

**POLSKA IZBA UBEZPIECZEŃ**



## **Analiza**

**danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2012 roku**

**w związku z działalnością zakładów ubezpieczeń**

**- członków Polskiej Izby Ubezpieczeń**

**Warszawa 2013 r.**

## Spis treści

Spis treści .....	2
Informacje wstępne .....	3
Metodyka prowadzonych badań.....	5
Dział I - ubezpieczenia na życie.....	9
1.    Metodyka badania .....	9
2.    Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2012 r. ....	10
3.    Przykłady zdarzeń .....	20
4.    Wnioski i rekomendacje.....	23
Dział II – pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe .....	26
1.    Metodyka badania .....	26
2.    Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2012 r. ....	26
3.    Przykłady zdarzeń .....	35
4.    Wnioski i rekomendacje.....	37
Załącznik 1. Kwestionariusz dla zakładów ubezpieczeń Działu I .....	39
Załącznik 2. Kwestionariusz dla zakładów ubezpieczeń Działu II.....	40

## Informacje wstępne

Kolejny rok funkcjonowania polskiego rynku ubezpieczeń zakończony został dodatkimi wskaźnikami dynamiki sprzedaży produktów ubezpieczeniowych. Szczególnie intensywnym wzrostem legitymował się w roku 2012 Dział I, gdzie wzrost wartości składki przypisanej brutto wyniósł około 14%. Wzrostowi sprzedaży ubezpieczeń życiowych sprzyja postępujący spadek stóp procentowych, skłaniających do poszukiwania na rynku alternatywnych dla lokaty bankowej form oszczędzania. Z roku na rok poprawia się także świadomość ubezpieczeniowa społeczeństwa i skłonność do zakupu ubezpieczeń na życie w ramach tzw. indywidualnej przezorności. Dobrze rozwijają się nowoczesne kanały sprzedaży, np. bancassurance. Należy także pamiętać o czynnikach spowalniających wzrost, do których można zaliczyć m.in. skłonność do rezygnacji z polis życiowych w razie nagłego pogorszenia sytuacji życiowej (np. utrata pracy), czy wciąż marginalne znaczenie III filaru systemu emerytalnego.

Szczegółowe wyniki sprzedaży w poszczególnych Działach ilustruje poniższa tabela.

**Tabela 1. Składka przypisana brutto w latach 2010-2012**

	<b>2010</b> <b>(tys. PLN)</b>	<b>2011</b> <b>(tys. PLN)</b>	<b>2012</b> <b>(tys. PLN)</b>
Dział I	31 423 467	31 848 619	36 377 402
Dział II	22 740 615	25 301 030	26 265 215

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KNF

W Dziale II wzrost zebranej składki to blisko 4%. Na powyższy wynik znacząco odmienny od Działu I wpłynęła m.in. pogarszająca się sytuacja na rynku motoryzacyjnym. Na polskim rynku ubezpieczeń majątkowych ubezpieczenia komunikacyjne posiadają nadal pozycję dominującą, a ich udział w 2012 roku wyniósł około 55%. Na niskie wartości dynamiki sprzedaży w Dziale II wpłynęło również odczuwalne w gospodarce spowolnienie, będące skutkiem globalnego kryzysu ekonomicznego.

W kwestii wypłat odszkodowań i świadczeń w roku 2012 nie odnotowano istotnych zmian w poziomie wypłat w porównaniu z latami ubiegłymi. Liczbową ilustrację tej tendencji stanowi tabela nr 2.

**Tabela 2. Odszkodowania i świadczenia brutto w latach 2010-2012**

	<b>2010</b> <b>(tys. PLN)</b>	<b>2011</b> <b>(tys. PLN)</b>	<b>2012</b> <b>(tys. PLN)</b>
Dział I	22 602 920	26 068 695	25 916 650
Dział II	14 166 087	13 739 522	14 044 905

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KNF

Rok 2012 nie przyniósł znaczącego wzrostu szkodowości w ubezpieczeniach komunikacyjnych. Nasz kraj nie ucierpiał także na skutek występowania anomalii pogodowych. Stabilny poziom wypłat, w połączeniu ze wzrostem sprzedaży wpłynął pozytywnie na wynik techniczny w obydwu Działach. Wynik techniczny Działu I był nieznacznie lepszy niż przed rokiem, natomiast w przypadku Działu II wartość wyniku technicznego dwukrotnie przekracza wartość z 2011 roku.

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

**Tabela 3. Wynik techniczny w latach 2010-2012**

	<b>2010</b> <b>(tys. PLN)</b>	<b>2011</b> <b>(tys. PLN)</b>	<b>2012</b> <b>(tys. PLN)</b>
Dział I	3 567 167	3 341 996	3 461 785
Dział II	-1 263 274	298 700	719 109

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KNF

Coraz większa wartość środków pieniężnych przepływających co rok przez sektor ubezpieczeń, stanowi atrakcyjną zachętę dla zorganizowanych grup przestępczych, wyłudających odszkodowania i świadczenia. Według danych CBS liczba takich grup, trudniących się zorganizowaną przestępczością gospodarczą w 2012 roku wzrosła. Dane zawarte w dalszej części analizy także potwierdzają niebezpieczną tendencję profesjonalizacji sprawców wyłudzeń.

Podobnie jak w roku 2011 charakterystyczne jest składanie przez klientów dużych roszczeń dotyczących szkód osobowych, połączone z korzystaniem z profesjonalnych reprezentantów podczas procesów likwidacji szkody.

## **Metodyka prowadzonych badań**

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

W badaniu Polskiej Izby Ubezpieczeń, dotyczącym skali i struktury zjawiska przestępczości ubezpieczeniowej w Polsce uczestniczą wszystkie zakłady ubezpieczeń. Na przestrzeni lat uzyskano bardzo wysoką zwrotność, zapewniającą reprezentatywność i wiarygodność wyników.

Wzorem lat ubiegłych do wszystkich zakładów ubezpieczeń funkcjonujących na polskim rynku skierowano stosowne kwestionariusze. Podobnie jak w poprzedniej edycji badania do ubezpieczycieli przesłano kwestionariusze elektroniczne zaprojektowane w programie MS Excel. Główny zamysł i forma badania pozostaje niezmienną na przestrzeni lat celem zapewnienia porównywalności uzyskiwanych danych. Układ i charakterystyka kwestionariuszy skierowanych do zakładów ubezpieczeń Działu I uległy istotnym modyfikacjom. Zmiany zostały wprowadzone po konsultacjach prowadzonych na forum Podkomisji ds. Przeciwdziałania Przestępczości Ubezpieczeniowej w Ubezpieczeniach na Życie PIU. Układ tabel został uproszczony, by uniknąć niejednoznaczności poszczególnych kategorii i ułatwić raportowanie. Zrezygnowano ze stosowanego podziału na ubezpieczenia indywidualne i grupowe. Nie stosuje się także podziału na rozgraniczenie czynów na wyjaśnione w postępowaniu wewnętrznym i skierowanych do organów ścigania. Kwestionariusz po raz pierwszy rozbudowano o możliwość podania szacunkowych danych, dotyczących przypuszczalnej skali zjawiska przestępczości w ocenie respondenta. Celem zastosowania nowej kategorii danych jest próba pomiaru skali zjawiska przestępczości ubezpieczeniowej w Dziale I, które wydaje się być nadal niedoszacowana. Uproszczona forma kwestionariusza zaowocowała znaczną poprawą zwrotności badania wśród zakładów ubezpieczeń Działu I. Kwestionariusz stanowi załącznik do niniejszego raportu. Kwestionariusz skierowany do zakładów ubezpieczeń Działu II nie uległ zmianom w porównaniu z rokiem ubiegłym.

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

Zakłady wypełniają kwestionariusze raportując nadużycia w podziale ilościowym i wartościowym w podziale na poszczególne rodzaje ubezpieczeń. (zarówno w Dziale I jak i II) Zadbano także o podział odnotowanych czynów na: czyny stwierdzone w obszarze wypłaty świadczeń (przestępczość ubezpieczeniowa sensu stricte), 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 nowego podziału było jasne rozdzielenie czynów podlegających definicji przestępczości ubezpieczeniowej według Insurance Europe od innych zdarzeń. Ponadto na przestrzeni lat istotnie wzrasta liczba jak i wartość wyłudzeń dokonywanych poza obszarem wypłat. Zdarzenia te powodują u ubezpieczycieli wymierne straty i z tego powodu powinny być monitorowane na równi z klasycznymi fraudami. Dodatkowo w Dziale II kwestionariusz zawiera także podział czynów z uwagi na tryb załatwienia sprawy (procesowe i nieprocesowe).

W kwestionariuszu dla zakładów ubezpieczeń Działu I zawarto kategorię zdarzeń polegających na zatajeniu informacji. Jest to nadużycie polegające na nie przekazaniu 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 wypełniają kwestionariusze raportując ilość wykrytych przypadków wyłudzeń z podziałem na rodzaj ryzyka ubezpieczeniowego (grupy produktowe) oraz osobę sprawcy (klient/pracownik).

Wyniki zaprezentowano tradycyjnie zarówno w ujęciu ilościowym jak wartościowym.

Niestety zjawisko przestępczości ubezpieczeniowej, podobnie jak wszystkie inne zjawiska wchodzące w skład tak zwanej „szarej strefy”, nie jest możliwe do zmierzenia w sposób bezpośredni. Nie każdy sprawca incydentu polegającego na próbie wyłudzenia odszkodowania zostaje doprowadzony przed oblicze wymiaru sprawiedliwości.

Różnorodność metod przestępczych stosowanych przez sprawców powoduje, że przestępczość ubezpieczeniowa wymyka się ścisłej klasyfikacji. Zwykle przy osądzaniu sprawców zastosowanie mają art. 286 i 198 K.K.

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

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

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

- Wyłudzenie - czyn z art. 286 k.k., tj. zachowanie sprawcy polegające na wprowadzeniu ubezpieczyciela w błąd lub wyzyskania błędu, co do okoliczności mającej wpływ na jego odpowiedzialność z umowy ubezpieczenia, podjęte w celu uzyskania korzyści majątkowej, jeżeli **nastąpiła wypłata świadczenia**. Na potrzeby analizy przez wyłudzenia rozumie się również inne czyny pozostające w związku albo zbiegu z czynem z art. 286 KK. W przypadku spraw załatwionych w trybie innym niż postępowanie karne, kwalifikacja następuje wg klucza prawno-karnego takiego jakby sprawa była w postępowaniu karnym.
- Usiłowanie wyłudzenia - czyn z art. 13 k.k. w zw. z art. 286 k.k., tj. zachowanie sprawcy polegające na wprowadzeniu ubezpieczyciela w błąd lub wyzyskania błędu, co do okoliczności mającej wpływ na jego odpowiedzialność z umowy ubezpieczenia, podjęte w celu uzyskania korzyści majątkowej, jeżeli **nie nastąpiła wypłata świadczenia**. W przypadku spraw załatwionych w trybie innym niż postępowanie karne kwalifikacja następuje

wg klucza prawno-karnego takiego jakby sprawa była w postępowaniu karnym.

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

W roku 2012 po raz kolejny zebrano rekordowo dużą liczbę kwestionariuszy, od zakładów ubezpieczeń posiadających łącznie przeważający udział na polskim rynku ubezpieczeń. Dzięki temu uzyskano bardzo wysoki stopień reprezentatywności badania dla całego rynku. Zebrane dane pozwalają na obserwację i zbadanie struktury oraz istniejących trendów w przestępczości ubezpieczeniowej. Wysoka zwrotność badania świadczy o bardzo poważnym traktowaniu problemu przestępczości ubezpieczeniowej przez wszystkie zakłady ubezpieczeń obecne na polskim rynku.



## Dział I - ubezpieczenia na życie

### 1. Metodyka badania

Tradycyjnie, do każdego zakładów ubezpieczeń z Działu I funkcjonujących na polskim rynku skierowano w formie elektronicznej (arkusz MS Excel) kwestionariusz badania oraz pismo przewodnie. W roku 2012 kwestionariusz został istotnie zmodyfikowany. (szczegółowy opis zmian został umieszczony w poprzednim podrozdziale) Analiza danych dotyczy struktury i skali wyłudzeń oraz prób wyłudzeń świadczeń, także zatajeń ujawnionych przez pracowników zakładów ubezpieczeń Działu I w roku 2012. Dane dotyczą ubezpieczeń w podziale na następujące kategorie:

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

Powyższy podział zmodyfikowano w porównaniu z poprzednimi edycjami analizy. Podstawowa zmiana to połączenie do tej pory rozdzielnych kategorii leczenia szpitalnego i operacji. Należy o tym pamiętać chcąc porównywać dane pomiędzy raportami PIU z poszczególnych lat.

