



Przestępczość ubezpieczeniowa w latach 2001-2011

Analiza danych sporządzona dla Polskiej Izby Ubezpieczeń

Przestępczość ubezpieczeniowa w latach 2001-2011

Analiza danych sporządzona dla Polskiej Izby Ubezpieczeń

Spis treści

Wprowadzenie	4
Polski rynek ubezpieczeń w latach 2001-2011	6
Metodyka badań przestępczości ubezpieczeniowej	9
Analiza danych dotyczących przestępstw – Dział I	11
Analiza danych dotyczących przestępstw – Dział II	18
Wnioski końcowe	30

Wprowadzenie

Problem zwalczania i przeciwdziałania przestępczości ubezpieczeniowej to jeden z ustawowych obszarów kompetencji Polskiej Izby Ubezpieczeń. Praktycznie od początków działalności Izba aktywnie zajmuje się tym zagadnieniem. Obecnie organem odpowiedzialnym za wszelkie szeroko zakrojone działania w zakresie prewencji i minimalizacji skutków wyłudzeń jest Komisja ds. Przeciwdziałania Przestępczości Ubezpieczeniowej, funkcjonująca wcześniej w formie Zespołu i Podkomisji. W 2012 r. powstała także Podkomisja ds. Przeciwdziałania Przestępczości w Ubezpieczeniach na Życie.

Skuteczne przeciwdziałanie wyłudzeniom odszkodowań nie jest możliwe bez należytego rozpoznania tego zjawiska. Metody popełniania przestępstw i obszary zainteresowania sprawców ewoluują w czasie, zatem żaden etap procesu zwalczania wyłudzeń nie może zostać uznany za ostateczny. Do wypracowywania rozwiązań prewencyjnych i anty-fraudowych konieczne jest posiadanie aktualnej wiedzy o skali, strukturze i tendencjach rozwojowych procederu wyłudzeń. Tylko w ten sposób możliwe jest wyprzedzenie

przewidywanych zmian i wdrożenie środków zapobiegawczych adekwatnych do zagrożenia.

Od 2001 r. efektem prac Komisji jest sporządzany corocznie raport: *Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w związku z działalnością zakładów ubezpieczeń – członków Polskiej Izby Ubezpieczeń*. Zawiera on analityczne zestawienie danych, które dostarczają zrzeszone w PIU zakłady ubezpieczeń. Opracowanie to jest jedynym, na polskim rynku ubezpieczeniowym, kompleksowym zestawieniem danych dotyczących przestępczości ubezpieczeniowej, obejmującym wszystkie działające w Polsce zakłady ubezpieczeń. PIU udostępnia gotowy raport wszystkim zakładom ubezpieczeń. Dane i wnioski zawarte w opracowaniu stanowią cenne narzędzie zarządcze, pozwalające w efektywny sposób prowadzić politykę antyfraudową.

Na przestrzeni jedenastu lat opracowywania danych dotyczących wyłudzeń sformułowano wiele wniosków, z których większość doczekała się realizacji w praktyce. Rozwiązano także część problemów natury organizacyjnej, prawnej i technicznej, przez co wiele metod wyłudzeń stało się obecnie

nieskutecznymi. Niestety sprawcy wyłudzeń nie pozostawali w tyle i osoby zarządzające procesem likwidacji szkód muszą borykać się z kolejnymi problemami, wynikającymi z ciągłego doskonalenia metod popełniania przestępstw ubezpieczeniowych. W omawianym okresie doszło także do ogromnych zmian na polskim rynku ubezpieczeń, który podlega dynamicznemu rozwojowi, nawet w warunkach globalnego kryzysu na rynkach finansowych.

Bogate archiwum danych oraz wniosków z przeprowadzonych badań skłoniło Komisję do stworzenia zbiorczego zestawienia danych ze wszystkich edycji przeprowadzonych analiz przestępczości. Niniejsze opracowanie zawiera szczegółowe dane zebrane od roku 2001 do 2011 oraz wnioski z porównania zebranego przez te lata materiału. Doświadczenia z ponad dekady działalności Komisji pozwoliły na stworzenie unikalnej publikacji podsumowującej jedenaście lat prowadzenia badań przez PIU. Mimo stosunkowo dobrego rozpoznania problemu przestępczości na polskim rynku ubezpie-

czeń, dotychczas nie ukazało się jakiegokolwiek opracowanie dotyczące tego zjawiska, obejmujące tak długi okres i oparte na danych zebranych od wszystkich uczestników rynku.

Raport zawiera wybrane charakterystyki, które zostały uznane za najbardziej interesujące i posłużyły sformułowaniu głównych wniosków. Bogactwo danych nie pozwala zamieścić wszystkich możliwych do wykonania porównań i analiz. Z tego względu w dalszej części opracowania zamieszczono podstawowy zakres danych zebranych w kolejnych latach tak, aby użytkownik raportu mógł wykorzystać je do sporządzenia własnych analiz przekrojowych. Do uzyskania pełnego obrazu niezbędne jest zapoznanie się z częścią opracowania, w której omówiono metodykę przeprowadzenia badania i ograniczenia wynikające z niedoskonałości danych dostarczonych w poszczególnych latach.

Polski rynek ubezpieczeń w latach 2001-2011

W ciągu ostatnich kilkunastu lat polski rynek ubezpieczeń przeszedł dynamiczny rozwój, którego nie zaburzył nawet panujący od 2008 r. kryzys finansowy. W omawianym okresie, poza corocznym przyrostem składki przypisanej brutto, dokonano się także rewolucyjne zmiany w zakresie funkcjonowania zakładów ubezpieczeń, w szczególności w obszarze sprzedaży i likwidacji szkód. Dotyczy to przede wszystkim wpływu technik informatycznych. Na początku XXI wieku kanały sprzedaży direct, jak i zarządzanie procesem likwidacji za pomocą narzędzi IT w zasadzie nie występowało. Z tego względu zawarte w dalszej części raportu dane liczbowe, dotyczące wykrytych przypadków przestępstw ubezpieczeniowych, nie mogą być analizowane w oderwaniu od wiedzy o zmieniających się realiach.

W 2001 r. działające w Polsce zakłady ubezpieczeń zebrały łącznie ok. 22 mld PLN składki. Znaczną przewagę odnotował Dział II, na który przypadało 13,2 mld PLN. Wymienione wartości wskazywały na niski poziom rozwoju rynku, który charakteryzował się dominującym udziałem wpływu ze sprzedaży ubezpieczeń majątkowych, wśród których przeważały ubezpieczenia komunikacyjne. Zawarte poniżej tabele i wykresy obrazują zmiany w wartościach sprzedaży i wypłat odszkodowań i świadczeń na przestrzeni kolejnych jedenastu lat.

Poparta dwucyfrowymi wskaźnikami wzrostu dynamika sprzedaży w Dziale I zaowocowała w 2005 r. zrównaniem się wartości sprzedaży Działu I i II. Od 2006 r. wartość sprzedaży Działu I przewyższa Dział II o ok. 20-25%. Pewna anomalia wystąpiła w roku 2008, gdy Dział I wykazał rekordowe

wartości sprzedaży. Wynikało to głównie z popularności tzw. „polisolokat”, które stały się ulubionym przez Polaków instrumentem finansowym, pozwalającym uniknąć podatku od zysków kapitałowych. W kolejnym roku sytuacja wróciła do normy, jednak masowe przenoszenie oszczędności do innych podmiotów sektora finansów spowodowało zaburzenie trendu wypłat w Dziale I w roku 2009.

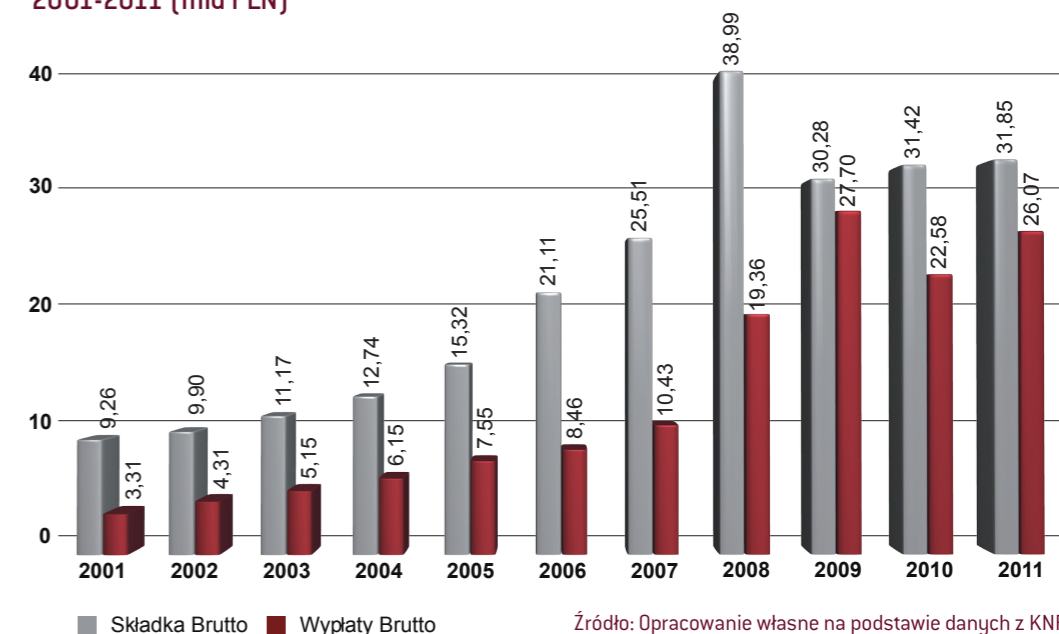
Poza okresową popularnością polisolokat warto wspomnieć o rozwoju produktów unit-linked oraz lokowaniu części dobrowolnego kapitału emerytalnego w produkty Działu I. Udział produktów oszczędnościowych w Dziale I jest bardzo istotny i należy go uwzględnić podczas tworzenia modeli podatności produktów życiowych na wyłudzenia.

