

Analiza danych

dotyczących przestępstw ujawnionych w 2017 roku

w związku z działalnością
zakładów ubezpieczeń
– członków Polskiej
Izby Ubezpieczeń

dr Piotr Majewski

Polska Izba Ubezpieczeń
Komisja ds. Przeciwdziałania Przemocności Ubezpieczeniowej

Warszawa 2018 r.

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.....	7
1. Metodyka badania.....	7
2. Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2017 r.....	7
3. Przykłady przestępczości ubezpieczeniowej.....	15
4. Wnioski i rekomendacje.....	18
Dział II – Pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe.....	19
1. Metodyka badania.....	19
2. Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2017 r.....	19
3. Przykłady przestępczości ubezpieczeniowej.....	28
4. Wnioski i rekomendacje.....	32
Przestępczość ubezpieczeniowa w świetle badań Insurance Europe.....	33
Badanie Insurance Europe – pilotaż edycji polskiej.....	36
Załącznik 1. Kwestionariusz dla zakładów ubezpieczeń Działu I.....	38
Załącznik 2. Kwestionariusz dla zakładów ubezpieczeń Działu II.....	40

Informacje wstępne

W 2017 roku rynek przygotowywał się do nowych obowiązków informacyjnych i zasad dystrybucji ubezpieczeń, a także wprowadzał innowacje technologiczne związane z telematyką. Pojawiały się nowe rozwiązania insurtech czy związane z mobilnymi kanałami sprzedaży.

W porównaniu z 2016 r. rynek ubezpieczeń w Polsce wzrósł. W Dziale I jest to wzrost o 3%, w Dziale II aż o 17%. Suma zebranych składek przekroczyła kwotę 60 mld PLN.

To najlepszy wynik od 2012 roku, gdy odnotowano rekord sprzedaży w Dziale I. W 2017 r. za wzrost odpowiadał przede wszystkim Dział II, a szczególnie ubezpieczenie OC ppm. Dział I zaś to przede wszystkim modyfikacje struktury oferowanych produktów, wynikające ze zmiany popularności ubezpieczeń inwestycyjnych oraz wzrostu popytu na produkty o charakterze ochronnym.

Tabela 1. Składka przypisana brutto w latach 2015-2017

	2015 [tys. PLN]	2016 [tys. PLN]	2017 [tys. PLN]
Dział I	27 525 201	23 856 688	24 561 013
Dział II	27 278 397	32 182 487	37 792 654

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KNF.

Rok 2017, mimo wystąpienia kilku gwałtownych zjawisk pogodowych, nie przyniósł w Dziale II znaczącego wzrostu wartości wypłacanych odszkodowań i świadczeń. Zmiany

wolumenu wypłat wynikały głównie ze wzrostu rynku oraz coraz większego udziału szkód osobowych w ubezpieczeniach komunikacyjnych.

Tabela 2. Odszkodowania i świadczenia brutto w latach 2015-2017

	2015 [tys. PLN]	2016 [tys. PLN]	2017 [tys. PLN]
Dział I	19 357 687	18 284 273	20 354 694
Dział II	15 488 144	18 393 065	19 485 376

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KNF.

Podobnie jak rok wcześniej, rynek ubezpieczeń charakteryzował się znaczną poprawą rentowności. W 2017 roku odnotowano rekordowy wzrost wartości wyniku tech-

nicznego w ubezpieczeniach Działu II, szczególnie w sektorze OC komunikacyjnego i AC.

Tabela 3. Wynik techniczny w latach 2015-2017

	2015 [tys. PLN]	2016 [tys. PLN]	2017 [tys. PLN]
Dział I	2 844 714	2 929 568	3 064 344
Dział II	224 207	365 664	2 078 128

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KNF.

Informacje wstępne

Po raz pierwszy od wielu lat w komunikacyjnym ubezpieczeniu OC, wynik techniczny był dodatni i wyniósł ponad 480 mln PLN. Należy pamiętać jednak, że to wartość zagregowana i nie dotyczy w jednakowym stopniu wszystkich zakładów.

Przestępczość ubezpieczeniowa nie omija żadnej z firm ubezpieczeniowych prowadzących działalność na polskim rynku. Wysoki poziom aktywów instytucji finansowych niezmiennie stanowi atrakcyjny cel dla grup przestępczych. Znajduje to także potwierdzenie we wskaźnikach zagrożenia szeroko pojętą zorganizowaną przestępczością, raportowanych przez policję i CBŚP.

Metodyka prowadzonych badań

Polska Izba Ubezpieczeń jest jedyną instytucją na polskim rynku ubezpieczeniowym, która prowadzi cykliczne badania nad przestępczością ubezpieczeniową. Sprawdzona metodyka 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 przyszłym 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 w badaniu uzyskano bardzo wysoką zwrotność, zapewniającą reprezentatywność i wiarygodność wyników.

Podobnie jak w poprzedniej edycji badania, do ubezpieczycieli przesłano kwestionariusze elektroniczne. Kształt kwestionariuszy stosowanych w 2017 roku, nie uległ zmianie i jest efektem konsultacji prowadzonych na forum Komisji ds. Przeciwdziałania Przestępczości Ubezpieczeniowej PIU.

Narzędzie badawcze wyposażone zostało w szczególnością legendę, pomocną w prawidłowym wypełnianiu danymi. Zakłady wypełniają kwestionariusze raportując nadużycia w ujęciu ilościowym i wartościowym oraz w podziale na rodzaje ubezpieczeń, zarówno w Dziale I, jak

Grupy przestępcze o charakterze ekonomicznym stanowią dominującą kategorię wśród sprawców zorganizowanej przestępczości.

Od kilku lat monitorowanie metod działań sprawców przez zakłady ubezpieczeń pozwala stwierdzić, że w przestępczości ubezpieczeniowej widoczne są określone tendencje. Są one związane między innymi ze szkodami osobowymi czy coraz częstszym wykorzystaniem ubezpieczeń na życie. Dzięki szeroko zakrojonej współpracy między zakładami i coraz lepszej wymianie danych oraz doskonaleniu narzędzi antyfraudowych, możliwe jest lepsze przeciwdziałanie przestępczości ubezpieczeniowej.

i Dziale II. Zadbano także o podział odnotowanych czynów na: czyny stwierdzone w obszarze wypłaty świadczeń (przestępczość 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 wykrywalność 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 kwestionariusze zawierają 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.

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.

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 „ciemnej 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.

Narzędzie badawcze 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 wyodrębnienie szczegółowych statystyk.

W 2017 roku uzyskano rekordowo dużą liczbę kwestionariuszy. Dzięki temu uzyskano bardzo wysoki stopień reprezentatywności badania dla całego rynku.

1. Metodyka badania

Analiza danych dotyczy struktury i skali wyłudzeń oraz prób wyłudzeń świadczeń, także zatajeń ujawnionych przez pracowników zakładów ubezpieczeń Działu I w 2017 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

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. Uwzględniono także podział na sprawy załatwione w trybie postępowania karnego – procesowe oraz takie, które nie zostały zgłoszone do organów ścigania.

Kwestionariusze zostały przesłane do uzupełnienia, do wszystkich zakładów ubezpieczeń Działu I działających w 2017 roku na polskim rynku. Informację zwrotną nadesłały 24 zakłady z siedzibą w Polsce (co stanowi 89% liczby zakładów z siedzibą w Polsce) oraz 2 oddziały zagraniczne.

W badaniu biorą udział wszystkie, posiadające znaczący udział w rynku, zakłady ubezpieczeń na życie.

W dalszej analizie uwzględniono dane z zakładów, które wzięły udział w badaniu. Wspomniane zakłady ubezpieczeń (z siedzibą w Polsce) reprezentują około 92% rynku - biorąc pod uwagę świadczenia wypłacane brutto w Dziale I.

Wiele zakładów ubezpieczeń do wypełnionych tabel dołączyło opisy przykładów nieprawidłowości, jakie udało im się ujawnić podczas likwidacji szkód. Opis metod działań przestępców to doskonały materiał do oceny zastosowa-

nych w zakładach procedur i analizy ich pod kątem podatności na wyłudzenia. Przykłady zostały zaprezentowane w dalszej części analizy.

Warto dodać, że ankietowane zakłady ubezpieczeń reprezentują coraz wyższy poziom akumulacji danych, dotyczących przypadków wyłudzeń świadczeń.

2. Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2017 r.

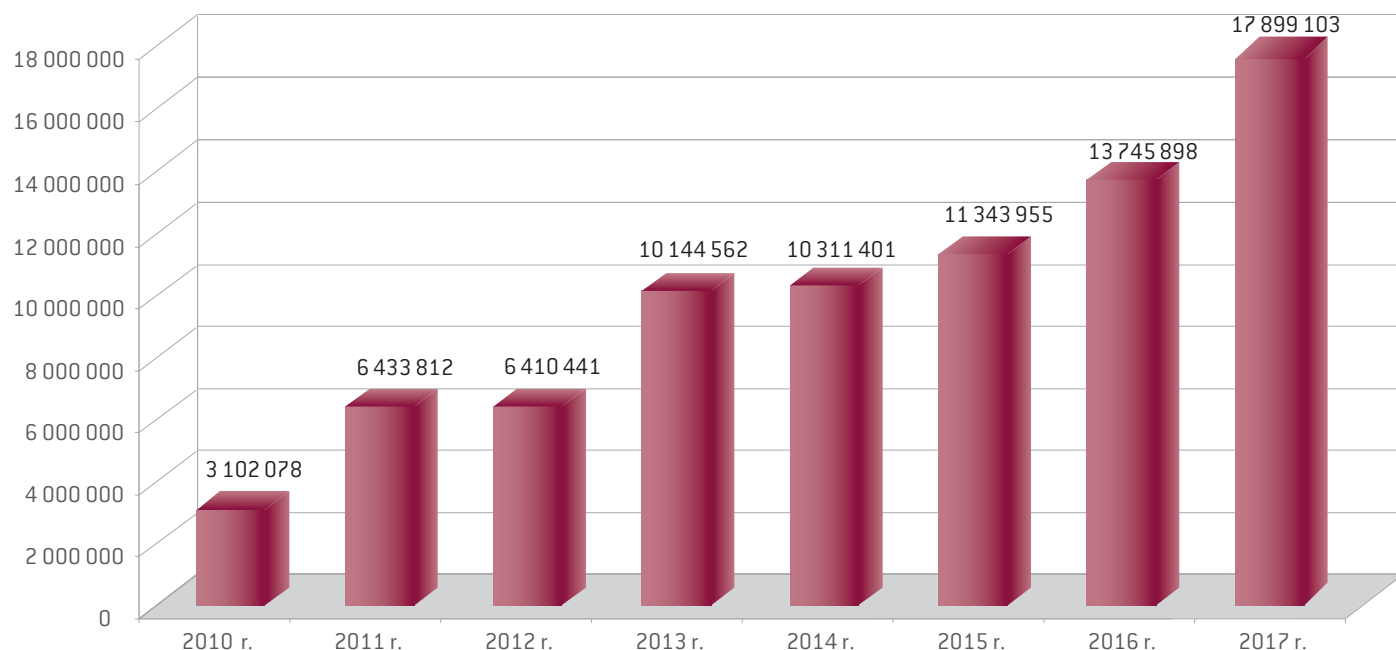
W 2017 roku pracownicy zakładów ubezpieczeń biorących udział w badaniu odnotowali 901 czynów na szkodę zakładów Działu I, dokonanych w ramach umów ubezpieczenia, na łączną kwotę 17 899 103 PLN.

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 22% (z 738 do 901). Z uwagi na różnice w klasyfikowaniu wyłudzeń oraz działalność grup przestępczych o wiele lepszym prognostykiem skali zjawiska jest wartość ujawnionych czynów, która wzrosła aż o 30% (z 13 745 898 PLN). Liczba odnotowywanych co roku przypadków zmienia się, ponieważ zaburzana jest niekiedy przez incydentalne przypadki wykrycia serii drobnych wyłudzeń (przykładowo może to być seria drobnych wypłat z ubezpieczenia leczenia szpitalnego). Utrudnia to wnioskowanie dotyczące kształtującego się trendu oraz wypacza sens wyliczania średniej wartości wyłudzenia. Lepszym wskaźnikiem zagrożenia przestępczością jest zatem wartość odnotowywanych przypadków, która z roku na rok rośnie. Mimo, że jest ona wciąż nieporównywalnie mniejsza od wykazanych w dalszej części opracowania wartości z Działu II, to wyniki badań potwierdzają tendencję świadczącą o wzroście popularności wyłudzenia z ubezpieczeń na życie wśród przestępców.

Poniższy wykres ilustruje kształtowanie się wartości wyłudzeń w Dziale I na przestrzeni ostatnich lat, z wy-

rażnie zauważalną rosnącą tendencją wartości ujawnianych przestępstw. Dynamika wzrostu wartości wykazywanych przez ubezpieczycieli wartości wyłudzeń jest obecnie dwucyfrowa.

Wykres 1. Przystępność ubezpieczeniowa w Dziale I w latach 2010-2017 (PLN) (ujęcie wartościowe)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Wspomniana wyżej różnica w wartości wychwyconych wyłudzeń pomiędzy Działami I i II wynika z kilku przyczyn. Sprawna wymiana informacji funkcjonuje w Dziale II dzięki Ośrodkowi Informacji Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego. Sytuacja ta zmieni się w najbliższej przyszłości, dzięki Bazie Danych Ubezpieczeniowych, którą zbudował UFG. Zawiera ona dane o umowach ubezpieczenia i roszczeniach ubezpieczeń innych niż komunikacyjne i zaoferuje nową jakość w zakresie przeciwdziałania i zwalczania przystępności ubezpieczeniowej w Dziale I. Obecnie to rozwiązanie IT znajduje się już w wielu zakładach w fazie testów pilotażowych.

Należy także pamiętać, że produkty Działu I nie są jednakowo podatne na wyłudzenia świadczeń. Klasyczne produkty życiowe oraz ubezpieczenia grupowe mogą służyć do generowania nienależnych świadczeń. Podobną cechę posiadają wszelkie umowy dodatkowe do podstawowego produktu ubezpieczeń na życie. Wskazują na to bogate doświadczenia zakładów ubezpieczeń majątkowych, nękanych wyłudzeniami z roszczeń osobowych za szkody w OC komunikacyjnym. Liczne metody pozorowania uszkodzeń

ciała i rzekomych uszczerbków na zdrowiu zostały opisane szczegółowo w dalszej części analizy.

Z kolei do grona produktów mniej podatnych można zaliczyć ubezpieczenia o charakterze inwestycyjnym, które z racji swojej konstrukcji uniemożliwiają dokonanie wyłudzenia świadczenia. Nie mniej jednak doświadczenia branży bankowej oraz zauważalne przypadki wyłudzeń z rynku ubezpieczeń wskazują na znaczące ryzyko przywłaszczania środków inwestycyjnych przez sprawców podających się za uprawnionego. Wykorzystują oni między innymi socjotechniki, kradzież tożsamości czy luki w zabezpieczeniach elektronicznych kanałów dostępu.

Poszczególne zakłady ubezpieczeń zgłosiły od kilku do ponad stu przypadków wyłudzeń. Wartość ujawnionych nieprawidłowości waha się od kilku tysięcy do kilku milionów złotych. Różnice te wynikają zarówno z charakteru oferty jak i udziału rynkowego respondentów.

Narzędzie badawcze umożliwia zbieranie danych i ich wielowymiarową analizę. Istnieją natomiast przypadki,

w których dane mogą nie być miarodajne, jak np. zbyt mała liczebność w poszczególnych kategoriach. Z tego względu w raporcie zaprezentowane zostaną tylko te tendencje, co do których zebrany materiał pozwala na rzetelne formułowanie zaobserwowanych prawidłowości.

