkodowanego zgłosił szkodę z OC zarządcy drogi, polegającą na kolizji z łosiem. Po otrzymaniu zgłoszenia szkody i wstępnej analizie dokumentacji medycznej stwierdzono, że kierujący był pod wpływem alkoholu, natomiast z notatki policyjnej KPP wynikało, że kierujący był trzeźwy. W sprawie zaangażowano detektywa, który w efekcie doprowadził do zrzeczenia się roszczeń przez poszkodowanego. Dodatkowo prokuratura rejonowa prowadzi postępowanie w sprawie niedopełnienia obowiązków służbowych na miejscu zdarzenia drogowego przez funkcjonariuszy KPP.
- Roszczenia ze szkody zamkniętej zgłaszane przez fałszywego poszkodowanego. Po 6 miesiącach od

wydania stanowiska do sprawy złożono dodatkowe roszczenia w formie mailowej ze wskazaniem innych danych adresowych oraz innego numeru konta bankowego wskazanego do przelewu kwoty odszkodowania. Roszczenie dotyczyło zwrotu kosztów użytkownika pojazdu zastępczego. Pojazdem wskazanym jako samochód zastępczy spowodowano szkodę. Podpisy na dokumentach nieudolnie wklejone.

4. Wnioski i rekomendacje

Polska Izba Ubezpieczeń posiada wieloletnie doświadczenie w prowadzeniu badań nad przestępczością ubezpieczeniową. Od kilku lat praktycznie wszystkie obecne na rynku podmioty ubezpieczeniowe czynnie biorą udział w procesie przeciwdziałania zjawisku wyłudzeń. Zwrotność wśród zakładów Działu II jest wzorcowa i wynosi 99%.

Niezwykle pozytywnym zjawiskiem jest także powszechne postrzeganie konieczności prowadzenia badań nad tym istotnym zagrożeniem oraz stała i konsekwentna współpraca ubezpieczycieli na forum Komisji i Podkomisji. Nadzieję wzbudza także obowiązek UFG wynikający z zapisów nowej ustawy o działalności ubezpieczeniowej dotyczącej tworzenia informatycznej bazy danych z ubezpieczeń Działu I i II. Narzędzie to pozwoli na zupełnie nową jakość detekcji i zbliżenie się do wyników uzyskiwanych dotychczas tylko w ubezpieczeniach komunikacyjnych. Nadesłane kwestionariusze zawierają dane o wysokiej jakości, które dostarczyły wielu istotnych informacji o zjawisku przestępczości na polskim rynku ubezpieczeń. Łączna wartość przypadków ujawnionych w 2015 roku to ponad 179 mln PLN.

Dane z kwestionariuszy poparte analizą konkretnych przypadków wyłudzeń oraz doświadczeniem z prac Komisji

pozwalają na sformułowanie następujących wniosków i zaleceń:

- Wzrost popularności przestępstw popełnianych w ubezpieczeniach niezwiązanych z komunikacją wymaga od specjalistów zwalczających fraudy rozległej wiedzy o mechanizmach przestępstw i oszustw popełnianych w różnych dziedzinach gospodarki.
- Ofiarami zorganizowanej przestępczości gospodarczej padają nie tylko zakłady ubezpieczeń, lecz wszelkie podmioty działające na rynku finansowym. Z tego względu konieczne jest kontynuowanie i rozszerzanie rozpoczętej współpracy z branżą bankową w celu wzajemnego udostępnienia danych o kliencie, wymiany doświadczeń i realizowania działań ustawodawczych w celu stworzenia spójnych antyfraudowych systemów wymiany danych.
- Coraz częstsze szkody osobowe w OC kierowcy wymuszają ewolucję metod detekcji i całkowite prze-modelowanie procesów likwidacji szkód. Powoduje to zacieranie wyraźnych dotąd różnic w postępowaniu ze szkodami Działu I i II.
- Cyberprzestępczość i socjotechnika to znane dotychczas metody przestępcze, jednak ich zastosowanie przez sprawców wyłudzeń odszkodowań obnażyło wiele słabych stron procedur likwidacji szkód, które powinny zostać poddane audytowi pod kątem podatności na te techniki.

Komisja ds. Przeciwdziałania Przestępczości Ubezpieczeniowej wyraża podziękowanie dla wszystkich zakładów ubezpieczeń, które dostarczyły danych do tegorocznej edycji badania oraz dla osób biorących udział w pracach Komisji.