Tabela 1. Składka przypisana brutto w latach 2001-2011 (tys. PLN)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Dział I	9 259 700	9 901 564	11 167 288	12 735 454	15 323 524	21 108 626
Dział II	13 122 670	13 254 052	13 602 665	14 895 001	15 658 429	16 424 730
	2007	2008	2009	2010	2011	
Dział I	25 509 425	38 985 975	30 283 456	31 420 426	31 848 619	
Dział II	18 222 963	20 305 967	21 060 285	22 738 997	25 301 030	

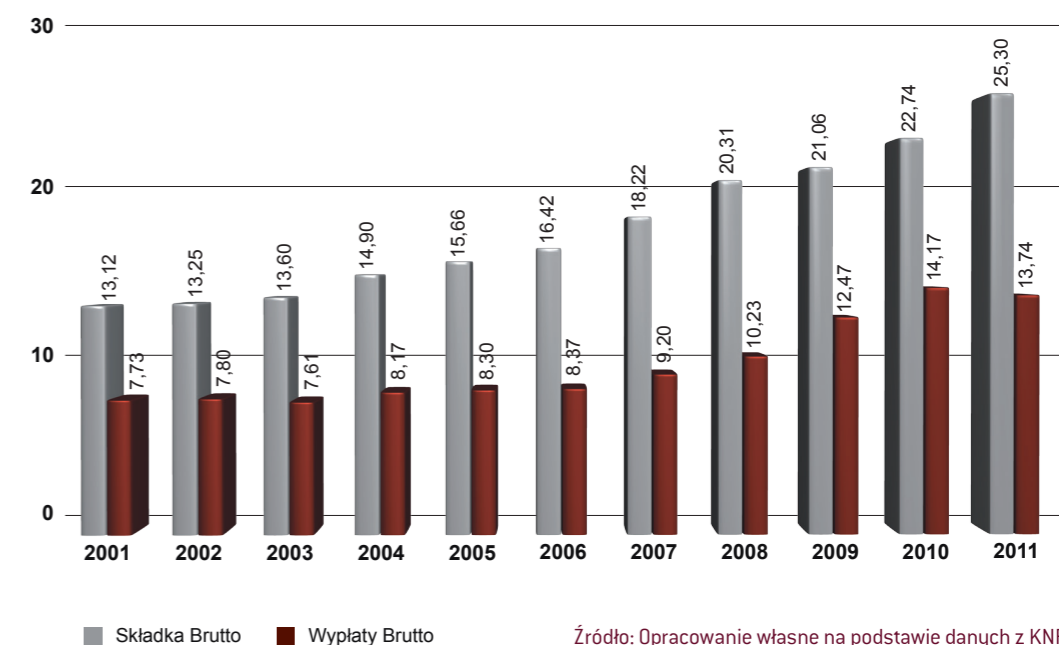
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KNF

Wykres 1. Składka przypisana brutto oraz wypłaty świadczeń w Dziale I w latach 2001-2011 (mld PLN)



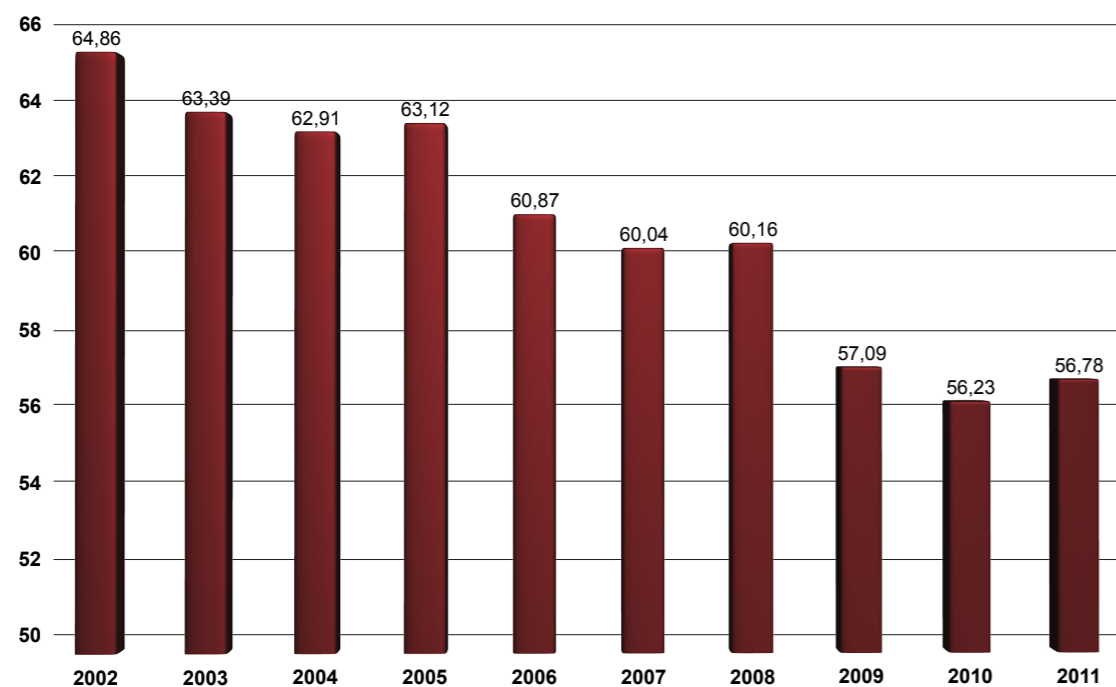
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KNF

Wykres 2. Składka przypisana brutto oraz wypłaty odszkodowań w Dziale II w latach 2001-2011 (mld PLN)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KNF

Wykres 3. Udział ubezpieczeń komunikacyjnych w Dziale II w latach 2002-2011 (%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KNF

Dział II charakteryzował się mniejszymi wskaźnikami dynamiki niż Dział I, jednak w omawianym okresie w każdym roku wzrost wartości sprzedaży był zauważalny. Wraz z rozwojem rynku wyraźnie zmieniała się struktura sprzedaży, w której coraz mniejszą rolę odgrywały ubezpieczenia komunikacyjne OC i AC. Ich udział rynkowy zmniejszył się z 64% do 56%. W tym samym czasie olbrzymią dynamikę odnotowały niekomunikacyjne ubezpieczenia OC (np. z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej lub wykonywania zawodu), produkty assistance, ubezpieczenia finansowe. Trend ten z pewnością się utrzyma i struktura rynku ubezpieczeń majątkowych upodobni się do struktury obserwowanej na rozwiniętych rynkach europejskich, gdzie udział ubezpieczeń komunikacyjnych w Dziale II to mniej niż 30%.

Historycznie proces wykrywania wyłudzeń i tworzenia metod zapobiegawczych wywodzi się z ubezpieczeń komunikacyjnych.

Zarówno w Dziale I, jak i II na przestrzeni lat (szczególnie w porównaniu z początkiem obecnego stulecia) zmieniała się proporcja pomiędzy wartościami zbieranej składki a kosztami wypłacanych odszkodowań i świadczeń. Zauważalny w poszczególnych grupach produktowych wzrost szkodowości utrudnia obecnie wypracowanie zakładanego wyniku technicznego. Ogrom czynników, które wpływają na wynik finansowy ubezpieczycieli nie pozwala na, choćby pobieżne, ich omówienie i wykraczałoby poza ramy i temat

niniejszego opracowania. Z tego względu prezentacja danych liczbowych o rynku ubezpieczeniowym ograniczona została do zawartych powyżej tabel i wykresów. Pozostałe aspekty zostaną jedynie zasygnalizowane w zakresie problematyki przestępczości ubezpieczeniowej.

W miarę upływu lat zmieniała się także koncentracja największych towarzystw na rynku ubezpieczeniowym. Początkowo wyróżnić można było dwa wiodące podmioty, których udziały rynkowe z czasem malały. W konsekwencji mamy do czynienia obecnie z kilkoma liczącymi się grupami kapitałowymi oraz szerszą gamą mniejszych graczy. Mimo silnej konkurencji największe zakłady ubezpieczeń coraz częściej podejmują wspólne działania w celu wypracowania rozwiązań antyfraudowych i wymiany doświadczeń.

Poza przytoczonymi wartościami liczbowymi, świadczącymi o dynamicznym wzroście rynku ubezpieczeniowego, należy wspomnieć o rozwoju nowych kanałów dystrybucji. Obok, mającej wciąż największy udział, tradycyjnej sprzedaży za pośrednictwem agentów, coraz większa część składki trafia do ubezpieczycieli za pośrednictwem brokerów, banków czy też w formie sprzedaży direct. Zmiany w proporcjach poszczególnych kanałów dystrybucji wymuszają nowy sposób myślenia o polityce antyfraudowej.

Z punktu widzenia zwalczania przestępczości ubezpieczeniowej największa rewolucja w badanym okresie dokonała się po stronie likwidacji szkód, dzięki zupełnej zmianie filo-

zofii zarządzania samym procesem likwidacji przy wykorzystaniu narzędzi informatycznych. Odejście od tradycyjnej dokumentacji papierowej, centralizacja procesów likwidacyjnych oraz automatyzacja procedur umożliwiły kontrolę nad przebiegiem likwidacji każdej szkody i natychmiastowy dostęp do informacji o kliencie i przedmiocie ubezpieczenia. Możliwość zarządzania informacją o szkodzie ograniczyła znacznie wiele prostych i masowo stosowanych metod wyłudzeń.