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. Zmodyfikowana konstrukcja kwestionariusza znacznie uprościła wypełnianie danych, zminimalizowała występujące wcześniej niejednoznaczności interpretacyjne i przyczyniła się do poprawy zwrotności badania.

Kwestionariusze zostały przesłane do uzupełnienia, do wszystkich zakładów ubezpieczeń działających w 2012 roku na polskim rynku (28 z siedzibą w Polsce).

Informację zwrotną nadesłało 17 zakładów ubezpieczeń (16 z siedzibą w Polsce), co stanowi ok. 57% ilości wszystkich ubezpieczycieli Działu I działających w 2012 roku, przy czym:

- 14 zakładów ubezpieczeń przekazało dane statystyczne,
- 3 zakłady ubezpieczeń odpowiedziały w formie pisma stwierdzającego brak wyłudzeń, lub braku możliwości ich ewidencji.

W 2012 roku większość danych nadesłanych przez zakłady ubezpieczeń to bogate zestawienia wykrytych przypadków nieprawidłowości. Kilka zakładów ubezpieczeń do wypełnionych tabel dołączyło opisy przykładów nieprawidłowości, jakie udało im się ujawnić podczas likwidacji szkód. Zostaną one zaprezentowane w dalszej części analizy.

W dalszej analizie uwzględniono wyłącznie dane z 17 zakładów (16 z siedzibą w Polsce), które wzięły udział w badaniu. Wspomniane zakłady ubezpieczeń (z siedzibą w Polsce) reprezentują około 80% rynku - biorąc pod uwagę świadczenia wypłacane brutto w Dziale I. (81% licząc wartością zebranej składki) Jest to rekordowa wartość zwrotności badania, jaka nie została dotychczas odnotowana. Jest to kolejny dowód na wzrost poziomu świadomości zagrożenia przestępczością ubezpieczeniową wśród ubezpieczycieli życiowych.

Badane zakłady ubezpieczeń wciąż charakteryzują się zróżnicowanym poziomem zdolności do akumulacji danych, dotyczących przypadków wyłudzeń świadczeń. Ta sytuacja różni się znacząco w stosunku do zakładów ubezpieczeń Działu II, gdzie prawie wszyscy uczestnicy badania dostarczają dokładne dane z podziałem na poszczególne kategorie.

## **2. Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2012 r.**

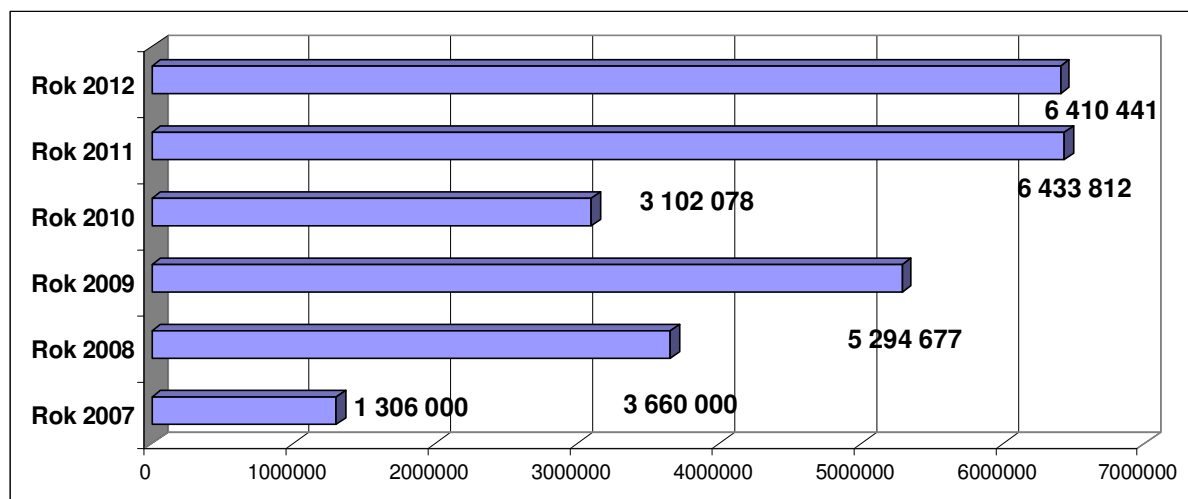
W roku 2012 pracownicy zakładów ubezpieczeń biorących udział w badaniu odnotowali 274 czynów na szkodę zakładów Działu I, dokonanych w ramach umów ubezpieczenia, na łączną kwotę 6 410 441 PLN (słownie: sześć milionów czterysta dziesięć tysięcy czterysta czterdzieści jeden złotych).

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 46% (z 188 do 274). Z kolei wartość ujawnionych czynów nie uległa istotnym zmianom. Liczba wykrywanych przypadków silnie zmienia się w kolejnych latach i zależy głównie od faktu, czy pracownicy danego zakładu w danym roku wykryli serię

licznych drobnych wyłudzeń (np. w ubezpieczeniach grupowych). Trudno mówić w tym przypadku o budującym się trendzie. Kierunek rozwoju zjawiska znacznie lepiej obrazuje bardzo silny trend rosnący w wartościach ujawnianych wyłudzeń.

Poniższy wykres ilustruje kształtowanie się wartości wyłudzeń w Dziale I na przestrzeni ostatnich lat, kiedy to uczestnicy badania PIU raportowali rosnącą wartość wyłudzeń. Tendencję tę, świadczącą o wzroście popularności ubezpieczeń życiowych wśród przestępców, potwierdzają wyniki badań prowadzonych w innych krajach europejskich oraz analiza przypadków wyłudzeń dokonywana podczas posiedzeń Podkomisji ds. Przeciwdziałania Przestępczości Ubezpieczeniowej w Ubezpieczeniach na Życie PIU.

**Wykres 1. Wartość nieprawidłowości w Dziale I w latach 2007-2012 (PLN)**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Należy unikać uproszczonego postrzegania stopnia zagrożenia w Dziale I, ponieważ nie wszystkie produkty Działu I są jednakowo podatne na wyłudzenia. Klasyczne produkty życiowe i NNW oraz ubezpieczenia grupowe i chorobowe nadają się do generowania nienależnych świadczeń. Z kolei do grona produktów „bezpiecznych” można zaliczyć m.in. polisolokaty oraz ubezpieczenia typu unit-linked, które z racji swojej konstrukcji uniemożliwiają dokonanie wyłudzenia.

W poniższej tabeli zgromadzono dane dotyczące liczby i wartości nadużyć w poszczególnych zakładach ubezpieczeń Działu I.

Poszczególne zakłady ubezpieczeń zgłosiły od kilku do kilkudziesięciu przypadków wyłudzeń. Wartości średnie ujawnionych przypadków bardzo się od siebie różnią. W porównaniu z milionami zawartych polis jest to wartość znikoma. Wartość ujawnionych nieprawidłowości waha się od kilku tysięcy do kilku milionów złotych.

**Tabela 4. Liczba i wartość przestępstw ujawnionych przez poszczególne TU (Dział I)**

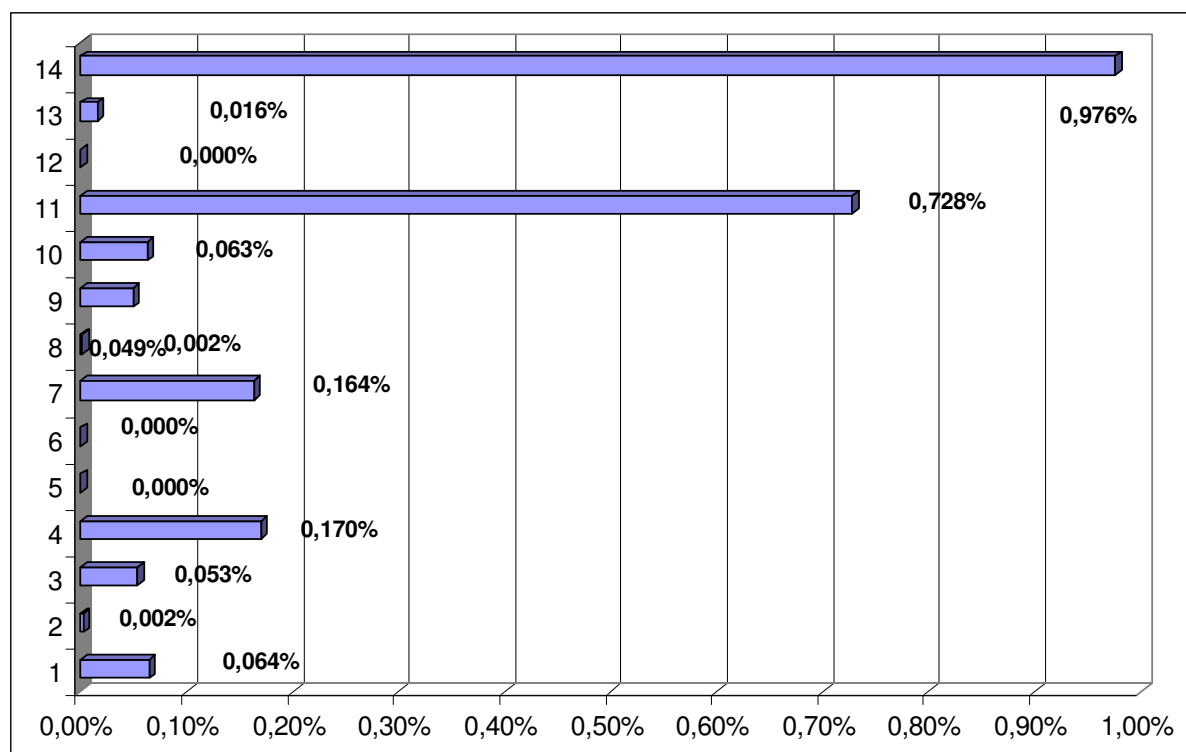
Nazwa zakładu ubezpieczeń (kolejność losowa)	Razem przestępstwa usiłowania i wyłudzenia w 2012 r.	
	Liczba	Wartość czynów (PLN)
Zakład ubezpieczeń nr 1	19	531 259
Zakład ubezpieczeń nr 2	4	29 000
Zakład ubezpieczeń nr 3	11	488 453
Zakład ubezpieczeń nr 4	74	2 641 574
Zakład ubezpieczeń nr 5	0	0
Zakład ubezpieczeń nr 6	0	0
Zakład ubezpieczeń nr 7	1	25 000
Zakład ubezpieczeń nr 8	2	5 250
Zakład ubezpieczeń nr 9	20	295 000
Zakład ubezpieczeń nr 10	57	942 616
Zakład ubezpieczeń nr 11	1	18750
Zakład ubezpieczeń nr 12	0	0
Zakład ubezpieczeń nr 13	75	1 287 231
Zakład ubezpieczeń nr 14	10	146 309
Zakład ubezpieczeń nr 15	0	0
Zakład ubezpieczeń nr 16	0	0
<b>RAZEM</b>	<b>274</b>	<b>6 410 441</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań

Przeciętna wartość wyłudzenia opiewa na około 23 tysięcy złotych. Na przestrzeni lat wartość ta ulega znaczącym wahaniom, powodowanym dużą liczbą drobnych nieprawidłowości, które w poszczególnych latach okresowo zawyżały statystykę ilościową.

W badanych zakładach ubezpieczeń występują bardzo duże różnice pomiędzy wartością wykrytych nadużyć w relacji do kwoty wypłat ogółem. Udział ten waha się w zakresie od 0,0020% do 0,9761% kwoty wypłaconych odszkodowań. Graficzne odwzorowanie tych dysproporcji zawarte jest na wykresie nr 2. (pominięto 2 zakłady, które nie dostarczyły wypełnionych tabel)

**Wykres 2. Udział nieprawidłowości w obszarze świadczeń w wypłacanych świadczeniach ogółem w Dziale I w roku 2012**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

(1-12 poszczególne zakłady ubezpieczeń biorące udział w badaniu (kolejność losowa))

Wskazane powyżej różnice to kolejny dowód potwierdzający zróżnicowany poziom przygotowania do problemu monitorowania i zwalczania zjawiska przestępczości ubezpieczeniowej. Dla niewielkich zakładów ubezpieczeń nawet kilka dużych nieuprawnionych wypłat może stanowić istotny udział w ogólnym wolumenie świadczeń.