Załącznik 1

Kwestionariusz dla zakładów ubezpieczeń Działu I

Tabela dla zakładów ubezpieczeń Działu I		Nazwa zakładu:		NAZWA ZAKŁADU			
I. Naduzycia stwierdzone w procesie wypłaty odszkodowań							
poz.	Ryzyko	Sprawy załatwione w trybie postępowania karnego procesowe		Sprawy załatwione w trybie innym niż postępowanie karne nieprocesowe			
		Usiłowanie wyłudzenia		Usiłowanie wyłudzenia		Wyłudzenia	
		Liczba	Kwota	Liczba	Kwota	Liczba	Kwota
1	Zgon ubezpieczonego						
2	Zgon ubezpieczonego na skutek NW						
3	Poważne zachorowanie						
4	Trwale inwalidztwo lub uszczerbek na skutek NW						
5	Niezdolność do pracy						
6	Leczenie szpitalne lub operacje						
7	Narodziny dziecka / narodziny martwego dziecka						
8	Śmierć rodzica / teścia / współmałżonka / dziecka						
9	Inne (jakie?)*						
Razem ubezpieczenia (1-9)		0	0,00	0	0,00	0	0,00
ŁĄCZNIE		Usiłowanie wyłudzenia		Wyłudzenia		Uwagi	
		Liczba	Kwota	Liczba	Kwota	* Tu wpisz swoje uwagi	
		0	0,00	0	0,00		
W tym ZATAJENIA		0	0,00	0	0,00		
OGÓLEM		0	0,00				

Załącznik 1

Kwestionariusz dla zakładów ubezpieczeń Działu I

Tabela dla zakładów ubezpieczeń Działu I		Nazwa zakładu:		NAZWA ZAKŁADU	
II. Nadużycia stwierdzone w procesach sprzedaży i obsługi ubezpieczeń oraz w innych obszarach					
poz.	Ryzyko	Sprawy załatwione w trybie postępowania karnego procesowe		Sprawy załatwione w trybie innym niż postępowanie karne nieprocesowe	
		Usiłowanie wyłudzenia		Usiłowanie wyłudzenia	
		Liczba	Kwota	Liczba	Kwota
1	Przywłaszczenie składek				
2	Zawarcie umowy w celu wyłudzenia odszkodowania				
3	Zawarcie umowy w celu wyłudzenia prowizji				
4	Przestępstwa przeciwko dokumentom				
5	Inne* / Nadużycia stwierdzone w innych obszarach				
		Razem	0	0,00	0
			0	0,00	0
			0,00	0	0,00
Uwagi					
* Tu wpisz swoje uwagi					
		Usiłowanie wyłudzenia		Wyłudzenia	
		Liczba	Kwota	Liczba	Kwota
ŁĄCZNIE		0	0,00	0	0,00
W tym ZATAJENIA		0	0,00	0	0,00
OGÓŁEM		0	0,00		

Tabela dla zakładów ubezpieczeń Działu II		Nazwa zakładu:		NAZWA ZAKŁADU			
I. Nadzucia stwierdzone w procesie wypłaty odszkodowań							
poz.	Ryzyko	Sprawy załatwione w trybie postępowania karnego procesowe		Sprawy załatwione w trybie innym niż postępowanie karne nieprocesowe			
		Usiłowanie wyłudzenia		Usiłowanie wyłudzenia		Wyłudzenia	
		Liczba	Kwota	Liczba	Kwota	Liczba	Kwota
1	OC komunikacyjne (majątkowe)						
2	OC komunikacyjne (osobowe)						
3	Autocasco						
4	OC rolników						
5	Od kradzieży z włamaniem (biznes)						
6	Od ognia i innych żywiołów (biznes)						
7	Ubezpieczenia mieszkań i domów						
8	Turystyczne i Assistance						
9	NNW						
10	Inne OC						
11	Kredytu, Finansowe, D&O						
12	Gwarancja ubezpieczeniowa						
13	Inne (jakie?)*						
Razem ubezpieczenia (1-13)		0	0,00	0	0,00	0	0,00
ŁĄCZNIE		Usiłowanie wyłudzenia		Wyłudzenia		Uwagi	
		Liczba	Kwota	Liczba	Kwota	* Tu wpisz swoje uwagi	
W tym ZATAJENIA		0	0,00	0	0,00		
OGÓLEM		0	0,00	0	0,00		

Tabela dla zakładów ubezpieczeń Działu II		Nazwa zakładu:		NAZWA ZAKŁADU	
II. Nadużycia stwierdzone w procesach sprzedaży i obsługi ubezpieczeń oraz w innych obszarach					
poz.	Ryzyko	Sprawy załatwione w trybie postępowania karnego procesowe		Sprawy załatwione w trybie innym niż postępowanie karne nieprocesowe	
		Usiłowanie wyłudzenia		Usiłowanie wyłudzenia	
		Liczba	Kwota	Liczba	Kwota
1	Przywłaszczenie składek				
2	Zawarcie umowy w celu wyłudzenia odszkodowania				
3	Zawarcie umowy w celu wyłudzenia prowizji				
4	Przestępstwa przeciwko dokumentom				
5	Inne* / Nadużycia stwierdzone w innych obszarach				
Razem		0	0,00	0	0,00

Usiłowanie wyłudzenia		Wyłudzenia		Uwagi	
Liczba	Kwota	Liczba	Kwota	* Tu wpisz swoje uwagi	
0	0,00	0	0,00		
0	0,00	0	0,00		
ŁĄCZNIE		0	0,00		
W tym ZATAJENIA		0	0,00		
OGÓLEM		0	0,00		



Polska Izba Ubezpieczeń
00-105 Warszawa, ul. Twarda 18

tel.: +48 22 420 51 05
faks: + 48 22 420 51 87
office@piu.org.pl
www.piu.org.pl