



ANALIZA DANYCH

dotyczących
przestępstw
ubezpieczeniowych
ujawnionych
w 2018 roku

dr Piotr Majewski

Polska Izba Ubezpieczeń
Komisja ds. Przeciwdziałania Przestępczości Ubezpieczeniowej

Warszawa 2019 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

Czym jest przestępczość ubezpieczeniowa?.....	4
Jak oszacować skalę przestępczości ubezpieczeniowej?.....	5
Przestępczość w ubezpieczeniach na życie – Dział I.....	7
Wprowadzenie.....	7
Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2018 r.....	7
Przestępczość w ubezpieczeniach majątkowych – Dział II.....	13
Wprowadzenie.....	13
Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2018 r.....	13
Wnioski i rekomendacje.....	21
Przykłady przestępczości ubezpieczeniowej.....	23

Czym jest przestępczość ubezpieczeniowa?

Ubezpieczenia bazują na solidarności. Dzięki transferowi i rozproszeniu ryzyka zapłata relatywnie niewielkiej składki zapewnia ochronę ubezpieczeniową na setki tysięcy złotych. Przepięstwa ubezpieczeniowe zaburzają działanie tego systemu, mogą prowadzić do wzrostu składek dla uczciwych klientów. Przedłużają i komplikują proces likwidacji szkód, a także godzą w zaufanie, na którym opiera się funkcjonowanie branży ubezpieczeniowej.

Szacuje się, że w Europie przestępczość ubezpieczeniowa stanowi około 10% wartości wypłacanych odszkodowań i świadczeń. Wskaźnik ten w szczególnych przypadkach ulega dużym wahaniom i zależy między innymi od rodzaju produktu oraz skuteczności stosowanych na danym rynku działań zapobiegawczych.

Przepięstwa ubezpieczeniowe dotyczą wszystkich rodzajów ubezpieczeń, zarówno życiowych jak i majątkowych. Insurance Europe definiuje je jako działania polegające na:

- wprowadzaniu w błąd ubezpieczyciela, np. podania nieprawdziwych lub niekompletnych informacji, podczas zawierania umowy ubezpieczenia;
- składaniu roszczenia, bazującego na wprowadzających w błąd lub nieprawdziwych okolicznościach, w tym celowym powodowaniu szkody;
- innego rodzaju działaniach w celu osiągnięcia korzyści z umowy ubezpieczenia.

Przepięczność ubezpieczeniowa to żądanie bezpodstawnego odszkodowania lub otrzymanie go w wyniku oszustwa.

Przepięstwo ubezpieczeniowe może popełnić posiadacz polisy, poszkodowany, a nawet pracownik zakładu ubezpieczeń. **Może się to zdarzyć na każdym etapie - od zawierania umowy ubezpieczenia po proces likwidacji szkody.** Sprawcy wyłudzeń odszkodowań sklasyfikowani są w trzech podstawowych grupach:

- sprawcy sytuacyjni – do popełnienia przestępstwa skłoniła ich zła sytuacja materialna;
- sprawcy okazjonalni – popełniają przestępstwo ubezpieczeniowe pod wpływem chwili, często podczas likwidacji autentycznej szkody;

- sprawcy zawodowi, profesjonalni – członkowie zorganizowanych grup przestępczych, którzy z wyłudzenia odszkodowań uczynili źródło stałego dochodu.

Skuteczne przeciwdziałanie przestępczości ubezpieczeniowej opiera się na:

- tworzeniu w zakładach ubezpieczeń zespołów ekspertów, zajmujących się analizą podejrzanych szkód;
- budowie centralnych baz danych, dotyczących umów ubezpieczenia oraz ich wielowymiarowej analizie z wykorzystaniem zaawansowanych narzędzi IT. To daje możliwość prześledzenia podejrzanych działań świadczących o próbach wyłudzenia;
- prowadzeniu badań dotyczących skali i trendów wyłudzeń;
- współpracy między zakładami ubezpieczeń i organami ścigania;
- popularyzacji wiedzy o przestępczości wśród pracowników wszystkich działów ubezpieczycieli, a także klientów, by ograniczać przyzwolenie społeczne na wyłudzenia.

Na polskim rynku przeciwdziałaniem przestępczości ubezpieczeniowej zajmują się:

- Polska Izba Ubezpieczeń – w ramach której funkcjonuje Komisja ds. przeciwdziałania przestępczości ubezpieczeniowej,
- Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny – prowadzący Ośrodek Informacji UFG oraz systemy baz danych.

Obecnie branża ubezpieczeniowa korzysta ze Zintegrowanej Platformy Identyfikacji i Weryfikacji Zjawisk Przepięczności Ubezpieczeniowej UFG i stoi u progu pełnego wdrożenia Bazy Danych Ubezpieczeniowych. Pierwsze z narzędzi poprawia jakość wykrywania przestępczości w ubezpieczeniach komunikacyjnych, drugie obejmie pozostałe ubezpieczenia na życie oraz pozakomunikacyjne ubezpieczenia majątkowe. Bazy pozwolą na wielowymiarową analizę danych, a dzięki zaawansowanym algorytmom także na wyszukiwanie powiązań pomiędzy szkodami, sprawcami i pojazdami. Umożliwi to nową jakość działań anty-fraudowych i uczyni z Polski kraj mogący równać się z europejskimi liderami w tej dziedzinie.

Jak oszacować skalę przestępczości ubezpieczeniowej?

Skala wyłudzeń odszkodowań w Polsce w 2018 roku wynosi:

- 1 115 przypadków na kwotę 18,1 mln PLN w ubezpieczeniach na życie,
- 11 125 przypadków na kwotę 214,6 mln PLN w ubezpieczeniach majątkowych.

Według Insurance Europe na rynku europejskim w 2017 roku roszczenia fraudowe opiewały na 2,5 mld Euro, natomiast szacowana rzeczywista skala przestępczości ubezpieczeniowej to około 13 mld Euro. W przypadku rynku niemieckiego podejrzane roszczenia to około 9% całości wypłat. W niektórych grupach produktowych wskaźnik ten wynosi nawet 16%.

Przestępczość ubezpieczeniowa, podobnie jak wszystkie inne zjawiska wchodzące w skład tak zwanej szarej strefy, nie jest możliwa do zmierzenia w sposób bezpośredni. Nie każdy sprawca incydentu, polegającego na próbie wyłudzenia odszkodowania, zostaje ujawniony i doprowadzony przed oblicze wymiaru sprawiedliwości. Różnorodność metod przestępczych powoduje, że przestępczość ubezpieczeniowa wymyka się ścisłej klasyfikacji. Zwykle przy osądzaniu sprawców stosuje się art. 286 i art. 298 k.k.

Art.286. §1. Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

Art.298. §1. Kto, w celu uzyskania odszkodowania z tytułu umowy ubezpieczenia, powoduje zdarzenie będące podstawą do wypłaty takiego odszkodowania, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§2. Nie podlega karze, kto przed wszczęciem postępowania karnego dobrowolnie zapobiegł wypłacie odszkodowania

Polska Izba Ubezpieczeń bada od lat przestępczość ubezpieczeniową. Badania obejmują wszystkie zakłady ubezpieczeń, prowadzące działalność w Polsce. Polegają na systemowym zbieraniu danych o przypadkach przestępczości ubezpieczeniowej. Wnioski z badań służą do oceny wprowadzanych rozwiązań systemowych, ograniczenia procedury wyłudzeń odszkodowań oraz przygoto-

wania zakładów ubezpieczeń do przeciwdziałania przyszłym zagrożeniom.

Dane dotyczące wyłudzeń pogrupowane są w ujęciu:

- ilościowym i wartościowym,
- w podziale na rodzaje ubezpieczeń dla Działu I i II,
- z uwagi na tryb załatwienia sprawy (procesowe i nieprocesowe),
- usiłowania i wyłudzenia,
- przestępczość ubezpieczeniową klasyczną i inne obszary.

Jeśli oprzeć się na cytowanej wyżej definicji Insurance Europe, można zastosować następujący podział:

- przywłaszczenie składek,
- zawarcie umowy w celu wyłudzenia świadczenia,
- zawarcie umowy w celu wyłudzenia prowizji,
- przestępstwa przeciwko dokumentom,
- nadużycia stwierdzone w innych obszarach.

Zdarzenia te charakteryzują się wysoką dynamiką i powodują straty. Z tego powodu powinny być monitorowane na równi z klasycznymi fraudami.

Należy pamiętać, że dane dotyczące przestępczości to głównie szacunek podejrzeń o popełnienie przestępstwa ubezpieczeniowego, jakie pracownicy zakładów ubezpieczeń ujawnili na podstawie posiadanej wiedzy, doświadczenia i zebranych materiałów dowodowych. Nie wszystkie szkody, zakończone odmową wypłaty odszkodowania, trafiają do organów ścigania. Nieujawniona jest „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.

Jak oszacować skalę przestępczości ubezpieczeniowej?

- Wyłudzenie - czyn z art. 286 k.k., tj. zachowanie sprawcy polegające na wprowadzeniu ubezpieczyciela w błąd na przykład poprzez podanie nieprawdziwych okoliczności szkody, 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.
- Usiłowanie wyłudzenia - czyn z art. 13 k.k. w zw. z art. 286 k.k., tj. zachowanie sprawcy polegające na wprowadzeniu ubezpieczyciela w błąd, co do okoliczności mającej wpływ na jego odpowiedzialność z umowy ubezpieczenia, podjęte w celu uzyskania korzyści majątkowej, jeżeli nie nastąpiła wypłata świadczenia.
- Zatajenie informacji - 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.

Ciemna liczba – inaczej przestępczość nieujawniona – zbiór zaistniałych przestępstw, o których informacje nie dotarły do organów ścigania lub dotarły, lecz nie zostały przez nie zarejestrowane. To stosunek rzeczywistej wartości wyłudzeń do wartości wyłudzeń ujawnionych.

Ciemna liczba jest wartością wyjątkowo trudną do oszacowania i zależy między innymi od:

- rodzaju przestępstwa (produktu ubezpieczeniowego),
- skuteczności detekcji,
- stopnia przyzwolenia na popełnianie przestępstw.

Dla przestępstw ubezpieczeniowych, dotyczących ubezpieczeń majątkowych średnio szacuje się jej wartość na około 10.



Wprowadzenie

W 2018 roku na polskim rynku ubezpieczeń na życie nadal zmieniała się struktura sprzedawanych produktów. Popularność produktów o charakterze inwestycyjnym spadała, a rosła produktów ochronnych. Całkowita war-

tość składki przypisanej brutto obniżyła się. Natomiast wzrost poziomu wypłacanych odszkodowań i świadczeń to skutek między innymi zmian poziomu sprzedaży w latach ubiegłych, która maleje stopniowo od 2012 roku. Mimo to wynik techniczny oraz zysk netto ubezpieczycieli życiowych okazały się lepsze niż przed rokiem.