W roku 2012 po raz kolejny można zaobserwować rozbieżność w postrzeganiu zagrożenia wyłudzeniami w zakładach Działu I i II należących do tej samej grupy kapitałowej. W przypadku niektórych zakładów spółka Działu II jest zaliczana do liderów działalności antyfraudowej, natomiast spółka Działu I raportuje zaledwie śladowe ilości wyłudzeń. Tak duża rozbieżność w zdolności do wykrywania fraudów świadczy o bardzo zróżnicowanej skuteczności podejmowanych działań w zakresie wykrywania nieprawidłowości związanych z wyłudzeniami. Niektóre zakłady ubezpieczeń posiadają wyspecjalizowane struktury organizacyjne dedykowane prewencji przestępczości ubezpieczeniowej oraz wykrywaniu prób wyłudzeń. W innych problem ten jest rozwiązywany jako dodatkowa kompetencja departamentów likwidacji szkód. Zauważalne jest wyraźnie lepsze przygotowanie do prewencji i wykrywania wyłudzeń w zakładach, które zajmują się wyłącznie działalnością w Dziale I.

Zakłady ubezpieczeń Działu I reprezentowane w pracach Podkomisji ds. Przeciwdziałania Przestępczości Ubezpieczeniowej w Ubezpieczeniach na Życie deklarują

świadomość konieczności budowy struktur i systemów przeciwdziałania wyłudzeniom. Według deklaracji uczestników badania, podjęli oni już stosowane działania antyfraudowe, których efekty dadzą wkrótce wymierne korzyści.

Rok 2012 to kolejny rok intensywnych prac Podkomisję ds. Przeciwdziałania Przemocności w Ubezpieczeniach na Życie, która specjalizuje się w przeciwdziałaniu wyłudzeniom w Dziale I. Efektem prac Podkomisji jest doskonalenie i standaryzacja systemów wymiany danych, identyfikacja nowych obszarów nadużyć i prace nad możliwościami dostępu do zewnętrznych źródeł informacji. Poza tym organizowane są tematyczne warsztaty robocze, ukierunkowane na praktyczne rozwiązywanie problemów związanych z detekcją nadużyć.

Udział zatajeń w ogólnym wolumenie odnotowanych nieprawidłowości jest we wszystkich badanych zakładach wysoki i w większości zakładów przekracza 50%. Zatajenie to nadużycie polegające na nie przekazaniu 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 2012 roku łącznie 152 przypadków tego typu na łączną wartość około 4,8 milionów złotych. Duży udział zatajeń może świadczyć o popularności tej metody popełniania przestępstw ubezpieczeniowych. Jednak wciąż wielu uczestników badania nie przestrzegało kryteriów podziałów czynów i można przypuszczać, że występujące u niektórych respondentów zaklasyfikowanie wszystkich ujawnionych przypadków tylko do jednej kategorii (np. zatajenia) jest kwestią przypadku. Nie mniej jednak opracowanie skutecznych metod prewencyjnych dotyczących zatajeń wymagać będzie przede wszystkim udoskonalenia metod oceny ryzyka przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Aktualna edycja analizy PIU zawiera również dane dotyczące nieprawidłowości odnotowanych przez ubezpieczycieli poza obszarem wypłaty świadczeń. Niestety tylko część badanych zakładów dostarczyło dane w tym zakresie. Zawierają one jednak mnóstwo cennych informacji.

**Tabela 5. Nieprawidłowości poza obszarem wypłaty świadczeń (Dział I 2012r.)**

Rodzaj nieprawidłowości	Ilość	Wartość (PLN)
Przywłaszczenie składek	25	165 558

Zawarcie umowy w celu wyłudzenia świadczenia	63	1 570 250
Zawarcie umowy w celu wyłudzenia prowizji	38	2 050 797
Przestępstwa przeciwko dokumentom	30	51 659
Inne/ Nadużycia stwierdzone w innych obszarach	5	4 463 552
<b>RAZEM</b>	<b>161</b>	<b>8 301 816</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Skala defraudacji składek dzięki postępującej informatyzacji i automatyzacji procesu rozliczania się pośredników ubezpieczeniowych w najbliższej przyszłości będzie się niewątpliwie zmniejszać.

Jednak to nie problem defraudacji składek lecz inne przejawy przestępczości stanowią coraz większe zagrożenie dla zakładów ubezpieczeń Działu I. W poprzednich edycjach analiz PIU zagrożenie to występowało, jednak jego skala nie była aż tak znacząca. W roku 2012 łączna wartość nieprawidłowości tego rodzaju przekroczyła 8 mln PLN i stanowi znacznie większą wartość niż suma wykrytych klasycznych wyłudzeń. Schematy działania sprawców zawierają się w następujących kategoriach: zawarcie umowy w celu wyłudzenia świadczenia, zawarcie umowy w celu wyłudzenia prowizji, przestępstwa przeciwko dokumentom, a także inne czyny, na przykład oferowanie fikcyjnych produktów. Analizując szereg zgłoszonych przez ubezpieczycieli konkretnych przypadków przestępstw daje się wyodrębnić kilka prawidłowości.

Znaczna część wyłudzeń korzystała z niedoskonałości systemów prowizyjnych, motywacyjnych i wspomagających czynności związane z obsługą polis. Sprawcy dokonują zawierania umów z podstawionymi lub nieświadomymi przestępczego procederu osobami i często dodatkowo pobierają z w/w polis nienależne świadczenia.

Aktualnie stosowane systemy prowizyjne nie są powiązane ze szkodowością klientów, pośredników ani z okresem trwania polisy. Część sprawców posuwa się do popełnienia przestępstwa z błahego powodu, jakim jest konieczność zrealizowania wysrubowanego planu sprzedażowego. Metoda ta znana jest powszechnie w całej branży finansowej i występuje masowo np. w bankach, gdzie pracownicy zawierają umowy kredytowe, które natychmiast po zamknięciu okresu rozliczeniowego są anulowane. Innym motywem jest realizowanie takich działań celem powiększenia prowizji, które przyznawane są natychmiast po zawarciu umowy.

Powyżej opisane nieprawidłowości wskazują na potrzebę całościowego i systemowego spojrzenia na zakłady ubezpieczeń pod kątem obszarów zagrożeń przestępczością ubezpieczeniową i wyraźnie dowodzą, że jej monitoring i prewencja dotyczy nie tylko pionów likwidacyjnych.

W dalszej części opracowania przedstawiono analizę zebranych danych o klasycznych wyłudzeniach w podziale na poszczególne rodzaje ubezpieczeń. Mimo wysokiej reprezentatywności badania należy pamiętać o wysokim ryzyku błędu. Pojedyncze wręcz przypadki ujawnionych prób wyłudzeń w porównaniu z milionami zawartych polis utrudniają formułowanie obiektywnych wniosków, które musiałyby się opierać na zależnościach wyliczonych na podstawie zaledwie ułamków promili wartości całego rynku.

Z tego względu wszelkie dalsze prawidłowości wynikające z operacji na dostępnych danych należy traktować z olbrzymią dozą ostrożności i powstrzymać się z wyciąganiem pochopnych wniosków o marginalnym charakterze zjawiska przestępczości ubezpieczeniowej, jakie można byłoby wysnuć bazując jedynie na dostępnych danych liczbowych.

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

**Tabela 6. Nieprawidłowości wg rodzaju ubezpieczenia (Dział I 2012 r.)**

Rodzaj nieprawidłowości	Ilość	Wartość (PLN)
Zgon ubezpieczonego	108	4 583 751
Zgon ubezpieczonego na skutek NW	4	141 284
Poważne zachorowanie	21	648 489
Trwałe inwalidztwo lub uszczerbek na skutek NW	48	426 536
Niezdolność do pracy	6	230 287
Leczenie szpitalne lub operacje	83	362 454
Narodziny dziecka/ narodziny martwego dziecka	2	2 640
Śmierć rodzica/ teścia/ współmałżonka/ dziecka	2	15 000
Inne	0	0
<b>Razem</b>	<b>274</b>	<b>6 410 441</b>

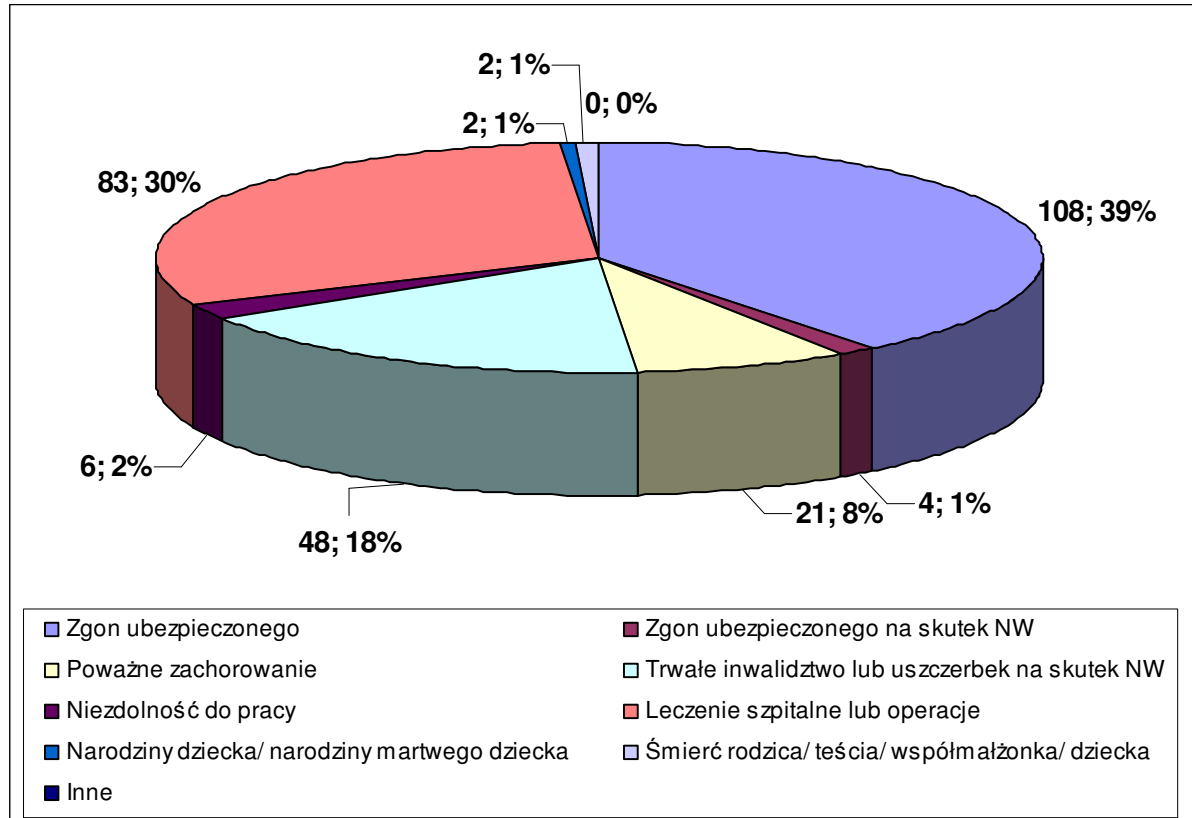
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

W roku 2012 najpopularniejszym rodzajem wyłudzenia było wykorzystanie przez sprawców zgonu ubezpieczonego (108 przypadków). Równie licznie raportowano



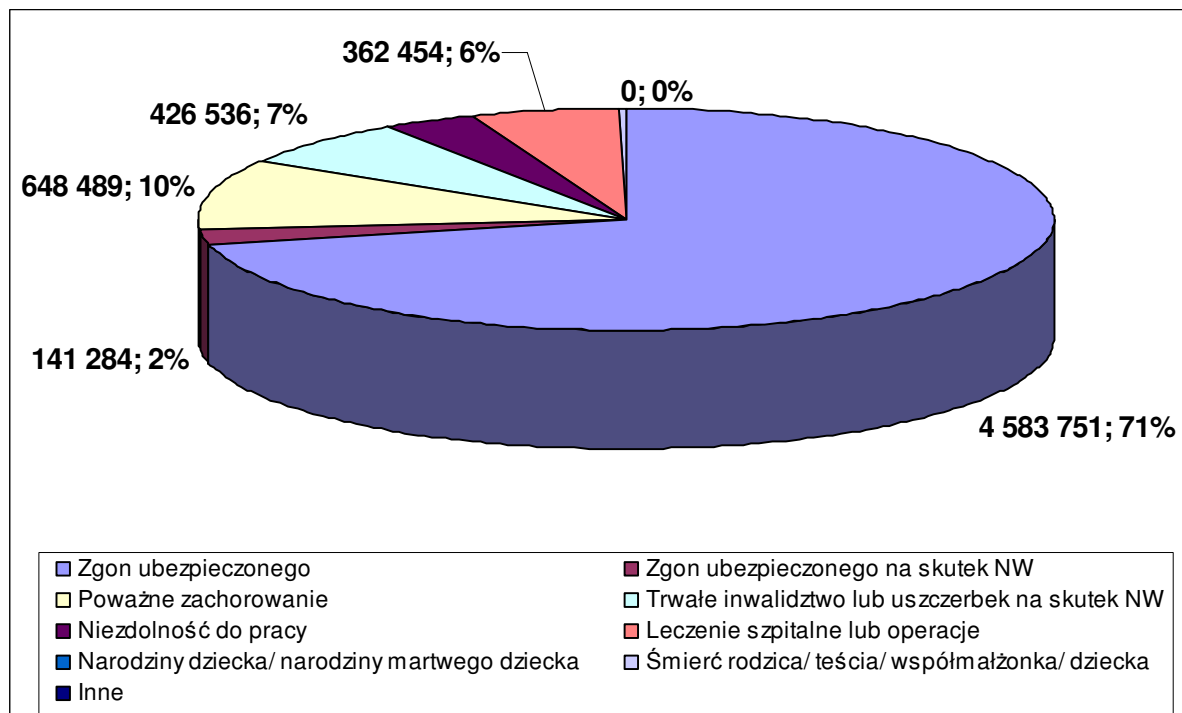
nieprawidłowości dotyczące ryzyk leczenia szpitalnego oraz operacji chirurgicznych. Pozostałe rodzaje ubezpieczeń były wykorzystywane znacznie rzadziej.