Poza niekwestionowanym rozwojem rynku i zdolności organizacyjnych zakładów ubezpieczeń od początku wieku nie udało się rozwiązać kilku istotnych problemów rzutujących na stan przestępczości ubezpieczeniowej. Po pierwsze ubezpieczyciele nie doczekali się zmian prawnych umożliwiających stworzenie wspólnej dla całego rynku bazy danych ubezpieczeniowych na wzór funkcjonującego na rynku bankowym Biura Informacji Kredytowej. Po drugie pozycja ubez-

piezycieli w strukturze społecznego zaufania do instytucji finansowych nadal nie wzrasta wprost proporcjonalnie do przeprowadzanych przez nich działań edukacyjnych i proklennych.

Rozwijający się wciąż rynek ubezpieczeń ma przed sobą ogromne perspektywy i w ciągu najbliższych lat będzie się zbliżał do poziomu nasycenia charakterystycznego dla bardziej rozwiniętych gospodarek europejskich. Jednocześnie coraz większy wolumen środków finansowych przepływających przez sektor ubezpieczeniowy będzie przyciągał sprawców przestępstw ubezpieczeniowych.

Metodyka badań przestępczości ubezpieczeniowej

Przed zaprezentowaniem zbiorczych wyników badań konieczne jest szczegółowe wyjaśnienie, w jaki sposób były one zbierane i agregowane. Na przestrzeni lat 2001-2011 dokonano kilku istotnych zmian w metodyce prowadzonych badań. Historycznie zebrane dane mogą być na bieżąco porównywane z aktualnymi edycjami analizy, pod warunkiem uwzględnienia kilku istotnych okoliczności, które zostaną zaprezentowane w niniejszym rozdziale.

Niestety zjawisko przestępczości ubezpieczeniowej, podobnie jak wszystkie inne zjawiska wchodzące w skład tzw. „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 298 k.k.

Przyjęto podstawową, niezmienną przez lata zasadę raportowania nie tylko stwierdzonych przypad-

ków wyłudzeń, które znalazły swój finał przed obliczem wymiaru sprawiedliwości, ale także przypadków uzasadnionych przypuszczeń, iż roszczenie klienta lub działanie pracownika może być próbą dokonania wyłudzenia odszkodowania. Przytaczane analizy stanowią szacunek podejrzeń o popełnienie przestępstwa ubezpieczeniowego, jakie pracownicy zakładów ubezpieczeń ujawnili na podstawie posiadanej wiedzy, doświadczenia i zebranych materiałów dowodowych. Pamiętajmy jednak, że nieujawniona pozostaje tzw. „ciemna liczba” przypadków uzyskania nienależnego świadczenia, które nie zostały zidentyfikowane przez pracowników zakładów ubezpieczeń. Dostępne teorie naukowe i wyniki badań jednoznacznie wskazują, że zakres „ciemnej liczby” wielokrotnie przekracza wartość ujawnionej przestępczości ubezpieczeniowej. Wydaje się, że najbardziej bezpieczną metodą szacowania całkowitej wielkości strat zakładów ubezpieczeń jest metoda opracowana przez Insurance Europe (dawniej CEA), bazująca na doświadczeniach europejskich rynków ubezpieczeń. Zgodnie z nią kwota, jakiej dotyczy przestępczość ubezpieczeniowa kształtuje się na

poziomie nie mniejszym niż 3% składki zarobionej brutto – przy czym dla poszczególnych rynków, ze względu na specyfikę, szacunki te mogą być odmienne. W polskich źródłach pojawiają się wartości od 10% do nawet 20% wypłaconych świadczeń.

Podstawowa idea tworzenia analiz pozostała niezmienną od początku istnienia tego badania. Do każdego działającego w Polsce zakładu ubezpieczeń wysyłany był kwestionariusz, w którym dany ubezpieczyciel odnotowywał wychwycone w danym roku nieprawidłowości. Na przestrzeni lat zmieniała się jednak konstrukcja kwestionariusza, co w pewien sposób wpłynęło na zakres zbieranych danych.

Początkowo (w latach 2001-2006) do zakładów ubezpieczeń wysyłano kwestionariusze w formie papierowej i w taki też sposób odnotowane były wyniki. Ta forma prezentacji danych niosła za sobą duże ryzyko popełnienia błędów podczas wielokrotnie powtarzanego procesu przepisywania danych.

Kwestionariusz dla zakładów ubezpieczeń Działu I składał się z dwóch tabel. Tabela I dotyczyła wstępnego grupowania ujawnionych przypadków nadużyć na czyny dokonane przez klientów oraz przez pracowników zakładów ubezpieczeń. Czyny pracowników podzielone zostały także na dwie kategorie – przywłaszczenia składek oraz inne czyny zabronione. W każdej z wymienionych kategorii odnotowane przypadki podzielone zostały na kolejne dwie rozłączne kategorie: usiłowania i dokonane wyłudzenia oraz na przypadki, które pozostały na etapie postępowania wewnętrznego w danym zakładzie ubezpieczeń, a także te, które przekazane zostały organom ścigania. Tabela II koncentrowała się na podziale ujawnionych przypadków wyłudzeń na poszczególne ryzyka podlegające ubezpieczeniu, takie jak: zgon ubezpieczonego, zgon na skutek nieszczęśliwego wypadku, trwały uszczerbek na zdrowiu, poważne zachorowanie, leczenie szpitalne, całkowita niezdolność do pracy, operacje chirurgiczne oraz trwałe inwalidztwo. Drugi niezależny podział pozwalał na określenie momentu procesu ubezpieczenia, w którym doszło do nadużycia, a tym samym identyfikował metody działania sprawców. Analogicznie jak w Tabeli I, wykryte przypadki pogrupowane zostały na usiłowania i dokonane wyłudzenia, przedstawione w ujęciu ilościowym i wartościowym.

Kwestionariusz dla zakładów ubezpieczeń Działu II pozwalał grupować nieprawidłowości w ujęciu ilościowym i wartościowym oraz, analogicznie jak w przypadku zakładów Działu I, w podziale na usiłowania i dokonane wyłudzenia. Kwestionariusz przewidywał grupowanie czynów popełnionych przez klientów ze względu na rodzaj ryzyka (OC komunikacyjne, autocasco, OC rolników, od kradzieży z włamaniem, od ognia i innych zdarzeń, ubezpieczenia mieszkań, pozostałe).

W roku 2007 wypracowany w poprzednich edycjach układ kwestionariusza w Dziale II został wzbogacony o nowe kategorie typów ubezpieczeń agregowanych dotąd w pozycji „Inne”. Na przestrzeni poprzednich lat kategoria „Inne” użytkowała coraz większe wartości, co spowodowało konieczność rozbicia jej na podkategorie zawierające rodzaje ubezpieczeń zyskujące na popularności. Nowe pozycje kwestionariusza to ubezpieczenia: Turystyczne i Assistance, NNW, Inne OC, Kredytu i Finansowe, Gwarancje ubezpieczeniowe.

Od roku 2009 do obecnej edycji analizy zakłady wypełniają nowe, elektroniczne kwestionariusze przygotowane w programie MS Excel raportując nadużycia w podziale ilościowym i wartościowym, pogrupowane w poszczególne rodzaje ubezpieczeń. Zakłady ubezpieczeń wypełniają kwestionariusze raportując wykryte przypadki wyłudzeń z podziałem na rodzaj produktu ubezpieczeniowego (grupy produktowe) oraz osobę sprawcy – klient/pracownik (zarówno w Dziale I, jak i II). Kwestionariusz zawiera także podział czynów z uwagi na tryb załatwienia sprawy (procesowe i nieprocesowe). Zadbano także o podział odnotowanych czynów na czyny stwierdzone w obszarze wypłaty świadczeń (przebieg przestępczości ubezpieczeniowa sensu stricto), jak i na te pojawiające się w procesach sprzedaży i obsługi ubezpieczeń. Tę drugą kategorię zdarzeń podzielono na: przywłaszczenie składek, zawarcie umowy w celu wyłudzenia świadczenia, zawarcie umowy w celu wyłudzenia prowizji, przestępstwa przeciwko dokumentom oraz nadużycia stwierdzone w innych obszarach. Celem nowego podziału było jasne rozdzielenie czynów podlegających definicji przestępczości ubezpieczeniowej sformułowanej przez Insurance Europe (dawniej CEA) od innych zdarzeń. W kwestionariuszu dla zakładów ubezpieczeń Działu I zawarto kategorię zdarzeń polegających na zatajeniu informacji. Jest to nadużycie polegające na nieprzekazaniu ubezpieczycielowi informacji, o którą pyta 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.

Od 2009 r. publikowana globalna wartość wyłudzeń w każdym z Działów obejmuje wyłącznie nieprawidłowości stwierdzone w obszarze wypłaty świadczeń. Stąd, aby porównać dane z minionych lat, należy w edycjach po 2009 r. sumować wartości dotyczące wyłudzeń odszkodowań z wartościami nieprawidłowości stwierdzonych w innych obszarach działalności zakładu ubezpieczeń. Szczegółowe tabele z danymi znajdują się w kolejnych rozdziałach.

Celem wszystkich wprowadzanych zmian było zapewnienie porównywalności danych oraz jak najlepsze dopasowanie narzędzia badawczego do specyfiki sprawozdawczości zakładów ubezpieczeń. Szczególnie w Dziale I występowały

w początkowych latach problemy z dostarczaniem danych, ponieważ większość ubezpieczycieli nie była w stanie określić dokładnie nie tylko etapu procesu ubezpieczeniowego, w którym doszło do nieprawidłowości, ale nawet określić wartości czy ilości wykrytych nieprawidłowości w danym typie ubezpieczenia. Z tego względu wiele, teoretycznie możliwych do przeprowadzenia analiz, nie zostało tu przytoczonych. Na przykład, nie jest możliwe określenie przeciętnej wartości przestępstwa, gdy brakuje danych w ujęciu zarówno wartościowym, jak i ilościowym. Należy zauważyć, że jakość dostarczanych danych ulega z roku na rok zdecydowanej poprawie.

W kolejnej edycji planowane są zmiany polegające na uproszczeniu kwestionariusza kierowanego do zakładów ubezpieczeń Działu I.