Tabela 1. Składka przypisana oraz świadczenia brutto w latach 2016-2018 (Dział I)

Dział I	2016 (tys. PLN)	2017 (tys. PLN)	2018 (tys. PLN)
Składka przypisana	23 856 688	24 561 013	21 704 795
Odszkodowania i świadczenia	18 284 273	20 354 694	21 486 785

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KNF

Specyficzne cechy ubezpieczeń na życie utrudniają bezpośrednie porównanie skali przestępczości z ubezpieczeniami majątkowymi:

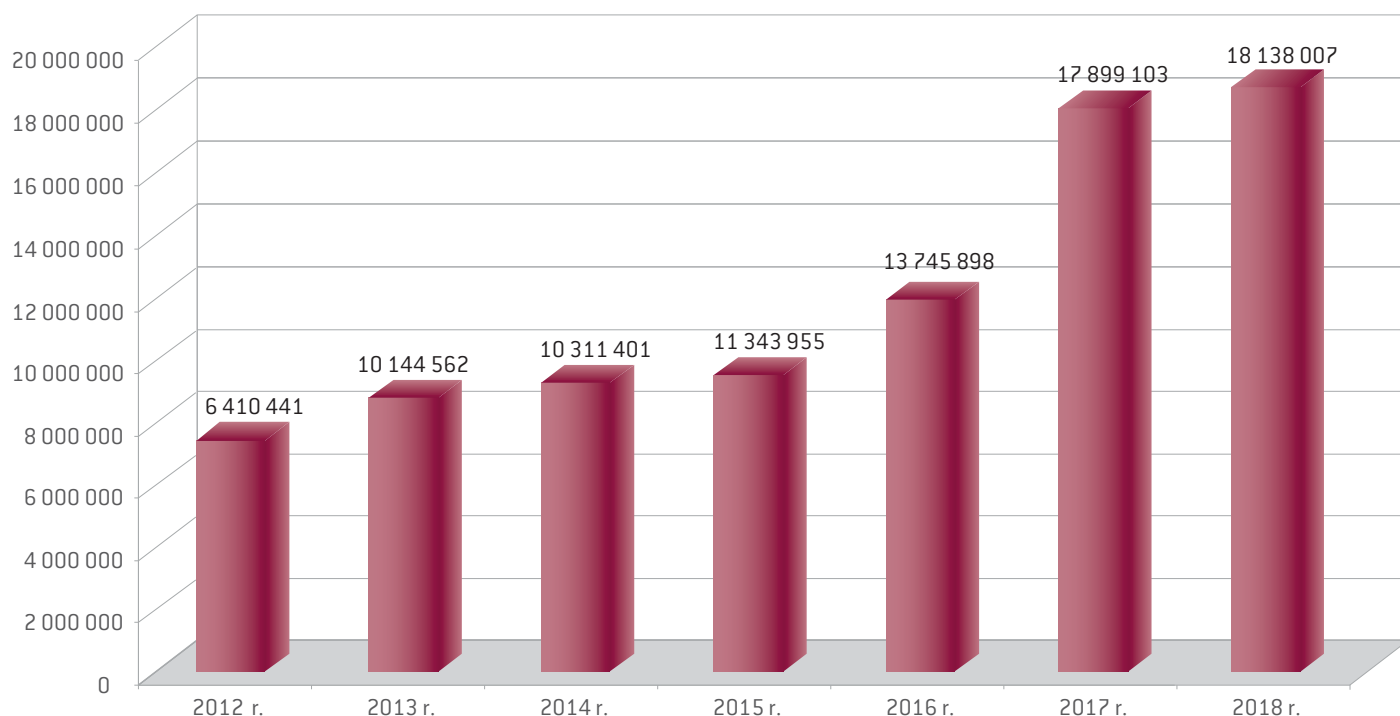
- Zakłady ubezpieczeń na życie posiadają znacznie krótsze tradycje walki z przestępczością ubezpieczeniową niż ubezpieczyciele majątkowi. Fraudy historycznie najszybciej zostały zauważone i zwalczane w ubezpieczeniach ogólnych i komunikacyjnych.
- Ubezpieczenia na życie mają charakter nieobowiązkowy. Wyklucza to pewne metody popełniania przestępstw znane na przykład z rynku ubezpieczenia OC, gdzie sprawca jest w stanie upozorować kolizję z przypadkową osobą i wygenerować szkodę z jej polisy, a zakład ubezpieczeń nie ma prawa odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia.
- Znaczna część rynku ubezpieczeń na życie to produkty inwestycyjne, które z racji swojej konstrukcji uniemożliwiają dokonanie wyłudzenia świadczenia klasycznymi metodami. W tym typie produktu szkoda nie jest elementem inicjującym wypłatę. Niemniej jednak doświadczenia branży bankowej oraz zauważalne przypadki wyłudzeń z rynku ubezpieczeń wskazują na znaczące ryzyko przywłaszczania środków inwestycyjnych przez sprawców podających się za uprawnionych. Wykorzystują oni między innymi socjotechniki, kradzież tożsamości czy luki w zabezpieczeniach elektronicznych kanałów dostępu.

- Ubezpieczenia na życie mogą się kumulować. Zdrowie i życie jednego ubezpieczonego może być chronione przez wiele umów ubezpieczenia. Sprawcy wyłudzeń często korzystają z tego faktu.
- W przypadku ubezpieczeń grupowych nie stosuje się oceny ryzyka w odniesieniu do konkretnego ubezpieczonego.
- Część metod sprawców, bazująca na wyłudzeniach ze szkód osobowych, korzysta z komunikacyjnego ubezpieczenia OC charakteryzującego się bardzo wysoką sumą gwarancyjną.

Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2018 r.

Wartość materialna fraudów jest lepszym wskaźnikiem zagrożenia przestępczością niż liczba odnotowanych przypadków, która ulega znacznym wahaniom w zależności od kwalifikacji poszczególnych wyłudzeń jako indywidualne lub zorganizowane. Warto zauważyć, że w 2018 r. rynek ubezpieczeń na życie w Polsce, mierzony wielkością składki, zmniejszył się o ok. 12%.

Wykres 1. Przestępczość ubezpieczeniowa w Dziale I w latach 2010-2018 (PLN) (ujęcie wartościowe)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Mniejsze wyłudzenia w porównaniu z tymi wykazywanymi w ubezpieczeniach majątkowych wynikają głównie z braku możliwości systemowej wymiany danych pomiędzy zakładami ubezpieczeń na życie.

Tabela 2. Przestępczość ubezpieczeniowa według rodzaju wyłudzenia (Dział I w 2018 r.)

Produkt/Ryzyko	Liczba	Wartość (PLN)
Zgon ubezpieczonego	240	10 803 709
Zgon ubezpieczonego na skutek NW	8	2 620 000
Poważne zachorowanie	87	1 545 173
Trwałe inwalidztwo lub uszczerbek na skutek NW	87	807 300
Niezdolność do pracy	4	19 200
Leczenie szpitalne lub operacje	565	1 124 816
Narodziny dziecka/ narodziny martwego dziecka	21	37 960
Śmierć rodzica/ teścia/ współmałżonka/ dziecka	19	116 750
Inne*	84	1 063 099
Razem	1 115	18 138 007

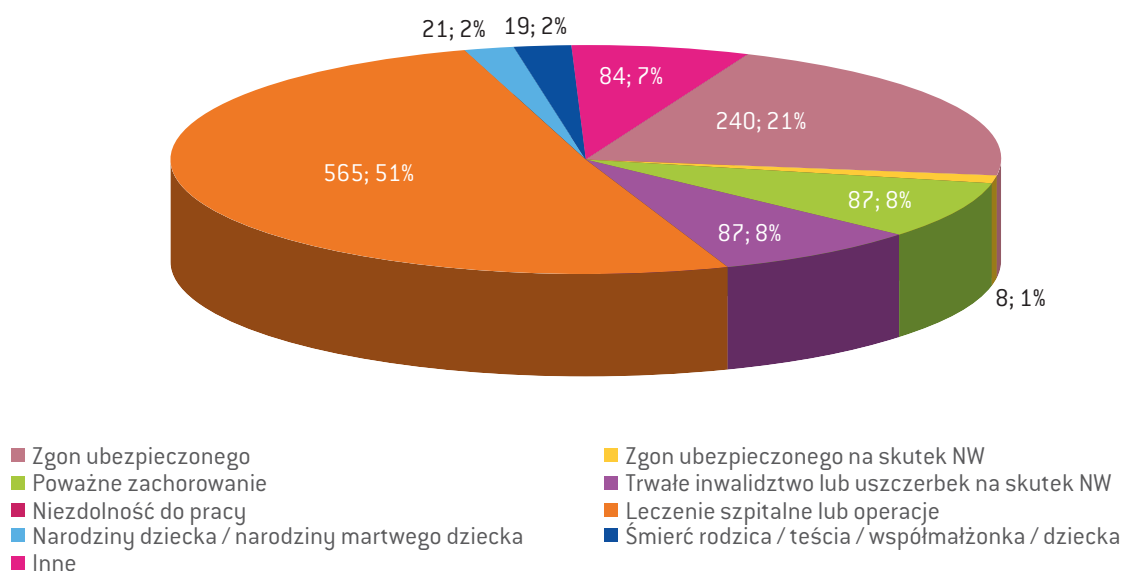
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Przestępczość w ubezpieczeniach na życie – Dział I

W roku 2018 najczęściej popełnianym przestępstwem było wykorzystanie ubezpieczenia leczenia szpitalnego. Dotyczyło to co drugiego zaobserwowanego fraudu. Największe straty ze względu na wysokie sumy ubezpieczenia

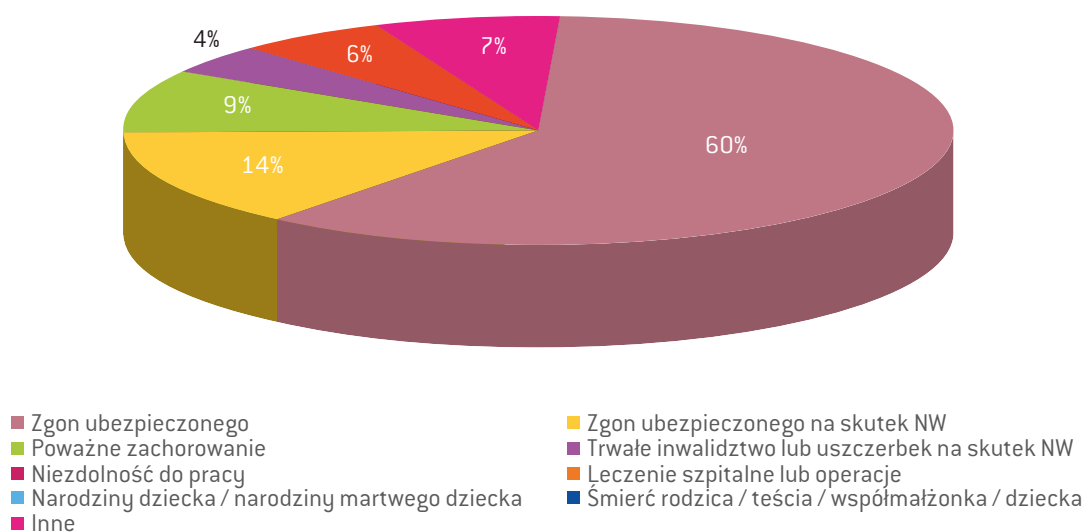
powoduje ryzyko zgonu ubezpieczonego. Sprawcy często wykorzystują też produkty oparte na ryzyku poważnego zachorowania.