**Wykres 3. Przestępczość ubezpieczeniowa w Dziale I w roku 2012 (ujęcie ilościowe)**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Pod względem wartościowym zdecydowanie przodują przypadki dotyczące zgonów. Kolejne pod względem kwoty okazały się poważne zachorowania. Pozostałe pozycje mają marginalne zestawienie w ujęciu wartościowym.

**Wykres 4. Przestępczość ubezpieczeniowa w Dziale I w roku 2012 (ujęcie wartościowe)**


Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Tendencja wykorzystywania ryzyka zgonu i poważnego zachorowania jako podstawowej metody przestępczej utrzymuje się od kilku lat. Podstawowa przyczyna od lat pozostaje niezmienna. Jest nią mała sprawność funkcjonowania rejestrów administracji publicznej i brak ich cyfryzacji. Optymizmem napawa fakt rozpoczętej modernizacji systemu informatycznego NFZ i wdrożenie systemu EWUŚ. Jednak do skutecznego przeciwdziałania oszustwom bazującym na podawaniu fałszywych danych medycznych potrzebna jest pełna funkcjonalność tych systemów.

Wiele cennych informacji dostarcza analiza wartości przeciętnej przestępstwa w zależności od rodzaju ubezpieczenia w jakim doszło do nieprawidłowości. Najwyższe wartości średnie dotyczą wyłudzeń powiązanych z upozorowaniem zgonu, zgonu na skutek nieszczęśliwego wypadku, poważnego zachorowania i niezdolności do pracy (ok. 30-40 tys. PLN). Z kolei dla urodzenia dziecka wartość średnia to zaledwie 1300 PLN.

Podobne luki proceduralne umożliwiają dokonanie wyłudzeń świadczeń z produktów pobytu szpitalnego, trwałego inwalidztwa czy poważnego zachorowania. Niska jakość dokumentacji medycznej gromadzonej w publicznych placówkach opieki zdrowotnej wpływa

ujemnie na możliwości weryfikacji faktycznego stanu zdrowia i historii choroby ubezpieczonego.

W roku 2012 zrezygnowano z oddzielnego klasyfikowanie wyłudzeń dokonywanych w ubezpieczeniach indywidualnych i grupowych. Klasyfikacja rodzajowa zawiera co prawda ryzyka typowe dla produktów grupowych (np. urodzenie dziecka), lecz nie odnotowano istotnych zagrożeń w tych obszarach.

Biorąc pod uwagę duży udział ubezpieczeń grupowych w całej sprzedaży Działu I należy zwrócić szczególną uwagę na ten typ produktów. Duża liczba ubezpieczonych oraz zdarzeń szkodowych nie może pozostawać bez kontroli zakładów ubezpieczeń. Wiele przykładów wykrytych przestępstw, nadesłanych przez zakłady ubezpieczeń dotyczy ubezpieczeń grupowych i polega na tworzeniu przez sprawcę fikcyjnej grupy i wypłacie świadczeń fikcyjnym osobom.

Po raz pierwszy w historii badania respondenci mieli możliwość określić szacunkową skalę zjawiska w swoich zakładach ubezpieczeń. Dane te stanowią podstawę odrębnej analizy, mającej na celu oszacowanie subiektywnego zagrożenia przestępczością w Dziale I w poszczególnych rodzajach ubezpieczeń. Szczegółowe wyniki zostały zawarte w poniższej tabeli i nie są sumowane z danymi zaprezentowanymi wcześniej.

**Tabela 7. Szacunki skali niewykrytych nieprawidłowości wg rodzaju ubezpieczenia (Dział I 2012 r.)**

Rodzaj nieprawidłowości	Ilość	Wartość (PLN)
Zgon ubezpieczonego	9	254 816
Zgon ubezpieczonego na skutek NW	0	0
Poważne zachorowanie	0	0
Trwałe inwalidztwo lub uszczerbek na skutek NW	131	545 701
Niezdolność do pracy	0	0
Leczenie szpitalne lub operacje	44	29 600
Narodziny dziecka/ narodziny martwego dziecka	20	35 000
Śmierć rodzica/ teścia/ współmałżonka/ dziecka	10	15 000
Inne	0	0
<b>Razem</b>	<b>214</b>	<b>880 117</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Dane dostarczyły zaledwie cztery zakłady ubezpieczeń. Prawdopodobnie w kolejnych latach do nowej formuły zbierania danych przystąpi więcej respondentów. Mimo niewielkiej zwrotności suma opiewa na około 900 000 PLN, a połowa tej kwoty dotyczy ryzyk trwałego inwalidztwa na skutek nieszczęśliwego wypadku. Kolejna istotna pozycja dotyczy ryzyka zgonu.

Mała ilość danych uniemożliwia wyciąganie daleko idących wniosków. Warto jednak podkreślić, że powyższa kwota pochodząca z 4 zakładów, których łączny udział rynkowy wynosi niespełna 10%, to blisko 1/3 sumy wykrytych nieprawidłowości zgłoszonych w głównej tabeli reprezentowanej przez 80% rynku.

### 3. Przykłady zdarzeń

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

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

#### **Przypadek 1**

Agentka ubezpieczeniowa w jednym z miast na południu Polski działając pod szyldem zakładu ubezpieczeń na życie zdołała wyłudzić ponad 7 mln PLN. Sprawczyni oferowała wielu zamożnym osobom produkty inwestycyjne sygnowane marką ubezpieczyciela. Zachętą dla oszukanych osób była obietnica wyjątkowo korzystnej stopy zwrotu, znacznie przewyższającej parametry oferowane przez klasyczne produkty bankowe. Aby uwiarygodnić swoją ofertę, oszustka korzystała z logotypów oraz papieru firmowego ubezpieczyciela. Klienci wpłacali znaczne kwoty, często przekraczające 100 tys. PLN. W rzeczywistości tego rodzaju produkty nie istniały, a agentka stworzyła specyficzny rodzaj piramidy finansowej. Nieliczni klienci uzyskiwali obiecane wypłaty, powiększając tym samym wiarygodność oszustki i nagabując kolejnych pokrzywdzonych. Mimo nagłośnionego w mediach problemu kłopotów finansowych innego znanego podmiotu z branży parabankowej, oszustce udało się wyłudzić środki od około 90 osób. Po blisko 2 latach od rozpoczęcia procederu sprawczyni wstrzymała wypłaty i przez pewien czas zwodziła swoich klientów obietnicą jeszcze wyższych zysków.

Finalnie sprawa trafiła do prokuratury, ponieważ niezadowoleni klienci poinformowali centralę ubezpieczyciela.

### **Przypadek 2**

Pośrednik ubezpieczeniowy działał na szkodę Towarzystwa Ubezpieczeń poprzez wprowadzanie klientów w błąd co do sytuacji finansowej Towarzystwa oraz informowanie, że środki klientów na polisach są zagrożone, w związku z czym namawiał do rozwiązywania umów ubezpieczenia i zawarcia umowy z innym zakładem ubezpieczeń - art. 286 par. 1 kk.

### **Przypadek 3**

Nieuczciwy agent posługiwał się loginami klientów w portalu internetowym do zarządzania parametrami produktu i dokonywał korzystnych dla siebie zmian w umowach ubezpieczenia.

### **Przypadek 4**

Agent zbudował piramidę finansową w celu wyłudzenia wysokich prowizji w ramach ubezpieczeń na życie klientów. Ubezpieczane były nieświadome lub nie istniejące osoby - wpłata pierwszych 3 składek skutkowałą wypłatą wysokiej prowizji. Z uzyskanych w ten sposób środków były finansowane kolejne nielegalne polisy.

**Przypadek 5** - Wpisywanie przez lekarzy „właściwych „operacji, zabiegów itp. tak by mieściły się w granicach odpowiedzialności ZU.

Ubezpieczony zgłasza roszczenie w związku z przeprowadzoną operacją. Konsultant medyczny po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną ustala, że wykonana operacja nie znajduje się w Katalogu Operacji Chirurgicznych, wobec tego roszczenie zostaje odmówione. Po otrzymaniu decyzji odmownej Ubezpieczony składa ponownie „poprawione” roszczenie wskazując, że np. nastąpiła pomyłka i był inny zakres operacji. Tym razem operacja jest objęta zakresem ubezpieczenia

### **Przypadek 6** - Zatajenie informacji, o którą pyta ubezpieczyciel.

Do ubezpieczenia przystąpił 50-letni mężczyzna. We wniosku o ubezpieczenie spisanym 25 marca podał, że jest osobą zdrową, nie chorującą na żadną z chorób, o które zakład ubezpieczeń pytał we wniosku medycznym. Został przyjęty do ubezpieczenia z klasą ryzyka „0” (standardową) i początkiem ubezpieczenia od 1 kwietnia.

W lutym następnego roku uposażony wystąpił o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego. Zgodnie z aktem zgonu śmierć ubezpieczonego nastąpiła w dniu 15 grudnia – czyli 9 miesięcy od daty zawarcia umowy. Według karty zgonu, wystawionej przez szpital, przyczyną śmierci był rozsiany proces nowotworowy. Wystąpiono o udostępnienie dokumentacji medycznej ze szpitala, który wystawił kartę zgonu. Dostarczona dokumentacja

ujawniła, że ubezpieczony przebywał w szpitalu po raz pierwszy w dniach 1-27 marca. Powodem przyjęcia do szpitala było ujawnienie w badaniu RTG klatki piersiowej z dnia 21 lutego zmiany guzowatej płuca o charakterze nowotworowym. Podczas hospitalizacji w dniu 13 marca w badaniu rezonansem magnetycznym potwierdzono rozpoznanie nowotworu złośliwego płuca.

Analiza dokumentacji wykazała również zatajenie innych czynników mających wpływ na ocenę ryzyka tj. palenie dwóch paczek papierosów dziennie (we wniosku podał 10 sztuk dziennie), dwutygodniowe ciągi alkoholowe (we wniosku podał picie alkoholi przy specjalnych okazjach), występowanie uporczywego kaszlu, utrata masy ciała.

**Przypadek 7 - Poświadczenie nieprawdy w dokumentacji do wypłaty świadczenia.**

Sprawca zgłosił roszczenie z tytułu zgonu rodzica współmałżonka.

Do uzyskania świadczenia konieczne jest przedstawienie aktualnego odpisu aktu małżeństwa lub złożenie oświadczenia, że zgłaszający roszczenie pozostaje w aktualnym związku małżeńskim z dzieckiem zmarłej osoby. Sprawca złożył nieprawdziwe oświadczenia, które zweryfikowano uzyskując w USC aktualne odpisy aktu małżeństwa.