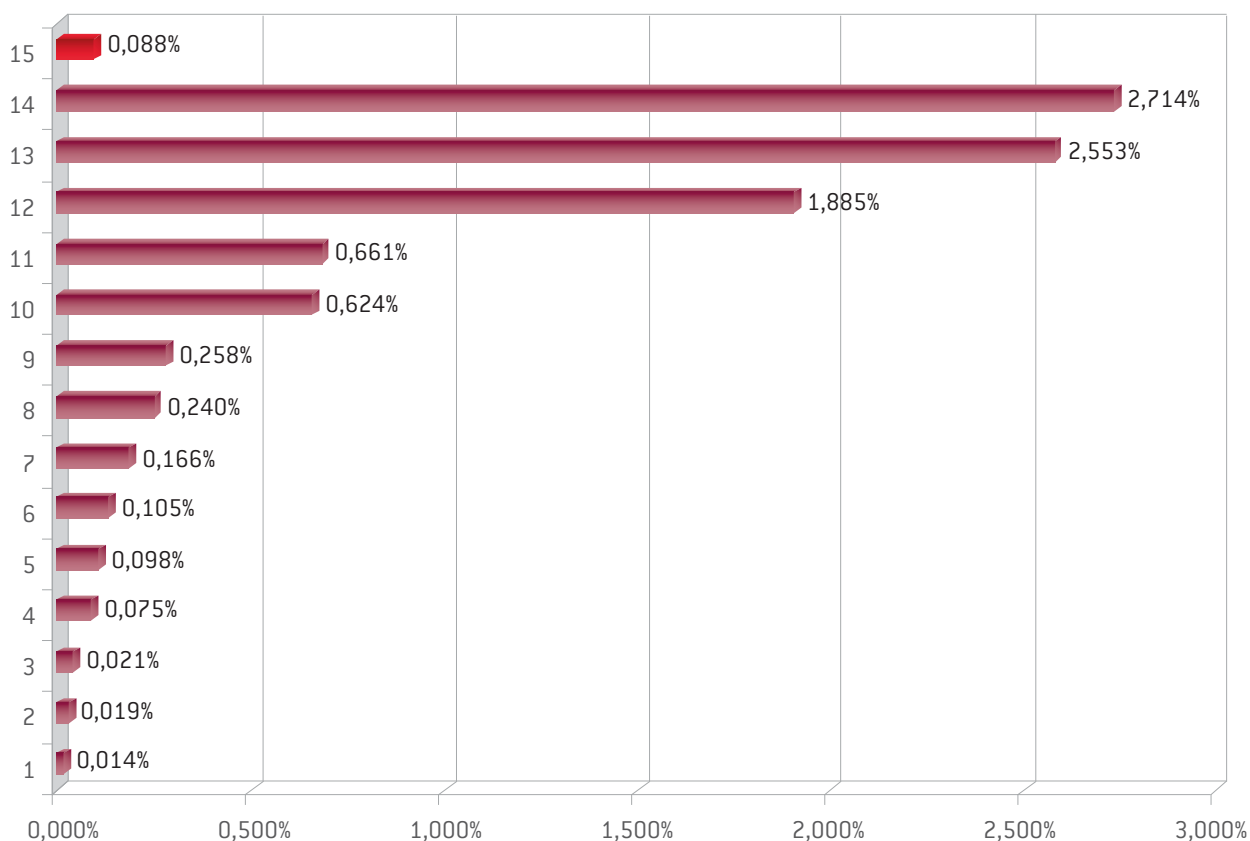
Przeciętna wartość wyłudzenia w ubezpieczeniach na życie wynosi blisko 20 tys. PLN. Nie jest to dobry wskaźnik prognostyczny, ponieważ na przestrzeni lat ulegał znaczącym wahaniom, powodowanym wspomnianą wcześniej dużą liczbą drobnych nieprawidłowości, które w poszczególnych latach okresowo zawyżały statystykę ilościową. Wartości średnie ujawnionych przypadków bardzo się od siebie różnią, głównie w zależności od rodzaju produktu ubezpieczeniowego. Najniższe wartości średnie dotyczą leczenia szpitalnego i świadczenia za urodzenie dziecka. Natomiast

najwyższe wypłacane są za śmierć na skutek NNW.

Tradycyjnie wśród respondentów badania występują ogromne różnice pomiędzy wartością wykrytych nadużyć w relacji do kwoty wypłat ogółem. Średnia dla całego rynku to 0,088% i jest ona wyższa niż w roku 2016. Skrajne wartości maksymalne występują rzadko. Związane są one z przypadkami wykrycia znaczących wartościowo, pojedynczych wyłudzeń w zakładach ubezpieczeń o małym udziale rynkowym. Wartości wskaźników przekraczają wtedy 1% i zbliżają się do wartości charakterystycznych dla Działu II.

Graficzne odwzorowanie tych dysproporcji przedstawia wykres 2. (pominięto zakłady, które nie dostarczyły wypełnionych tabel, lub deklarują pojedyncze przypadki wyłudzeń).

Wykres 2. Procentowy udział przestępczości ubezpieczeniowej w świadczeniach wypłacanych ogółem w Dziale I w 2017 roku w wybranych zakładach ubezpieczeń (kolejność rosnąca wg wartości, gdzie 15 – średnia rynku)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Legenda: 1-14 losowo wybrane zakłady ubezpieczeń biorące udział w badaniu (kolejność rosnąca wg wartości wskaźnika), 15 – średnia dla rynku.

W roku 2017 wciąż trudno o jednoznaczne wnioski dotyczące zatajeń. 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 2017 roku łącznie 288 przypadków tego typu, na łączną wartość około 3,8 mln PLN. Jest to o wiele mniej niż rok wcześniej. Jednak przy interpretacji tych danych wskazana jest daleko posunięta ostrożność. Wielu uczestników badania nie podało wiarygodnych danych, ponieważ nie wszystkie zakłady ubezpieczeń posiadają zdolność do jednoznacznego zaklasyfikowania danego przypadku wyłudzenia do konkretnej kategorii występującej w formularzu badania.

W dalszej części opracowania zawarta jest analiza danych dotyczących wypłat świadczeń w podziale na poszczególne rodzaje ubezpieczeń. Mała popularność niektórych rodzajów produktów nie powinna prowadzić do wniosków o znikomym poziomie zagrożenia. Na przestrzeni lat wartości bardzo się różnią, a wysoka dynamika ewolucji metod działania sprawców nie powinna usypiać czujności osób odpowiedzialnych za przeciwdziałanie nadużyciom. Cennych informacji w tym zakresie dostarcza lektura zamieszczonych w dalszej części opracowania przykładów.

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

Tabela 4. Przestępczość ubezpieczeniowa wg rodzaju wyłudzenia (Dział I w 2017 r.)

Rodzaj nieprawidłowości	Liczba	Wartość (PLN)
Zgon ubezpieczonego	243	10 061 323
Zgon ubezpieczonego na skutek NW	4	1 693 000
Poważne zachorowanie	73	2 008 897
Trwałe inwalidztwo lub uszczerbek na skutek NW	99	1 878 208
Niezdolność do pracy	12	236 973
Leczenie szpitalne lub operacje	399	596 122
Narodziny dziecka/ narodziny martwego dziecka	32	188 222
Śmierć rodzica/ teścia/ współmałżonka/ dziecka	11	347 216
Inne*	28	889 144
Razem	901	17 899 103

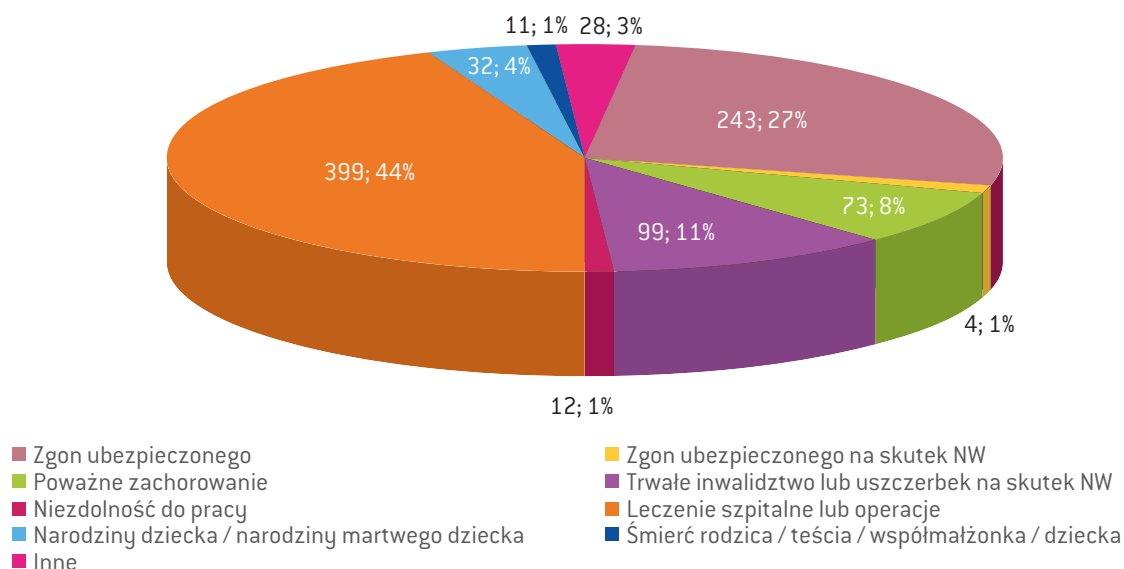
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

* Nadużycia stwierdzone w innych rodzajach, szczegółowy opis w dalszej części opracowania

Na polskim rynku od lat najpopularniejszym i najbardziej dotkliwym pod względem wartościowym przestępstwem jest wyłudzenie świadczenia za zgon osoby ubezpieczonej. Tendencja ta utrzymuje się praktycznie od początku prowadzenia badań przez PIU. W 2017 roku często wykrywano także przypadki związane z: poważnym zachorowa-

niem, inwalidztwem i przede wszystkim leczeniem szpitalnym. Szczególnie ten ostatni produkt zasługuje na słowo komentarza. Prosta symulacja trudno diagnozowalnych dolegliwości skutkuje kilkudniowym pobytem w szpitalu i świadczeniem na około tysiąc złotych. W roku 2017 ujawniono aż 399 takich przypadków.

Wykres 3. Przepięćność ubezpieczeniowa w Dziale I w 2016 roku (ujęcie liczbowe i udział procentowy)

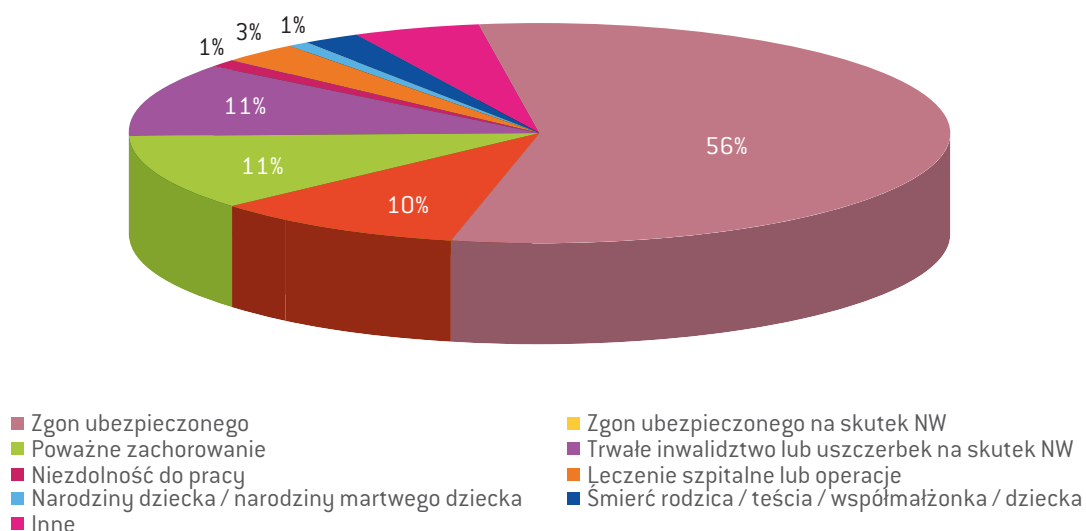


Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Incydenty wyłudzeń oparte na pozorowaniu zgonu stanowią przytłaczającą większość pod względem wartościowym i wciąż pozostają najbardziej dotkliwą metodą wyłudzeń. W roku 2017 udział tej metody osiągnął wartość

56%. Inne stosowane przez sprawców metody związane z pozostałymi rodzajami ubezpieczeń stanowiły wartości do około 10% wolumenu wykrytych wyłudzeń.

Wykres 4. Przepięćność ubezpieczeniowa w Dziale I w 2017 roku (struktura według procentowego udziału wartości rodzaju wyłudzeń)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Metody działania sprawców i luki w procedurach wykorzystywane przez nich w procesie wyłudzeń świadczeń w Dziale I nie zmieniają się niestety w istotny sposób na przestrzeni lat. Są to głównie:

- Luki w procedurach i brak pełnej elektronizacji obsługi i obiegu dokumentów świadczeń ubezpieczeń grupowych.
- Brak wdrożenia elektronicznych dokumentów tożsamości. Mimo częściowego wdrożenia aplikacji mObywatel ubezpieczyciele nadal nie mają możliwości szybkiej weryfikacji tożsamości klienta online.
- Nerozwieszony problem dokumentów kolekcjonerskich. Tego rodzaju dokumenty oferowane są na co najmniej kilkunastu portalach internetowych, jako tak zwane dokumenty kolekcjonerskie. Dzięki dużej jakości wykonania do złudzenia przypominają one autentyczne dokumenty tożsamości, prawa jazdy itd. Są one wykorzystywane do popełniania różnego rodzaju oszustw, między innymi na szkodę instytucji finansowych. Patologia ta powinna zostać wkrótce ukrócona dzięki planowanym zmianom w prawie, które będzie przewidywać penalizowanie produkcji, handlu i posiadania tego rodzaju dokumentów.
- Brak możliwości pełnej, automatycznej wymiany danych z systemami Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Instytucje te zaczynają dostrzegać problem wyłudzeń świadczeń, dotyczący także sektor ochrony zdrowia i ubezpieczeń społecznych. Do pełnej współpracy z branżą ubezpieczeniową wciąż brakuje jednak kompleksowych zmian w prawie. Dostępne obecnie rozwiązania cząstkowe wciąż wymagają ręcznej wymiany korespondencji z częścią instytucji zewnętrznych, co czyni proces likwidacji szkody całkowicie nieefektywnym i podatnym na błędy.
- Brak elektronizacji i wymiany danych dotyczących interwencji pogotowia ratunkowego. Kluczowym elementem obsługi świadczenia dotyczącego urazów jest informacja o zakresie obrażeń, jakich doznał poszkodowany oraz o okolicznościach ich zaistnienia.

W 2017 r. odnotowano wysoką popularność metody wyłudzeń, polegającej na podawaniu nieprawdziwych okoliczności zaistnienia urazów lub zatajania istniejących przed zawarciem umowy ubezpieczenia stanów chorobowych. Przestępstwa te związane są głównie z ubezpieczeniami grupowymi oraz licznymi umowami dodatkowymi. Zmiany na rynku ubezpieczeń na życie powodują wzrost popularności produktów ochronnych oraz rozwój oferty. Bogaty wybór tego typu produktów skutkuje rozwojem nowych metod wyłudzeń. Modus operandi sprawcy polega zwykle na podaniu nieprawdziwych okoliczności zaistnienia szkody lub poświadczeniu nieprawdy, jeśli do szkody wcale nie doszło.

- Urazy sportowe. Sportowcy amatorzy lub profesjonaliści, podają inne niż faktyczne okoliczności, aby uniknąć odmowy wypłaty świadczenia z uwagi na zaliczenie uprawianej przez nich dyscypliny sportu do wyłączeń odpowiedzialności. Dotyczy to także osób uprawiających sporty podczas urlopu – narty, nurkowanie itd.
- Urazy pod wpływem alkoholu i innych używek. Wiele urazów ciała powstaje podczas upojenia alkoholowego lub zażywania narkotyków czy coraz popularniejszych tzw. „dopalaczy”.
- Finansowanie zabiegów dentystycznych, operacyjnego leczenia wad wzroku lub medycyny estetycznej jako skutków NNW.
- Fałszowanie faktur lub całej dokumentacji medycznej z prywatnych placówek medycznych za zabiegi, które nigdy nie miały miejsca.