Zwrotność przeprowadzonego przez PIU badania ulega znaczącej poprawie na przestrzeni kolejnych lat. W tym czasie w Dziale I kwestionariusze odesłało od 9 do 14 zakładów, w Dziale II od 13 do 19 zakładów. W edycji obejmującej rok 2011 udział rynkowy respondentów przekracza 70% w Dziale I i 90% w Dziale II (mierzone wartością wypłaconych odszkodowań). Poza rosnącą zwrotnością odpowiedzi należy zauważyć, że zakłady ubezpieczeń rzetelnie podchodzą do zasilania danymi i w ostatnich latach nie występują przypadki odsyłania pustych kwestionariuszy lub deklaracji o braku zagrożenia przestępczością.

Uważny czytelnik z pewnością zauważy drobne rozbieżności pomiędzy danymi w niniejszym raporcie a jego poprzednimi jedenastoma edycjami. Oto podstawowe przyczyny występowania niezgodności:

- W pierwszych edycjach badania dane wypełniane były ręcznie w papierowych formularzach, co powodowało możliwość powstawania błędów. Wiele zapisów było nieczytelnych i niemożliwych do zweryfikowania.
- Do 2008 r. w Dziale I stosowano dwie tabele – nie zawsze była zachowana zgodność danych pomiędzy nimi. Zbyt rozbudowana tabela I powodowała wpisywanie danych do losowo wybranych pól.
- Podczas opracowywania raportu w danym roku nie był jeszcze dostępny raport roczny KNF, korzystano więc z raportu za IV kwartał.
- Wiele zakładów nie rozgranicza wyłudzeń w ubezpieczeniach komunikacyjnych na OC i AC, lecz podaje je łącznie.

W ostatnich latach powyższe nieprawidłowości zostały całkowicie wyeliminowane, a dostarczaniem danych zajmuje się w zakładach stała grupa osób, zapewniających odpowiednią jakość danych.

Analiza danych dotyczących przestępstw – Dział I

Przez wiele lat problem przestępczości ubezpieczeniowej w zakładach ubezpieczeń na życie nie był traktowany z należytą powagą. Panował pogląd, że ubezpieczenia na życie, w przeciwieństwie do komunikacyjnych, nie interesują sprawców wyłudzeń. Upo-

zorowanie okoliczności powodujących odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń Działu I uważano za trudne czy wręcz niemożliwe, a przede wszystkim nieoptymalne dla przestępców. Ubezpieczyciele życiowi nie monitorowali ryzyka związanego z przestępczością,

a pojawiające się sporadycznie przypadki wyłudzeń miały charakter incydentalny i były raczej wyjątkami od reguły bezpieczeństwa produktów życiowych. Z tego względu pierwsze edycje analizy PIU zawierają jedynie szacunkowe dane o przestępczości w Dziale I. W ciągu pierwszych pięciu lat dane ograniczały się do podawania zbiorczej sumy ilości i wartości przypadków, które były kuriozalnie niskie. Dla przykładu w latach 2001-2002 zakłady ubezpieczeń Działu I raportowały łączną wartość wyłudzeń na poziomie ok. 50 tys. PLN. Dane spływały zaledwie z kilku zakładów, z których większość odsyłała puste kwestionariusze, lub dołączała do nich oświadczenia o niestwierdzeniu jakichkolwiek przypadków wyłudzeń. Z każdą kolejną edycją rosła ilość dostarczanych przez zakłady danych, a przełom nastąpił w 2008 r., kiedy to odnotowano łączną wartość wyłudzeń na poziomie ok. 3,6 mln PLN. W tym samym roku doszło do spektakularnego wyłudzenia, którego sprawcą była działająca samodzielnie kobieta, agent ubezpieczeniowy, próbująca przywłaszczyć sumę ok. 10 mln PLN. Od roku 2008 zakłady ubezpieczeń Działu I zaczęły bacznie obserwować okoliczności towarzyszące wypłatom świadczeń, co zaowocowało gwałtownym wzrostem wartości ujawnianych nieprawidłowości.

Wzmoczone kontrole wykazały, że dotychczasowy stan uśpienia był błędem, a sprawcy przestępczości ubezpieczeniowej bardzo intensywnie interesują się produktami Działu I. Tendencję tę przepowiadały doniesienia od ubezpieczycieli zagranicznych, gdzie przestępczość w ubezpieczeniach na życie jest bardzo poważnym problemem. Okazało się, że upozorowanie zdarzenia powodującego odpowiedzialność ubezpieczyciela jest dużo łatwiejsze niż sądzono. Metody działania sprawców zostaną omówione szczegółowo w dalszej części rozdziału. Poniższe tabele zawierają dane dotyczące wyłudzeń na przestrzeni lat 2006-2011.

Pod względem ilościowym najwięcej zidentyfikowanych przypadków dotyczy ryzyka zgonu oraz leczenia szpitalnego i poważnego zachorowania. Sprawcy sporadycznie wykorzystują przy wyłudzeniach inne produkty Działu I.

Pod względem wartościowym zdecydowanie najbardziej uderzają w ubezpieczycieli fraudy związane z ryzykiem zgonu, gdzie występują wysokie sumy ubezpieczenia. Znikome ilości czynów nie pozwalają na wyciągnięcie wniosków o średnich wartościach przestępstwa. Generalnie dla ryzyka zgonu jest to kwota rzędu 30 tys. PLN, a dla leczenia szpital-

Tabela 2. Liczba wyłudzeń w Dziale I w latach 2006-2011 (czyny klientów)

Ryzyko	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Zgon ubezpieczonego	2	21	25	52	139	92
Zgon ubezpieczonego na skutek NW	4	0	0	2	4	3
Trwały uszczerbek na skutek NW	1	3	1	10	8	12
Poważne zachorowanie	1	1	1	172	142	13
Leczenie szpitalne	12	55	12	33	35	18
Całkowita niezdolność do pracy	4	5	2	7	2	7
Trwałe inwalidztwo częściowe lub całkowite	2	1	2	7	1	1
Operacje chirurgiczne	5	0	7	14	19	3
Inne	31	49	21	3	42	39
Razem	62	135	71	300	392	188

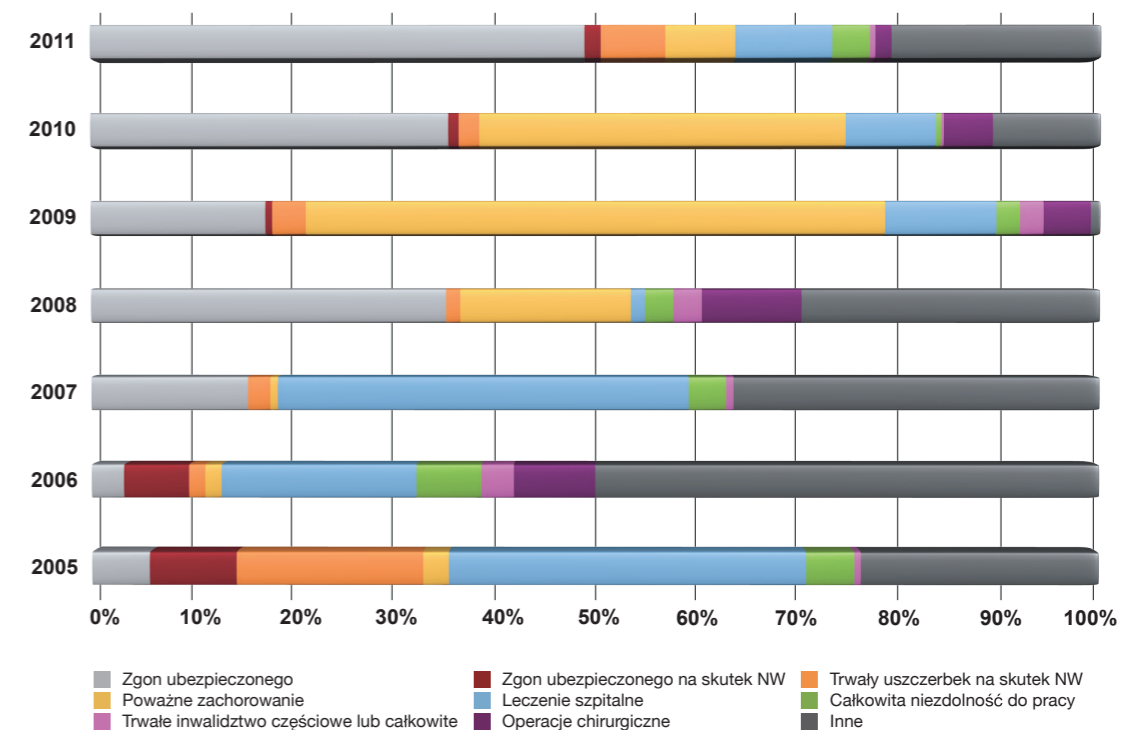
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników przeprowadzonych badań

Tabela 3. Wartość wyłudzeń w Dziale I w latach 2006-2011 (PLN) (czyny klientów)

Ryzyko	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Zgon ubezpieczonego	458 000	268 700	2 915 000	1 791 654	2 004 397	3 240 505
Zgon ubezpieczonego na skutek NW	127 000	0	0	142 500	143 500	580 000
Trwały uszczerbek na skutek NW	1 400	11 000	11 000	18 481	63 270	70 080
Poważne zachorowanie	12 800	39 500	62 000	773 885	625 113	728 238
Leczenie szpitalne	5 380	782 000	8 000	27 138	22 290	32 525
Całkowita niezdolność do pracy	9 000	0	2 000	4 265	2 600	344 670
Trwałe inwalidztwo częściowe lub całkowite	72 000	22 000	60 000	146 254	43 739	3 139
Operacje chirurgiczne	36 300	0	67 000	53 520	92 400	11 550
Inne	465 000	141 000	133 000	2 336 980	104 770	1 423 105
Razem	1 186 880	1 264 200	3 258 000	5 294 678	3 102 079	6 433 812