**Przypadek 8 - Wskazanie nieprawdziwych okoliczności zdarzenia.**

Zgłoszone zostało roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu dziecka (syn – 25 lat). Jako przyczynę zgonu podany został zawał serca. W ramach prowadzonej likwidacji świadczenia uzyskano z policji dokumentację poświadczającą, że zmarły zginął w wyniku wypadku samochodowego, podczas którego prowadził samochód będąc w stanie nietrzeźwości – 1,63 promila alkoholu we krwi. OWU wyłączały odpowiedzialność ZU, jeżeli zgon ubezpieczonego nastąpił, gdy prowadził on pojazd w stanie nietrzeźwości.

**Przypadek 9 - Fałszowanie dokumentacji medycznej.**

Klientka zgłosiła roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu. W dokumentacji przedstawiła dwie karty informacyjne leczenia szpitalnego na łączną ilość 20 dni. W wyniku prowadzonej weryfikacji stwierdzono, że jedna z kart została podrobiona.

**Przypadek 10**

Wytypowano numery kont, co do których istniało podejrzenie przelewania nienależnych wypłat świadczeń (głównie z tytułu zgonu ubezpieczonego). Ustalono, iż nienależne świadczenia pieniężne trafiały m.in. na konto kierownika POKu oraz konto jego syna - na powyższe konta wypłacono łącznie 28 świadczeń na kwotę 122 639,30 zł. Pieniądze z powyższych świadczeń trafiały z dużym (kilku miesięcznym) opóźnieniem do uprawnionych (niektóre dopiero po wszczęciu postępowania).

**Przypadek 11**

Agentka zawarła umowę ubezpieczenia grupowego oraz przystąpiła do tej umowy jako ubezpieczony – początek odpowiedzialności 01 luty. W dniu 03 lutego nastąpił zgon współubezpieczonego. Zgłoszenie roszczenia nastąpiło w maju. Ustalono, że umowa faktycznie została podpisana w dniu 11 lutego czyli po zgonie współubezpieczonego. Ustalono także, że pomiędzy agentką a ubezpieczającym została zawarta fikcyjna umowa zlecenie na sprzątanie firmy ubezpieczającego. Składki ubezpieczeniowe za agentkę opłacane były przez nią w kasie, natomiast za pozostałych ubezpieczonych opłacał je ubezpieczający.

Agentka rozpytana na okoliczność przystąpienia do umowy ubezpieczenia oświadczyła, że przystępując miała świadomość postępującej choroby osoby bliskiej i zawierając nową umowę ubezpieczenia chciała się doubezpieczyć,

### **Przypadek 12**

Pośredniczka w zakładzie pracy przyjęła do ubezpieczenia grupowego (bez karencji) rodziców swojego męża. Osoby te nie były powiązane z ubezpieczającym, a przystąpiły do ubezpieczenia na zasadzie ubezpieczonych z dniem 01 sierpnia. W dniu 05 sierpnia nastąpił zgon ubezpieczonego. Pośredniczka wraz ze swoją teściową zgłosiła roszczenie celem wypłaty dwóch „należnych” świadczeń.

W toku postępowania ustalono, że żadna z osób nie mogła być ubezpieczona w ramach ubezpieczenia grupowego.

### **Przypadek 13 - Obcinanie kciuków**

Sprawcy – członkowie zorganizowanej grupy przestępczej werbowali osoby bezrobotne lub z marginesu społecznego dokonywali amputacji kciuków – osób uprzednio ubezpieczonych na wysokie kwoty w ramach NNW. W procederze wyłudzeń uczestniczyły kancelarie prawne.

## **4. Wnioski i rekomendacje**

W roku 2012 działające w Polsce w Dziale I zakłady ubezpieczeń zebrały w formie składek kwotę 36 377 402 000 PLN oraz wypłaciły łącznie w formie świadczeń kwotę 25 916 650 000 PLN. Dla porównania wartość wykrytych nieprawidłowości w 17 firmach – uczestnikach badania to około 6 400 000 PLN w zakresie klasycznych wyłudzeń i dodatkowo ponad 8 300 000 PLN w pozostałych obszarach. Zatem ujawnione wyłudzenia stanowią ułamek promila tej sumy. Podobnie jak w latach ubiegłych nie jest możliwa do oszacowania tak zwana „ciemna liczba” nieujawnionych czynów, jednak dynamiczny wzrost ujawnianej co roku sumy nieprawidłowości oraz pojawianie się nowych obszarów ryzyka



skłania do przypuszczeń, że jest to wartość wysoka.

Porównanie wartości wykrytych przypadków wyłudzeń w Dziale I na przestrzeni ostatnich kilku lat wyraźnie dowodzi tezy o coraz większym zagrożeniu wyłudzeniami z produktów ubezpieczeń na życie. Skala zjawiska jest kilkukrotnie większa niż kilka lat temu. Jeszcze stosunkowo niedawno roczna skala zauważanych wyłudzeń nie przekraczała kilkuset tysięcy złotych. Mimo relatywnie niewielkich zauważonych wartości nieprawidłowości w porównaniu z Działem II, nie należy bagatelizować zagrożenia, z którym coraz częściej borykają się także ubezpieczyciele z Europy Zachodniej.

Należy pamiętać, że jeszcze kilka lat temu ubezpieczenia na życie uważane były za względnie niepodatne na wyłudzenia. Szybkie zmiany w metodach działania sprawców nakazują przywiązywać wiele uwagi do badań nad strukturą tego zjawiska.

Coraz więcej danych o coraz lepszej jakości, jakie dostarczają zakłady ubezpieczeń biorące udział w badaniu, pozwala na postawienie tezy o najbardziej popularnych metodach popełniania przestępstw, produktach najbardziej podatnych na wyłudzenie oraz potencjalnych lukach w stosowanych procedurach.

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

- Ubezpieczenia na życie zagrożone są nie tylko klasycznymi wyłudzeniami świadczeń. Groźne jest także celowe zawieranie nowych umów mających na celu stworzenie podstawy do złożenia oszukańczych roszczeń.
- W obliczu nowych zagrożeń wyłudzeniami należy przy motywowaniu i wynagradzaniu pośredników uwzględniać nie tylko wyniki sprzedażowe.
- Zakłady ubezpieczeń, które posiadają w swych strukturach spółki Działu I i II powinny zharmonizować strategie zapobiegania i zwalczania przestępczości na wszystkich obszarach działalności. Wiele metod wypracowanych w Dziale II doskonale nadaje się do zastosowania w Dziale I. Cenne byłoby także porównanie danych o podmiotach dokonujących wyłudzeń. Należy intensywnie kontynuować podjęte działania, aby jak najszybciej zniwelować różnice pomiędzy skutecznością systemów antyfraudowych w Dziale I i II.



- Zwalczenie wyłudzeń z ubezpieczeń chorobowych i wypadkowych jest utrudnione bez dostępu do danych systemów ewidencji ludności i rzetelnie prowadzonej dokumentacji medycznej. Dostęp do tego typu danych, a także do baz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych powinien być kluczowym elementem modelowego procesu weryfikacji roszczeń.
- Kompleksowe przeciwdziałanie przestępczości ubezpieczeniowej w Dziale I wymaga całościowego spojrzenia na proces obsługi umowy ubezpieczenia, poczynając od momentu sprzedaży produktu. Konieczne jest edukowanie i zaangażowanie wszystkich pracowników ubezpieczyciela w proces prewencyjny.

Optymizmem napawa rekordowa zwrotność badania przeprowadzonego w Dziale I. Nie sposób nie zauważyć ogromnego przełomu w świadomości postrzegania problemu wyłudzeń świadczeń, jaki dokonał się w ostatnim roku wśród zakładów ubezpieczeń na życie. Przejawem tej zmiany jest nie tylko wspomniana Podkomisja PIU, lecz także aktywny udział przedstawicieli tych zakładów w licznych przedsięwzięciach, jak na przykład konferencje, warsztaty czy zadaniowe grupy robocze.

## **Dział II – pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe**

### **1. Metodyka badania**

Badanie Polskiej Izby Ubezpieczeń dotyczące przypadków przestępczości ubezpieczeniowej przeprowadzone w 2012 roku, nie odbiegało pod względem merytorycznym od edycji poprzednich. Wypracowana od lat metoda pozwala na zbieranie wartościowych i porównywalnych danych, a uczestnicy badania sprawnie wypełniają wzór formularza.

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.

Ankieta została skierowana do wszystkich zakładów ubezpieczeń działających w 2012 roku na polskim rynku (w tym 33 z siedzibą w Polsce). Informacje zwrotną nadesłało 26 zakładów (22 z siedzibą w Polsce), co stanowi 67 % ilości towarzystw ubezpieczeń Działu II z siedzibą w Polsce. Udział rynkowy 22 zakładów (z siedzibą w Polsce) – uczestników badania mierzony wartością wypłaconych odszkodowań Działu II wynosi ok. 96 %. Uzyskany rezultat to najwyższa zwrotność w historii badania PIU. 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 2012 r.**

W 2012 roku odnotowano 7753 czynów przestępczych na łączną kwotę 103 316 149 PLN. W porównaniu z rokiem poprzednim oznacza to wzrost liczby czynów o 68% oraz wzrost ogólnej kwoty przestępstw o 17%. Średnia wartość przestępstwa wyniosła około 13 300 PLN. Wartość czynów odnotowanych w 2012 roku jest najwyższą odnotowaną wartością na przestrzeni ostatnich lat. Świadczy to o utrzymującej się tendencji wzrostowej wartości przestępstw w Dziale II. Ilość czynów z roku na rok rośnie bądź maleje i wpływa na nią

głównie fakt wykrywania przez poszczególne zakłady drobnych masowych przestępstw. Z tego względu głównym wyznacznikiem tendencji zjawiska wyłudzeń w Dziale II jest ogólna kwota wykrytych wyłudzeń.

W poniższej tabeli zestawiono ilości i wartości przestępstw ujawnionych w 2012 roku w Dziale II w ujęciu ilościowym i wartościowym. Cztery z badanych zakładów ubezpieczeń zadeklarowały brak wykrytych nieprawidłowości. W jednym z przypadków wynika to ze specyfiki oferowanych produktów. Pozostałe deklaracje wynikają z procesów przekształceń własnościowych, których nie brakowało na rynku w 2012 roku.

**Tabela 8. Liczba i wartość przestępstw ubezpieczeniowych ujawnionych w poszczególnych zakładach ubezpieczeń Działu II w roku 2012 (z siedzibą w Polsce)**

Poszczególne TU (kolejność losowa)	Przestępstwa w 2012	
	Liczba	Kwota Nieprawidłowości
Zakład ubezpieczeń nr 1	573	8 449 750
Zakład ubezpieczeń nr 2	146	1 616 395
Zakład ubezpieczeń nr 3	0	0
Zakład ubezpieczeń nr 4	100	949 000
Zakład ubezpieczeń nr 5	144	2 641 366
Zakład ubezpieczeń nr 6	19	530 000
Zakład ubezpieczeń nr 7	0	0
Zakład ubezpieczeń nr 8	499	7 507 500
Zakład ubezpieczeń nr 9	2	95 000
Zakład ubezpieczeń nr 10	621	9 539 126
Zakład ubezpieczeń nr 11	216	4 325 471
Zakład ubezpieczeń nr 12	0	0
Zakład ubezpieczeń nr 13	7	57 700
Zakład ubezpieczeń nr 14	31	402 119
Zakład ubezpieczeń nr 15	980	5 299 924
Zakład ubezpieczeń nr 16	394	3975680
Zakład ubezpieczeń nr 17	0	0
Zakład ubezpieczeń nr 18	643	20 453 033
Zakład ubezpieczeń nr 19	133	186 228
Zakład ubezpieczeń nr 20	71	705 722
Zakład ubezpieczeń nr 21	136	1 624 168
Zakład ubezpieczeń nr 22	1 980	27 569 880
<b>Razem</b>	<b>7 753</b>	<b>103 316 149</b>