Wykres 2. Przestępczość ubezpieczeniowa w Dziale I w 2018 roku (ujęcie liczbowe i udział procentowy)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Wykres 3. Przestępczość ubezpieczeniowa w Dziale I w 2018 roku (struktura według procentowego udziału wartości rodzaju wyłudzeń)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Przestępczość w ubezpieczeniach na życie – Dział I

Metody wyłudzeń stosowane w ubezpieczeniach na życie opierają się na poświadczeniu nieprawdy w dokumencie obrazującym stan zdrowia lub poświadczającym okoliczności zaistnienia urazu, szczególnie jeśli do szkody wcale nie doszło lub jej zakres i okoliczności różnią się od deklarowanego. Dzieje się tak, ponieważ ubezpieczyciele nie mają możliwości szybkiej weryfikacji tożsamości klienta i stanu jego zdrowia w bazach referencyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Nadal wysoka jest popularność przestępstw związanych 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.

Do najpopularniejszych schematów zaliczyć można:

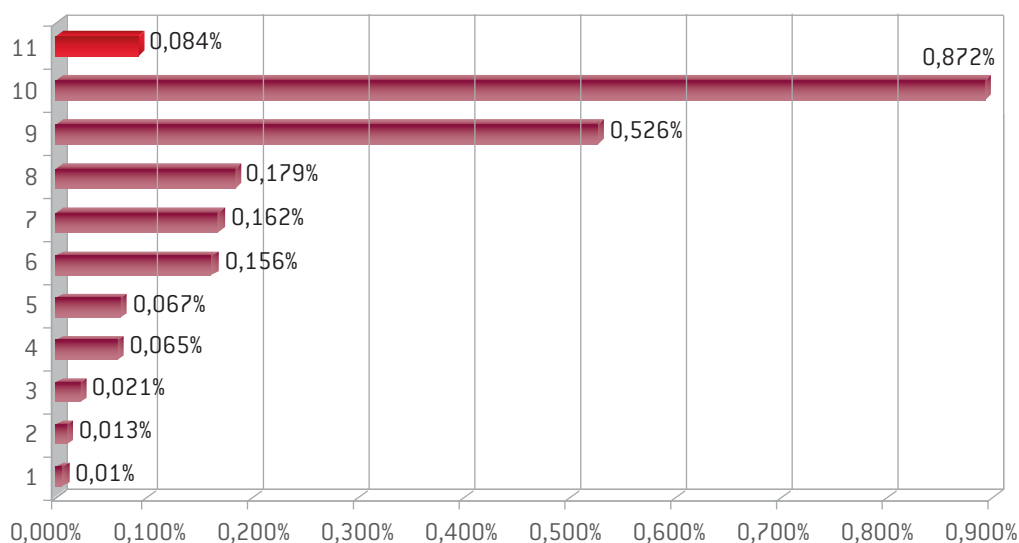
- Urazy sportowe.
- Sportowcy profesjonaliści wykorzystują ochronę związaną z zawodowym uprawianiem sportu i przedkładają udokumentowane bardzo wysokie koszty rehabilitacji rzekomo odniesionych urazów. Amatorzy

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.

- Zatajanie okoliczności urazów ciała powstałych podczas upojenia alkoholowego lub zażywania narkotyków.
- Finansowanie zabiegów dentystrycznych, operacyjnego leczenia wad wzroku lub medycyny estetycznej jako skutków NNW lub wykorzystując luki w OWU ubezpieczeń grupowych.
- Fałszowanie faktur lub całej dokumentacji medycznej z prywatnych placówek medycznych za zabiegi, które nigdy nie miały miejsca.

Poszczególne zakłady stosują różne metody wykrywania nadużyć. Średni udział ujawnionych przypadków fraudów w ogólnym wolumenie wypłat odszkodowań i świadczeń wynosi 0,084% i kształtuje się na poziomie analogicznym do roku ubiegłego.

Wykres 4. Procentowy udział przestępczości ubezpieczeniowej w świadczeniach wypłacanych ogółem w Dziale I w 2018 roku w wybranych zakładach ubezpieczeń (kolejność rosnąca wg wartości, gdzie 11 to średnia rynku)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Przestępczość w ubezpieczeniach na życie – Dział I

W ubezpieczeniach na życie około 33% wartości wypłat dotyczy produktów inwestycyjnych, których nie dotyczy klasyczne ryzyko fraudu. Zatem zagrożenie przestępczością ubezpieczeniową w ubezpieczeniach na życie jest wyższe niż wynikałoby to z danych.

Przestępczość ubezpieczeniowa dotyczy także etapu zawierania umowy ubezpieczenia. Dochodzić może wtedy do defraudacji składek czy wyłudzeń prowizji. W 2018 roku w porównaniu z poprzednimi edycjami badania odnotowano tu stosunkowo niewielkie straty.

Tabela 3. Przestępczość ubezpieczeniowa poza obszarem wypłaty świadczeń (Dział I w 2018 r.)

Rodzaj nieprawidłowości	Liczba	Wartość (PLN)
Przywłaszczenie składek	8	35 693
Zawarcie umowy w celu wyłudzenia świadczenia	9	789 592
Zawarcie umowy w celu wyłudzenia prowizji	24	384 610
Przestępstwa przeciwko dokumentom	15	365 594
Inne (m.in. pranie pieniędzy)	4	56 134
Razem	60	1 631 622

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

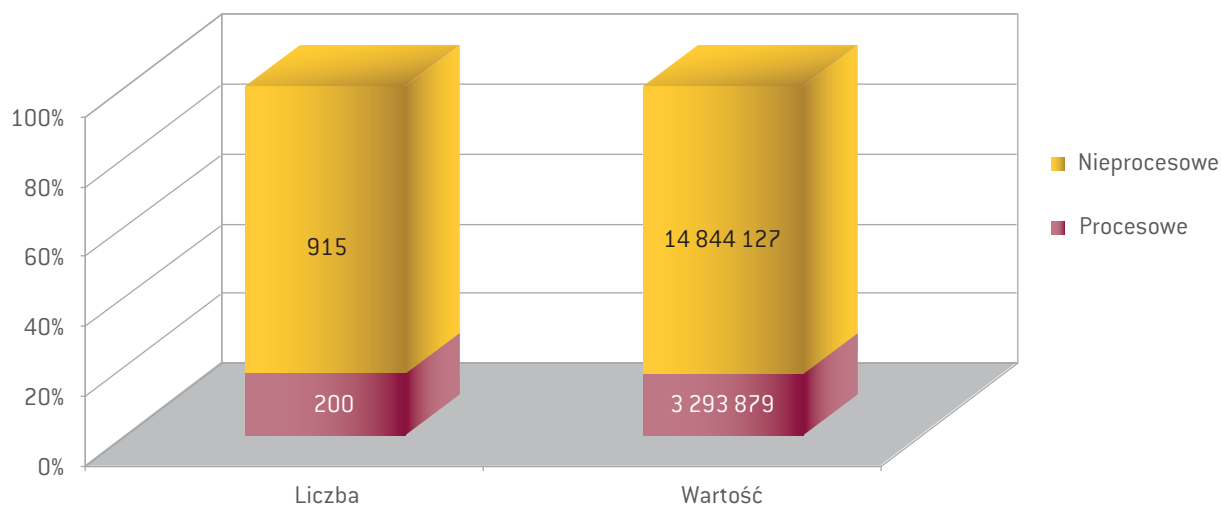
Najważniejsze wnioski z analizy tej grupy wyłudzeń to:

- Zanikający problem defraudacji składki. Postępująca elektroniczna sprzedaż oraz odejście od obrotu gotówkowego 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.
- Spadek popularności wyłudzeń prowizji. Wysoki poziom prowizji od zawsze stanowił pokusę dla nieuczciwych pośredników finansowych.
- Rosnący problem przestępstw przeciwko dokumentom. W czasach dominacji komunikacji elektronicznej zyskuje on nowy wymiar. W Dziale I ocena ryzyka i likwidacja 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.

- 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) sprzyja 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 straty dla zakładów ubezpieczeń.
- Około 82% przypadków przestępstw ubezpieczeniowych nie jest zgłaszanych do organów ścigania. Ta proporcja utrzymuje się od lat. Jest to wartość średnia. Na rynku istnieją także zakłady, które z zasady informują wymiar sprawiedliwości o każdym zauważonym przypadku wyłudzenia. Dzieje się tak, ponieważ zakłady rozwiązują wiele spraw pozaprosesowo, jak również zgłaszają głównie przypadki przestępstw, nie prób ich popełnienia.

Wykres 5. Podział czynów ze względu na sposób zakończenia sprawy (Dział I 2018 r.)

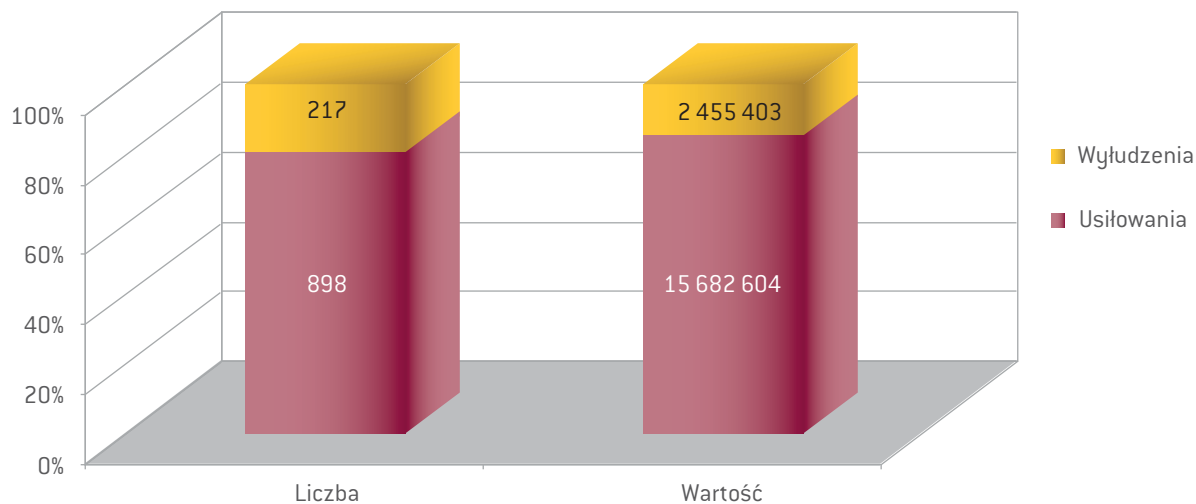


Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Zakłady ubezpieczeń skutecznie analizują wpływające roszczenia. Ponad 85% wyłudzeń to usiłowania, czyli przypadki, gdzie sprawcom na skutek działań pracowników

zakładu ubezpieczeń nie udaje się przejąć środków finansowych.

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.

Wprowadzenie

W roku 2018 rosła składka przypisana brutto, rosły też wypłaty, głównie w OC komunikacyjnym oraz AC. Za wzrost składki odpowiadają ubezpieczenia komunikacyj-

ne, osłabienie wojny cenowej w OC, a także wzrost liczby nowych samochodów. Podobnie jak w Dziale I wartości wyniku technicznego oraz zysku netto wzrosły.