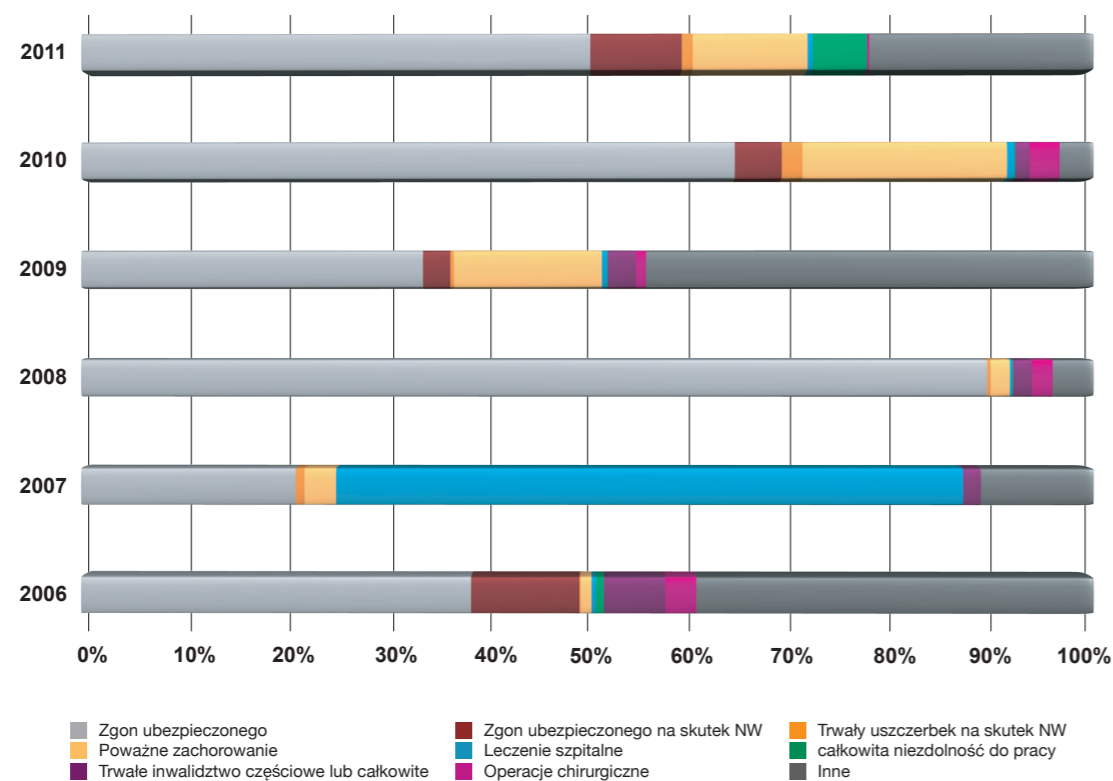
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników przeprowadzonych badań

Wykres 4. Wyłudzenia w Dziale I w latach 2005-2011 (czyny klientów), ujęcie ilościowe



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników przeprowadzonych badań

Wykres 5. Wyłudzenia w Dziale I w latach 2006-2011 (czyny klientów), ujęcie wartościowe



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników przeprowadzonych badań

nego ok. 1 tys. PLN. Powyższe wykresy ilustrują proporcje pomiędzy nieprawidłowościami w poszczególnych ryzykach.

Poza wyłudzeniami dokonanymi przez nieuczciwych klientów, ogromnym problemem pozostaje wciąż przestępczość wewnętrzna, której sprawcami są sami pracownicy zakładów ubezpieczeń. Najpopularniejszym popełnianym przez

nich przestępstwem jest defraudacja składki, która w 2011 r. osiągnęła rekordowy poziom ok. 1,1 mln PLN. Zdarzają się także osoby współpracujące z grupami przestępczymi, generujące szkody poprzez zawieranie umów i przekazywanie wysokich kwot nienależnych świadczeń na fikcyjne konta bądź też podstawione osoby.

Tabela 4. Całkowita wartość wyłudzeń w Dziale I w latach 2006-2011 (PLN)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Wartość całkowita (klienci i pracownicy)	1 540 500	1 360 100	3 668 240	5 596 937	3 223 189	8 129 270

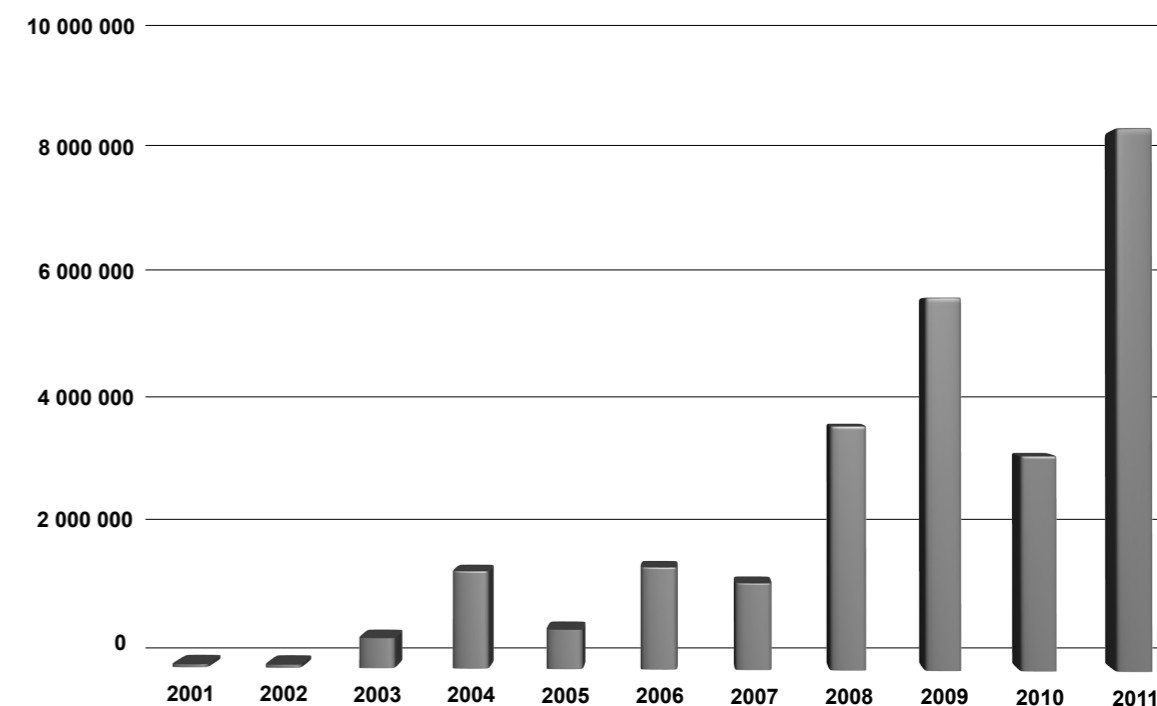
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników przeprowadzonych badań

Widoczna w tabeli dynamika wzrostu wartości czynów pozwala przypuszczać, że w najbliższych latach udoskonalone metody kontroli ujawnią jeszcze więcej przypadków wyłudzeń w Dziale I, a znane do tej pory wartości ulegną w przyszłości wzrostowi. Pamiętajmy, że globalna kwota nieprawidłowości w Dziale I jest o ok. dziesięć razy mniejsza niż w Dziale II, gdzie w ostatnich latach wolumen fraudów

zbliza się do kwoty 100 mln PLN. Tej dysproporcji nie można tłumaczyć jedynie brakiem podatności części produktów Działu I na wyłudzenia.

Niska jakość danych zbieranych przed 2008 r. nie pozwala na formułowanie daleko idących wniosków, dotyczących skuteczności czynów popełnianych przez klientów, czy też określenia, który z etapów procesu ubezpieczenio-

Wykres 6. Całkowita wartość wyłudzeń w Dziale I w latach 2001-2011 [PLN]



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników przeprowadzonych badań

wego jest najbardziej podatny na popełnienie przestępstwa.

Od 2008 r. narzędzie badawcze pozwala na wyodrębnienie przypadków zatajeń, czyli nadużyć polegających na nieprzekazaniu ubezpieczycielowi informacji, o którą pyta 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. W latach 2009-2011 tego typu nieprawidłowości stanowiły spory problem i opiewały na 2 do 3,4 mln PLN.

Charakterystycznym, choć niezbyt często występującym przestępstwem, które przejawiało się wśród nadesłanych przez ubezpieczycieli przykładów były samookaleczenia, polegające głównie na celowej amputacji palców bądź na poparzeniach.

Przytoczone dane wskazują, że tradycyjne ubezpieczenie na życie jest produktem popularnym wśród sprawców przestępstw ubezpieczeniowych. Dochodzi do tego zarówno w ubezpieczeniach indywidualnych, jak i grupowych (np. dopisanie do grupy ubezpieczonych takich osób, dla których z powodu zaawansowanego stanu chorobowego prawdopodobieństwo zgonu jest bardzo wysokie). Także procedury w urzędach stanu cywilnego powodują, że śmierć ubezpieczonego jest

okolicznością, którą klient może w prosty sposób upozorować i następnie zgłosić fikcyjne roszczenie do zakładu ubezpieczeń. Wiele zakładów ubezpieczeń automatycznie wypłaca świadczenie w przypadku śmierci osoby ubezpieczonej bez sprawdzania dodatkowych okoliczności towarzyszących tego rodzaju zdarzeniu. Ponadto ułomności proceduralne USC powodują, że uzyskanie aktu zgonu na podstawie sfałszowanej dokumentacji czy jego sfabrykowanie, nie jest dla sprawców trudnym zadaniem. Popularność tej metody powoduje konieczność uzupełnienia standardowych czynności weryfikacyjnych wykonywanych przez zakłady o nowe elementy, przynajmniej do czasu udoskonalenia funkcjonowania rejestrów administracji państwowej. 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. Jak zaznaczono powyżej, większość wyłudzeń opiera się na prostych metodach wykorzystujących ułomności proceduralne oraz niewydolność aparatu administracji państwowej i służby zdrowia. Skuteczne przeciwdziałanie wyłudzeniom nie będzie możliwe bez uporządkowania systemów infor-

macji o obywatelach i stanie ich zdrowia. Niestety, ubezpieczyciele mają bardzo ograniczone możliwości wpływu na tą niekorzystną sytuację.