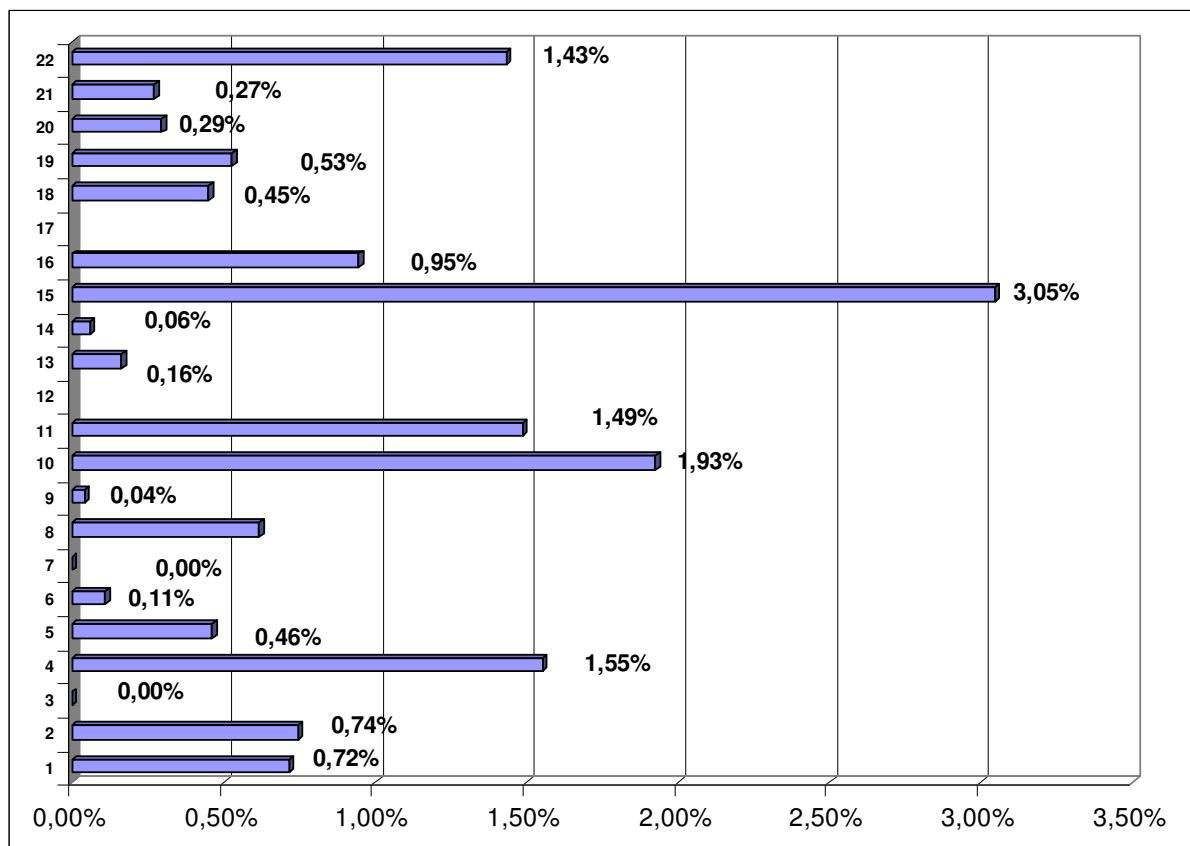
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Wartość wykazanych w badaniu czynów przestępczych stanowi około 0,74 % ogółu wypłaconych w 2012 roku w Dziale II odszkodowań. Podobnie jak w przypadku Działu I nieznana pozostaje prawdziwa skala zjawiska przestępczości ubezpieczeniowej.

Interpretując powyższe dane należy jednak nie zapominać o fakcie, że rzeczywista skala zjawiska przestępczości ubezpieczeniowej pozostaje niezbadana. Dostępne teorie naukowe dotyczące wysokich wartości tak zwanej „ciemnej liczby” (czyli relacji czynów niewykrytych do ujawnionych) w przestępstwach finansowych potwierdzają przypuszczenia o wysokim odsetku nieznanymi nieprawidłowości.

Interesujących wniosków dostarcza porównanie odsetka, jaki ujawnione nieprawidłowości stanowią w ogólnej kwocie wypłacanych odszkodowań przez danego ubezpieczyciela. Wynosi on od 0,04 do 3,05 % i zależy nie tylko od stopnia skuteczności ścigania przestępczości, ale także od rodzaju sprzedawanych produktów. Średnia wartość to 0,76%.

**Wykres 5. Udział nieprawidłowości w wypłacanych odszkodowaniach w Dziale II w roku 2012**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

(1-22) poszczególne zakłady ubezpieczeń biorące udział w badaniu) kolejność losowa

Zakłady ubezpieczeń odnotowujące niski poziom wykrywania przestępstw ubezpieczeniowych paradoksalnie mogą być nimi zagrożone w większym stopniu, ponieważ nie posiadają narzędzi do skutecznego wykrywania zagrożeń. Przestępcy ubezpieczeniowi (szczególnie ci zorganizowani) podejmują próby wyłudzeń tam, gdzie prawdopodobieństwo

niepowodzenia jest mniejsze. Wysokie wartości współczynnika charakteryzują zakłady największe o dobrze zorganizowanych strukturach antyfraudowych.

W tabeli nr 9 zawarto charakterystykę struktury przestępstw ubezpieczeniowych Działu II w roku 2012.

**Tabela 9. Nieprawidłowości wg rodzaju ubezpieczenia (Dział II 2012 r.)**

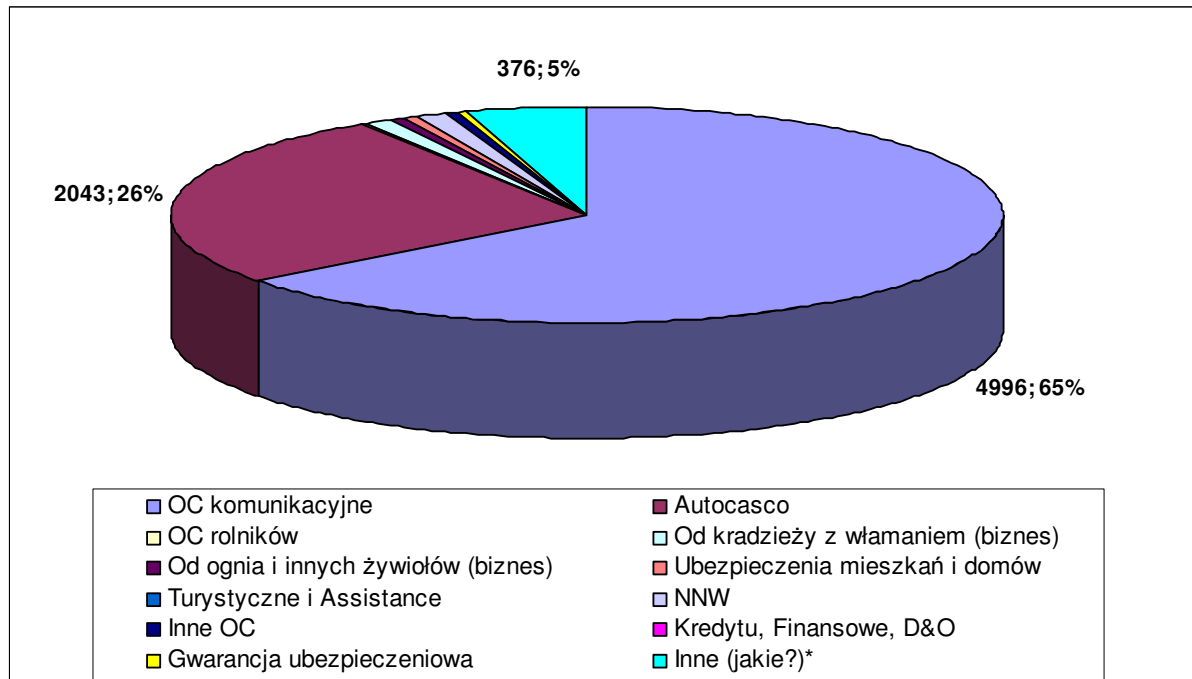
Rodzaj ubezpieczenia	Liczba		Kwota	
		(%)	Wartość (PLN)	(%)
OC komunikacyjne	4996	64,44%	45 602 921	44,14%
Autocasco	2043	26,35%	36 098 425	34,94%
OC rolników	22	0,28%	1 050 465	1,02%
Od kradzieży z włamaniem (biznes)	85	1,10%	5 986 298	5,79%
Od ognia i innych żywiołów (biznes)	50	0,64%	4 530 312	4,38%
Ubezpieczenia mieszkań i domów	31	0,40%	1 931 755	1,87%
Turystyczne i Assistance	17	0,22%	32 491	0,03%
NNW	74	0,95%	2 793 837	2,70%
Inne OC	56	0,72%	3 028 981	2,93%
Kredytu, Finansowe, D&O	2	0,03%	95 000	0,09%
Gwarancja ubezpieczeniowa	1	0,01%	290 089	0,28%
Inne	376	4,85%	1 875 574	1,82%
<b>Razem</b>	<b>7753</b>	<b>---</b>	<b>103 316 149</b>	<b>---</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Analizując powyższe dane, należy pamiętać, że niektóre zakłady ubezpieczeń nie rozróżniają w swoich rejestrach ubezpieczeń OC i AC – podają dane zagregowane, lub raportują wszelkie wyłudzenia w komunikacji, jako dotyczące ubezpieczenia OC. Z tego względu należy je rozpatrywać łącznie jako ubezpieczenia komunikacyjne ogółem.

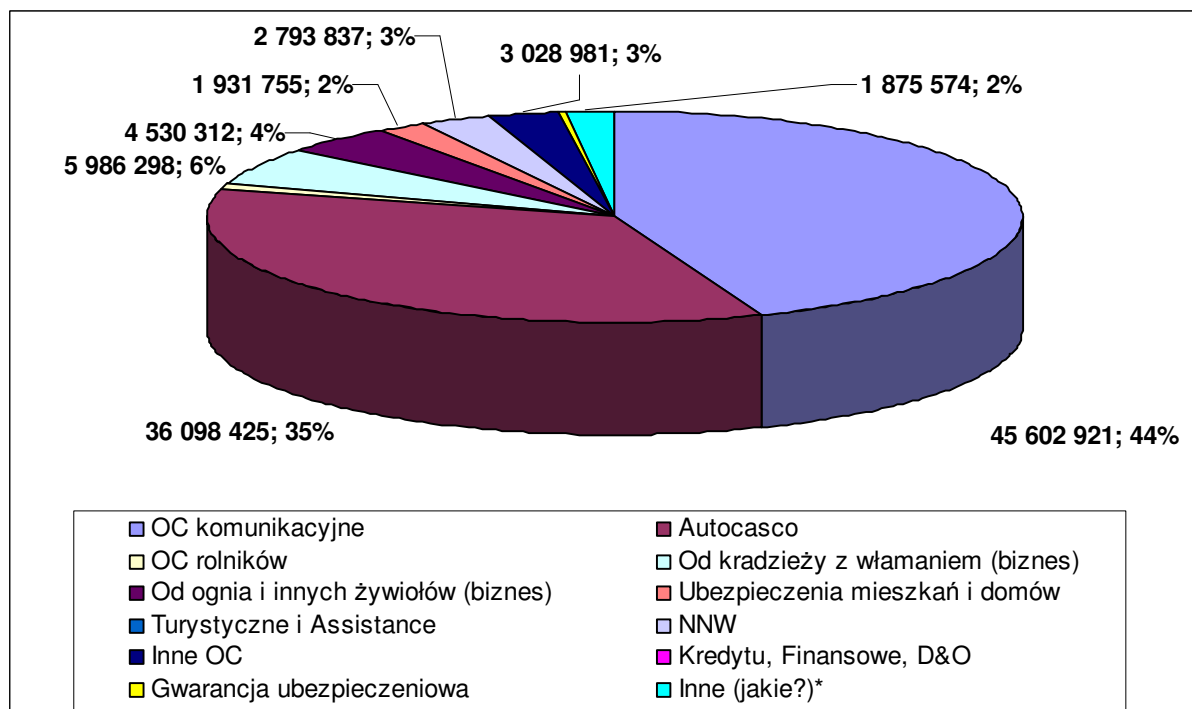
Dane za rok 2012 zostały również zobrazowane na kolejnych wykresach w ujęciu ilościowym i jakościowym.

Wykres 6. Nieprawidłowości w Dziale II w roku 2012 (ujęcie ilościowe)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Wykres 7. Nieprawidłowości w Dziale II w roku 2012 (ujęcie wartościowe)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Porównanie danych z roku 2012 z poprzednimi edycjami badania PIU daje podstawę do wyciągnięcia wniosków, których meritum zbliżone jest bardzo do poprzedniej edycji analizy.