Tabela 4. Składka przypisana oraz świadczenia brutto w latach 2016-2018 (Dział II)

Dział II	2016 [tys. PLN]	2017 [tys. PLN]	2018 [tys. PLN]
Składka przypisana	32 182 487	37 792 654	40 464 997
Odszkodowania i świadczenia	18 393 065	19 485 376	20 188 606

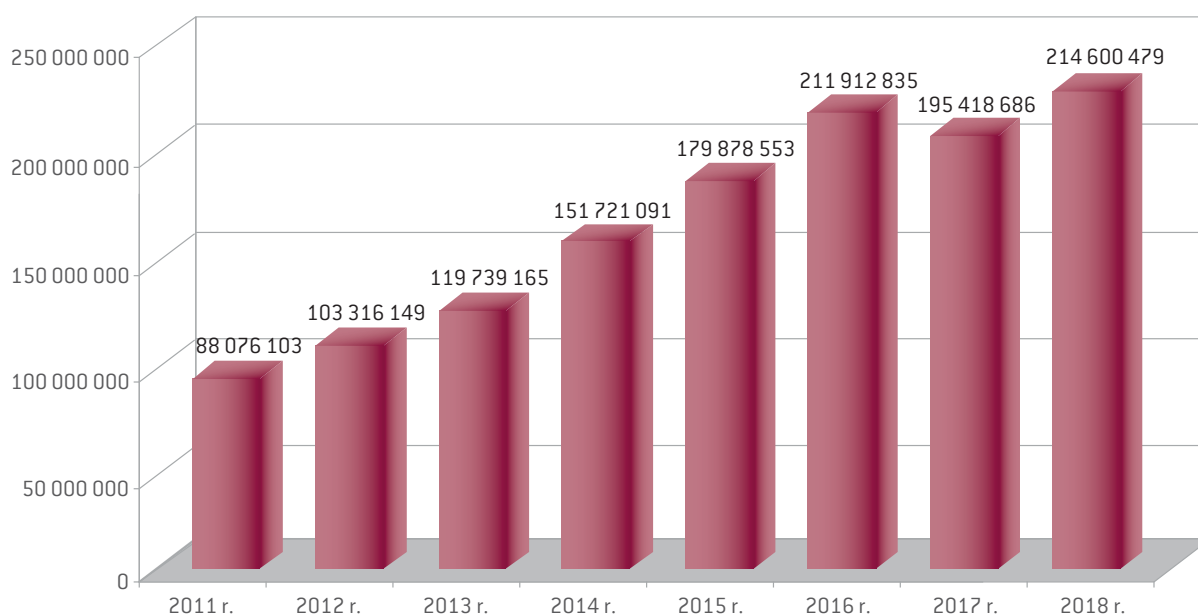
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KNF

Ubezpieczenia Działu II obejmują wiele produktów o charakterze osobowym. Należą do nich głównie różnego rodzaju produkty zawierające ryzyko NNW. Ponadto w komunikacyjnym ubezpieczeniu OC od lat na popularności zyskują fraudy związane ze szkodami osobowymi.

W połączeniu z wysokimi sumami gwarancyjnymi stanowi to dużą pokusę dla sprawców wyłudzeń. Z tego względu bardzo trudno porównać oddzielnie skalę i dynamikę przestępczości w obydwu działach oddzielnie.

Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2018 r.

Wykres 7. Wartość przestępczości ubezpieczeniowej w Dziale II w latach 2011-2018 (PLN)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

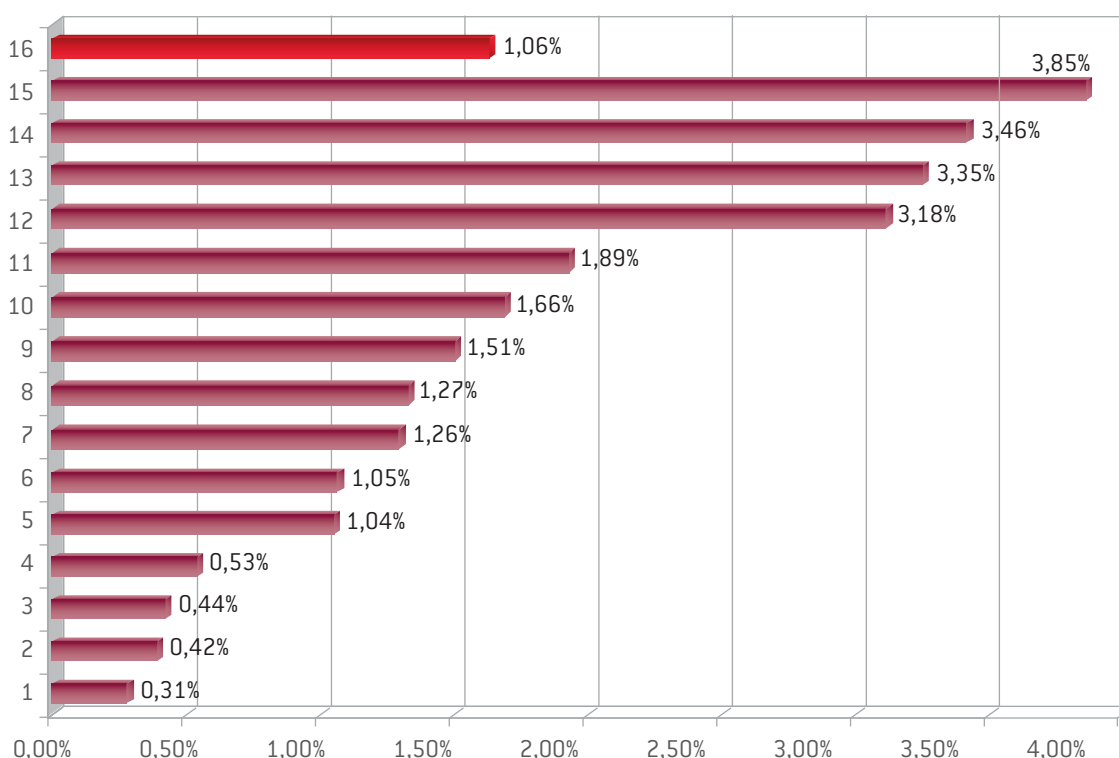
Przestępczość w ubezpieczeniach majątkowych – Dział II

W ubezpieczeniach majątkowych wzrosła o 8% wartość i o 10% liczba wykrywanych fraudów. Wiąże się to zarówno ze wzrostem skuteczności wykrywania, jak i skali zagrożenia przestępczością ubezpieczeniową.

Poszczególne zakłady stosują różne metody wykrywania nadużyć. Skuteczność detekcji wynosi od 0,3% do

3,8%, przy średniej rynkowej około 1%. Wartość średnia nie ulega istotnym zmianom na przestrzeni ostatnich lat. Wiele zakładów ubezpieczeń odnotowuje wskaźniki detekcji na poziomie przekraczającym 3%, co zbliża je do poziomu osiąganego przez wiodące w Europie kraje z dużymi doświadczeniami w przeciwdziałaniu przestępczości ubezpieczeniowej.

Wykres 8. Procentowy udział przestępczości ubezpieczeniowej w odszkodowaniach wypłacanych w Dziale II w 2018 roku w wybranych zakładach ubezpieczeń (kolejność rosnąca wg wartości, gdzie 16 - średnia rynku)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Dalsza poprawa skuteczności działań antyfraudowych i przekroczenie wartości 1% wymaga korzystania z baz danych obejmujących wszystkie rodzaje ubezpieczeń. Tylko

takie rozwiązanie wspierane przez zaawansowane systemy IT umożliwi skuteczne wykrywanie powiązań między szkodami, osobami i przedmiotami ubezpieczenia.

Tabela 5. Przestępczość ubezpieczeniowa wg rodzaju wyłudzenia (Dział II w 2018 r.)

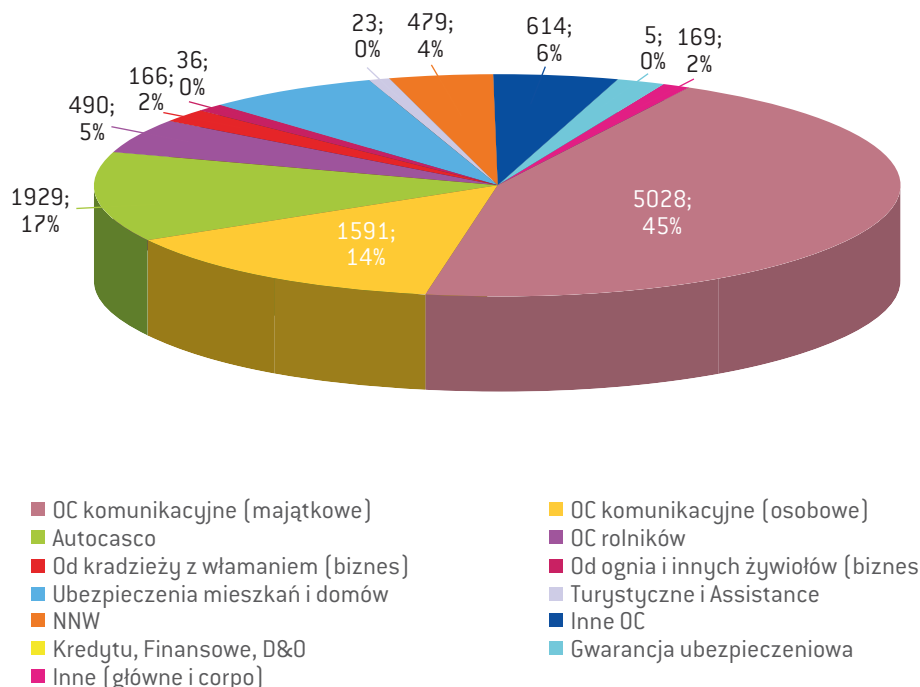
Produkt / ryzyko	Liczba	Wartość (PLN)
OC komunikacyjne (majątkowe)	5028	70 382 886
OC komunikacyjne (osobowe)	1591	25 715 194
Autocasco	1929	59 718 449
OC rolników	490	6 808 056
Od kradzieży z włamaniem (biznes)	166	3 455 638
Od ognia i innych żywiołów (biznes)	36	10 644 612
Ubezpieczenia mieszkań i domów	584	7 912 500
Turystyczne i Assistance	23	155 038
NNW	479	4 643 747
Inne OC	614	9 435 849
Kredytu, Finansowe, D&O	11	476 893
Gwarancja ubezpieczeniowa	5	0
Inne (głównie cargo i corpo)	169	15 251 618
Razem ubezpieczenia (1-13)	11125	214 600 479

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

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.