Analiza przestępczości zawiera tradycyjnie także dane dotyczące nieprawidłowości odnotowanych przez ubezpieczycieli poza obszarem wypłaty świadczeń. Specyfika ubezpieczeń na życie, a w szczególności współistnienie produktów ochronnych i oszczędnościowych powoduje, że jest to obszar o charakterze strategicznym, a coraz doskonalsze metody działania sprawców mogą powodować straty większe niż w klasycznym wyłudzeniu świadczeń. Zebrany materiał dostarcza wielu cennych informacji.

Tabela 5. Przestępczość ubezpieczeniowa poza obszarem wypłaty świadczeń (Dział I w 2017 r.)

Rodzaj nieprawidłowości	Liczba	Wartość (PLN)
Przywłaszczenie składek	23	264 021
Zawarcie umowy w celu wyłudzenia świadczenia	7	586 843
Zawarcie umowy w celu wyłudzenia prowizji	35	3 682 968
Przestępstwa przeciwko dokumentom	158	5 942 011
Inne (m.in. pranie pieniędzy)*	20	3 528 147
RAZEM	243	14 003 990

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

* Nadużycia stwierdzone w innych obszarach, szczegółowy opis w dalszej części opracowania.

W roku 2017 wartość ta jest nieco mniejsza niż przed rokiem i wynosi 14 mln PLN. Najważniejsze wnioski z analizy tej grupy wyłudzeń to:

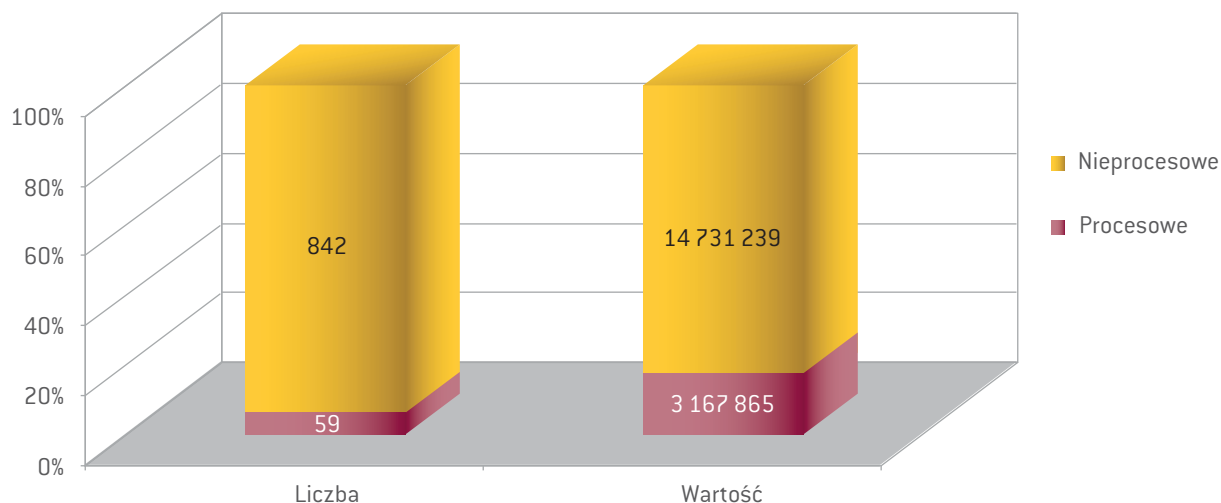
- Coraz mniejsza wartość składek zdefraudowanych przez nieuczciwych agentów. Postępująca elektroniczacja systemów sprzedaży i rozliczeń oraz zanikający w praktyce obrót gotówkowy powodują, że ta metoda przestępcza odchodzi stopniowo w niepamięć. Należy przypomnieć, że PIU prowadzi i udostępnia zakładom bazę danych, gdzie odnotowywane są przypadki rozwiązania umów agencyjnych, do których to przyczyn należy naruszenie prawa, umowy, staranności oraz dobrych obyczajów. Dalszą poprawę sytuacji wróżą nowe rozwiązania prawne związane z dystrybucją produktów ubezpieczeniowych.
- Znaczenie procederu wyłudzeń prowizji. Ten groźny problem dotyczy głównie skutków postępowań z lat ubiegłych, jednak należy pamiętać, że wśród liczego grona pośredników nie brakuje jednostek, które szybko wykorzystają dowolną lukę w procedurze, by pozyskać nienależną prowizję. Przewidywany w przyszłości wzrost popularności produktów o charakterze inwestycyjnym stawia wysokie wymagania przed osobami zarządzającymi procesem sprzedaży i rodzi potrzebę opracowania innych kryteriów wynagradzania pośredników niż tylko wolumen tzw. produkcji. Wciąż odnotowywane są przypadki braku weryfikacji podmiotu wpłacającego składkę, na przykład za pośrednictwem urzędów pocztowych.
- Istotny problem przestępstw przeciwko dokumentom. W czasach dominacji komunikacji elektronicznej zyskuje on nowy wymiar. W Dziale I ocena ryzyka i proces likwidacji szkody opiera się często wyłącznie na przedłożonej przez klienta dokumentacji medycznej. Rozwój elektronicznych kanałów komunikacji z klientem i praca na skanach (często o niskiej jakości) sprzyja dokonywaniu wyłudzeń. Jedynym skutecznym rozwiązaniem tego problemu jest dostęp do referencyjnych baz danych.
- Coraz częstsze wykorzystywanie do wyłudzeń obcokrajowców. Proceder ten znany jest także pracownikom sektora bankowego. Wielość wzorów dokumentów tożsamości funkcjonujących poza obszarem UE to bardzo poważny problem utrudniający jednoznaczne określenie tożsamości klienta. Na chwilę obecną najbardziej widoczny on będzie w ubezpieczeniach grupowych, wobec zatrudniania w Polsce obcokrajowców, szczególnie w urazogennych gałęziach gospodarki takich jak rolnictwo, branża budowlana czy obsługa maszyn w przemyśle. Należy pamiętać, że dla obywateli np. Ukrainy nawet niewielkiej wysokości świadczenie za wypadek przy pracy stanowi bardzo wysoki dochód, dzięki korzystnemu przelicznikowi dolarowemu.
- Ujawnione przez zakłady ubezpieczeń przypadki prania pieniędzy. Mimo niewielu ujawnionych w 2017 roku przypadków należy pamiętać, że wzrost popularności nowoczesnych oszustw, przestępstw fi-

nansowych i potrzeba legalizacji pozyskanych w ten sposób środków, stawia nowe wyzwania przed zakładami ubezpieczeń na życie. Zjawisko dobrze znane w sektorze bankowym rozpowszechnia się również na rynku ubezpieczeń.

- Liczne przypadki nadużyć w procesie zarządzania ubezpieczeniami grupowymi. Znane są przypadki zakładania fikcyjnych grup, dopisywania osób nieistniejących, zmarłych lub pozostających w stanie terminalnym do istniejących grup. Duża liczba ubezpieczonych (miliony) i samych grup w połączeniu z niedostatkami organizacyjnymi w wielu zakładach sprzyjają tego typu wyłudzeniom. Charakteryzują się one względnie małą wartością jednostkową, lecz z racji dużej częstości występowania i łatwości ukrycia przestępstwa w ogromnym wolumenie szkód powodują duże straty dla zakładów ubezpieczeń.

Kolejny wykres ilustruje dane dotyczące podziału ujawnionych wyłudzeń ze względu na sposób zakończenia sprawy. Występuje tu zauważalna od lat prawidłowość – większość przypadków, blisko 82% nie znajduje finału przed obliczem wymiaru sprawiedliwości. Należy pamiętać, że przedstawiona na wykresie prawidłowość nie jest regułą charakteryzującą zakłady Działu I. W badaniu wzięło udział kilka zakładów, w których udział spraw procesowych jest bliski zeru oraz takie, gdzie stosunkowo wiele spraw (głównie wyłudzenia) znajdują finał w sądzie. Stanowi to pole do wymiany doświadczeń i częstszego stosowania drogi prawnej.

Wykres 5. Podział czynów w Dziale I ze względu na sposób zakończenia sprawy w 2017 roku (ujęcie liczbowe i wartościowe)

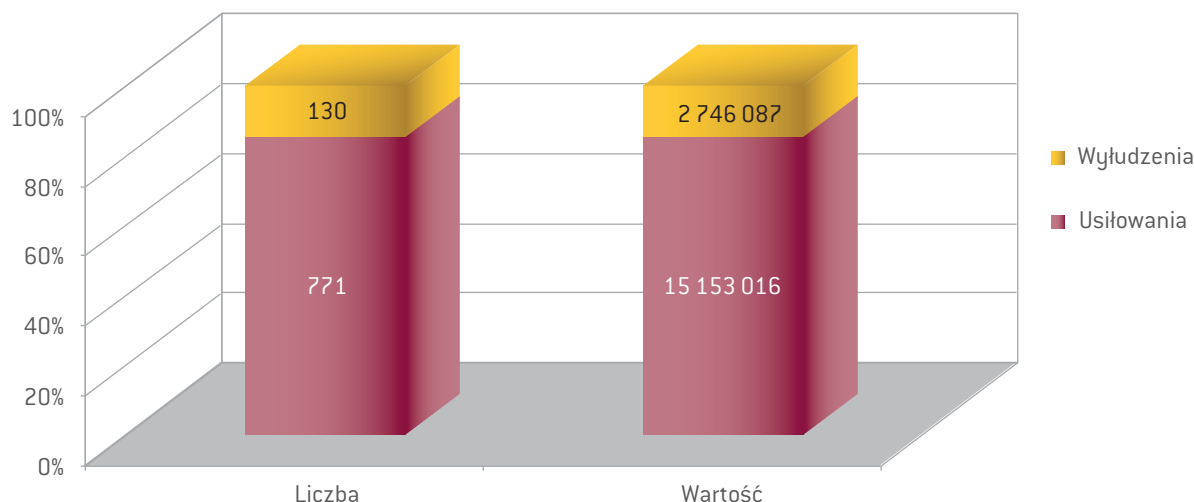


Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Należy wysoko ocenić skuteczność zabezpieczeń antyfraudowych stosowanych przez ubezpieczycieli życio-

wych. Ponad 85% spraw kończy się na etapie nieskutecznego usiłowania.

Wykres 6. Podział czynów w Dziale I ze względu na kwalifikację czynu w 2017 roku (ujęcie liczbowe i wartościowe)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Wnioski dotyczące przedstawionej proporcji usiłowań do wyłudzeń, charakteryzują czyny klientów. Przepię-

czość wewnętrzna, mimo znacznie mniejszej skali, nie przestaje być poważnym zagrożeniem.

3. Przykłady przestępczości ubezpieczeniowej

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 dostarczyły wiele przykładów nadużyć ujawniających najpopularniejsze techniki stosowane przez nieuczciwych klientów (opisy przykładów są materiałami źródłowymi nadesłanymi przez zakłady). Analiza zdarzeń opisanych poniżej dowodzi jak elastyczne i wielowątkowe bywają metody sprawców.

Przypadek 1.

Pan X zawarł polisę na życie od 21 kwietnia 2017 r. Suma ubezpieczenia wynosiła 80 000 zł z umową dodatkową na

trwały uszczerbek na zdrowiu. Zdarzenie nastąpiło krótko po zawarciu umowy. Po wystrzeleniu opony samochodowej, klient utracił słuch. Klient był z zawodu informatykiem. Szkada zgłoszona w Y, miejsce zamieszkania klienta w Z. Okoliczności zdarzenia: szybkie załatwienie aparatu słuchowego, dokument z izby przyjęć podpisany przez dermatologa. Roszczenie oddalone z powodu braku wystąpienia zdarzenia wskazanego w roszczeniu oraz dokumentacji medycznej. Przy współpracy z innymi zakładami, ustalono wystąpienie zdarzenia w 2014 r. Dodatkowo klient miał wykupionych kilka polis na życie w różnych zakładach

Przypadek 2.

Pan Y. Ubezpieczenie na życie, ochrona ubezpieczenia od 3 października 2017 r. Ankieta medyczna podpisana w październiku 2017 r. wraz z dokonaniem wpłaty składki z konta uposażonego – syna ubezpieczonego. Suma ubezpieczenia z tytułu zgonu – 100 000 PLN. Okres ochrony to 10 lat. Zgon klienta nastąpił 6 października 2017 r. Klient za-

mieszkały w innym miejscu niż miejsce zawarcia umowy. Pozyskano dokumenty ze szpitala, potwierdzające stan pacjenta zaniedbanego, wychudzonego, chorego psychicznie z zaburzeniami spowodowanymi nadużywaniem alkoholu. Informacje o stanie zdrowia zostały więc zatajone. Podpisy na dokumentach były podobne, ale nie te same, wystąpiono o opinię grafologa. Roszczenie zostało oddalone z powodu braku podpisania umowy ubezpieczenia przez ubezpieczonego (po opinii biegłego z zakresu grafologii).

Przypadek 3.

Ubezpieczony w opisie zdarzenia podał okoliczności niezgodne z prawdą. Ubezpieczony opisał, że do zdarzenia (urazu), które spowodowało uszczerbek na zdrowiu, nie doszło podczas uprawiania sportu (zgodnie z OWU wyłączenie odpowiedzialności). Towarzystwo po analizie dokumentów (notatka z pogotowia ratunkowego), przeprowadzonym postępowaniu (zeznania świadków) ustaliło, że zdarzenie miało miejsce podczas uprawiania sportu w rozumieniu OWU. Zgodnie z OWU odpowiedzialnością nie są objęte zdarzenia, do których dojdzie w wyniku wyczerpanego uprawiania sportu.

Przypadek 4.

Wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu złożyła osoba, która nie powinna zostać objęta ochroną ubezpieczeniową. Zgodnie z zapisami OWU, do ubezpieczenia może przystąpić pracownik, jego małżonek lub pełnoletnie dziecko pracownika. Deklarację podpisał partner życiowy pracownika, oświadczając na deklaracji, że jest małżonkiem pracownika wprowadzając ubezpieczyciela w błąd. Ubezpieczyciel po analizie dokumentacji polisowej, odmówił uznania roszczenia.

Przypadek 5.

Wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu złożyła osoba, która nie powinna zostać objęta ochro-

ną ubezpieczeniową. Zgodnie z zapisami OWU do ubezpieczenia może przystąpić osoba nie przebywająca na zwolnieniu lekarskim lub nieprzebywająca w szpitalu na dzień podpisania deklaracji przystąpienia. Deklarację podpisali dwaj ubezpieczeni: jeden przebywający na L4 oraz drugi przebywający w szpitalu. Ubezpieczeni nie mieli prawa przystąpić do umowy, a zgłoszone roszczenia pozostały w związku przyczynowym – w pierwszym przypadku zgłoszone roszczenie związane z chorobą będącą powodem przebywania na L4 i w drugim przypadku zgłoszone roszczenie związane z chorobą, która była powodem hospitalizacji, podczas której podpisano deklarację.

Przypadek 6.

Uposażony zgłosił wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu osoby ubezpieczonej. Ubezpieczony przystępując do umowy ubezpieczenia oświadczył, że na dzień złożenia deklaracji nie zdiagnozowano u niego nowotworu złośliwego, choroby niedokrwiennej serca, udaru mózgu, miażdżycy uogólnionej tętnic, cukrzycy ani przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Po analizie zgromadzonej dokumentacji towarzystwo ustaliło, że zgon spowodowany był chorobą, która została zatajona na etapie przystępowania do umowy ubezpieczenia.

Przypadek 7.

Ubezpieczony zgłosił wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci partnera życiowego, który nie został wskazany w deklaracji na etapie przystępowania do umowy. Po odmowie ubezpieczony próbował udowodniać swoją wersję wydarzeń i przesyłał do towarzystwa kopie deklaracji, na której rzekomo partner był wskazany. Ubezpieczyciel nie odnotował wpływu deklaracji zmiany. Ponadto z przeprowadzonej analizy wynikało, że rzekoma zmiana została dokonana już po zdarzeniu ubezpieczeniowym. Jest zapis rozmów telefonicznych, w których ubezpieczony przed zgłoszeniem roszczenia dopytywał na infolinii, czy w systemie są wskazane dane partnera życiowego.