Tradycyjnie ubezpieczenia komunikacyjne stanowią największy udział w raportowanych wyłudzeniach. Udział tego typu produktów w Dziale II wynosił w 2012 roku ok. 55%. Tymczasem skala wyłudzeń to około 90% w ujęciu ilościowym i 80% ujęciu wartościowym. Przyczyny tego stanu rzeczy od lat pozostają niezmiennie: prostota klasycznych i opisywanych w mediach metod wyłudzeń, powszechność szkód komunikacyjnych, przyzwolenie społeczne. Coraz większe doświadczenie zakładów ubezpieczeń, zastosowanie narzędzi informatycznych oraz coraz powszechniejsze wykorzystywanie danych z UFG, powoduje, że ten typ wyłudzenia stosunkowo łatwo wykryć, a sprawcy nie pozostają bezkarni. Część zakładów ubezpieczeń zawarła w raportach wartości zagregowane, ponieważ stosowanie systemy ewidencji nie pozwalają na rozgraniczenie pomiędzy OC i AC. Z tego względu wyciąganie szczegółowych wniosków jest bardzo utrudnione.

Zbytнім uproszczeniem byłoby jednak stwierdzenie, że przestępczość ubezpieczeniowa w Dziale II koncentruje się tylko na szkodach związanych z uszkodzeniami pojazdów. W ostatnich latach znacznie wzrasta zagrożenie szkodami osobowymi z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Klasyczne metody wyłudzeń sprzed lat polegały na generowaniu przez sprawców wyłudzeń opartych na kalkulacji kosztów naprawy pojazdów. Obecnie szereg roszczeń polega na zgłaszaniu fikcyjnych uszkodzeń ciała. Dotyczy to zarówno powiększania deklarowanego zakresu uszkodzeń ciała w przypadku urazów, jak i symulowaniu stanów psychicznych wynikających z rzekomo doznanego szoku pourazowego. Jednymi z bardziej popularnych powypadkowych dolegliwości są dolegliwości związane z uszkodzeniem szyjnego odcinka kręgosłupa, bóle głowy, depresje powypadkowe. Powyższym metodom sprzyja nieład w dokumentacji medycznej i słabości systemów administracyjnych służby zdrowia opisane szczegółowo w podrozdziale dotyczącym Działu I. Zasada pełnego odszkodowania charakterystyczna dla ubezpieczenia OC daje sprawcom nieograniczone możliwości składania dodatkowych roszczeń dotyczących na przykład utraty przychodów. Roszczenia te poparte są przeważnie fałszywą dokumentacją. Brak dostępu do baz ZUS utrudnia weryfikację roszczeń. Popularne stało się także wyłudzenie zadośćuczynień za śmierć bliskich w wypadku komunikacyjnym, w sytuacji gdy roszczonego z ofiarą nie łączyły jakiegokolwiek relacje. Wielu sprawców

korzysta przy tym z pomocy profesjonalnych pośredników odszkodowawczych. Nie bez znaczenia pozostaje także fakt korumpowania biegłych dostarczających spreparowane opinie mające na celu potwierdzić wersję roszczonego.

Zmiana charakteru roszczeń w ubezpieczeniach komunikacyjnych wymusza na zakładach ubezpieczeń modernizację polityki antyfraudowej ukierunkowanej dotąd na detekcję szkód związanych z pojazdami. Dezaktualizacji ulega także część charakterystycznych symptomów próby wyłudzenia. Przykładowo szkody typowo mechaniczne preparowane były w miejscach odludnych. Fikcyjne szkody osobowe powstają zwykle w szczycie komunikacyjnym, tak aby były dobrze udokumentowane i wzbogacone o zeznania możliwie dużej liczby świadków.

Analizując wartości nieprawidłowości w roku 2012 w dalszej kolejności plasują się szkody dotyczące kradzieży mienia w biznesie (blisko 6 000 000 PLN) oraz niekomunikacyjne ubezpieczenia OC (3 000 000 PLN). Należy także dostrzec duży udział wyłudzeń związanych produktami ubezpieczenia od ognia i innych żywiołów w biznesie. Opiewają one na kwotę ok. 4 500 000 PLN. Popularność szkód ogniowych jako metody działania przestępców można zauważyć już w minionych edycjach analizy. Celowe podpalenia znany były już u zarania działalności ubezpieczeniowej. Jednak nowa prawidłowość generowania dużych szkód sugeruje konieczność położenia dużego nacisku na weryfikację roszczeń związanych z pożarami obiektów przemysłowych o dużych rozmiarach. Wydaje się celowym wprowadzenie szczegółowych procedur postępowania przy weryfikacji zasadności takich roszczeń oraz szkolenie kadr ubezpieczycieli pod kątem rozpoznawania prób wyłudzeń. O szczególnym zagrożeniu dla ubezpieczycieli świadczy rekordowo wysoka wartość przeciętna w tego rodzaju wyłudzeniach, która wynosi ponad 90 000 PLN.

Szkody związane z prowadzeniem działalności gospodarczej stanowią drugą po komunikacyjnych grupę wśród najpopularniejszych wyłudzeń. Specyfika prowadzenia działalności gospodarczej umożliwia sprawcom wygenerowanie szkody o znacznej wartości. W przeciwieństwie do osób fizycznych w przypadku podmiotów gospodarczych można bez ograniczeń tworzyć i modyfikować tożsamość, co znacząco utrudnia działania dochodzeniowe i zapobiegawcze. Mimo, że łączna liczba takich szkód jest niewielka, (około 2,5% liczby ogólnej) to wartościowo są one bardzo dotkliwe dla ubezpieczycieli. (średnia wartość przekracza 60 000 PLN)

Pozostałe rodzaje ubezpieczeń zawarte w kwestionariuszu badania Działu II nie stanowią istotnego udziału w zarejestrowanych przypadkach. Nie oznacza to absolutnie, że te rodzaje ubezpieczeń traktować można jako całkowicie bezpieczne pod względem zagrożenia



przestępczością ubezpieczeniową. Dotyczy to szczególnie ubezpieczeń finansowych. Przykłady z praktyki likwidacyjnej dowodzą, że nawet produkty o specyficznej konstrukcji – na przykład assistance mogą stanowić poważny generator wysokich odszkodowań.

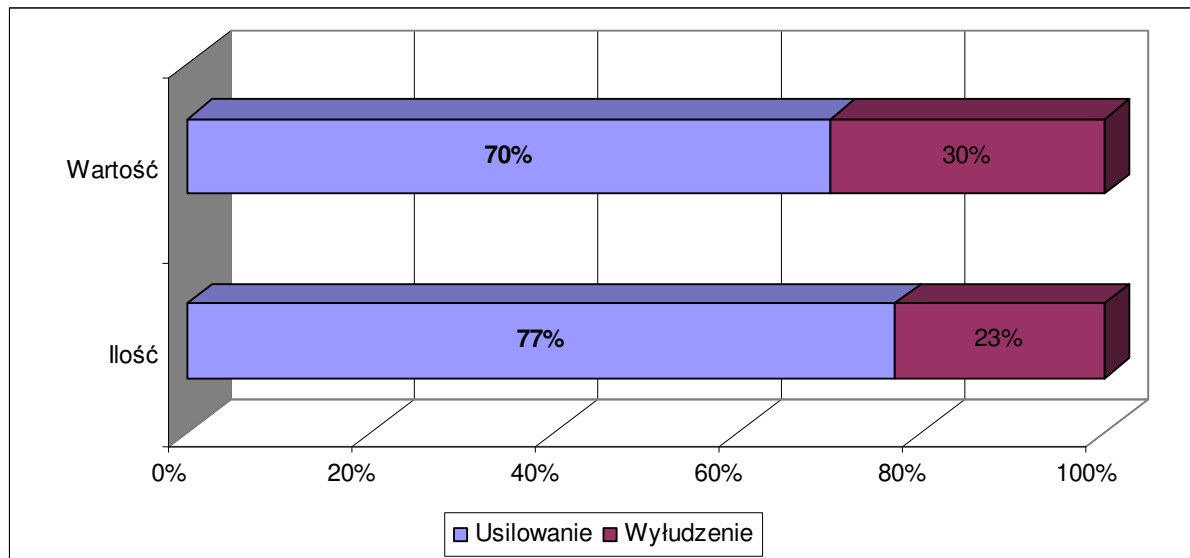
Pamiętajmy, że większość metod i narzędzi wykrywania wyłudzeń powstało na gruncie doświadczeń związanych z ubezpieczeniami komunikacyjnymi. U podstaw sukcesu skuteczności zwalczania wyłudzeń w ubezpieczeniach komunikacyjnych leży możliwość korzystania z baz UFG. W przypadku pozostałych ubezpieczeń majątkowych ubezpieczyciele jak dotąd nie dysponują analogicznym narzędziem,

Szkody w innych przedmiotach ubezpieczeń majątkowych (NNW, nieruchomości, składniki majątku obrotowego firm) nie są na tyle częste, rozpoznane i opisane procedurami. Powoduje to możliwość wykorzystywania przez sprawców wyłudzeń metod, które w przypadku pojazdów samochodowych byłyby łatwo wykryte (zawyżenie wartości, antydatowanie, wielokrotne ubezpieczenie), jednak umykają uwadze kontrolerów z racji innego charakteru ubezpieczenia i skromniejszego zasobu danych o przedmiocie ubezpieczenia. Rozpoznanie metod wyłudzeń oraz wystandaryzowanie działań zapobiegawczych w ubezpieczeniach innych niż komunikacyjne, to obecnie jedno z największych wyzwań dla zakładów ubezpieczeń Działu II. Z analogicznych powodów należy uznać, że skala przestępczości ubezpieczeniowej w niekomunikacyjnych ubezpieczeniach majątkowych pozostaje wysoce niedoszacowana

Nawet jeśli liczba ujawnionych przypadków danego rodzaju jest statystycznie niewielka, to o skali realnego zagrożenia świadczy średnia wartość szkody i wnioski z obserwacji tendencji rozwojowych. Założenia planowania przyszłych działań zwalczania przestępczości ubezpieczeniowej powinny uwzględniać fakt zmiany trendów i struktury wyłudzeń.

Należy zauważyć, że zakłady ubezpieczeń coraz lepiej radzą sobie z rozpoznawaniem, które ze zgłoszonych roszczeń stanowić mogą próbę wyłudzenia odszkodowania. Kwestionariusz badania uwzględniał podział wykrytych przypadków na usiłowania i wyłudzenia. Zdecydowana większość składania nienależnych roszczeń kończy się niepowodzeniem. Proporcja ta różni się znacznie w poszczególnych zakładach. Tendencję dla całego Działu II ilustruje poniższy wykres.

**Wykres 8. Nieprawidłowości w podziale na skuteczność działania sprawcy (Dział II 2012r.**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Cechą charakterystyczną jest znacznie większa skuteczność wyłudzeń dokonywanych przez pracowników ubezpieczyciela, którzy z racji posiadanej wiedzy i dostępu do informacji potrafią efektywnie unikać odpowiedzialności. Jest to szczególnie istotne w kontekście wspomnianego niejednokrotnie zagrożenia ze strony zorganizowanych grup przestępczych, które nakłaniają do współpracy pracowników zakładów ubezpieczeń.

Konstrukcja narzędzia badawczego umożliwiła respondentom wykazanie współdziałania pracownika w każdym rodzaju popełnianego przestępstwa. Zaledwie kilka zakładów ubezpieczeń skorzystało z tej możliwości i dostarczyło dane zdatne do analizy. Pozostałe prawdopodobnie nie posiadają tego rodzaju statystyk. Udział pracowników w wyłudzeniach nie przekracza w opisywanych zakładach kilku procent. Najbardziej popularna metodą jest współpraca pracownika i klienta zmierzająca ku rozmyślnemu zawarciu umowy ubezpieczenia w celu wyłudzenia odszkodowania.

Poza nieprawidłowościami z obszaru wypłaty świadczeń prawie wszystkie zakłady ubezpieczeń dostarczyły dane dotyczące pozostałych ujawnionych przypadków naruszeń prawa. Podsumowanie wyników zawarte jest w poniższej tabeli.

**Tabela 10. Nieprawidłowości poza obszarem wypłaty odszkodowań (Dział II 2012r.)**

Rodzaj nieprawidłowości	Ilość	Wartość (PLN)
Przywłaszczenie składek	494	11 201 547
Zawarcie umowy w celu wyłudzenia świadczenia	348	1 133 117
Zawarcie umowy w celu wyłudzenia prowizji	56	24 524
Przestępstwa przeciwko dokumentom	293	199 169
Inne/ Nadużycia stwierdzone w innych obszarach	297	7 830 320
<b>RAZEM</b>	<b>1488</b>	<b>20 388 676</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Suma stwierdzonych nadużyć opiewa na ponad 20 mln PLN. W tej kwocie 11 mln PLN to zdefraudowane składki. Wdrożone od lat systemy informatycznie nie są w stanie skutecznie wyeliminować tego niekorzystnego zjawiska. Analogicznie do sytuacji opisywanej w Dziale I, należałoby zastanowić się nad zmianami w postrzeganiu i ocenie procesów sprzedaży z punktu widzenia całości organizacji. Dotyczy to nie tylko kontroli przepływu środków finansowych, ale wszelkich aspektów związanych z oceną ryzyka i weryfikacją informacji dokonywanych na etapie sprzedaży produktów ubezpieczeniowych.