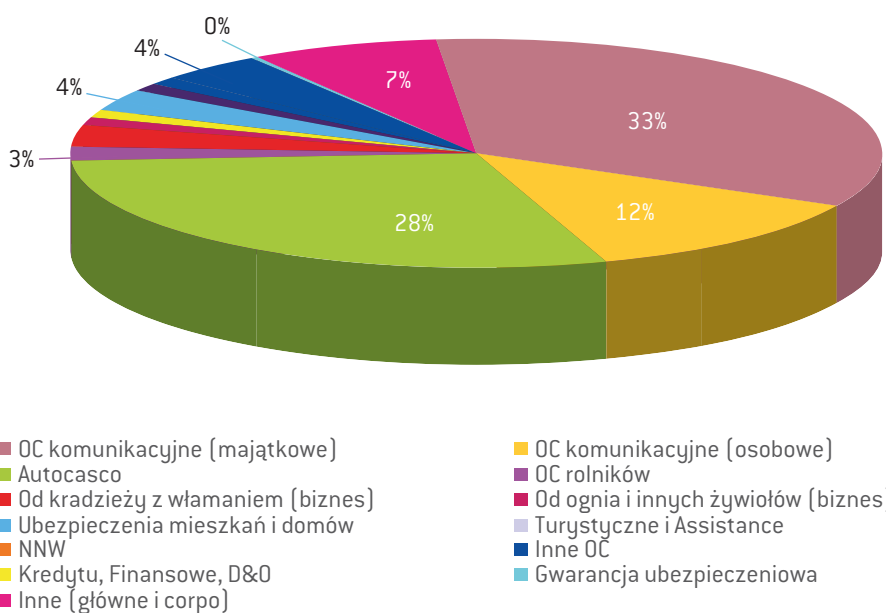


Wykres 9. Przestępczość ubezpieczeniowa w Dziale II w 2018 roku (ujęcie liczbowe i udział procentowy rodzaju ubezpieczenia)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Wykres 10. Przestępczość ubezpieczeniowa w Dziale II w 2018 roku (struktura według procentowego udziału wartości wyłudzeń z poszczególnych rodzajów ubezpieczeń)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Łączna wartość wyłudzeń związanych z ubezpieczeniami komunikacyjnymi to blisko 156 mln PLN, co odpowiada udziałowi w wysokości 73% łącznej kwoty wykrytych przestępstw w Dziale II. Wartość ta przewyższa udział produktów OC i AC w portfelu polskich ubezpieczycieli, który wyniósł około 58%.

Wyłudzenia w ubezpieczeniach komunikacyjnych to głównie:

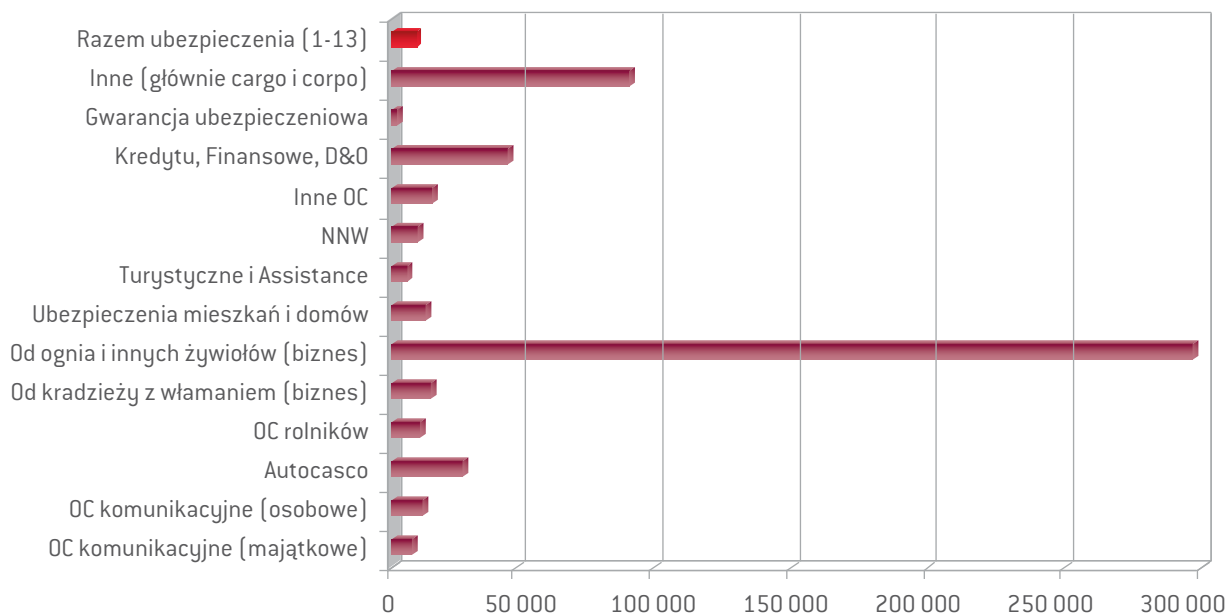
- Szkody osobowe. Dotyczy to zarówno powiększania deklarowanego zakresu uszkodzeń ciała w przypadku urazów, symulowania stanów psychicznych wynikających z rzekomo doznanego szoku pourazowego oraz powiększania liczby poszkodowanych w wypadku poprzez składanie fałszywych deklaracji. Najpopularniejsze dolegliwości, przewijające się w roszczeniach, związane są z uszkodzeniem szyjnego odcinka kręgosłupa, bólami głowy i depresjami powypadkowymi.
- Duży udział grup przestępczych celowo powodujących kolizje głównie z wykorzystaniem pojazdów o drogich częściach zamiennych bez możliwości stosowania zamienników. Sprawcy 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 procederze uważalny 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 pojazdu luksusowego sprowadzonego zza granicy (np. 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.

Poza przypadkami fraudów w komunikacji, w 2018 roku inne rodzaje ubezpieczeń 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.

Analiza średniej wartości szkody w poszczególnych kategoriach w 2018 roku prowadzi do wniosku, że atrakcyjnym celem przestępców są ubezpieczenia dla biznesu, szczególnie te związane z pożarami. W przypadku celowego podpalenia obiektu przemysłowego lub magazynowego straty wyceniane są w milionach złotych. Tłumaczy to rekordowo wysoką wartość przeciętną szkody ogniowej w wysokości około 300 tys. PLN. Wysoce kosztowne są także szkody, polegające na niszczeniu lub utracie przedmiotów w transporcie oraz te związane z ubezpieczeniami finansowymi, gdzie szkody mają charakter niematerialny, a wartość roszczenia wynika jedynie z zapisów w dokumentach.

Wykres 11. Średnia wartość przestępczości ubezpieczeniowej w Dziale II w 2018 roku (PLN)



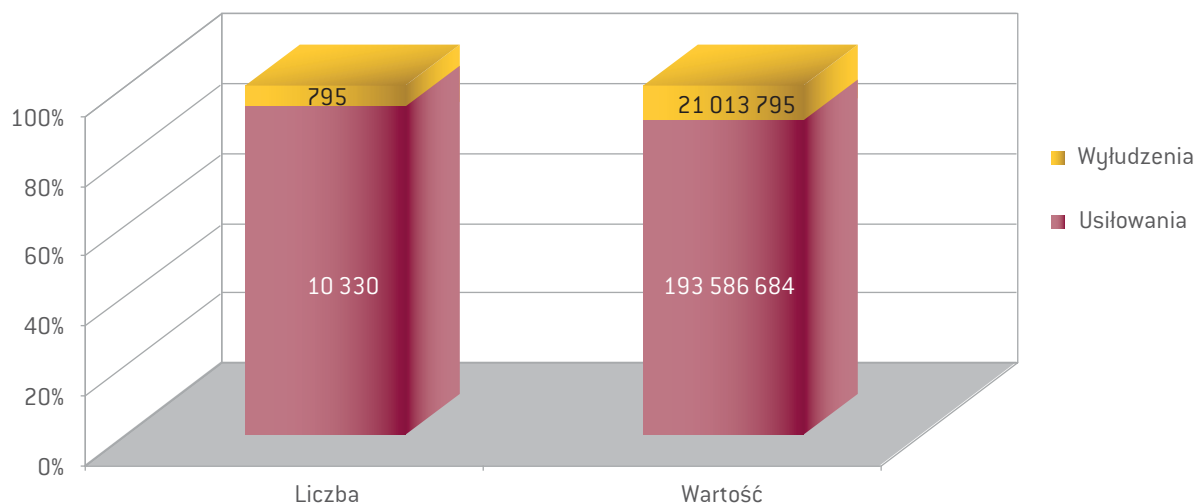
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Wnioski z analizy zgromadzonych danych oraz posiadzeń Komisji ds. Przeciwdziałania Przestępczości Ubezpieczeniowej PIU dotyczące pozostałych grup produktowych Działu II:

- Sprawcy często wykorzystują ubezpieczenie mieszkań i domów. Wyłudzenia z tej grupy produktowej mogą osiągać znaczne wartości dzięki deklarowaniu utraty bądź zniszczenia kosztownego sprzętu elektronicznego: RTV, AGD lub urządzeń sterujących piecami grzewczymi czy instalacjami tak zwanych inteligentnych domów.
- Zauważalne są szkody generowane w drogich maszynach rolniczych czy budowlanych, polegające nie tylko na podpaleniu czy zaaranżowaniu kradzieży, ale np. na uszkodzaniu podzespołów elektronicznych.
- Coraz większą dynamiką charakteryzują się szkody z OC niekomunikacyjnego. Dotyczy to OC rolnika, w życiu prywatnym czy związanego z prowadzeniem działalności gospodarczej. Spreparowane szkody mają charakter zarówno majątkowy, jak i osobowy, co potęguje stopień zagrożenia.
- Szkody w ubezpieczeniach turystycznych, utrata mienia w czasie podróży oraz pobytu w miejscu wypoczynku. Sprawcy deklarują wysokie wartości utraconego sprzętu elektronicznego i sportowego. Za podstawę roszczenia służą sfałszowane lub pozyskane np. od osób trzecich rachunki. Poza utratą mienia popularne stają się refundowanie kosztów rzekomo przeprowadzonych za granicą zabiegów medycznych. W przypadku NNW turystycznego (i innych) sprawcy posługują się metodami omówionymi w części poświęconej ubezpieczeniom na życie.
- Celowe podpalenia mienia. Szkody o tym charakterze przeżywają renesans, a sprawcy popierają roszczenie wskazywaną powyżej metodą przedkładania fikcyjnych dowodów zakupu.

Wymienione powyżej tendencje świadczą o dostosowaniu działań sprawców do coraz większej sprawności w zwalczaniu przestępczości w komunikacji i kierowaniu działań na inne grupy produktowe. Mimo to znikoma część roszczeń, zgłaszanych przez nieuczciwych klientów, kończy się skutecznym wyłudzeniem.

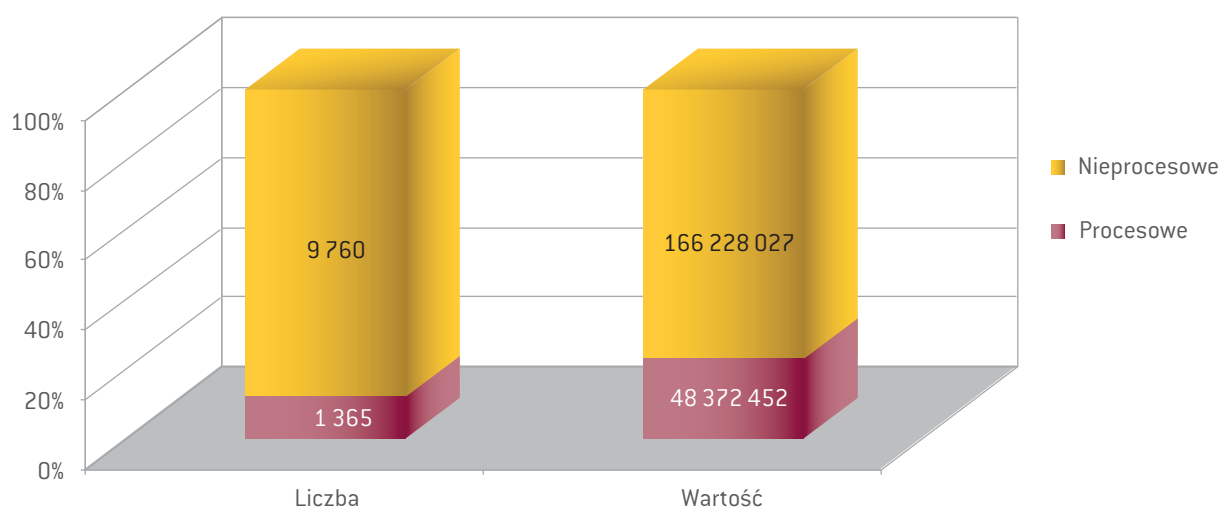
Wykres 12. Przestępczość ubezpieczeniowa w podziale na skuteczność działania sprawcy (Dział II w 2018 r.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Wzrasta jednak odsetek spraw znajdujących finał przed obliczem wymiaru sprawiedliwości. Ma to znaczenie nie tylko dla zniechęcania potencjalnych sprawców, ale także pozwala na skuteczne odzyskanie mienia od sprawców wyłudzeń.