Na przestrzeni ponad dziesięciu lat zakłady ubezpieczeń borykają się z problemem przestępczości wewnętrznej. Szczególnie zastanawiający w dobie powszechnego stosowania technik informatycznych jest problem sprzeniewierzenia składek. Bardzo trudno jest wyeliminować przypadki podszywania się nieuprawnionych osób pod agentów danego zakładu ubezpieczeń. Natomiast, jeżeli przestępstwa dokonuje osoba zatrudniona u ubezpieczyciela, to kwestia zapobiegania tego typu przypadkom wynika wyłącznie ze sprawności organizacyjnej danej instytucji.

Zakłady Działu I różnią się diametralnie pod względem ilości raportowanych wyłudzeń w relacji do udziału rynkowego. Tak duża rozbieżność 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. Większość metod wykrywania wyłudzeń pochodzi z doświadczeń zakładów zajmujących się ubezpieczeniami komunikacyjnymi, gdzie od lat odnotowywano największy poziom zagrożenia przestępczo-

ścią. Należy jednak pamiętać, że wysoce wystandaryzowany rynek ubezpieczeń komunikacyjnych nie może mieć wprost przełożenia na specyfikę produktów i szkód Działu I.

Pewnym wyjaśnieniem opisywanej powyżej sytuacji może być powszechny do niedawna na rynku życiowym stan pozornego bezpieczeństwa. Liczne przykłady wyłudzeń z produktów Działu I wymusiły zrewidowanie tego poglądu. Należy oczywiście uwzględnić czas niezbędny na wdrożenie przez zakłady ubezpieczeń na życie stosownych narzędzi i procedur prewencyjno-kontrolnych. Bez wątpienia uczestnicy rynku zauważyli wzmogłą tendencję przestępców do wykorzystywania produktów życiowych w charakterze generatorów wyłudzeń. Przejawem wzrostu świadomości jest między innymi rosnące zainteresowanie zakładów Działu I badaniem PIU i pracami Komisji ds. Przeciwdziałania Przestępczości Ubezpieczeniowej.

We wszystkich edycjach badania 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. Ta zauważalna od lat prawidłowość skłania do zarekomendowania przyspieszenia procesu transferu bogatych doświadczeń zwalczania przestępczości ubezpieczeniowej, które zostały wypracowane w Dziale II.

Analizując dane źródłowe można zauważyć pewną korelację pomiędzy jakością danych zawartych w kwestionariuszu badania a skutecznością ścigania, wyrażoną wyższym od średniej współczynnikiem udziału wyłudzeń w wypłatach. Zakłady ubezpieczeń, aktywnie zwalczające problem przestępczości, prowadzą statystyki pozwalające na określanie obecnych i przyszłych trendów.

Zakłady różnią się także pod względem skuteczności zapobiegania próbom wyłudzeń odszkodowania podejmowanych przez nieuczciwych klientów. Wskaźniki usiłowań w stosunku do skutecznych wyłudzeń przyjmują bardzo różne wartości i trudno wskazać na jakąkolwiek prawidłowość w tym zakresie. Podobnie kształtuje się udział zatajeń w ogólnym wolumenie odnotowanych nieprawidłowości.

Z uwagi na charakter dostarczonych danych trudno posłużyć się jednym, syntetycznym wskaźnikiem opisującym wielkość udziału ubezpieczeń grupowych w ogólnej kwocie wykrytych wyłudzeń. Na podstawie analizy danych można oszacować ten współczynnik na poziomie znacznie przekraczającym 50%. Biorąc

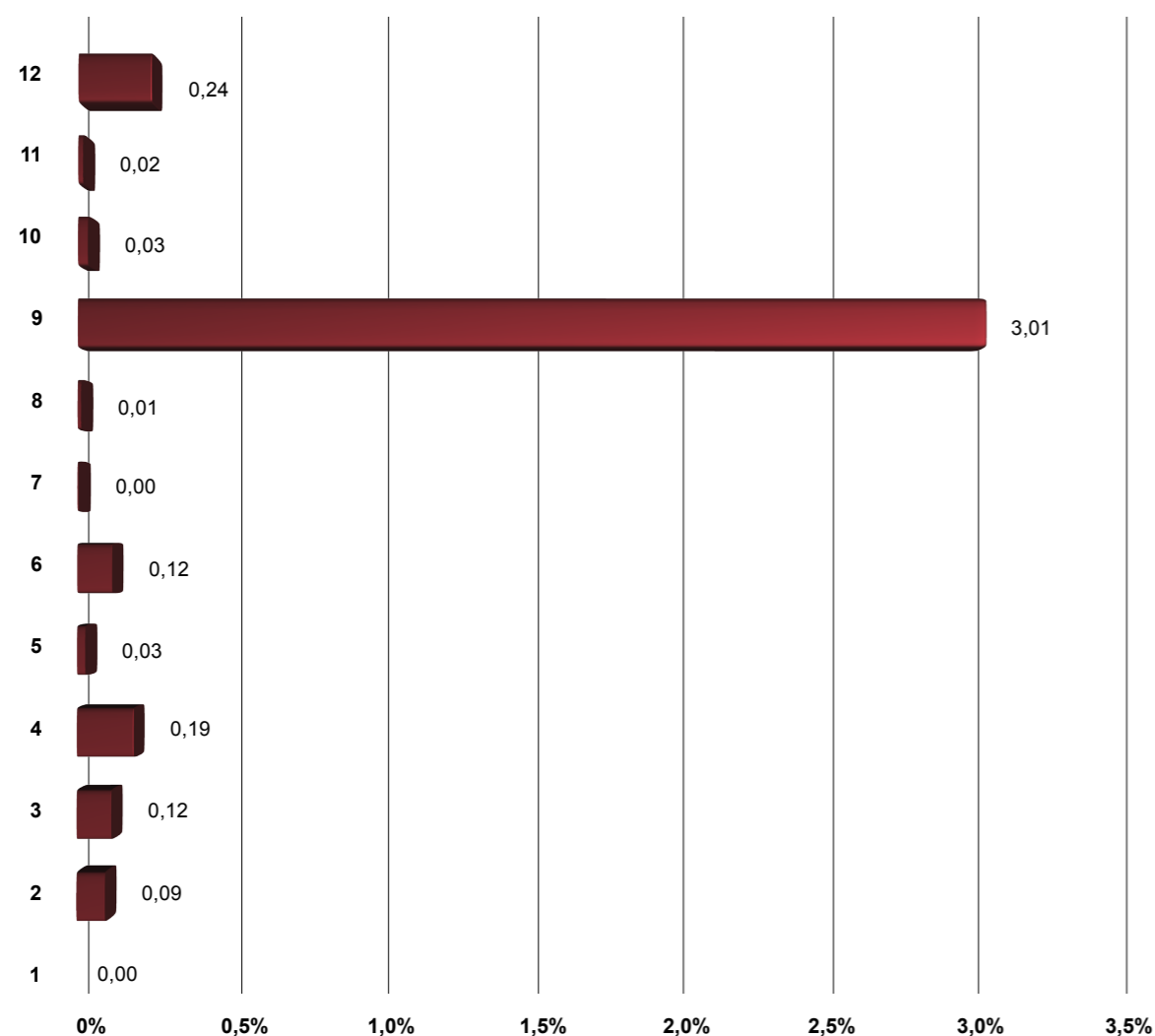
pod uwagę duży udział ubezpieczeń grupowych w całej sprzedaży Działu I należy zwrócić szczególną uwagę na ten typ produktów. Procedury zawierania umów grupowych mogą sprawiać wrażenie, że administrowanie taką umową jest poza kontrolą zakładu – co zachęca sprawców do podejmowania prób wyłudzeń. W przypadku ubezpieczeń indywidualnych sama procedura zawierania umowy ubezpieczenia i likwidacji szkody stanowi ochronę przed metodami stosowanymi przez sprawców w ubezpieczeniach grupowych.

Na przestrzeni jedenastu lat opracowano szereg wniosków i zaleceń dla zakładów ubezpieczeń Działu I. Wiele z nich nie zatraciło aktualności. Poniżej zamieszczone zostały najważniejsze z nich:

- Ubezpieczenia na życie to nowy obszar zainteresowania dla zorganizowanych grup przestępczych. Analiza przykładów konkretnych spraw, z jakimi zetknęli się pracownicy zakładów ubezpieczeń dowodzi, że sprawcy często działają w sposób zorganizowany i wykorzystują w procesie wyłudzenia wiele różnych osób, co istotnie utrudnia wykrycie nadużycia klasycznymi metodami. Sprawcy charakteryzują się rozległą wiedzą o procedurach stosowanych przez ubezpieczycieli i posuwają się do korumpowania pracowników ubezpieczyciela, służby zdrowia czy lekarzy-orzeczników.
- Analiza dostarczonych danych wyraźnie wskazuje na istotne zagrożenie wyłudzeniami w obszarze ubezpieczeń grupowych. Sprzyjają temu niskie sumy ubezpieczenia, uproszczona procedura zawierania umowy ubezpieczenia i oceny ryzyka.
- Zakłady ubezpieczeń, które posiadają w swych strukturach spółki Działu I i II powinny zharmonizować strategię zapobiegania i zwalczania przestępczości na wszystkich obszarach działalności. Wiele metod wypracowanych w Dziale II doskonale nadaje się do zastosowania Dziale I. Cenne byłoby także porównanie danych o podmiotach dokonujących wyłudzeń.
- Kluczowym czynnikiem pozwalającym na walkę z wyłudzeniami powinna stać się prewencja oparta na upowszechnianiu wiedzy o zagrożeniu wśród wszystkich pracowników firmy oraz stworzenie procedur ukierunkowanych na eliminację typowych metod, jakimi posługują się sprawcy.