Przypadek 8.

Czyn nieuczciwej konkurencji. Agent współpracujący z ubezpieczycielem namawiał klientów do rozwiązania umowy i przeniesienia środków do innej instytucji finansowej. Ujawnienie tajemnicy ubezpieczeniowej: z klientami ubezpieczyciela kontaktowały się różne osoby, przedstawiciele kancelarii odszkodowawczych lub innych firm pośredniczących w sprzedaży produktów ubezpieczeniowych, prawdopodobnie wykorzystując dane, pozyskane uprzednio od osób zobowiązanych do zachowania tajemnicy ubezpieczeniowej. Osoby te namawiały klientów do rozwiązania umowy ubezpieczenia. Proponowały też usługi profesjonalnych pełnomocników.

Przypadek 9.

Czasowa niezdolność do pracy: 129 dni, wartość roszczenia: 19 350 PLN, przyczyna niezdolności do pracy: zwichnięcie stawu ramiennego oraz nawykowe przemieszczenie i podwichnięcie stawu. We wniosku o zawarcie ubezpieczenia negatywne odpowiedzi na pytania dotyczące stanu zdrowia ubezpieczonego (m.in. pytania o dolegliwości zdrowotne, następstwa wypadku). Wynik weryfikacji dokumentacji medycznej sprzed początku ubezpieczenia: przed datą wypełnienia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia u ubezpieczonego zostały rozpoznane: zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, bóle grzbietu, zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych, choroba nerek, 4 razy zwichnięcia, skręcenia i naderwania stawów i więzadeł obręczy barkowej.

Przypadek 10.

Czasowa niezdolność do pracy: 30 dni, wartość roszczenia: 9 000 PLN, przyczyna niezdolności do pracy: wszczęcie rozrusznika serca. We wniosku o zawarcie ubezpieczenia negatywne odpowiedzi na pytania dotyczące stanu zdrowia ubezpieczonego (m.in. pytania o dolegliwości zdrowotne, diagnozowanie dolegliwości, brak jakichkolwiek objawów lub chorób). Wynik weryfikacji dokumentacji medycznej sprzed początku ubezpieczenia: przed datą wypełnienia wniosku o zawarcie umowy ubez-

pieczenia u ubezpieczonego zostały rozpoznane: przerost gruczołu krokowego, rak gruczołowy prostaty, obustronna kamica nerkowa, obustronne torbiele nerek, choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa oraz naczyniak w trzonie kręgu L2. Powyższe dolegliwości wykluczały możliwość objęcia klienta ochroną ubezpieczeniową, a tym samym wypłatę świadczenia za późniejsze wszczęcie rozrusznika.

Przypadek 11.

Czasowa niezdolność do pracy: 46 dni, wartość roszczenia: 9 200 PLN, przyczyna niezdolności: guz trzustki. We wniosku o zawarcie ubezpieczenia negatywne odpowiedzi na pytania dotyczące stanu zdrowia ubezpieczonego (m.in. pytania o dolegliwości zdrowotne, diagnozowanie dolegliwości, brak jakichkolwiek objawów lub chorób). Wynik weryfikacji dokumentacji medycznej sprzed początku ubezpieczenia: dzień przed podpisaniem wniosku o zawarcie ubezpieczenia, podczas wizyty lekarskiej, została ubezpieczonemu wydana karta diagnostyki i leczenia onkologicznego w związku z nowotworem o nieokreślonym charakterze (inne narządy trawienne).

Przypadek 12.

Ubezpieczyciel odnotował 11 przypadków, kiedy pośrednicy ubezpieczeniowi w swoim imieniu lub podszywając się m.in. pod pracownika ubezpieczyciela lub KNF nakłaniali do rezygnacji z umów. W jednym zgłoszonym przypadku doszło do finalizacji rezygnacji oraz zawarcia nowej umowy. Pozostałe 3 przypadki to przypadki związane z niewłaściwą obsługą klienta podczas zawierania polisy, w tym jeden, w którym doradca namawiał do rezygnacji z dotychczasowej umowy, proponując nowy produkt.

4. Wnioski i rekomendacje

W 2017 roku działające w Polsce w Dziale I zakłady ubezpieczeń wypłaciły łącznie w formie świadczeń kwotę około 20 mld PLN. Dla porównania wartość wykrytych nieprawidłowości wśród uczestników badania to blisko 18 mln PLN w zakresie klasycznych wyłudzeń i dodatkowo 14 mln PLN w pozostałych obszarach. Łączna wartość wykrytych przestępstw to niespełna 32 mln PLN. Zatem ujawnione przypadki stanowią około 0,16% sumy wypłat. Podobnie jak w latach ubiegłych nie jest możliwa do oszacowania tak zwana „ciemna liczba” nieujawnionych przestępstw. Pomimo, że wskaźnik zagrożenia wyłudzeniami jest o rząd wielkości niższy niż w Dziale II nie można wprost porównywać wartości wyłudzeń w obydwu działach.

- Głównym wnioskiem z analizy jest zauważalna od lat, silnie wzrostowa tendencja wartości przestępczości ubezpieczeniowej w ubezpieczeniach na życie. Wynika ona częściowo z coraz lepszej zdolności wielu zakładów ubezpieczeń Działu I do wykrywania wyłudzeń.
- Olbrzymia szansa dla zakładów ubezpieczeń Działu I to planowane w nadchodzącym roku pełne uruchomienie Bazy Danych Ubezpieczeniowych UFG. W związku z tym nastąpi oczekiwana od lat rewolucja w zwalczaniu przestępczości ubezpieczeniowej w ubezpieczeniach na życie. Zakłady zyskają narzędzie, dzięki któremu podobnie jak w ubezpieczeniach komunikacyjnych będzie możliwe zautomatyzowane porównanie danych o konkretnej szkodzie. Powinno to znacznie poprawić zdolność do wykrywania przestępstw, a w konsekwencji ujawnić większą skalę wyłudzeń i zadziałać prewencyjnie na potencjalnych sprawców.
- Warunek konieczny oraz zamierzony stan docelowy dla sprawnego i bezpiecznego procesu likwidacji szkody w ubezpieczeniu na życie, to szybka i zautomatyzowana weryfikacja danego roszczenia w Bazie Danych Ubezpieczeniowych UFG oraz wszelkich dostępnych rejestrach państwowych z zakresu ewidencji ludności, ochrony zdrowia i ubezpieczeń społecznych.

Skuteczne zwalczanie przestępczości ubezpieczeniowej wymaga nie tylko trafnej diagnozy stanu obecnego, lecz także przewidywania przyszłych zmian w otoczeniu rynkowym. Błyskawiczne tempo zmian na rynku ubezpieczeń oraz postęp technologiczny stawiają nowe wymagania i zadania działom odpowiedzialnym za zwalczanie i przeciwdziałanie przestępczości. Do najważniejszych z nich należą:

- Socjotechnika i inne metody wyłudzeń znane z branży bankowej. Sprawcy będą wykorzystywać luki w kanałach dostępu i podszywać się pod uprawnionego lub zawłaszczając jego tożsamość w celu przejęcia środków zgromadzonych w zakładzie ubezpieczeń.
- Nowe pokolenia klientów. Zmiany demograficzne skutkują wejściem na rynek pracy tzw. pokolenia Y, Z i kolejnych. Ich przedstawiciele w zupełnie inny sposób podchodzą m.in. do problemu pracy, oszczędzania, realizują nowe modele relacji z otoczeniem i spędzania czasu wolnego. Wobec takich klientów wymagane jest nie tylko skonstruowanie nowego modelu obsługi od sprzedaży po likwidację szkody, ale także obserwacja motywacji i metod popełnianych wyłudzeń, które będą istotnie różnić się od znanych dotychczas schematów.
- Bancassurance i inne nowoczesne kanały dystrybucji. Nie tylko branża bankowa, ale także telekomunikacyjna, oraz duże sieci sprzedaży detalicznej przejmują coraz większy udział w sprzedaży produktów ubezpieczeniowych. Ważne, by zakłady ubezpieczeń nie utraciły kontroli na procesem sprzedaży i oceny ryzyka w tych kanałach dystrybucji.
- Insurtech. Innowacyjne rozwiązania IT bazujące na zjawisku BigData i potencjale urządzeń mobilnych to nie tylko szansa, ale i duże, często bagatelizowane zagrożenie wykorzystania zdobyczy techniki do wyłudzenia świadczeń w nowoczesnych produktach ubezpieczeniowych.

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. Uwzględniono także podział na sprawy załatwione w trybie postępowania karnego – procesowe oraz takie, które nie zostały zgłoszone do organów ścigania.

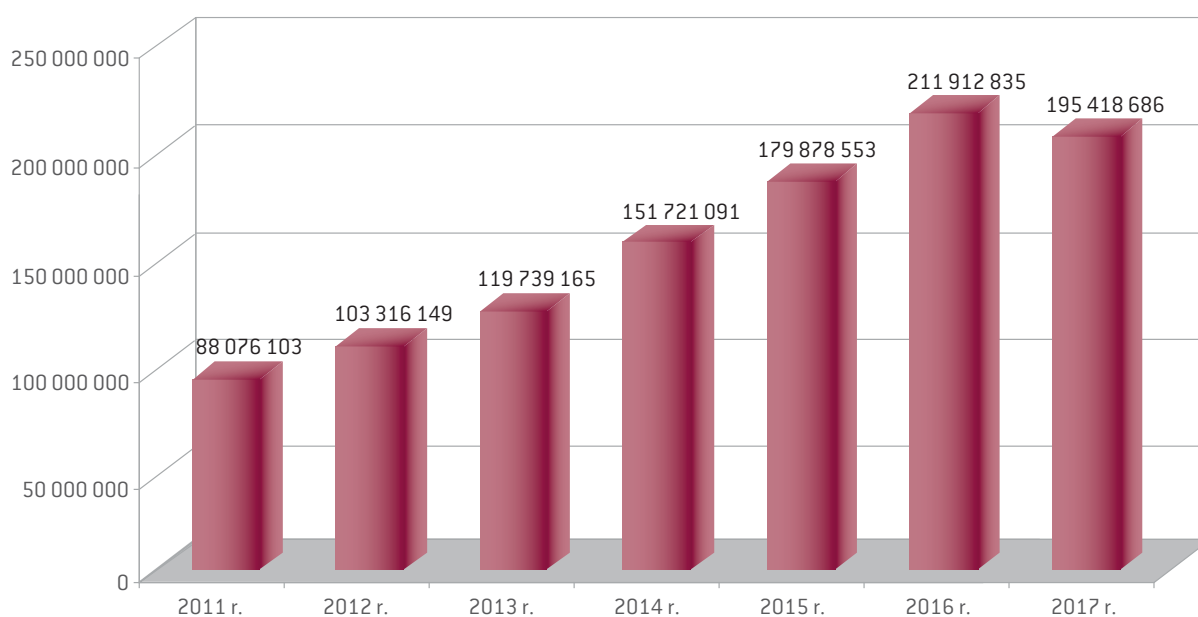
Kwestionariusz ankiety został skierowany do wszystkich zakładów ubezpieczeń Działu II działających w 2017 roku na polskim rynku. Informację zwrotną nadesłało 28 zakładów z siedzibą w Polsce, co stanowi ok. 80% liczby zakładów ubezpieczeń Działu II z siedzibą w Polsce, oraz 5 oddziałów zagranicznych. Udział rynkowy 28 zakładów (z siedzibą w Polsce) – uczestników badania mierzony wartością wypłaconych odszkodowań Działu II wynosi ok. 99%. Rekordowo wysoka zwrotność i związana z tym duża reprezentatywność badanej próby pozwala wyciągać ciekawe wnioski z analizowanych wyników.

Masowy udział zakładów ubezpieczeń Działu II w badaniu oraz wysoka jakość nadesłanych danych, świadczy o dużej świadomości zagrożenia przestępczością ubezpieczeniową.

2. Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2017 r.

W 2017 roku pracownicy zakładów ubezpieczeń Działu II odnotowali 10 306 czynów przestępczych na łączną kwotę 195 418 686 PLN. W porównaniu z rokiem poprzednim oznacza to wzrost liczby czynów o 8% oraz spadek ogólnej kwoty przestępstw o 8%. Średnia wartość przestępstwa wyniosła około 19 tys. PLN. Jest ona nieco niższa niż przed rokiem głównie na skutek zmiany liczby stwierdzonych czynów. W roku 2017 po raz pierwszy od wielu lat nie odnotowano wzrostu ogólnej kwoty wykrytych przestępstw. Trzeba jednak zaznaczyć, że na wynik z roku 2016 przekraczający 210 mln PLN, wyraźnie wpłynęły zaraportowane przypadki szkód w ubezpieczeniach korporacyjnych na kwotę ponad 20 mln PLN. Zatem wyniku z roku 2017 nie powinno się pochopnie uznawać za oznakę mniejszego zainteresowania przestępców wyłudzeniami.

Wykres 7. Wartość przestępczości ubezpieczeniowej w Dziale II w latach 2011-2017 (PLN)

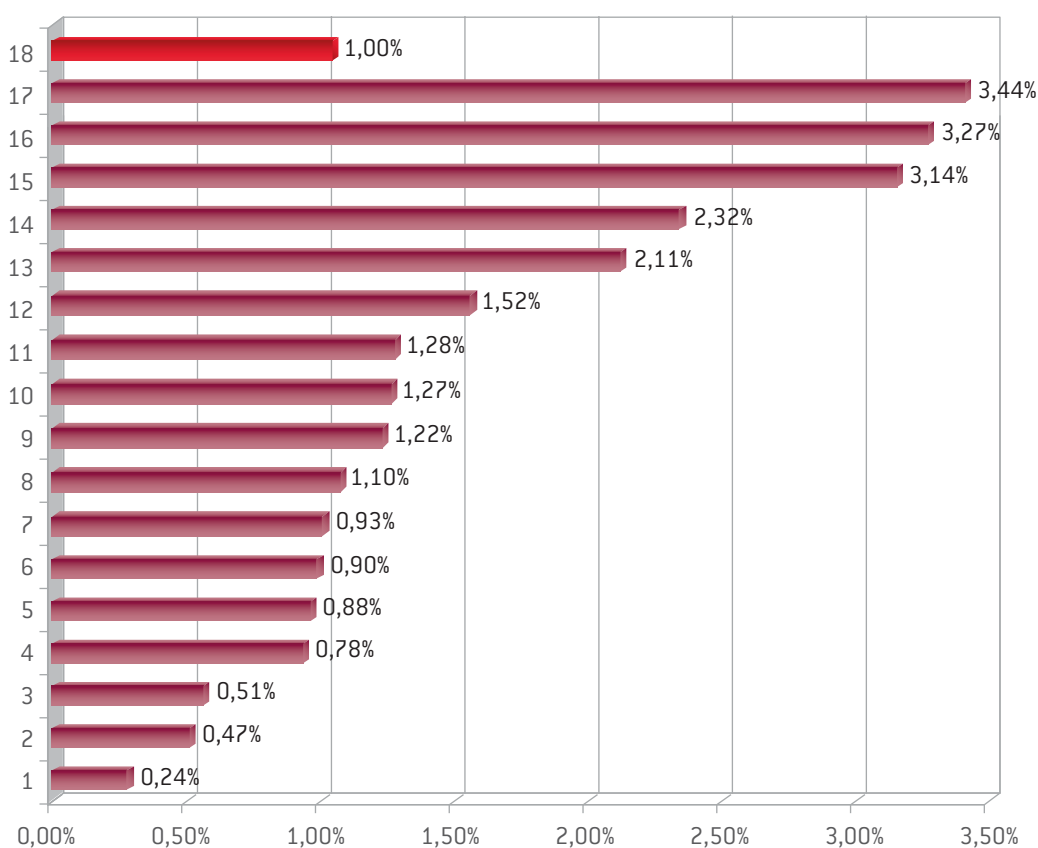


Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Interesujących wniosków dostarcza porównanie udziału, jaki ujawnione nieprawidłowości stanowią w ogólnej kwocie wypłacanych odszkodowań przez danego ubezpieczyciela. Wynosi on od 0,24 do 3,44 %. Należy pamiętać, że powyższy wskaźnik zależy od skuteczności detekcji przestępstw. Podobnie jak w Dziale I, wartości współczynnika nie są skorelowane z wielkością zakła-

du ubezpieczeń. Zauważalne staje się występowanie na rynku kilku firm posiadających znakomite narzędzia antyfraudowe i zespoły wysokiej klasy fachowców. Osiągnięte przez nich wskaźniki detekcji zbliżają się już do poziomu typowego dla krajów europejskich o rozwiniętych rynkach ubezpieczeniowych.