Wykres 13 Podział czynów ze względu na sposób zakończenia sprawy (Dział II 2018r.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

**Tabela 6. Przestępczość ubezpieczeniowa poza obszarem wypłaty odszkodowań (Dział II w 2018 r.)
(ujęcie liczbowe i wartościowe)**

Rodzaj nieprawidłowości	Liczba	Wartość (PLN)
Przywłaszczenie składek	109	2 243 063
Zawarcie umowy w celu wyłudzenia świadczenia	30	253 712
Zawarcie umowy w celu wyłudzenia prowizji	1	7 207
Przestępstwa przeciwko dokumentom	161	357 243
Inne*	213	5 459 788
RAZEM	514	8 321 013

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.



Zwalczanie przestępczości ubezpieczeniowej w ciągu ostatnich kilku lat znacznie ewoluowało. Zakłady ubezpieczeń skutecznie przeciwdziałają najbardziej dotkliwym wyłudzeniom w ubezpieczeniach komunikacyjnych. Dotyczy to zarówno szkód majątkowych, jak i osobowych. Na obecnym etapie kluczowe jest pełne wdrożenie przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny Bazy Danych Ubezpieczeniowych i stosowanie jej w praktyce. Doświadczenia branży bankowej, wykorzystującej w praktyce wiele baz danych oraz zaawansowane narzędzia informatyczne, łącznie ze sztuczną inteligencją, dowodzą, że bez wymiany informacji nie można osiągnąć maksymalnej skuteczności i pożądanego stopnia ochrony przed wyłudzeniami.

Część zakładów ubezpieczeń w Polsce jest w stanie osiągać wskaźniki wykrywalności fraudów na poziomie średniej z najlepszych krajów europejskich. Dzięki współpracy na forum Polskiej Izby Ubezpieczeń i wykorzystaniu zasobów oraz narzędzi Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego wiedza o najlepszych praktykach jest przekazywana do innych podmiotów i przedstawiceli organów ścigania.

Analiza przykładów konkretnych szkód oraz trendów wynikających z analizy danych prowadzi do następujących wniosków. Część z nich ma charakter uniwersalny i pozostanie aktualna dopóki adekwatne rozwiązania nie zostaną zastosowane w praktyce.

- Poza wspomnianą Bazą Danych Ubezpieczeniowych efektywne przeciwdziałanie wyłudzeniom w ubezpieczeniach na życie nie będzie możliwe bez rzetelnej identyfikacji klienta i oceny jego stanu zdrowia przy pomocy systemowej wymiany danych z administracją państwową, sektorem ochrony zdrowia i systemem ubezpieczeń społecznych.
- Branża bankowa, telekomunikacyjna i duże sieci sprzedaży detalicznej przejmują coraz większy udział w sprzedaży produktów ubezpieczeniowych. Ważne, by zakłady ubezpieczeń nie utraciły kontroli nad procesem sprzedaży i oceny ryzyka w tych kanałach dystrybucji.
- Nowe możliwości ujawniania stanu faktycznego zaistniałej szkody oferuje metoda odczytu danych ze

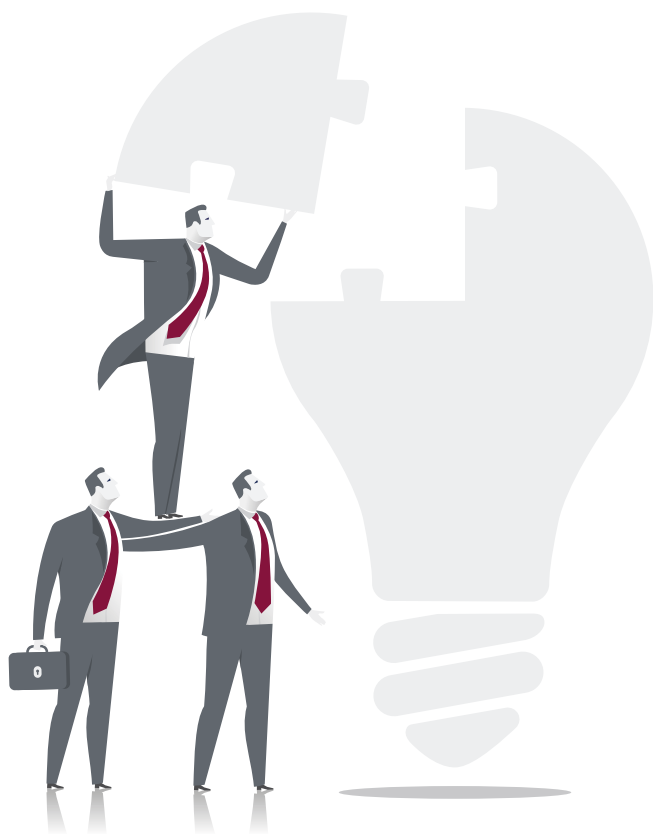
sterowników pojazdów. Ze względu na coraz niższy koszt i jakość pozyskiwanych informacji, metoda wnosi nową jakość do procesu likwidacji szkody.

- Zakłady ubezpieczeń powinny zwrócić szczególną uwagę na problem weryfikacji dowodów zakupu przedkładanych przez klientów, jako podstawę roszczenia za utratę i zniszczenie składników majątku.
- Celowe jest stworzenie rozwiązania wymiany informacji o pojazdach całkowicie zniszczonych, tak, by nie zostawały one ponownie wprowadzane do obrotu i wykorzystywane do wyłudzeń.
- 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. Wiedza i doświadczenie pracowników ubezpieczyciela przydają się, gdy nieszablonowe metody wyłudzeń nie zostaną zauważone przez algorytmy.

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:

- Zmiany demograficzne i społeczne kształtują w nadchodzących pokoleniach Y i Z nowe nawyki konsumpcyjne i modele spędzania wolnego czasu. Popularność tzw. gospodarki współdzielenia zrewolucjonizuje modele sprzedaży dóbr i usług, w tym finansowych. Nieuchronny przyszły wzrost zainteresowania ubezpieczeniami typu UBI (Usage Based Insurance) wymusi rewizję dotychczasowej polityki antyfraudowej i dokona rewolucji w postrzeganiu i zwalczaniu fraudów.

- Nowe modele transportu zbiorowego w aglomeracjach i stopniowe odchodzenie od posiadania samochodu osobowego na własność to poważne wyzwanie w kontekście oceny ryzyka i zwalczania fraudów w ubezpieczeniach komunikacyjnych.
- W ubezpieczeniach podobnie jak w bankowości dominującą rolę przejmą mobilne kanały sprzedaży i komunikacji z klientem, co spowoduje konieczność wypracowania całkowicie nowych filozofii sprzedaży, utrzymania lojalności i zapewnienia bezpieczeństwa.



Przykład 1.

Upozorowana kolizja. Podczas oględzin uszkodzonego pojazdu rzeczoznawca mobilny stwierdził, że zdarzenie może być ustawione. Pojazd miał wcześniejsze uszkodzenia, natomiast te, które powstały rzekomo podczas zgłaszanego zdarzenia, są nieadekwatne do mechanizmu powstania szkody. Poszkodowany - pracownik autoryzowanego serwisu (dobrze obeznany w uszkodzeniach) próbował wskazać uszkodzenia pojazdu, jednak nie miały one związku z opisywanym zdarzeniem. W trakcie oględzin poszkodowany był wulgarny - głośno wyrażał swoje negatywne emocje w kierunku pracowników ubezpieczyciela, co wzbudziło dodatkowe podejrzenia. W dokumentacji szkody znajdowało się oświadczenie sprawcy z miejsca zdarzenia, lecz bez udziału policji. Miejsce zdarzenia to odludny szeroki fragment drogi, będący w ciągłej modernizacji w związku z rozbudową trasy S8. Sprawca nie chciał współpracować i nie pozwolił wykonać dokumentacji zdjęciowej przebiegu pojazdu, jak i nr VIN samochodu. Nie chciał narysować szkicu sytuacyjnego, jak doszło do kolizji. Powiedział, że nie musi tego robić. Odpowiedział jedynie na pytania i podpisał się pod protokołem z odpowiedziami. W wyniku przeprowadzonej analizy materiałów zebranych w toku likwidacji szkody, w tym opisu zdarzenia oraz dokumentacji fotograficznej z oględzin pojazdów, stwierdzono jednoznacznie, że uszkodzenia pojazdu nie powstały w podanych okolicznościach. Analiza geometryczna kształtu i położenia uszkodzeń pojazdów nie potwierdza dynamiki i okoliczności zdarzenia.

Przykład 2.

Fikcyjna dewastacja. Zgłoszona przez klienta szkoda polegała na dewastacji wnętrza BMW serii 7. Właściciel miał w tym czasie przebywać w klubie. Wątpliwości ubezpieczyciela wzbudził szereg okoliczności: szkoda miała mieć miejsce w środku nocy, po około miesiącu po zawarciu polisy AC, ponadto jest to pierwsza polisa AC tego pojazdu, w której opłacona została tylko pierwsza rata składki. Od sprowadzenia pojazdu do Polski w 2013 roku samochód miał już 4 właścicieli. Na szczególną uwagę zasługuje pierwsza notatka policyjna, z której wynika, że poszkodowany bez logicznego uzasadnienia zaparkował pojazd około 300 - 400 m. od klubu, w miejscu odludnym i nieoświetlonym. Jak ustalono, mógł on samochód zaparkować w bezpiecznym miejscu

bezpośrednio pod klubem, były tam wolne miejsca. Poszkodowany i jego partnerka nie wyrazili zgody na badanie poliografem. Policja miała szereg wątpliwości co do zgłoszonego zdarzenia – od samego początku podejrzewano celowe działania poszkodowanego w celu uzyskania odszkodowania. Klient odmówił również spotkania i wskazania dokładnego miejsca parkowania pojazdu. W skierowanym przeciw ubezpieczycielowi pozwie pojawiło się stwierdzenie, że klient bał się badania wariografem, co jest co najmniej niedorzeczne. Finalnie policja umorzyła postępowanie. Dodatkowe wątpliwości budzi kwestia mechanizmu podwójnego ryglowania drzwi i sposobu uszkodzenia wnętrza pojazdu. Powstały one w sposób metodyczny tak, aby jak najwięcej elementów drogich nie nadawało się do naprawy, a jedynie wymiany. Dzięki temu klient miał pewność, że będzie to szkoda całkowita. Rzekomy wandal musiał poświęcić sporo uwagi i czasu na to, żeby dokonać takich zniszczeń. Z uwagi zatem na okoliczności zdarzenia oraz wyraźną obawę klienta przed wariografem i spotkaniem z ekspertami ubezpieczyciela, zakład ubezpieczeń zdecydował o odmowie wypłaty odszkodowania.