Reasumując, należy zauważyć, że dalszy wzrost zagrożenia przestępczością w Dziale I jest nieunikniony,

Wykres 7. Udział nieprawidłowości w obszarze świadczeń w wypłacanych świadczeniach ogółem w wybranych zakładach Działu I w roku 2011 (%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników przeprowadzonych badań (1-12) – poszczególne zakłady ubezpieczeń, biorące udział w badaniu, kolejność losowa

podobnie jak coraz częstsze występowanie szkód osobowych w Dziale II. Coraz lepsze doszczelnienie wypłat w ubezpieczeniach komunikacyjnych powoduje zmianę zainteresowań sprawców. Wysokie sumy ubezpieczenia produktów życiowych i możliwość zastosowania stosunkowo prostych mechanizmów wyłudzeń stanowią sporą pokusę. Zauważalny wzrost wartości nadużyć w Dziale I paradoksalnie można uznać za zjawisko „pozytywne”. Dowodzi on zmiany, jaka dokonała się w świadomości zarządzających zakładami

ubezpieczeń na życie. Istniejące od dawna zagrożenie zostało zauważone, rozpoznane i podjęto działania w celu ograniczenia jego skali. Poprawiła się bardzo zwrotność odpowiedzi w badaniu ubezpieczycieli życiowych. Najlepszym dowodem zainteresowania tematyką przestępczości w ubezpieczeniach Działu I jest powołanie Podkomisji ds. Przeciwdziałania Przestępczości w Ubezpieczeniach na Życie działającej od początku 2012 r. przy Komisji ds. Przeciwdziałania Przestępczości Ubezpieczeniowej PIU.

Analiza danych dotyczących przestępstw – Dział II

W odróżnieniu od sytuacji panującej w Dziale I, zakłady ubezpieczeń Działu II w całej historii badania PIU zapewniły dane pozwalające na sporządzanie analiz stanu przestępczości. Na przestrzeni lat zwrotność ulegała poprawie i w 2011 r. wszystkie duże oraz średnie podmioty obecne na rynku były uczestnikami badania, co zapewniło mu bardzo wysoką reprezentatywność. Udział rynkowy zakładów biorących udział w badaniu prawie co roku przekraczał 75%. Zawarte poniżej tabele i wykresy zawierają podstawowe dane zabrane w ciągu jedenastu lat.

Jak już zostało wcześniej wspomniane, od 2001 r. sytuacja w zakładach Działu II uległa ogromnej zmianie. Dotyczy to zarówno struktury oferowanych produktów, jak i technik likwidacji szkód. Przede wszystkim zmniejszył się względny udział ubezpieczeń komunikacyjnych na rzecz innych ubezpieczeń majątkowych.

Pomimo tej zmiany, nawet pobieżna analiza zgromadzonego materiału wskazuje, że w każdym roku objętym badaniem ubezpieczenia komunikacyjne stanowią większość wśród wszystkich wykrytych przypadków wyłudzeń. Składa się na to kilka przyczyn.

Po pierwsze pojazdy samochodowe pozostają niezmiennie podstawowym celem zainteresowania grup wyłudzających odszkodowania. Rosnąca ilość pojazdów sprzyja wykorzystywaniu ich w celu wyłudzenia odszkodowań. Pamiętajmy, że od wejścia Polski do struktur UE sprowadzono ponad 5 mln pojazdów. W skali roku dochodzi w kraju do blisko mi-

lionu kolizji drogowych, a kilkanaście tysięcy pojazdów pada łupem złodziei. Próby wyłudzenia odszkodowań komunikacyjnych z założenia nie budzą podejrzeń ze względu na relatywnie wysokie prawdopodobieństwo zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego, polegającego na utracie bądź uszkodzeniu pojazdu. Dodatkowym czynnikiem wpływającym na popularność ubezpieczeń komunikacyjnych wśród sprawców wyłudzeń są stosunkowo wysokie koszty napraw współczesnych samochodów, powstające nawet przy nieznacznym stopniu ich uszkodzenia. Skali wyłudzeń w komunikacji sprzyja ponadto, nierozwiązany do dnia obecnego problem tworzonej od prawie dziesięciu lat, a nadal nieukończony, centralnej ewidencji pojazdów i kierowców (CEPiK) oraz praktyczny brak rozwiązań prawnych, umożliwiających wymianę danych o nieuczciwych klientach.

Po drugie ubezpieczyciele bardzo dobrze rozpoznali metody działania sprawców przestępstw wykorzystujących do wyłudzeń pojazdy samochodowe. Większość ubezpieczycieli potrafi zdiagnozować symptomy charakterystyczne dla tego typu przestępstw, a nowe narzędzia informatyczne i dane udostępniane przez Ośrodek Informacji Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego stworzyły możliwości analityczne, które jeszcze kilka lat temu były poza zasięgiem ubezpieczycieli. Należy stwierdzić, że dzięki dostępowi do danych na chwilę obecną ubezpieczenia komunikacyjne są grupą produktową, w której najłatwiej jest udaremnić próbę oszustwa. Niemniej jednak powstały nowe zagrożenia. Obec-

Tabela 5. Liczba wyłudzeń w Dziale II w latach 2001-2006 (czyny klientów)

Ryzyko	2001	2002	2003	2004	2005	2006
OC komunikacyjne	3 526	3 250	2 791	1 700	1 255	1 159
Autocasco	1 523	1 397	853	896	459	597
OC rolników	0	67	33	106	47	44
Od kradzieży z włamaniem (biznes)	111	90	109	47	33	44
Od ognia i innych żywiołów (biznes)	111	112	49	134	113	37
Ubezpieczenia mieszkań i domów	44	69	29	29	20	34
Inne	477	307	166	284	230	199
Razem	5 792	5 292	4 030	3 196	2 157	2 114

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników przeprowadzonych badań

Tabela 6. Liczba wyłudzeń w Dziale II w latach 2007-2011 (czyny klientów)

Ryzyko	2007	2008	2009	2010	2011
OC komunikacyjne	1 184	1 126	3 369	5 121	2 768
Autocasco	637	665	1 094	1 303	1 599
OC rolników	62	47	29	30	6
Od kradzieży z włamaniem (biznes)	33	43	147	145	47
Od ognia i innych żywiołów (biznes)	134	66	273	492	80
Ubezpieczenia mieszkań i domów	47	42	826	2 224	39
Turystyczne i Assistance	2	5	66	99	1
NNW	49	36	643	926	30
Inne OC	10	80	732	1 084	33
Kredytu, Finansowe, D&O	56	4	0	17	1
Gwarancja ubezpieczeniowa	0	0	2	0	0
Inne	140	133	126	13	20
Razem ubezpieczenia	2 354	2 247	7 307	11 454	4 624

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników przeprowadzonych badań

nie najgroźniejsze wydają się roszczenia ze szkód osobowych. Opiewają one na wysokie kwoty, a próba uzyskania nienależnego świadczenia jest o wiele trudniejsza do udowodnienia niż w przypadku uszkodzeń pojazdów.

Z tego samego powodu wiele metod działania sprawców stało się zupełnie nieskutecznymi – jeszcze kilka lat temu

popularna metoda wyłudzeń poprzez wielokrotne ubezpieczenie AC pojazdu w chwili obecnej została właściwie całkowicie wyeliminowana.

Do 2005 r. obserwowany był spadek wartości wykrywanych czynów przestępczych, natomiast od roku 2006 zauważalny jest ich wyraźny, silny wzrost. Sytuację tę wy-

Tabela 7. Wartość wyłudzeń w Dziale II w latach 2001-2006 (PLN) (czyny klientów)

Ryzyko	2001	2002	2003	2004	2005	2006
OC komunikacyjne	30 571 000	31 574 000	16 741 000	15 457 000	8 542 000	11 932 000
Autocasco	31 412 000	24 913 000	11 151 000	14 450 000	6 654 000	19 546 000
OC rolników	0	611 000	159 000	901 000	213 802	640 000
Od kradzieży z włamaniem (biznes)	4 509 000	4 075 000	8 779 000	6 188 000	5 592 000	1 719 000
Od ognia i innych żywiołów (biznes)	10 431 000	5 740 000	3 188 000	15 647 000	2 018 000	2 939 000
Ubezpieczenia mieszkań i domów	1 312 000	1 233 000	386 000	538 000	106 000	248 000
Inne	16 937 000	7 902 000	12 617 000	10 634 000	1 467 000	11 343 000
Razem	95 172 000	76 048 000	53 021 000	63 815 000	24 592 802	48 367 000

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników przeprowadzonych badań

jaśnić można następującymi w tym okresie przeobrażeniami organizacyjnymi wielu zakładów, które rozpoczęły wdrażanie elektronicznego obiegu dokumentów i modyfikowały struktury departamentów likwidacji szkód. Wielu ubezpieczycieli po przemianach organizacyjnych zyskało realne możliwości wykrywania i zbierania danych o dokonanych wyłudzeniach, zatem wzrosła wartość raportowanych nieprawidłowości. Zdecentralizowana likwidacja praktycznie uniemożliwiła efektywną kontrolę procesów i sprzyjała nieprawidłowościom. Jednak chwilowy spadek wartości przestępstw został szybko „zrekompensowany” nowymi metodami stosowanymi przez przestępców.