Wykres 8. Procentowy udział przestępczości ubezpieczeniowej w odszkodowaniach wypłacanych w Dziale II w 2017 roku w wybranych zakładach ubezpieczeń (kolejność rosnąca wg wartości, gdzie 18 – średnia rynku)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Średnia dla całego rynku to 1%. Wartość ta nieznacznie zmalała w porównaniu z rokiem ubiegłym, głównie na skutek mniejszej wartości wykrytych przestępstw i jednocześnie wzrostem rynku przekładającym się na wolumen wypłacanych odszkodowań. Próg około 1%, charakteryzujący skuteczność detekcji fraudów, nie jest możliwy do przekroczenia bez stosowania narzędzi bazodanowych oraz bazujących na nich algorytmów. Obecnie branża ubezpieczeniowa stoi u progu pełnego wdrożenia przez

UFG Zintegrowanej Platformy Identyfikacji i Weryfikacji Zjawisk Przestępczości Ubezpieczeniowej oraz Bazy Danych Ubezpieczeniowych. Pierwsze z narzędzi poprawi jakość wykrywania przestępczości w ubezpieczeniach komunikacyjnych, drugie obejmie pozostałe ubezpieczenia majątkowe. Te oczekiwane od dawna rozwiązania zapewnią nową jakość działań antyfraudowych polskiej branży ubezpieczeniowej i uczynią z Polski kraj mogący równać się z europejskimi liderami w tej dziedzinie.

Tabela 6. Zawarto charakterystykę struktury przestępstw ubezpieczeniowych Działu II w 2017 roku.

Rodzaj ubezpieczenia	Liczba		Kwota	
		{%}	Wartość (PLN)	{%}
OC komunikacyjne (majątkowe)	5 671	55,0%	70 293 381	36,0%
OC komunikacyjne (osobowe)	1 223	11,9%	21 325 453	10,9%
Autocasco	1 783	17,3%	46 234 321	23,7%
OC rolników	192	1,9%	5 381 937	2,8%
Od kradzieży z włamaniem (biznes)	39	0,4%	2 441 376	1,2%
Od ognia i innych żywiołów (biznes)	29	0,3%	3 691 024	1,9%
Ubezpieczenia mieszkań i domów	303	2,9%	5 528 239	2,8%
Turystyczne i Assistance	28	0,3%	651 862	0,3%
NNW	430	4,2%	2 707 976	1,4%
Inne OC	361	3,5%	7 104 733	3,6%
Kredytu, Finansowe, D&O	9	0,1%	320 383	0,2%
Gwarancja ubezpieczeniowa	6	0,1%	2 219 898	1,1%
Inne (głównie cargo i corpo)*	232	2,3%	27 518 102	14,1%
Razem	10 306	-----	195 418 686	-----

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

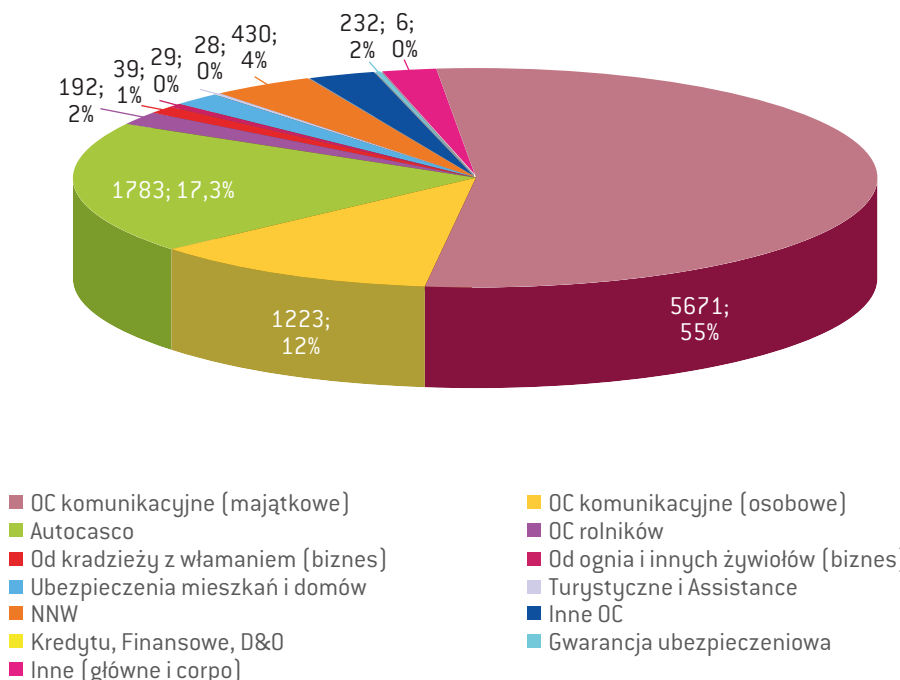
* Nadużycia stwierdzone w innych rodzajach, szczegółowy opis w dalszej części opracowania.

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 rozdziela szkody osobowe i majątkowe w OC ppm.

Z tego względu należy je rozpatrywać łącznie jako ubezpieczenia komunikacyjne ogółem.

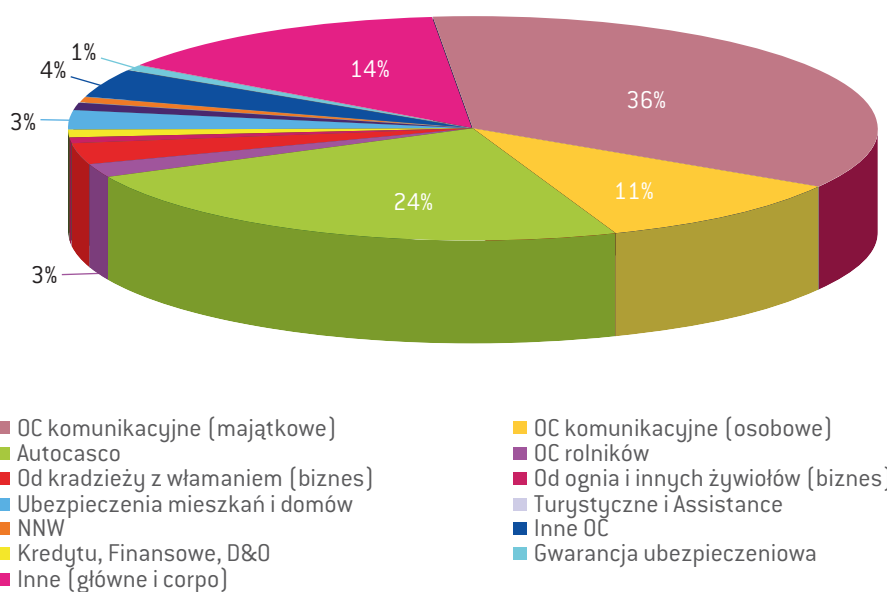
Dane za 2017 rok zostały również zobrazowane na kolejnych wykresach w ujęciu ilościowym i jakościowym.

Wykres 9. Przestępczość ubezpieczeniowa w Dziale II w 2017 roku (ujęcie liczbowe i udział procentowy rodzaju ubezpieczenia)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Wykres 10. Przestępczość ubezpieczeniowa w Dziale II w 2017 roku (struktura według procentowego udziału wartości wyłudzeń z rodzajów ubezpieczeń)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Od lat ubezpieczenia komunikacyjne stanowią najpopularniejszą grupę przypadków przestępstw. Łączna wartość wyłudzeń związanych z tą grupą produktów to blisko 138 mln PLN, co odpowiada udziałowi w wysokości 70% łącznej kwoty wykrytych przestępstw w Dziale II. Wartość ta przewyższa udział produktów OC i AC w portfelu polskich ubezpieczycieli, który wyniósł około 60%.

Szkody komunikacyjne są doskonale znane pracownikom zakładów ubezpieczeń, posiadają oni duże doświadczenie w ich wychwytywaniu oraz bogaty katalog charakterystycznych symptomów towarzyszących tego rodzaju wyłudzeniom. Dzięki wdrażaniu przez UFG Zintegrowanej Platformy Identyfikacji i Weryfikacji Zjawisk Przemysłowości Ubezpieczeniowej stopień wykrywalności tego rodzaju przestępstw osiągnię w niedalekiej przyszłości jeszcze wyższy poziom. Należy jednak pamiętać, że wyłudzenia dokonywane przy pomocy pojazdów są i będą popularne zawsze, na co wskazują doświadczenia bardziej rozwiniętych rynków ubezpieczeń w Europie i na świecie.

Inne problemy związane z wyłudzeniami w ubezpieczeniach komunikacyjnych to głównie:

- Ciągły wzrost popularności 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.
- Tzw. pompowanie roszczeń związanych ze szkodami osobowymi przez część firm odszkodowawczych.
- Duży udział grup przestępczych celowo powodujących kolizje głównie z wykorzystaniem pojazdów o drogich częściach zamiennych bez możliwości stosowania zamienników. Sprawcy w sprawny sposób organizują proces wyłudzenia angażując na różnych jego etapach wiele osób, często obcokrajowców. Współpracują z warsztatami, holownikami i dostawcami części.

- Masowe wykorzystywanie wraków pojazdów do wyłudzeń. Pojazdy całkowicie zniszczone po pożarach lub poważnych wypadkach wprowadzane są ponownie do obrotu po rzekomej odbudowie i wykorzystywane jako generatory roszczeń.
- Problem roszczeń związanych z korzystaniem z pojazdów zastępczych z OC sprawcy. Sprawcy wykorzystują wiele prostych metod polegających między innymi na fikcyjnym przedłużaniu czasu korzystania z pojazdu, zawyżaniu ceny, przedkładaniu faktur za wynajem tego samego pojazdu do kilku szkód jednocześnie. W skrajnym przypadku do skorzystania z pojazdu zastępczego wcale nie doszło, a pojawia się jedynie fikcyjne roszczenie. W procedurze zauważalny jest udział nieuczciwych pośredników – warsztatów, wypożyczalni aut czy firm oferujących usługi holowania.
- Szkody w leasingach. Straty powodowane są zwykle przy pomocy nowych pojazdów, zwykle luksusowych i finansowanych przy pomocy leasingów. Częstym przypadkiem jest wykorzystywanie jako generatora roszczeń pojazdów luksusowego sprowadzonego zza granicy (w tym USA) w stanie całkowitego zniszczenia i poddawanego rzekomej odbudowie. Zakupiony pojazd przeważnie w krótkim czasie zgłaszany jest jako kradziony lub jest sprzedawany paserom czy też rozbierany na części. W innym wariantcie tej metody sprawcy powodują szkody na pojeździe. Likwidacja tych uszkodzeń odbywa się przeważnie w zaprzyjaźnionym warsztacie, a wysoka kwota odszkodowania zasila budżet sprawców.
- Celowe uszkodzenia drogich elementów szklanych w pojazdach, np. szyby czołowych w autobusach.

Zakłady ubezpieczeń wdrożyły szereg rozwiązań zapobiegawczych:

- Dzięki narzędziom UFG oraz analizie danych ze sterowników pojazdów i sieci GSM zakłady coraz lepiej radzą sobie wykrywaniem preparowania uszkodzeń pojazdów, aranżowaniem kolizji i kontrolą współpracujących warsztatów.
- Zakłady stosują pojazdy zastępcze z własnych flot lub pochodzących od sprawdzonych partnerów.

- Branża ubezpieczeniowa dąży do uregulowania rynku firm odszkodowawczych w celu standaryzacji poziomu obsługi klienta, wypracowania wzorców umownych i ochrony praw klienta.
- Niektóre zakłady ubezpieczeń powołały rzeczników klientów, których zadaniem jest nadzór i pomoc w procesie likwidacji szkód osobowych.
- Forum zadośćuczynień KNF wypracowuje podstawy przyszłej standaryzacji świadczeń związanych z zadośćuczynieniami.
- Trwają prace nad przepisami penalizującymi oszustwa polegające na fałszowaniu rzeczywistego przebiegu pojazdów, zwane popularnie „korektą liczników”.
- PIU organizuje cykl szkoleń dla policjantów z wydziałów PG oraz prokuratur. Działanie to sprzyja rozpowszechnianiu wiedzy o fraudach, zacieśnianiu współpracy pomiędzy zakładami a organami ścigania i jest wysoce cenione przez beneficjentów szkoleń.
- Dzięki wzorowej współpracy z organami ścigania z coraz większą skutecznością przebiega proces likwidacji grup przestępczych oraz odzysk mienia pozyskanego przez nie w drodze przestępstwa.

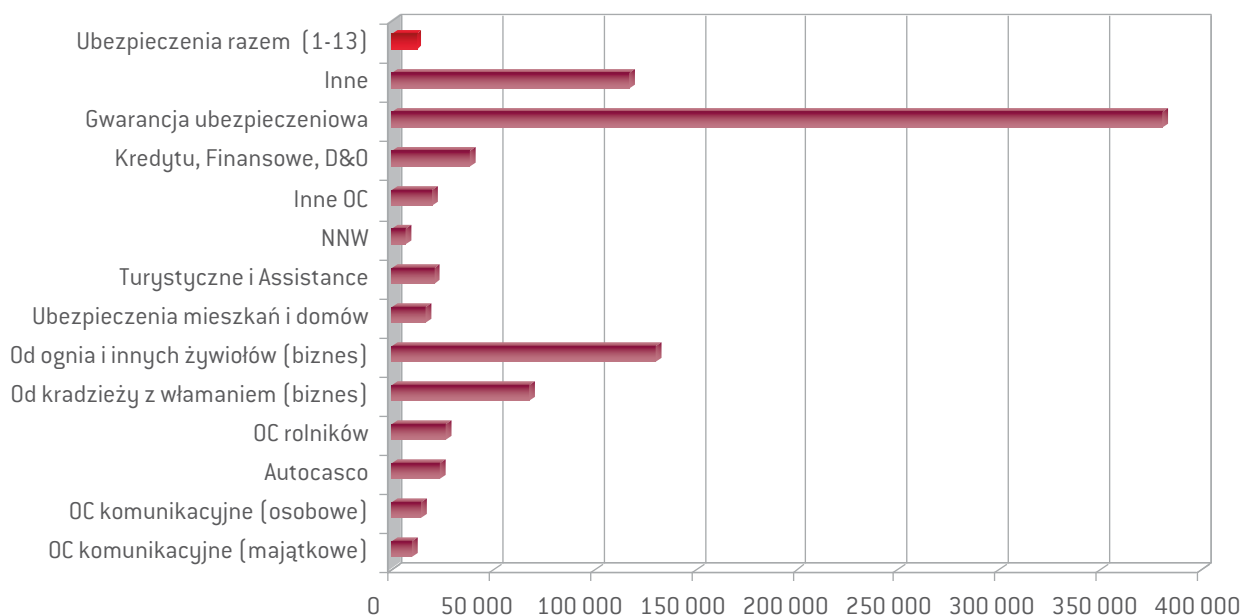
Mimo spowolnienia w 2017 roku tempa wzrostu cen ubezpieczenia OC komunikacyjnego, wciąż popularne są metody uchylania się od płacenia składek. Nieuczciwi

klienci i pośrednicy działający często w porozumieniu, podają nieprawdziwe dane w celu zaniżenia wartości składki. Zakłady stosunkowo dobrze wykrywają próby manipulacji danymi klienta.