Przykład 3.

Upozorowanie kradzieży pojazdu. Klient zgłosił roszczenie w związku z kradzieżą samochodu lawety. Roszczenie wzbudziło wątpliwości ze względu na historię klienta (w tym kradzież równocześnie innego pojazdu) oraz jego roszczeniową postawę przy jednoczesnej niechęci do udzielenia informacji na temat zdarzenia. Klient w zgłoszeniu szkody podkreślił, że miejsce kradzieży nie jest monitorowe i że ma tylko jeden klucz do pojazdu. Polisa AC obejmowała utrzymanie stałej wartości rynkowej, a pojazd był bardzo mało popularny - stara laweta. Zatem ryzyko prawdziwej kradzieży było niewielkie. Zakład skontaktował się z poprzednim właścicielem pojazdu, który wyjaśnił, że niska cena sprzedaży pojazdu wynikała z tego, że auto było niepopularne i bardzo wolne. Nie było prawie żadnego zainteresowania ze strony kupujących. Finalnie pojawił się potencjalny nabywca (opisywany klient). Po nabyciu również wystawił lawetę na sprzedaż, ale ponownie nie było zainteresowania. Klient twierdzi, że nie prowadzi działalności gospodarczej, jest bezrobotny. Deklarowany zakup lawety w celach rekreacyjnych był zatem dość dziwny. Sama kradzież również wydaje się absurdalna, skoro zainteresowanie takim pojazdem jest

praktycznie zerowe. Decyzja o odmowie została podjęta przede wszystkim ze względu na liczbę szkód w osobistym doświadczeniu klienta oraz niewiarygodne okoliczności zniknięcia pojazdu.

Przykład 4.

Falszerstwo gwarancji ubezpieczeniowej. Piekarnia wystąpiła o gwarancję ubezpieczeniową, dotyczącą wykonania kontraktu na dostawę pieczywa do jednostki wojskowej. Gwarancja została zawarta i przedłożona w jednostce, jednak nie opłacono składki. Nie wystąpiło jakiegokolwiek roszczenie w związku z w/w gwarancją. W kolejnym roku piekarnia spreparowała nową gwarancję postępując się zeszlórocznym dokumentem jako wzorem i przedłożyła ją ponownie beneficjentowi. Niestety nie udało się zrealizować zobowiązania piekarni w związku z wypiekami i beneficjent wystąpił z roszczeniem. Zostało ono odrzucone, ponieważ umowy gwarancji formalnie nie zawarto. Beneficjent zawiadomił Żandarmerię Wojskową. Ubezpieczyciel dołączył się do zawiadomienia i przyznano mu status poszkodowanego.

Przykład 5.

Zatajenie w polisie na życie. Agentka ubezpieczeniowa ubezpieczyła swoją siostrę chorą na bulimię. Ubezpieczona leczyła się psychiatrycznie i pozostawała w stanie skrajnego wyniszczenia organizmu. Uposażonym był bank, który miał udzielić kredytu mieszkaniowego. Z tego względu system kontroli nie zatrzymał wniosku na etapie zawierania umowy. Po pewnym czasie dokonano zmiany beneficjenta na pośredniczkę, bo cesja faktycznie nie miała miejsca. Po ponad roku ubezpieczona zmarła, a pośredniczka / siostra wystąpiła z roszczeniem. Likwidatorzy zorientowali się, że uposażoną jest osoba, która zawarła umowę ubezpieczenia i wszczęto postępowanie wyjaśniające. Ujawniono wiele faktów zatajonych we wniosku ubezpieczeniowym: rok przed datą umowy, zgodnie z dokumentacją medyczną, ubezpieczona ważyła ok. 35 kg, we wniosku ubezpieczeniowym o 20 kg więcej, a w momencie śmierci znowu ok. 35 kg. Uzyskano dokumentację psychiatryczną. Zakład odmówił wypłaty świadczenia, zakończył współpracę z pośredniczką i zawiadomił prokuraturę o możliwości popełnienia przestępstwa.

Przykład 6.

Próba wyłudzenia świadczenia z OC komunikacyjnego.

Pani X, poszkodowana, za pośrednictwem swojego pełnomocnika, powiadomiła zakład o szkodzie osobowej. Z dokonanego zgłoszenia wynikało, że uczestniczyła w zdarzeniu drogowym, jako pasażer pojazdu BMW.

Kierująca pojazdem Pani Y, kierując BMW nie zapanowała nad pojazdem i wjechała do przydrożnego rowu. W wyniku tego zdarzenia poszkodowana uderzyła głową o wystrzeloną poduszkę powietrzną pasażera i doznała: obrażeń głowy, złamania kości oczodołu oka lewego oraz złamania kości nosa. Obrażenia skutkowały utratą widzenia oka lewego. Roszczenie opiewało na 95 tys. zł. Zgodnie z informacjami przekazanymi policji przez sprawczynię – panią Y, jechała ona sama w pojeździe i nic jej się nie stało. Zeznanie to spowodowało odstąpienie policji od czynności wyjaśniających. Takie zachowanie wprowadziło w błąd funkcjonariuszy i miało na celu zatuszowanie faktu kierowania pojazdem przez jej siostrę – panią X. Z karty leczenia wynikało, że znajdowała się ona w stanie upojenia alkoholowego. Zakład odmówił wypłaty świadczenia. Zawiadomiono także organy ścigania o próbie wyłudzenia świadczenia.

Przykład 7.

Fikcyjna szkoda z OC w życiu prywatnym. Do poszkodowanego wieczorem przyszedł kolega z psem. Przed przyjściem kolegi poszkodowany przygotował wannę do kąpieli, zalaną do połowy objętości wodą. Na koszu do bielizny umieścił laptopa. Kolega po wejściu do mieszkania spuścił psa ze smyczy. Po chwili pies wbiegł do łazienki i oparł się o kosz na pranie, a laptop wpadł do wody. Okoliczności szkody wzbudziły liczne wątpliwości: polisa została zawarta na 2 tygodnie przed szkodą, sprawca i poszkodowany znają się i pracują w kancelarii prawnej zajmującej się dochodzeniem odszkodowań od ubezpieczycieli, sprawca dopuścił do uwolnienia niewidomego psa w obcym mieszkaniu. Ponadto odnotowano także wcześniejsze szkody w innych zakładach ubezpieczeń o podobnym charakterze.

Zgodnie z ustaleniami ubezpieczyciela poszkodowany przed zaistnieniem szkody wysłał kurierem laptopa do serwisu, szkodę zgłosił kilka dni później, a już po dwóch dniach

zrezygnował z odpłatnej naprawy, nie czekając na decyzję towarzystwa ubezpieczeń. Tymczasem w mailu, wysłanym do zakładu, zapytał o decyzję, gdyż musi udzielić odpowiedzi serwisowi. Wskazuje to na fakt, że od początku nie był zainteresowany naprawą, a jedynie pozyskaniem wyceny w celu uwiarygodnienia zasadności roszczenia.

Według poszkodowanego komputer wpadł do wanny z wodą i zatonął, tymczasem serwis wymienił matrycę w ramach gwarancji. Matryca nie nosiła śladów uszkodzenia. Likwidacja szkody zakończona została odmową wypłaty odszkodowania.

Przykład 8.

Wyłudzenie z ubezpieczenia na życie. Opisany przypadek dotyczy indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie zawartej cztery lata wcześniej. Ubezpieczony wybrał najwyższą możliwą sumę ubezpieczenia z tytułu następstw nieszczęśliwych wypadków.

Do zakładu ubezpieczeń wpłynął wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku. Zdarzenie miało mieć miejsce w jednym z krajów Afryki, gdzie ubezpieczony, zgodnie z oświadczeniem we wniosku, spędzał urlop organizowany przez jedno z biur podróży. Do wniosku dołączone zostały kopia karty medycznej z udzielenia pierwszej pomocy, dokumentacja z polskiej placówki medycznej po powrocie do kraju oraz kopia wydruku korespondencji elektronicznej z rezydentem biura podróży. Według opisywanych we wniosku okoliczności doszło do upadku ze schodów w hotelu, spowodowanego upadkiem innego gościa hotelowego. Jak się okazało w trakcie rozpatrywania roszczenia, nie był to pierwszy i jedyny wypadek zgłoszony do zakładu ubezpieczeń przez tego ubezpieczonego.

Już kilka miesięcy po zawarciu ubezpieczenia, ubezpieczony miał doznać uszkodzenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Zgodnie z dostarczoną kopią dokumentacji medycznej i opisem zdarzenia podczas jego wakacji na Dominikanie, ubezpieczony był uczestnikiem wypadku busa, w wyniku którego doszło u ubezpieczonego do uszczerbku na zdrowiu. Wniosek o wypłatę świadczenia wpłynął po niemal trzech latach od zawarcia przedmiotowej umowy ubezpieczenia na życie. Zakład ubezpieczeń świadczenie wypłacił.

Kolejny wypadek miał miejsce w Meksyku, kilka miesięcy po pierwszym i podobne jak ten pierwszy, w trakcie urlopu ubezpieczonego. Tym razem miało dojść do upadku ze śliskich schodów w hotelu nad brzegiem morza. Na dowód zaistnienia nieszczęśliwego wypadku ubezpieczony przesłał kartę medyczną z udzielenia pierwszej pomocy oraz dokumentację z polskiej placówki medycznej po powrocie do Polski. I ponownie wniosek o wypłatę świadczenia wpłynął po niemal trzech latach od zawarcia umowy ubezpieczenia na życie. Tym razem zakład ubezpieczeń wstrzymał wypłatę świadczenia i rozpoczął procedurę szczegółowej weryfikacji.

W trakcie przeglądu zgłoszonych przez ubezpieczonego wypadków uwagę zwrócił fakt, że wszystkie zdarzenia miały miejsce poza granicami Polski, w dwóch przypadkach doszło do upadku ze schodów, a dokumentacja medyczna dołączona na dowód zaistnienia zdarzenia jest niewielka. Ponadto ujawniono, że zagraniczne karty medyczne zawierają błędy, a korespondencja elektroniczna od rezydenta biura podróży pochodziła z nieistniejącego adresu email. O ujawnionych nieprawidłowościach zakład ubezpieczeń zawiadomił prokuraturę.

Przykład 9.