Choć przywłaszczenie składki nie spełnia znamion klasycznego przestępstwa ubezpieczeniowego, to jest ono wyjątkowo szkodliwe dla reputacji ubezpieczyciela, który niesłusznie traci zaufanie w oczach oszukanego klienta. Największą pozycją w tabeli jest kategoria inne, która zawiera główne sprawy, dotyczące wypłat odszkodowań za zdarzenia do których doszło w wyniku dokonania przestępstwa (nieubezpieczeniowego). Podsumowując warto zauważyć, że dane zawarte w powyższej tabeli pochodzą zaledwie od kilku ubezpieczycieli, zdolnych do prowadzenia ewidencji tego typu zdarzeń.

### 3. Przykłady zdarzeń

W Dziale II w roku 2012 zakłady ubezpieczeń dostarczyły następujące przykłady mechanizmu wyłudzenia.

#### Przykład 1

Zgłoszenie i przyjęcie do ubezpieczenia AC w modelu direct pojazdu (na podstawie wniosku internetowego), który posiada poważne uszkodzenia lub dziwne/niewiadome pochodzenie. We wniosku deklarowane jest, że pojazd został ubezpieczony bez uszkodzeń.

Gdy system typuje taki pojazd do inspekcji, a rzeczoznawca próbuje się umówić na oględziny, właściciel przez kilka-kilkanaście dni odmawia kontaktu z rzeczoznawcą (nie ma czasu, jest w podróży). Następnie pojazd "ginie" lub ulega sfingowanej ciężkiej szkodzie, która jest zgłaszana. Zakład ponosi ryzyko, ponieważ odpowiedzialność biegnie od wypełnienia wniosku i zapłacenia składki.

### **Przykład 2**

Zgłoszenie szkody w pojeździe, w przypadku gdy uszkodzenia pojazdu wskazują, że powstały wcześniej lub nie mogły powstać w okolicznościach opisanych w zgłoszeniu szkody (nie korelują z drugim pojazdem lub z przeszkodą). Przydatne jest sprawdzenie szkodowości w UFG i innych TU i zdjęcia z poprzedniej szkody.

### **Przykład 3**

Przy szkodzie w pojeździe, do faktycznie zaistniałych uszkodzeń, popularne jest - "dokładanie uszkodzeń" wcześniejszych nie związanych ze zdarzeniem.

### **Przykład 4**

Przy szkodach osobowych z OC komunikacyjnego (śmiertelnych) popularne jest pompowanie roszczeń z tytułu zadośćuczynienia po śmierci osoby bliskiej poprzez mnożenie osób, z którymi zmarły przebywał w bliskich relacjach, czy na których utrzymanie łożył. Czasami po zgonie osoby z marginesu lub z patologicznej rodziny, który z nikim nie utrzymywał bliskich stosunków i nikomu nie pomagał w kolejce po świadczenie ustawia się pół wsi.

### **Przykład 5**

W dniu 3 lipca 2012 r. została zgłoszona szkoda samochodu Renault Trafic. Jako miejsce zdarzenia podano plac manewrowo-parkingowy. Sprawca w trakcie cofania samochodem ciężarowym uderzył w lewy bok zaparkowanego samochodu Renault. Na miejsce kolizji zaistniałej o godz. 22,50 nie wezwano policji. Po sprawdzeniu pojazdów w bazie szkodowej UFG, potwierdzeniu okoliczności przez sprawcę oraz z uwagi na upływający termin likwidacji szkody wypłacono odszkodowanie. Z uwagi na fakt, że pojazd został sprowadzony do Polski w kwietniu 2012 r. w dalszym ciągu prowadzono czynności sprawdzające. W dniu 9 stycznia 2013 r. Otrzymano z Niemiec dokumentację, z której wynikało, że samochód Renault był uszkodzony na terenie Niemiec w miesiącu lutym 2012 r.

I w takim stanie został sprzedany obecnemu właścicielowi. Uszkodzenia pojazdu zgłoszone w naszej szkodzie są uszkodzeniami powstałymi na terenie Niemiec. Sprawa została zgłoszona do organów ścigania.

#### 4. Wnioski i rekomendacje

Polska Izba Ubezpieczeń od ponad 10 lat prowadzi badania nad przestępczością ubezpieczeniową. Raport dotyczący roku 2012 charakteryzuje się największą w historii reprezentatywnością, ponieważ na badanie odpowiedziały zakłady reprezentujące 96% udziału rynkowego. Zatem praktycznie wszystkie obecne na rynku podmioty ubezpieczeniowe czynnie biorą udział w procesie przeciwdziałania zjawisku wyłudzeń. Niezwykle pozytywnym zjawiskiem jest także powszechne postrzeganie konieczności prowadzenia badań nad tym istotnym zagrożeniem oraz stała i konsekwentna współpraca ubezpieczycieli na forum Komisji. Nadesłane kwestionariusze zawierają dane o wysokiej jakości, które dostarczyły wielu istotnych informacji o zjawisku przestępczości na polskim rynku ubezpieczeń. Łączna wartość przypadków ujawnionych w 2012 roku to ponad 103 mln PLN.

Dane z kwestionariuszy poparte analizą konkretnych przypadków wyłudzeń oraz doświadczeniem z prac Komisji pozwalają na sformułowanie następujących wniosków i zaleceń, które w wielu przypadkach zgodne są z wypracowanymi w roku ubiegłym:

- Doskonały model zapobiegania przestępczości ubezpieczeniowej wymaga zaangażowania na wszystkich etapach procesu ubezpieczeniowego, poczynając od sprzedaży po likwidację szkód. Dotychczas wszelkie działania antyfraudowe skupione były właśnie na tym ostatnim. Wykazane w badaniu zagrożenie związane z udziałem pracownika zakładu ubezpieczeń w wyłudzeniu skłania do przemodelowania poglądu na całość organizacji działań antyfraudowych.
- W ubezpieczeniach komunikacyjnych, uważanych dotąd za najlepiej rozpoznane z punktu widzenia przeciwdziałania przestępczości pojawiło się istotne zagrożenie dotyczące szkód osobowych i innych rodzajów roszczeń. Procedury likwidacji szkód komunikacyjnych koncentrowały się dotychczas na szkodach majątkowych, ponieważ ten właśnie rodzaj szkód dominował wśród zgłaszanych roszczeń. Wymaga to od ubezpieczycieli modyfikacji dotychczasowych strategii i narzędzi antyfraudowych.

- Zakłady ubezpieczeń osiągnęły wysoki stopień doskonałości w wykrywaniu, zwalczaniu i zapobieganiu wyłudzeniom w ubezpieczeniach komunikacyjnych. Pozostałe rodzaje ubezpieczeń majątkowych nie są tak dobrze rozpoznane pod tym kątem, a niewątpliwie są także podatne na wyłudzenia. Wskazane jest prowadzenie badań nad oszacowaniem skali zjawiska i ewolucją metod działania sprawców.
- Skuteczne zwalczanie przestępczości ubezpieczeniowej w Dziale II wymaga dostępu do informacji o zawartych umowach ubezpieczenia i zaistniałych szkodach. Docelowym rozwiązaniem byłoby stworzenie bazy na wzór OI UFG.
- Wyraźnie zauważalny trend wykorzystywania podmiotów gospodarczych jako zgłaszających nienależne roszczenia rodzi potrzebę wypracowania procedur zdolnych do wychwycenia takich prób już na etapie zawierania umowy ubezpieczenia i stawia nowe wymagania w zakresie treści szkolenia pracowników pionów ubezpieczeń dla biznesu.
- Utrzymujące się wciąż na wysokim poziomie przyzwolenie społeczne na przestępstwa ubezpieczeniowe nie wpływa korzystnie na skuteczność walki z wyłudzeniami. Poza edukacją z zakresu ubezpieczeń niezwykle ważne jest zarządzanie relacjami z klientami na każdym etapie realizacji umowy ubezpieczenia. Poprawia poziomu zaufania do ubezpieczycieli wymaga wielu zmian w funkcjonujących obecnie modelach sprzedaży i promocji produktów ubezpieczeniowych.

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

Opracowano:

dr Piotr Majewski  
Polska Izba Ubezpieczeń  
Komisja ds. Przeciwdziałania Przestępczości Ubezpieczeniowej

## Załącznik 1. Kwestionariusz dla zakładów ubezpieczeń Działu I

Tabela dla zakładów ubezpieczeń działu I		Nazwa zakładu:							
I. Nadużycia stwierdzone w procesie wypłaty świadczeń									
Rodzaj ubezpieczenia	Usiłowania wyludzenia		Wyludzenia		Zatajenia		Dane szacunkowe - zapoznaj się z legendą		
	ilość	kwota	ilość	kwota	ilość	kwota	ilość	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									
<b>Razem</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	
UWAGI:									
II. Nadużycia stwierdzone w procesach sprzedaży i obsługi ubezpieczeń oraz w innych obszarach									
Rodzaj nadużycia	Usiłowanie dokonania nadużycia		Dokonanie nadużycia						
	ilość	kwota	ilość	kwota					
1 Przywłaszczenie składek									
2 Zawarcie umowy w celu wyludzenia świadczenia									
3 Zawarcie umowy w celu wyludzenia prowizji									
4 Przepięstwa przeciwko dokumentom									
5 Inne/ Nadużycia stwierdzone w innych obszarach									
<b>Razem</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>					
UWAGI:									

**Załącznik 2. Kwestionariusz dla zakładów ubezpieczeń Działu II.**

Tabela dla zakładów ubezpieczeń działu II		Nazwa zakładu: _____																		
I. Nadużycia stwierdzone w procesie wypłaty odszkodowań																				
poz	Ryzyko	Sprawy zaistniałe w trybie postępowania karnego - procesowe												Sprawy zaistniałe w trybie innym niż postępowanie karne - nieprocesowe						
		Usiłowanie wyłudzenia				Wyłudzenia				inne czyny				Usiłowanie wyłudzenia		Wyłudzenia		inne czyny		
		Całkow.		w tym z udziałem pracownika		Całkow.		w tym z udziałem pracownika		Całkow.		w tym z udziałem pracownika		Całkow.		w tym z udziałem pracownika		Całkow.		w tym z udziałem pracownika
		osob.	kwota	osob.	kwota	osob.	kwota	osob.	kwota	osob.	kwota	osob.	kwota	osob.	kwota	osob.	kwota	osob.	kwota	
1	OC komunikacyjne																			
2	Autocasco																			
3	OC rolników																			
4	Od kradzieży z włamaniem (biznes)																			
5	Od ognia i innych żywiołów (biznes)																			
6	Ubezpieczenia mieszkań i domów																			
7	Turystyczne i Assistance																			
8	NNV/																			
9	inne OC																			
10	Kredytu, Finansowe, D&O																			
11	Gwarancja ubezpieczeniowa																			
12	Inne ("jakie?")																			
Razem ubezpieczenia (1-12)		0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00
UWAGI:																				
II. Nadużycia stwierdzone w procesach sprzedaży i obsługi ubezpieczeń oraz w innych obszarach																				
poz	Rodzaj nadużycia	Sprawy zaistniałe w trybie postępowania karnego - procesowe								Sprawy zaistniałe w trybie innym niż postępowanie karne - nieprocesowe										
		Usiłowanie dokonania nadużycia				Dokonanie nadużycia				Usiłowanie dokonania nadużycia				Dokonanie nadużycia						
		Całkow.		w tym z udziałem pracownika		Całkow.		w tym z udziałem pracownika		Całkow.		w tym z udziałem pracownika		Całkow.		w tym z udziałem pracownika				
		osob.	kwota	osob.	kwota	osob.	kwota	osob.	kwota	osob.	kwota	osob.	kwota	osob.	kwota	osob.	kwota	osob.	kwota	
1	Przywłaszczenie składek																			
2	Zawarcie umowy w celu wyłudzenia odszkodowania																			
3	Zawarcie umowy w celu wyłudzenia prowizji																			
4	Przebiegstwa przeciwko dokumentom																			
5	Inne nadużycia stwierdzone w innych obszarach																			
Razem		0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00
UWAGI:																				