Poza przypadkami wyłudzeń w komunikacji, w 2017 roku inne rodzaje ubezpieczeń wymienione w kwestionariuszu nie były często wykorzystywane do wyłudzeń. Nie oznacza to braku zainteresowania sprawców pozakomunikacyjnymi produktami sektora ubezpieczeń majątkowych. Skuteczna wykrywalność w Dziale II koncentruje się wokół komunikacji dzięki funkcjonowaniu Ośrodka Informacji UFG. Sytuacja ta ulegnie szybkiej zmianie wraz z uruchomieniem pełnej funkcjonalności Bazy Danych Ubezpieczeniowych, która obecnie testowana jest w kilku zakładach ubezpieczeń.

Podobnie jak w latach ubiegłych, analiza średniej wartości wyłudzenia w poszczególnych grupach produktowych dowodzi dużego poziomu zagrożenia związanego z ubezpieczeniami działalności gospodarczej oraz finansowymi. W przypadku podmiotów gospodarczych można bez ograniczeń tworzyć i modyfikować tożsamość, co znacząco utrudnia działania dochodzeniowe i zapobiegawcze. Na uwagę zasługuje szczególnie kategoria „inne” zawierająca szkody w firmach oraz w cargo. W 2017 roku odnotowano ponad 230 takich przypadków o średniej wartości przekraczającej znacznie 100 tys. PLN. Podobne wartości zauważalne są w szkodach ogniowych w przemyśle. Od kilku lat są to jedne z najważniejszych trendów w przestępczości ubezpieczeniowej w Dziale II.

Wykres 11. Średnia wartość przestępczości ubezpieczeniowej w Dziale II w 2017 roku (PLN)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Nie maleje zagrożenie związane 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 sfingowane 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 stanowią one poważne zagrożenie dla ubezpieczycieli.

W kolejnych edycjach analiz pojawiają się wyniki, które dowodzą, jak zaskakująco dynamiczne bywa zjawisko przestępczości ubezpieczeniowej. Obszary zwykle traktowane jako względnie bezpieczne generują nagle olbrzymie straty. Dotychczas tego typu anomalie dotyczyły m.in. ubezpieczeń mieszkań, pożarów, OC rolnika czy ubezpieczeń finansowych. W obecnej edycji anali-

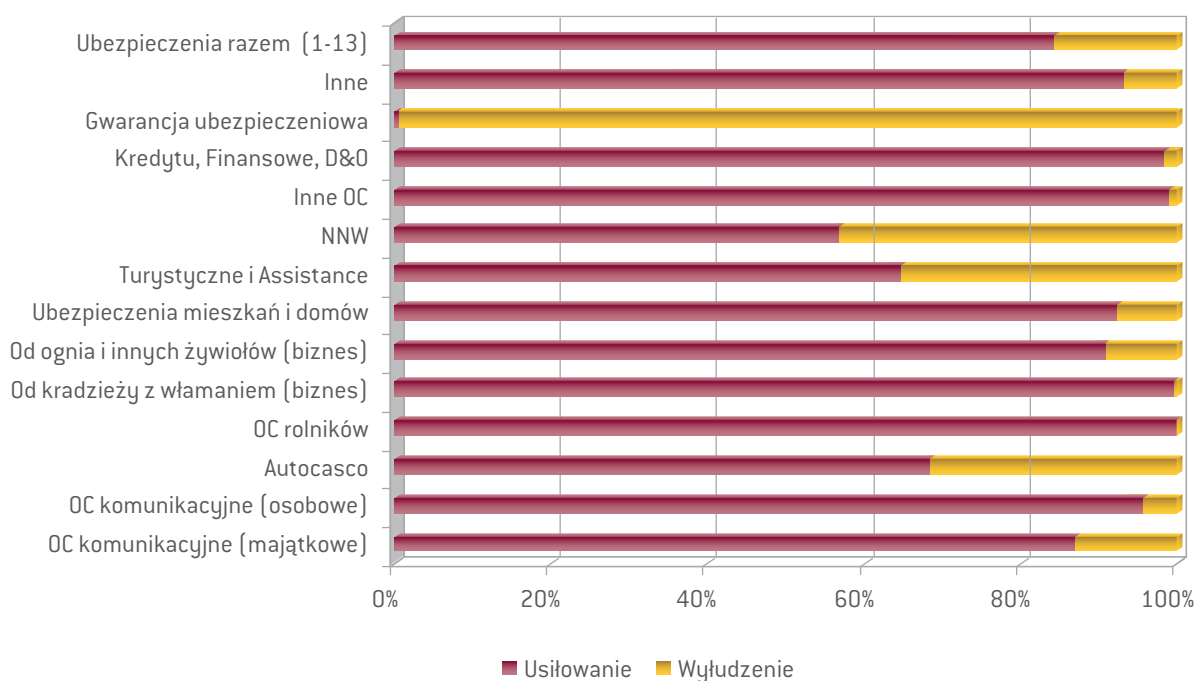
zy niespotykana wysoka wartość osiągnęła kategoria „inne”. Zakłady zaraportowały w niej 134 przypadki warte łącznie aż 65 milionów złotych, co stanowi ok. 31% wartości wszystkich ujawnionych w 2016 roku fraudów. Ponadprzeciętnie wysoka jest także wartość średnia i wynosi ona 486 tys. PLN. Praktycznie wszystkie te przypadki to ubezpieczenia korporacyjne, głównie cargo. Rzuca to nowe światło na postrzeganie dużych ryzyk korporacyjnych. Jak dotąd w tym sektorze rynku panowało przekonanie, że duże biznesowe kontrakty ubezpieczeniowe wolne są od ryzyka przestępczości. Tegoroczne dane przeczą jednak tej tezie. Rodzi to potrzebę poszerzenia wiedzy brokerów, którzy stanowią kluczowe ogniwo w zawieraniu umów tego typu ubezpieczeń, a także pracowników zakładów ubezpieczeń na temat zagrożeń związanych z przestępczością ubezpieczeniową, a przy tym przeprowadzenie rewizji stosowanej dotychczas polityki antyfraudowej. Warto podkreślić, że fikcyjne szkody korporacyjne mogły przynieść straty w wysokości zbliżonej do szkód majątkowych z OC komunikacyjnego.

Po raz kolejny obserwowana jest także w wielu spółkach znikoma skuteczność wykrywania wyłudzeń spoza obszaru komunikacji. Wynika ona nie tylko ze specyfiki oferty, ale także braku narzędzi IT pozwalających na kontrolowanie ryzyka i przeciwdziałanie fraudom. Obszary

działalności ubezpieczeniowej mniej popularne na chwilę obecną wśród przestępców 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. Przestępczość ubezpieczeniowa w podziale na skuteczność działania sprawcy i wg rodzaju ubezpieczeń (Dział II w 2017 r.)

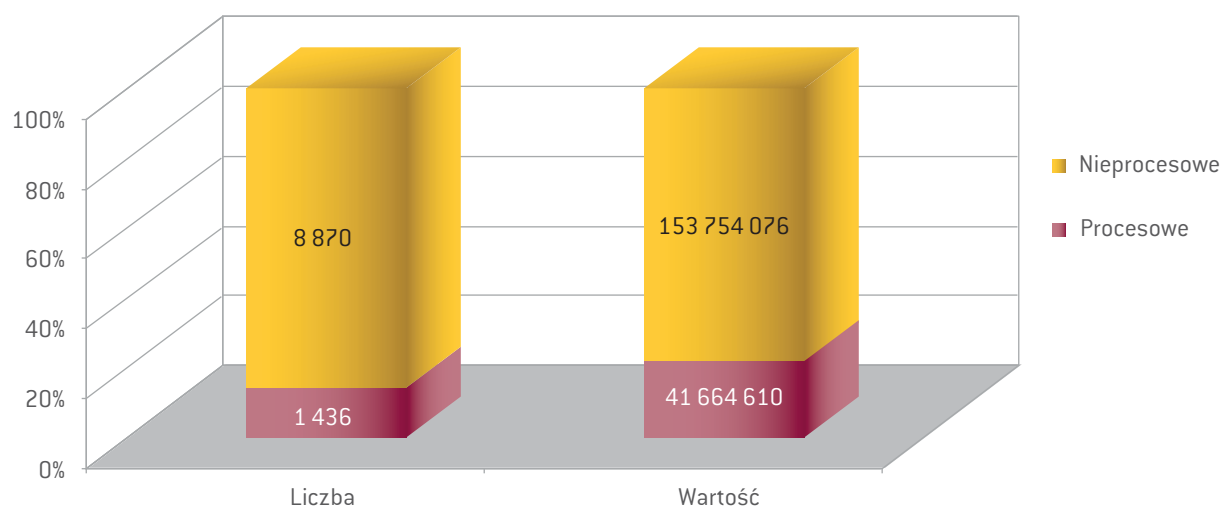


Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Podobnie jak w Dziale I, wśród ujawnionych nieprawidłowości przeważają te zakończone przez ubezpieczyciela na etapie postępowania wewnętrznego. Przyczyny są analogiczne jak w sektorze ubezpieczeń na życie. Z roku na rok wzrasta jednak odsetek spraw znajdujących finał przed

obliczeniem wymiaru sprawiedliwości. Ma to znaczenie nie tylko dla zniechęcania potencjalnych sprawców, ale także pozwala na skuteczne odzyskanie mienia od sprawców dokonanych wyłudzeń.

Wykres 13. Podział czynów ze względu na sposób zakończenia sprawy (Dział II) (ujęcie liczbowe i wartościowe)



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. Przestępczość ubezpieczeniowa poza obszarem wypłaty odszkodowań (Dział II w 2017 r.) (ujęcie liczbowe i wartościowe)

Rodzaj działania	Liczba	Wartość (PLN)
Przywłaszczenie składek	188	5 096 828
Zawarcie umowy w celu wyłudzenia świadczenia	110	836 562
Zawarcie umowy w celu wyłudzenia prowizji	10	1 367 003
Przestępstwa przeciwko dokumentom	188	436 023
Inne*	199	192 085
RAZEM	695	7 928 501

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

* Nadużycia stwierdzone w innych obszarach, szczegółowy opis w dalszej części opracowania.

Suma stwierdzonych nadużyć wynosi około 8 mln PLN i znacznie się zmniejszyła w porównaniu z rokiem poprzednim. Wynika to z faktu zgłoszenia przed rokiem przez jeden z zakładów dużej szkody, która zaburzyła statystykę. Znaczna część tej kwoty to zdefraudowane składki. Choć przywłaszczenie składki nie spełnia znamion klasycznego

przestępstwa ubezpieczeniowego, to jest ono wyjątkowo szkodliwe dla reputacji ubezpieczyciela.

3. Przykłady przestępczości ubezpieczeniowej

W 2017 roku zakłady ubezpieczeń Działu II dostarczyły wielu przykładów zaskakujących niekiedy mechanizmów wyłudzenia. Lektura tego materiału wnosi cenną wiedzę dla osób niezajmujących się na co dzień zwalczaniem fraudów, a także może zaskoczyć doświadczonych profesjonalistów.

Przypadek 1.

Do zakładu ubezpieczeń wpłynęło roszczenie polegające na uszkodzeniu pojazdu. Jako sprawca zdarzenia, wskazany został pojazd należący do floty samochodów ubezpieczonych w danym towarzystwie. Do szkody doszło w odludnym miejscu, w pojeździe uszkodzonym uszkodzony był przód, w pojeździe sprawcy tył. Poszkodowany prowadził działalność przewozu osób (taxi) bez ubezpieczenia AC.

Po przeprowadzeniu czynności wyjaśniających, oględzin miejsca, pojazdu sprawcy, odczytu danych lokalizacji GPS sprawcy pozyskanych od jego pracodawcy – TU oddaliło wniosek o wypłatę odszkodowania. Opis zdarzenia podany przez uczestników nie potwierdził się, w rzeczywistości pojazdy nie uległy wzajemnej kolizji. Nieprawdziwe okoliczności sprawy potwierdziła również opinia niezależnego rzeczoznawcy zlecona przez TU.

Przypadek 2.

Szkoda polegająca na bezkolizyjnym zajechaniu drogi przez ubezpieczonego, w wyniku czego samochód zgłaszającego roszczenia uderzył w przydrożny budynek. Charakterystyka uszkodzeń (najechanie na narożnik budynku) nie budziła wątpliwości. Zlecona opinia biegłego z zakresu rekonstrukcji wypadków potwierdziła jednak, że wskazane okoliczności nie mogły być przyczyną zdarzenia. Roszczenia zostały oddalone.

Przypadek 3.

Szkoda polegająca na utracie więzi z osobą bliską (teściowa), która zginęła w wypadku komunikacyjnym. Po przeprowadzeniu wywiadu środowiskowego mającego na celu potwierdzenie więzi rodzinnych, poszkodowany zrezygnował z roszczeń. Sprawa była prowadzona przez firmę odszkodowawczą.

Przypadek 4.

OC dobrowolne (szkoda na osobie). Poszkodowany zgłosił obrażenia ciała. Jako sprawca wskazany został sąsiad z lokalu piętro wyżej, który podlewając kwiaty doprowadził do zalania balkonu poszkodowanego. Poszkodowany poślizgnął się na rozlanej wodzie i uderzył w barierkę, w wyniku czego odniósł obrażenia szczęki i zębów. Po przeprowadzeniu wywiadu środowiskowego oraz przepytaniu poszkodowanego, ubezpieczyciel odebrał rezygnację z roszczeń.

Przypadek 5.

Próba wyłudzenia dotycząca kosztów leczenia zagranicą; zachorowanie w USA – klient ubiegał się o zwrot rzekomo poniesionych kosztów hospitalizacji oraz leków łącznie na kwotę 9 164,49 USD. Uraz w Egipcie; klientka ubiegała się o zwrot rzekomo poniesionych kosztów leczenia na kwotę 1 295,00 EUR. W rzeczywistości klienci nie zostali poddani jakimkolwiek zabiegom, a przedstawiona ubezpieczycielowi dokumentacja została sfalszowana.

Przypadek 6.

Poszkodowany zgłosił uszkodzenie laptopa DELL, drukarki HP i telewizora Samsung przez stronę internetową ubezpieczyciela. Przyczyną uszkodzenia miały być wyładowania atmosferyczne. Szkoda została zgłoszona z polisy nr

XX, w której jako ubezpieczający podany był XYZ. Drogą elektroniczną ubezpieczyciel otrzymał zdjęcie laptopa, drukarki, oraz ekspertyzy techniczne, że naprawa w/w sprzętów przewyższa koszt zakupu nowych urządzeń i jest nieopłacalna. Ponadto ubezpieczyciel otrzymał faktury na zakup tych urządzeń tj. laptopa DELL, drukarkę HP, telewizor Samsung. Zakład wypłacił odszkodowanie w kwocie 5.000 zł na konto podane przez zgłaszającego szkodę. Niecały rok później ponownie z konta pocztowego XYZ przez stronę internetową zakładu zgłoszono uszkodzenie laptopa DELL, drukarki HP i telewizora Samsung. Przyczyną uszkodzenia miały być wyładowania atmosferyczne. Ponownie przesłano zdjęcie laptopa, drukarkę, ekspertyzę techniczną, że naprawa w/w sprzętów przewyższa koszt zakupu nowych urządzeń i jest nieopłacalna. Ponadto przesłano faktury na zakup tych urządzeń. Po sprawdzeniu okazało się, że to są te same faktury jak przy szkodzie zgłoszonej w 2015 r. Osoba podająca się za ubezpieczającego sfałszowała ekspertyzy i faktury. Została uznana winną i skazana przez sąd.

Przypadek 7.

W miejscowości Y samochód wpadł w poślizg na łuku drogi i wyjechał na pas w przeciwnym kierunku, czym doprowadził do kolizji z jadącym prawidłowo pojazdem marki BMW. Na skutek zdarzenia uszkodzone zostały przody obu pojazdów. Na miejsce nie wezwano policji. Spisane zostało oświadczenie.