Wyłudzenie świadczenia za najem pojazdu zastępczego. Właściciel firmy transportowej zgłosił szkodę związaną z uszkodzeniem ciągnika siodłowego. Fakt zaistnienia kolizji nie budził żadnych wątpliwości. Poszkodowany zgłosił także roszczenie o wynajęcie pojazdu zastępczego na okres 16 dni. Dostarczył fakturę na kwotę blisko 10 tys. złotych netto za wynajęcie ciężarówki z firmy swojego brata. W celu weryfikacji zasadności najmu pracownik odpowiedzialny za szkodę wystąpił do operatora systemu VIATOLL z wnioskiem o sprawdzenie, czy w deklarowanym czasie naprawy ciągnik siodłowy uszkodzonego poruszał się po drogach. Z otrzymanej odpowiedzi wynikało, że w czasie kiedy był wynajmowany pojazd zastępczy, ciągnik ten poruszał się po drogach publicznych na terenie Polski m. in. w Sieradzu, Toruniu, Gdyni i Pyrzowicach. W związku z zaistniałą sytuacją złożono zawiadomienie o możliwości popełnienia przestępstwa. W chwili obecnej przeciwko obydwu braciom toczy się postępowanie karne.

Przykład 10.

Próba manipulacji klienta przez kancelarię odszkodowawczą. Do klienta ubezpieczyciela, posiadającego polisę na życie, zadzwoniła pracownica kancelarii albo firmy odszkodowawczej i pytała, czy jest klientem oszukany przez daną firmę ubezpieczeniową. W rozmowie padły nazwy kilku firm ubezpieczeniowych, których klientów rzekomo reprezentują. Zapewniono, że mogą wygrać sprawę i wypłacić większe świadczenia. Pani z kancelarii chciała umówić spotkanie, aby zająć się sprawą. Od pewnego czasu zauważalny jest wzrost liczby pism i wezwań do zapłaty tego typu. (klienti namawiani są do wykupu, lecz sami wysyłają do ubezpieczyciela dyspozycję wykupu na wzorze dostarczanym przez kancelarię). Na skutek manipulacji dochodzi do niekorzystnego rozporządzenia mieniem klienta i pobrania prowizji za rzekomo udzieloną pomoc.

Przykład 11.

Próba wyłudzenia z OC w życiu prywatnym. Przedmiotem roszczenia była wymiana drogiej szyby czołowej i najem pojazdu zastępczego. W zgłoszeniu szkody podano, że ubezpieczony wracał z zakupów z synem. Pękła mu siatka z zakupami, na skutek czego plastikowa butelka spadła na szybę samochodu, a zakupy się rozsypały. Ujawniono, że po zdarzeniu poszkodowany 4 godziny spędził w domu ubezpieczonego, gdzie przestudiował jego umowę ubezpieczeniową. Następnie wynajął auto zastępcze i miał pretensje, że nie mógł się w sobotę dodzwonić na infolinię. Po wywiadzie i przesłuchaniu przez specjalistę poszkodowany zrezygnował z roszczeń.

Przykład 12.

Seria wyłudzeń komunikacyjnych. Zakład ubezpieczeń złożył zawiadomienie o przestępstwie, które dotyczyło 5 szkód zgłoszonych w latach 2015 – 2018. Podejrzewano przestępstwo, polegające na usiłowaniu wyłudzenia odszkodowania w kwocie 132 tys. zł oraz wyłudzeniu odszkodowania w kwocie 125 tys. zł przez grupę zorganizowaną kierowaną przez XX. Dokonana przez pracowników zakładu analiza sieci powiązań na podstawie zgłoszonych szkód

wskazywała na istnienie grupy zorganizowanej, którą kieruje sprawca. Z udziałem podstawionych osób („słupów”) organizował zdarzenia komunikacyjne (kolizje) w celu wyłudzenia odszkodowań, także od innych ubezpieczycieli.

W jednej ze szkód sprawca zdarzenia oświadczył, że jadąc samochodem marki Peugeot Boxer, należącym do obywatela Ukrainy, uderzył w samochód marki Audi Q5, którym kierował ZZ, natomiast właścicielem tego samochodu miał być WW. W trakcie likwidacji szkody okazało się, że Audi Q5 miał szkodę zgłoszoną z AC w innym zakładzie, gdzie odmówiono wypłaty odszkodowania, ponieważ w toku przeprowadzonego postępowania likwidacyjnego zostało ustalone, że umowa kupna sprzedaży samochodu marki Audi Q5, podpisana w Niemczech, została sfałszowana. Po porównaniu zdjęć z obydwu szkód okazało się, że zakres uszkodzeń uległ powiększeniu. Ponadto w trakcie postępowania wyjaśniającego okazało się, że właściciel samochodu marki Audi Q5 - WW nigdzie nie pracuje i nadużywa alkoholu. Tymczasem zgodnie z danymi z UFG na nazwisko WW, zostało ubezpieczonych w ostatnich 4 latach 13 samochodów, w tym w 2018 roku 4 samochody drogich marek. „Mózgiem” i inicjatorem całego zdarzenia w celu wyłudzenia odszkodowania był XX, natomiast ZZ, WW oraz obywatel Ukrainy to „słupy”. Kolejną przesłanką wskazującą na w/w wniosek jest to, że poszkodowany w szkodzie pojazdu marki Audi Q5, już będącego własnością sprawcy został ubezpieczony w zakresie OC i AC przez niego kilka miesięcy później. Obecnie sprawa jest prowadzona w prokuraturze.

Przykład 13.

Celowe powodowanie kolizji na rondach. Zakład ubezpieczeń złożył zawiadomienie o przestępstwie do prokuratury, dotyczące 9 szkód zgłoszonych w latach 2013 – 2018 o podejrzeniu przestępstwa, polegającego na usiłowaniu wyłudzenia odszkodowania w kwocie około 60 tys. zł oraz wyłudzeniu odszkodowania w kwocie około 22 tys. zł przez dwoje sprawców - kobietę i mężczyznę. Kobieta była właścicielem samochodu strony „poszkodowanej”, natomiast kierowcą uczestniczącym w zdarzeniu był mężczyzna. Ponadto elementem wspólnym tych szkód jest to, że zazwyczaj występują one na rondach lub w innych okolicznościach, w których kierujący nagle podejmuje nieracjonalną decyzję przyspieszając swój samochód, w wyniku czego wjeżdża-

jący na rondzie nie jest w stanie już wyhamować (a nawet, wręcz uderza w tył z boku pojazdu, który właśnie wjechał na rondo) lub hamuje nagle samochodem, a z tyłu samochód nie jest w stanie zahamować, tak aby nie doszło do zderzenia. Ponadto po zaistnieniu zdarzenia sprawca wzywał policję, aby uwiarygodnić się jako poszkodowany przy zgłaszaniu szkody w towarzystwie ubezpieczeniowym. Niestety policjant najczęściej nie wnikał w szczegóły zaistnienia szkody i wystawiał mandat i czynił winnym inną osobę (poza jednym przypadkiem, gdy potencjalny winowajca nie przyjął mandatu i sprawa trafiła do sądu), która w rzeczywistości była ofiarą takiego postępowania. Charakterystyczne dla postępowania sprawców jest również to, że w przypadku odmowy odszkodowania (w pięciu przypadkach) nie wstępowała ona na drogę postępowania cywilnego w celu dochodzenia odszkodowania w sądzie. Zgodnie z danymi z UFG sprawcy w latach 2005 – 2018 za 89 zgłoszone szkody od ubezpieczycieli otrzymali ponad 400 tys. zł odszkodowania. Nie jest możliwe, aby szkody te były zdarzeniami losowymi, nie inspirowanymi przez sprawców wyłudzenia.

Przykład 14.

Próba wyłudzenia z ubezpieczenia majątkowego. Szkoda zgłoszona z polisy majątkowej, polegająca na zawaleniu się ściany budynku mieszkalnego w wyniku huraganowego wiatru. Zgodnie z deklaracją szkoda powstała w krótkim okresie od zawarcia polisy. Dom ubezpieczony został na kwotę 300 tys. zł. Ustalono, że budynek pomimo deklaracji oraz upozorowania zamieszkiwania, nie był użytkowany od kilku lat. Ponadto ustalono brak podłączenia mediów (prąd), co było w sprzeczności z okolicznościami sprawy.

Przykład 15.

Próba wyłudzenia z OC komunikacyjnego. Zgodnie z wersją podaną w roszczeniu, szkoda polegała na bezkontaktowym zajechaniu drogi przez sprawcę, w wyniku którego poszkodowany pojazd zjechał na pobocze i uderzył w przydrożne drzewo. W wyniku oględzin pojazdu ustalono rozległy zakres szkód głównie w przedniej części pojazdu, łącznie z aktywacją systemów bezpieczeństwa - poduszki powietrzne i napinacze pasów. Oszacowanie szkody ustalono

na kwotę ponad 100 tys. zł. Zgodnie z opisem zdarzenia prędkość pojazdu poszkodowanego wynosiła 50-60 km/h. Ze względu na możliwości techniczne postanowiono dokonać odczytu ze sterowników pojazdu. W wyniku przeprowadzonych badań i analiz ustalono, że do zdarzenia doprowadzono w sposób celowy. Dane wskazywały, że do uderzenia w przeszkodę doszło dwukrotnie.

Pierwszy raz bez aktywacji systemów bezpieczeństwa, następnie pojazd cofnął i po raz kolejny uderzył. Potwierdza to również odczyt położenia pedałów przyspieszenia, hamulca i dźwigni zmiany biegów. Ponadto powyższe wydarzyło się w tym samym cyklu zapłonu. Pomiędzy pierwszym i drugim uderzeniem silnik nie został wyłączony.

Przykład 16.

Próba wyłudzenia z OC komunikacyjnego. Przedmiotem szkody był motocykl, który na skutek zajechania drogi przez samochód osobowy wjechał do rowu - bezkolizyjne zajechanie drogi. Sprawa została zlecona firmie detektywistycznej. W toku ustaleń okazało się, że szkoda faktycznie miała miejsce, lecz kilka tygodni wcześniej. Kierujący motocyklem wjechał do rowu pojazdem pożyczonym od kolegi. W celu pokrycia strat zaproponował mu więc, że napisze mu oświadczenie wskazując, że do szkody doszło na skutek zajechania drogi przez jego samochód. Po ujawnieniu faktycznego przebiegu zdarzenia zgłaszający zwrócił koszty działania detektywa, które zostały poniesione w związku ze szkodą.

Przykład 17.

Szkoda zgłoszona z OC w życiu prywatnym. Zgodnie ze złożoną deklaracją, pies ubezpieczonej wtargnął na jezdnię, doprowadzając do kolizji z samochodem. W toku ustaleń detektywistycznych nie potwierdzono jednakże tej wersji wydarzeń. Kolizja faktycznie zaistniała, jednak z sarną, którą gonił pies i nie był to pies ubezpieczonej.

Przykład 18.

Oszustwa związane z nieopłaceniem składki OC. W jednej ze spraw ujawniono klienta, który zawiera masowo polisy OC z odroczonym terminem płatności. Płatności nie są realizowane lub jest opłacana jedynie pierwsza składka. Działania te mają na celu pozyskanie potwierdzenia ubezpieczenia OC w UFG. Po weryfikacji okazało się, że ubezpieczający

nie dysponuje majątkiem oraz nigdy nie widział ubezpieczanych pojazdów. Prawdopodobnie klient działa jako „stup” dla zorganizowanej grupy przestępczej, która w ten sposób zapewnia pokrycie ubezpieczeniowe. Podobny schemat działania odnotowano w innych zakładach ubezpieczeń. Doraźnie zablokowano możliwość zawarcia umowy z odroczonym terminem płatności oraz z możliwością rozłożenia na raty.