W trakcie przeprowadzonych czynności wyjaśniających ustalono, iż z odczytu sterowników pojazdów wynika m.in., iż „... w trakcie 5-sekundowej rejestracji danych przedwypadkowych silnik pojazdu znajdował się na biegu jałowym, a pojazd stopniowo wytracał prędkość od 18 km/h do całkowitego zatrzymania na dwie sekundy przed kolizją. Rejestracja zdarzenia (oznaczonego jako Record 1) zawiera informację, iż zaczep pasa bezpieczeństwa kierowcy był zapięty, pasażera rozpięty, a w trakcie całego okresu rejestracji nie nastąpiła aktywacja układów ABS i ESP ...” W związku z powyższym zachodzi podejrzenie wyłudzenia odszkodowania.

Przeprowadzono rekonstrukcję zdarzeń. W trakcie czynności jeden z uczestników zachowywał się niespokojnie, nerwowo odpowiadał na pytania. Przy szczegóło-

wych pytaniach wahał się, nie potrafił określić położenia pojazdów w chwili kolizji i bezpośrednio po niej. Kierowca nie był w stanie racjonalnie wytłumaczyć rozbieżności w deklarowanych okolicznościach i ustalonym stanie faktycznym. Po chwili oświadczył, iż przebieg zdarzenia był zupełnie inny niż deklarowany w zgłoszeniu, cała kolizja była ustawiona, zaś on miał po wypłacie odszkodowania otrzymać pieniądze. Stwierdził, że „nie chce mieć żadnych kłopotów”. Na miejscu sporządził oświadczenie o rezygnacji z roszczeń w związku z przedmiotową szkodą.

Przypadek 8.

Kierujący Peugeotem kierowca X nie ustąpił pierwszeństwa pojazdowi marki DAF kierowanemu przez Y, na skutek czego ten, aby uniknąć zderzenia, wjechał do rowu. Na miejsce nie wezwano policji. Spisane zostało oświadczenie. Wykonując czynności operacyjne ustalono, że syn poszkodowanego Y, ustalił przebieg zdarzenia ze sprawcą X. Kierowca X. miał wziąć na siebie odpowiedzialność za kolizję, w której nie uczestniczył.

Przypadek 9.

Fikcyjna szkoda osobowa. Roszczenie zgłoszone za pośrednictwem firmy odszkodowawczej. Pełnomocnik podał, że poszkodowany upadł na schodach wewnętrznych w budynku mieszkalnym swojego syna i uległ wypadkowi, co skutkowało urazem ciała w obrębie stawu skokowego prawego, wymagającego leczenia operacyjnego. W zgłoszeniu szkody wskazano, że odpowiedzialność za zdarzenie i jego skutki ponosi syn pokrzywdzonego. W procesie likwidacji szkody powstały rozbieżności między innymi dotyczące „oświadczeń” napisanych jednym charakterem pisma, wątpliwości co do okoliczności i miejsca powstania zgłoszonego zdarzenia i szkody na osobie. Przeprowadzone przez likwidatorów oględziny wskazanego miejsca zdarzenia oraz wywiad z uczestnikami zdarzenia potwierdziły uświadczenie wyłudzenia odszkodowania.

Przypadek 10.

Falszywe roszczenie o utraconych dochodach. Osoba zgłaszająca roszczenie za pośrednictwem ustanowionego pełnomocnika podała, że potknęła się o nierówność chodnika i upadła, co skutkowało obrażeniami ciała – złamaniem kostki bocznej w prawej nodze. W procesie likwidacji szkody uznana została odpowiedzialność i wypłacono zadośćuczynienie 9000 zł, koszty zaopatrzenia ortopedycznego 20 zł oraz 310.58 zł z tytułu utraconego dochodu. Wcześniej jednak w toku likwidacji szkody ujawniono rozbieżności i wątpliwości co do roszczenia z tytułu utraconego dochodu.

W toku ustaleń ostatecznie wyjaśniono, że zostały wystawione dwa zaświadczenia o dochodach, z których pierwotne na kwotę 2263,89 zł, było niezgodne z prawdą.

Przypadek 11.

Pojazd kupiony 8 lipca 2016 r. za kwotę 24.800 zł został ubezpieczony 17 sierpnia 2016 r. na kwotę 108.000 zł z gwarantowaną sumą ubezpieczenia. 12 lutego 2017 r. uległ szkodzie zgodnie z oświadczeniem „W niespodziewanym momencie na drogę wybiegły sarny i aby uniknąć zderzenia kierowca odbił w prawo wpadając przodem na drzewo przy drodze.” Analizując przedmiotową szkodę ustalono, że wskazany pojazd miał szkodę całkowitą w lutym 2016 na terenie USA. W sprawie wykonano symulację, która nie wykluczyła zdarzenia. Ostatecznie wykonano badanie sterowników pojazdu. Dzięki odczytowi parametrów ze sterowników pojazdu można wykazać, że kierujący celowo doprowadził do uszkodzenia pojazdu, utrzymywał stałą prędkość, nie wykonywał skrętu i nie hamował. Dodatkowo po 10 sekundach od aktywacji systemów bezpieczeństwa skasowano błędy sterowników, co oznaczało, że osoby trzecie, najprawdopodobniej ze specjalistycznym sprzętem, również uczestniczyły w procederze. Sprawa skierowana została do prokuratury.

Przypadek 12.

Fikcyjny pożar pojazdu. W Audi na skutek „samoistnego zapłonu” doszło do uszkodzenia wnętrza i szyby czołowej pojazdu. W trakcie likwidacji ustalono, że pojazd został kupiony w Niemczech oraz, że rok wcześniej uległ tam znacznej szkodzie. Przeprowadzono szczegółowe badanie pojazdu: „...Analizowany stan pojazdu po pożarze budzi poważne wątpliwości. (...) nie spłonął nawet przewód elektryczny bezpośrednio pod tablicą wskaźników (która teoretycznie odparowała), nie została nadtopiona osłona plastikowana kolumny kierowniczej, idealnie wypięta kostka połączeniowa, a nie ma żadnego śladu po tablicy wskaźników. Należy dodać, że w przypadku uszkodzenia wyżej wymienionych elementów na skutek pożaru, doszłoby do uszkodzeń po stronie pasażera tj. do charakterystycznego procesu „zlewania” się palonej masy z elementów z tworzywa sztucznego w stronę podłogi pojazdu”. Potwierdzono, że doszło do ingerencji programowej w sterownik silnika, o czym świadczy brak prawidłowej daty w ramach danych zapisanych w zawartości pamięci kodów usterek sterownika silnika. Sprawa przekazana do prokuratury.

Przypadek 13.

Poszkodowany deklarował uderzenie samochodem BMW w drzewo, na skutek bezkolizyjnego zajechania drogi przez inny pojazd. Przeprowadzone czynności wykazały celowe uszkodzenie kory drzewa, fakt znajomości poszkodowanego i sprawcy, fakt że poszkodowany z zawodu jest strażakiem oraz współpracownikiem firmy odszkodowawczej, który przekłada faktury za wynajem z tej firmy, jak również rozbieżność okoliczności wskazanych przez sprawcę dotyczących warunków panujących w dniu zdarzenia itd. Wg opracowanej przez biegłego opinii wynika, że do uszkodzeń pojazdu BMW nie mogło dojść w deklarowanych okolicznościach.

Przypadek 14.

Antydatowanie ubezpieczenia na quad po zaistnieniu szkody. Kierujący quadem wyjeżdżając z posesji na drogę z pierwszeństwem przejazdu, nie ustąpił rowerzyście i za-

jechał mu drogę. Rowerzysta gwałtownie hamował, w wyniku czego przewrócił się na ziemię i doznał obrażeń ciała. Uszkodził rower. Po wykryciu skorygowano okres ubezpieczenia. Ubezpieczony został obciążony opłatą za brak ubezpieczenia OC przez UFG oraz regresem za wypłacone odszkodowanie.

Przypadek 15.

Rzeczoznawca wykonujący oględziny powypadkowe pojazdu Honda zwrócił uwagę na różnicę między wybitym a wpisanym w tabliczce znamionowej numerze VIN. Wzbudziło to podejrzenia dotyczące pochodzenia pojazdu i możliwości ingerencji w znaki identyfikacyjne, np. w celu zatuszowania kradzieży. Sprawa przekazana organom ścigania, pojazd został zabezpieczony.

Przypadek 16.

Kierowca Opla wyjeżdżając z drogi polnej nie zachował należytej ostrożności, wymusił pierwszeństwo, wskutek czego kierowca BMW unikając zderzenia, zjechał z drogi wjeżdżając przodem w pole. Oświadczenie sprawcy szkody zawierało bardzo szczegółowy opis uszkodzeń samochodu BMW z użyciem fachowej terminologii. Poszkodowany i sprawcy zamieszkują w jednej miejscowości. Przeprowadzono badanie miejsca zdarzenia oraz przepytanie uczestników: zgodnie z deklarowaną odległością, w jakiej znajdował się kierowca BMW od wjeżdżającego na jego tor jazdy pojazdu Opla Astry, nie można byłoby nie zderzyć się z pojazdem wjeżdżającym na tor jazdy, bowiem wyliczona minimalna długość drogi potrzebna do zmiany pasa ruchu była zbyt mała. Wykonane wyliczenia wykluczają możliwość wykonania manewru hamowania i bezkolizyjnego skrętu w prawo po zauważeniu zagrożenia przez kierującego pojazdem BMW. Stwierdzone ślady na miejscu zdarzenia przeczą wersjom podanym przez uczestników kolizji. Zgodnie ze szkicami, pojazd BMW zatrzymał się po kolizji niemal prostopadle do drogi. Natomiast ślady w polu wskazują na niemal równoległe ustawienie pojazdu po zjechaniu z drogi. Poszkodowany wycofał roszczenia.

Przypadek 17.

Kolizja trzech pojazdów, która miała miejsce w deklarowanych okolicznościach (policja i świadkowie potwierdzili zdarzenie). W trakcie weryfikacji szkodowości jednego z pojazdów (Nissan) ustalono, że uległ on całkowitemu spaleni i zostało wypłacone rok wcześniej odszkodowanie w innym zakładzie ubezpieczeń. Na skutek złożonego zawiadomienia ustalono, że pojazd został złożony z części pochodzących z pojazdu spalonego oraz innych elementów niezidentyfikowanych pojazdów. Pojazd został zabezpieczony przez policję.

Przypadek 18.

Fikcyjna kolizja starego Fiata Seicento i nowego Seata Leona. Fiat Seicento został zakupiony (niedługo przed szkodą) z uszkodzonym tyłem (rozbita lampa). W trakcie oględzin po szkodzie żadnych napraw tyłu pojazdu nie stwierdzono. Nabywca Fiata Seicento (300 zł) prowadzi usługi holowania – po zakupie zabrał pojazd na lawetę do oględzin. Pojazd został przywieziony również na lawecie. W zgłoszeniu szkody została złożona faktura za holowanie pojazdu na kwotę – 12 000 zł. Z ustaleń ze sprawcą zdarzenia wynika, że z miejsca zdarzenia Seat nie był holowany. Potwierdza to również policjant, który wykonywał czynności na miejscu zdarzenia. Sprawa przekazana do organów ścigania.

Przypadek 19.

Szkoda zgłoszona została z ubezpieczenia AC. Miała miejsce 9 lipca 2017 roku. Ubezpieczenie AC zawarte zostało 18 kwietnia 2017 r. Ze zgłoszenia szkody wynika, że nieznany sprawca uszkodził tapicerkę pojazdu, nacinając ją. W wyniku analizy dokumentacji zdjęciowej wnętrza pojazdu, wykonanej przy ubezpieczeniu oraz w trakcie oględzin po zgłoszeniu szkody, pojawiły się wątpliwości, czy to są te same fotele. Policja prowadząca postępowanie umorzyła sprawę. Dokonano badania sterowników pojazdu uszkodzonego i ujawniono, że przedmiotowy pojazd ma uszkodzone podzespoły napędowe (błędy wykasowane),

oraz że przed zdarzeniem odnotowano awarię systemów bezpieczeństwa wbudowanych w siedzenia. Sprawa umorzona w związku z brakiem niepodważalnych dowodów świadczących o próbie wyłudzenia.

Przypadek 20.

Poszkodowany w 2016 r. przedłożył trzy rachunki na łączną kwotę 15.416 zł, które miały potwierdzać wysokość utraconych dochodów. Po sprawdzeniu w CEIDG okazało się, że poszkodowany, czyli osoba wystawiająca rachunki, zakończyła swoją działalność w 2013 r.

4. Wnioski i rekomendacje

Podobnie jak w przypadku Działu I wnioski dotyczące analizy danych zebranych w 2017 r. od zakładów ubezpieczeń skłaniają do skupienia się na działaniach, które muszą zostać podjęte w najbliższej przyszłości, by osiągnąć poziom zwalczania przestępczości reprezentowany przez kraje o bogatych tradycjach w tej dziedzinie, takie jak np. Wielka Brytania, gdzie poziom detekcji fraudów osiąga nawet 4% wolumenu wypłacanych odszkodowań i świadczeń. Perspektywy na przyszłość rysują się bardzo optymistycznie:

- Obecnie praktycznie wszystkie zakłady ubezpieczeń majątkowych aktywnie angażują się w działania antyfraudowe.
- W Polsce panuje dobry klimat dla przeciwdziałania przestępczości gospodarczej związany głównie z aktywnym zwalczaniem wyłudzeń podatku VAT.
- Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny finalizuje prace nad pełnym wdrożeniem Bazy Danych Ubezpieczeniowych.
- W społeczeństwie poprawia się poziom wiedzy o przestępczości ubezpieczeniowej, co w dłuższym okresie skutkować powinno spadkiem poziomu przyzwolenia społecznego.

Powyższe czynniki wskazują na przewidywany wzrost skuteczności działań antyfraudowych, co powinno wpłynąć na coraz wyższe wartości ujawnianych przypadków przestępstw w kolejnych edycjach analizy. Dotyczy to głównie pozakomunikacyjnych ubezpieczeń majątkowych. Jest to niezwykle istotne, ponieważ w obecnej i poprzednich edycjach analizy PIU wyraźnie wskazano na migrację zainteresowania sprawców do tych grup produktowych.

Dane z kwestionariuszy poparte analizą konkretnych przypadków wyłudzeń oraz doświadczeniem z prac Komisji pozwalają na sformułowanie następujących wniosków i zaleceń:

- Najważniejsze jest jak najszybsze pełne wdrożenie Bazy Danych Ubezpieczeniowych i wykorzystywanie jej w codziennej praktyce działań antyfraudowych, podobnie jak obecnie funkcjonuje Ośrodek Informacji UFG w przypadku ubezpieczeń komunikacyjnych.
- Zakłady ubezpieczeń powinny zwrócić szczególną uwagę na problem weryfikacji dowodów zakupu przedkładanych przez klientów jako podstawa roszczenia za utratę i zniszczenie składników majątku, głównie sprzętu elektronicznego i dóbr luksusowych.
- Celowe jest zwiększenie przez zakłady kontroli nad rynkiem pojazdów po uszkodzeniach całkowitych i zablokowanie możliwości ponownego wprowadzania i ich do obrotu.
- Duża liczba poważnych szkód w ubezpieczeniach cargo i korporacyjnych skłania do zwrócenia większej uwagi na jakość pośrednictwa w kanale brokerskim.
- Rozwiązania insurtech oparte na wykorzystaniu sztucznej inteligencji i metod uczenia maszynowego dla analizy danych o kliencie, pozyskanych np. z jego urządzenia mobilnego to wielka szansa, ale i wyzwanie dla działań antyfraudowych. Największym zagrożeniem jest tu bezkrytyczna wiara w osiągnięcia nowej technologii i bagatelizowanie możliwości celowego wpływu człowieka na jej działania.

Przestępczość ubezpieczeniowa w świetle badań Insurance Europe

Insurance Europe (IE) to organizacja zrzeszająca stowarzyszenia ubezpieczycieli z 35 krajów Europy. Wśród jej członków znajduje się także Polska Izba Ubezpieczeń. Jednym z głównych zadań IE jest przeciwdziałanie przestępczości ubezpieczeniowej, prowadzenie badań, koordynacja działań antyfraudowych i stwarzanie warunków do wymiany danych i doświadczeń w zakresie przeciwdziałania przestępczości. W minionych edycjach analizy PIU prezentowane były wybrane wyniki skali zjawiska w poszczególnych krajach – członkach Insurance Europe. Miało to na celu porównanie danych pomiędzy Polską a krajami o różnym poziomie skuteczności w zwalczaniu fraudów. W obecnej edycji zaprezentowane zostaną rezultaty badania, w którym eksperci określili przyszłe zagrożenia związane z wyłudzeniami.

Różny poziom rozwoju i bogactwa doświadczeń w zakresie zwalczania przestępczości ubezpieczeniowej w poszczególnych krajach europejskich sprzyja transferowi wiedzy i dobrych praktyk. W ramach wielu inicjatyw przeprowadzono badanie, którego celem było określenie trendów rozwoju zjawiska wyłudzeń. Eksperci z poszczególnych krajów określili najbardziej popularne i najszybciej rozwijające się metody wyłudzeń w poszczególnych rodzajach ubezpieczeń, takich jak np.: ubezpieczenia komunikacyjne, szkody osobowe, ubezpieczenia mieszkań i mienia, ubezpieczenia turystyczne, korporacyjne, NNW, oraz OC niekomunikacyjne. Wyniki tego badania stanowią cenną wskazówkę dla rodzimych zakładów ubezpieczeń, ponieważ stosowanie przez sprawców nowych metod wyłudzeń nie ogranicza się do terenu jednego kraju. W realiach zglobalizowanego świata, dana metoda niesamowicie szybko rozprzestrzenia się na sąsiednie rynki. Skuteczne zwalczanie przestępczości ubezpieczeniowej wymaga ciągłej aktualizacji zasobów wiedzy o modus operandi działania sprawców.

Poniżej zaprezentowano podsumowanie i wnioski z bogatego materiału badania Insurance Europe w podziale na wymienione wyżej kategorie ubezpieczeń. Warto zauważyć, że część opisywanych poniżej mechanizmów nie jest popularna w Polsce.

Ubezpieczenia komunikacyjne:

Metoda najpopularniejsza:

- Celowe stłuczki (crash for cash) – doprowadzanie do kolizji pojazdu sprawcy z przypadkowo wybraną ofiarą w ruchu drogowym lub celowe kolizje pomiędzy pojazdami sprawców.
- Ghost brokers – metoda występująca na terenie Wielkiej Brytanii, polegająca na oferowaniu fałszywych polis OC przez nielegalnych pośredników ubezpieczeniowych. Metoda ta funkcjonuje na dobrze rozwiniętych rynkach ubezpieczeniowych, gdzie występuje wiele zakładów ubezpieczeń oraz podmiotów trudniących się pośrednictwem.

Metoda najszybciej zyskująca na popularności:

- Kradzieże aut z systemem bezkluczykowym – autentyczne lub sfingowane kradzieże aut wyposażonych w system kontroli dostępu nie wymagający fizycznego użycia kluczyków, lecz opierające się wyłącznie na komunikacji radiowej auta i nadajnika w kluczu. Metoda wykorzystuje zapisy OWU obligujące właściciela auta do przekazania klucza ubezpieczycielowi przed wypłatą odszkodowania z AC. Sprawca przy pomocy dedykowanego urządzenia elektronicznego (tzw. metoda walizkowa) lub telefonu z odpowiednim oprogramowaniem przechwytuje sygnał z klucza i przy pomocy nadajnika odtwarza go w bezpośredniej bliskości pojazdu.
- Szkody transgraniczne – wykorzystywanie pojazdów zarejestrowanych w innym kraju do generowania szkód komunikacyjnych. Właścicielem pojazdu jest zwykle obcokrajowiec. Metoda bazuje na ograniczeniach wynikających z faktu, że bazy systemów antyfraudowych opierają się zwykle na danych z jednego kraju i nie są w stanie wychwytywać powiązań jeżeli pojazd, kierujący, bądź właściciel pochodzą z innego kraju. Dodatkową trudność powoduje fakt częstego zbywania pojazdu bez jego przerejestrowywania, zamienianie tablic rejestracyjnych lub korzystanie z ubezpieczenia krótkoterminowego.

Szkody osobowe, NNW:

Metoda najpopularniejsza:

- Whiplash – uraz odcinka szyjnego kręgosłupa, który generuje dolegliwości bólowe powodujące niezdolność do pracy. Uraz powstaje na skutek wygięcia szyi kierowcy i pasażerów do tyłu podczas uderzenia w tył pojazdu. Trudności w diagnozowaniu tego typu obrażeń sprzyjają symulowaniu urazu przez rzekomo poszkodowanych i wydłużaniu okresu rekonwalescencji i rehabilitacji na koszt ubezpieczyciela.
- Uszkodzenia zębów – wysokie ceny usług i ograniczenia w refundacji kosztów opieki stomatologicznej sprzyjają przerzucaniu kosztów leczenia na ubezpieczyciela. Sprawcy podają nieprawdziwe okoliczności urazu lub celowo go powodują, aby zamaskować zmiany chorobowe w obrębie uzębienia. Najczęściej wykorzystywane jest OC komunikacyjne i OC w życiu prywatnym.

Metoda najszybciej zyskująca na popularności:

- Traumatyzacje powypadkowe – sprawcy przy pomocy współpracujących lekarzy i psychologów oraz symulowania określonych zachowań doprowadzają do uzyskania opinii o przebywanej traumie powypadkowej lub urazie psychicznym na skutek wypadku (często bardzo niegroźnego). Trudności w niepodważalnej diagnostyce tego typu skutków wypadków sprzyjają eskalacji roszczeń za niezdolność do pracy.

Ubezpieczenia mieszkań, szkody majątkowe:

Metoda najpopularniejsza:

- Kradzieże, zalania – celowe doprowadzanie do uszkodzeń mienia, często w celu maskowania prawdziwych przyczyn jego zniszczenia bądź utraty.
- Utrata i zniszczenie sprzętu elektronicznego, urządzeń mobilnych – roszczenia wynikają z szybkiego tempa zużycia moralnego współczesnego sprzętu elektronicznego.

- Zawyżanie strat – metoda polega głównie na przedkładaniu fałszywych lub przerobionych rachunków i faktur mających dokumentować rzekomo poniesione straty. Znane są także przypadki wypożyczania dokumentów zakupu od osób trzecich bądź przy pomocy wymiany informacji na portalach społecznościowych.

- Metoda najszybciej zyskująca na popularności:

Kradzieże rowerów – w związku ze zmianą modelu transportu w dużych aglomeracjach i stopniowym odchodzeniem od korzystania z prywatnych samochodów pojawiają się przypadki zgłaszania utraty drogich rowerów o wartości kilku tysięcy Euro.

Ubezpieczenia turystyczne:

Metoda najpopularniejsza:

- Kradzieże bagażu – roszczenia za utracony bagaż dotyczą kradzieży w trakcie podróży lotniczych oraz z pokoi hotelowych. Sprawcy posługują się sfigowanymi dokumentami zakupu drogiego mienia rzekomo utraconego w bagażu.
- Uszkodzenia ciała – dochodzi do nich podczas pobytu na urlopie, zwykle w egzotycznych krajach, sprawcy maskują fakt przebywania pod wpływem alkoholu i podają fikcyjne okoliczności zaistnienia szkody, dochodzi do fałszowania dokumentacji medycznej.

W powyższych szkodach, mających miejsce poza terytorium UE wiele trudności w weryfikacji roszczenia sprawiają: bariera językowa, metodyka pracy lokalnej policji, współpraca sprawcy z rezydentem biura podróży.

OC niekomunikacyjne:

Metoda najszybciej zyskująca na popularności:

- Wykorzystywanie OC w życiu prywatnym/zawodowym – zaawansowane metody prewencyjne stosowane przez ubezpieczycieli w ubezpieczeniach komunika-

cyjnych powodują, że sprawcy coraz chętniej zgłaszają roszczenia dotyczące mienia i zdrowia z polis OC niekomunikacyjnego. Popularność i niska cena tego typu produktów w krajach UE sprzyjają łatwemu znalezieniu „dawcy” ochrony ubezpieczeniowej.

Ponadto eksperci z poszczególnych krajów wskazali na następujące zagrożenia:

- Falszywe roszczenia uszkodzeń przednich szyb z warsztatów naprawy szyb – szkody spowodowane są bardzo wysokimi kosztami zakupu i wymiany przednich szyb w nowoczesnych pojazdach oraz restrykcyjnymi przepisami dotyczącymi konieczności wymiany szyby w przypadku najmniejszych uszkodzeń w polu widzenia kierowcy. Problem wysokich kosztów dotyczy szczególnie aut luksusowych, pojazdów z przeszklonym dachem oraz pojazdów ciężarowych i autobusów.
- Szkody osobowe, uszkodzenia smartfonów, markowej odzieży i butów dokonywane przez młodzież – wysoka cena nowoczesnych smartfonów i markowej odzieży w połączeniu z presją konsumpcyjną społeczeństwa rodzi w młodych ludziach potrzebę ciągłego nadszycia za trendami. Wysokie koszty takich gadżetów kompensowane są roszczeniami z OC komunikacyjnego za jednoślady, głównie skutery. Umówieni sprawcy doprowadzają do zajechania drogi, wywrócenia skutera i zniszczenia mienia. Niska składka i wysokie ryzyko wypadku ułatwia proces wyłudzeń. Opisywany mechanizm ułatwia także zgłaszanie roszczeń za urazy powstałe pod wpływem alkoholu, ryzykownych form spędzania czasu (np. parkour) lub uprawiania sportu.
- Użycie fałszywych danych osobowych w roszczeniach – metoda ta utrudnia weryfikację roszczeń i wykorzystuje luki w procesie likwidacji szkody, sprawcy wykorzystują także socjotechnikę w celu podszywania się pod uprawnionego do odszkodowania i przechwycenia środków. Coraz częstsze są także przypadki przechwytywania roszczeń przy użyciu elektronicznych kanałów dostępu i urządzeń mobilnych.

Wskazane powyżej przez ekspertów z krajów europejskich metody wyłudzeń dowodzą jak wysoce dynamiczne jest zjawisko przestępczości ubezpieczeniowej. Na szczególną uwagę zasługują dwa trendy wymienione we wcześniejszych fragmentach analizy:

- Wejście na rynek ubezpieczeń nowej generacji klientów, młodych ludzi urodzonych około 2000 roku. Osoby te zwane pokoleniem Z charakteryzują się zupełnie innym postrzeganiem rzeczywistości i podejściem do zagadnień takich jak np. własność.
- Nieuchronna digitalizacja świata, rynku ubezpieczeń i form korzystania z usług finansowych.

Występowanie powyższych trendów wymaga gruntownego przemodelowania filozofii postrzegania przestępczości ubezpieczeniowej, mechanizmów popełniania wyłudzeń, i procedur prewencyjnych.

Badanie Insurance Europe – pilotaż edycji polskiej

Na forum Komisji ds. Przeciwdziałania Przemocności Ubezpieczeniowej PIU podjęto decyzję o włączeniu się w prace badawcze Insurance Europe dotyczące identyfikacji przyszłych trendów w przestępczości ubezpieczeniowej. Inicjatywa ta spotkała się z dużym zainteresowaniem ze strony zakładów. Użyte wyniki pozwolą na podniesienie wartości badania PIU o ekspercką ocenę zmian zachodzących w zjawisku wyłudzeń odszkodowań.

Zakłady ubezpieczeń uczestniczące w kolejnych edycjach badania PIU otrzymały przetłumaczone na język polski kwestionariusze stosowane przez IE. Dzięki temu wyniki edycji polskiej będą mogły być bezpośrednio porównywane z rezultatami uzyskanymi w innych krajach. Poniżej zostaną zaprezentowane wybrane wyniki pilotażowej edycji badania. Badanie zostało przeprowadzone kilka miesięcy po cyklicznym badaniu PIU. Na chwilę opublikowania niniejszej edycji analizy nie udało się zebrać danych od wszystkich zakładów. Pełny opis i wyniki znajdują się w kolejnej edycji analizy. Jednak z uwagi na bardzo interesujące wnioski zawarte w niektórych kwestionariuszach postanowiono opublikować wyniki cząstkowe.

Pochodzą one od kilku wybranych zakładów. Forma prezentacji danych jest analogiczna jak w poprzednim podrozdziale, poświęconym wynikom europejskiej edycji badania. Z powodu małej ilości danych w niektórych kategoriach zrezygnowano z podziału na metodę najpopularniejszą i najszybciej zyskującą na popularności.

Ubezpieczenia komunikacyjne:

Metoda najpopularniejsza:

- Celowe stłuczki (crash for cash).
- Zgłaszanie tych samych uszkodzeń w różnych zakładach ubezpieczeń.

Metoda najszybciej zyskująca na popularności:

- Wynajem pojazdu zastępczego (zderzenie starych pojazdów wysokiej klasy celem generowania kosztów wynajmu pojazdu zastępczego, sztuczne przedłużanie technologicznego czasu naprawy).

Szkody osobowe, NNW:

Metoda najpopularniejsza:

- Pozorowanie trudnych do udowodnienia urazów – whiplash, trauma powypadkowa.
- Zgłaszanie fikcyjnych szkód związanych z dbaniem o chodnik przed nieruchomością, bądź nawierzchnię czy schody ruchome w centrum handlowym.
- Wykorzystywanie kancelarii odszkodowawczych.

Metoda najszybciej zyskująca na popularności:

- Roszczenia dotyczące utraconych dochodów na podstawie fałszywych dokumentów.
- Roszczenia od zawodników sportowych za uszczerbki na zdrowiu, powstałe podczas zawodów z podawaniem nieprawdziwych okoliczności.

Ubezpieczenia mieszkań, szkody majątkowe:

Metoda najpopularniejsza:

- Umyślne podpalenie.
- Zawarcie ubezpieczenia po wystąpieniu szkody.
- Zgłaszanie uszkodzeń mienia, które nie jest związane z przedmiotową szkodą lub celowe powiększanie szkody.
- Sfingowane uszkodzenie sprzętu elektronicznego stanowiącego stały element budynku wskutek przepięcia.

Metoda najszybciej zyskująca na popularności:

- Zawyżanie wysokości szkód pożarowych i naprawy uszkodzonego mienia.

Ubezpieczenia turystyczne:

Metoda najpopularniejsza:

- Utracony bagaż

Metoda najszybciej zyskująca na popularności:

- Fałszerstwo dokumentów dotyczących: przedmiotu ubezpieczenia, domniemanego zdarzenia, z wykorzystaniem tzw. kradzieży tożsamości. Osoba o nieustalonej tożsamości wykorzystuje dane innej osoby i zawiera ubezpieczenie o wysokiej wartości od kosztów rezygnacji z nieistniejącej imprezy turystycznej w zagranicznym biurze podróży. Następnie zgłasza roszczenie z tytułu rezygnacji z powodów zdrowotnych przedkładając do ubezpieczyciela fałszywe dokumenty w postaci: umowy uczestnictwa, dowodów zapłaty za wycieczkę, dokumentacji medycznej uzasadniającej rezygnację.

Ciekawych wniosków dostarcza porównanie wyników prac polskich i zagranicznych ekspertów. Wiele metod stosowanych za granicą stosowanych jest z powodzeniem w naszym kraju. Jednak zdecydowanie największą wartość badania stanowią polskie i zagraniczne spostrzeżenia dotyczące opisu nowych, mało popularnych metod, które poprzez możliwość łatwego skalowania mogą w najbliższej przyszłości stanowić poważne zagrożenie. Wymiana doświadczeń na forum Polski i Europy pozwala na szybką identyfikację zagrożeń i wypracowanie adekwatnych metod prewencyjnych.

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		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	0,00

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					
W tym ZATAJENIA					
OGÓLEM		0	0,00		

Tabela dla zakładów ubezpieczeń Działu II		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		Wytudzenia		Usiłowanie wyłudzenia		Wytudzenia	
		Liczba	Kwota	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)			0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Uwagi									
* Tu wpisz swoje uwagi									
ŁĄCZNIE		Usiłowanie wyłudzenia		Wytudzenia					
		Liczba	Kwota	Liczba	Kwota				
		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	
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					
W tym ZATAJENIA					
OGÓLEM		0	0,00		



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

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