W ostatnich latach największym zagrożeniem stały się zorganizowane grupy przestępcze, które w profesjonalny sposób dokonują wyłudzeń. Spadł natomiast udział sprawców okazjonalnych i sytuacyjnych, którzy działając w pojedynkę nie stanowią obecnie realnego zagrożenia dla ubezpieczycieli. Przestępczość zorganizowana, ze względu na zaangażowanie relatywnie dużej liczby podmiotów w proces wyłudzenia, jest o wiele trudniejsza do wykrycia. Wnioski zawarte w dalszej części raportu zostały oparte na analizie

danych dotyczących wartości ujawnionych czynów. W statystykach jedno wyłudzenie (często o dużej wartości) dokonane przez zorganizowaną grupę przestępczą może być rozpatrywane jako jeden lub nawet kilkadziesiąt czynów. Przy nieziennej wartości incydentu skupianie się wyłącznie na ilości przypadków mogłoby być mylące.

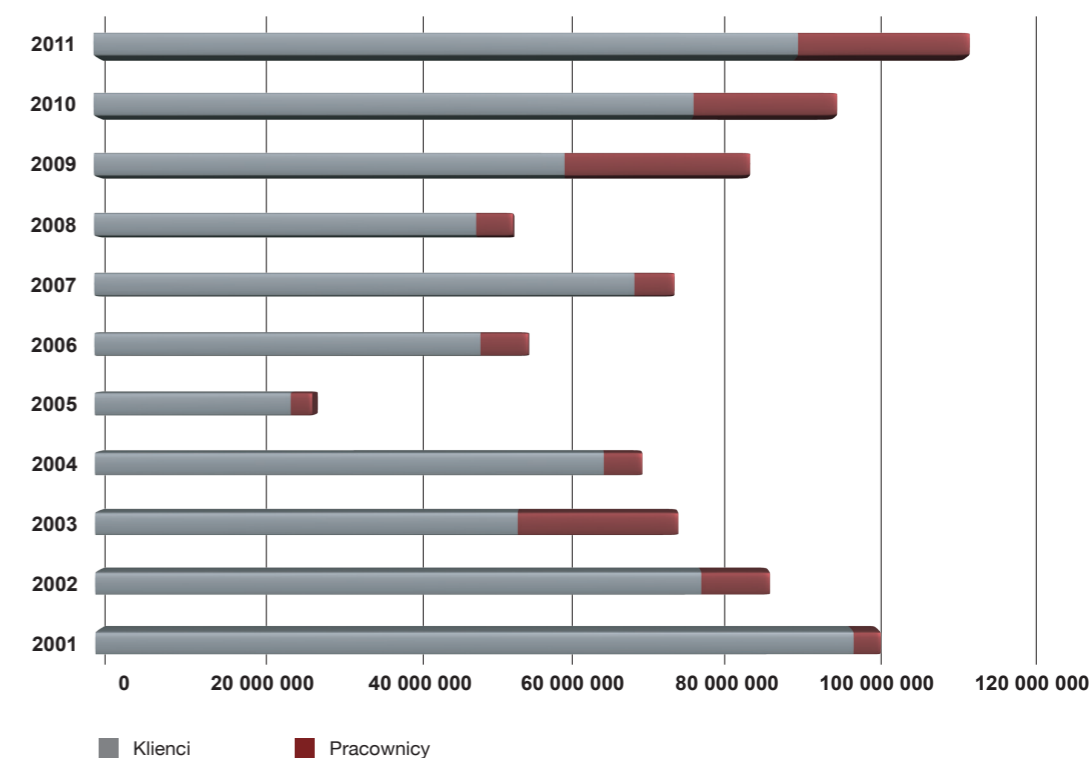
Poza ubezpieczeniami OC i AC zauważalny jest spory udział szkód kradzieżowych i ogniowych z umów zawartych z podmiotami gospodarczymi. Tego typu zdarzenia to istotny odsetek wartości ujawnionych w badaniu przypadków. Sprawcami szkód są przedsiębiorcy, którzy rozmyślnie starają się upozorować szkodę w celu pozyskania środków. Zwykle okolicznością towarzyszącą jest spadek kondycji finansowej firmy na krótko przed dokonaniem wyłudzenia. Sfingowany pożar czy rabunek staje się wtedy metodą na poprawienie stanu finansów firmy. Coraz częściej duże szkody pożarowe i biznesowe generują właśnie zorganizowane grupy przestępcze. W proceder zaangażowane zostają fikcyjne podmioty gospodarcze powiązane łańcuchem udokumentowanych zależności, tak aby upozorować realny przepływ towarów. Po zawarciu korzystnej umowy ubezpieczenia, sprawcy powo-

Tabela 8. Wartość wyłudzeń w Dziale II w latach 2007-2011 (PLN) (czyny klientów)

Ryzyko	2007	2008	2009	2010	2011
OC komunikacyjne	13 052 000	13 036 000	19 868 923	35 660 347	37 492 759
Autocasco	19 406 000	22 492 000	23 662 336	16 681 287	32 586 015
OC rolników	467 000	845 100	381 675	640 752	56 655
Od kradzieży z włamaniem (biznes)	1 242 000	2 063 000	900 200	1 315 870	2 333 576
Od ognia i innych żywiołów (biznes)	26 152 000	2 554 000	6 330 583	4 650 632	9 050 696
Ubezpieczenia mieszkań i domów	106 000	693 000	1 618 880	4 012 514	937 429
Turystyczne i Assistance	9 500	7 900	197 460	76 110	23 227
NNW	143 500	73 950	901 392	2 290 846	606 880
Inne OC	19 700	2 394 000	4 311 296	7 243 041	2 895 078
Kredytu, Finansowe, D&O	3 965 200	200 000	0	1 796 877	49 812
Gwarancja ubezpieczeniowa	0	0	53 077	0	0
Inne	3 081 700	3 472 500	674 007	662 222	2 043 977
Razem ubezpieczenia	67 644 600	47 831 450	58 899 829	75 030 498	88 076 103

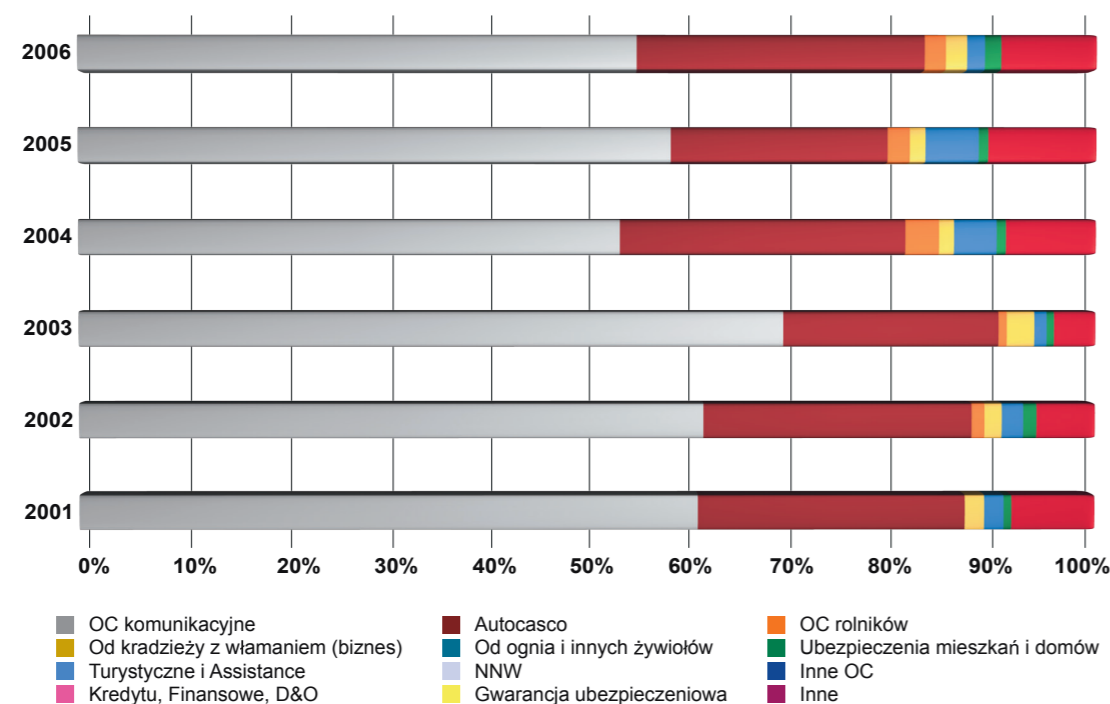
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników przeprowadzonych badań

Wykres 8. Całkowita wartość wyłudzeń w Dziale II w latach 2001-2011 (PLN)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników przeprowadzonych badań

Wykres 9. Wyłudzenia w Dziale II w latach 2001-2006 (czyny klientów), ujęcie ilościowe



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników przeprowadzonych badań

dają szkodę i zgłaszają roszczenie, uprawdopodobnione spreparowaną dokumentacją. Charakterystyczna jest wysoka wartość przeciętna tego typu przestępstw – w niektórych edycjach badania ponad 100 tys. PLN.

W 2007 r. nastąpiła modyfikacja narzędzia badawczego, dzięki czemu kategoria „Inne” została podzielona na kilka typów ubezpieczeń, wcześniej nieuwzględnianych w badaniach. Jedną z nowych kategorii są niekomunikacyjne ubezpieczenia OC. Charakteryzują się one wysoką podatnością na wyłudzenia z racji specyficznej konstrukcji tego rodzaju produktu. Niekomunikacyjne ubezpieczenia OC również działają na zasadzie obowiązku naprawienia szkody, lecz w tym przypadku szkoda może mieć charakter nierzeczowy (np. odpowiedzialność kontraktowa). Powoduje to możliwość upozorowania wyłudzenia za pomocą spreparowania dokumentacji uwiarygodniającej tego rodzaju wypadek ubezpieczeniowy. Przykład takiego zdarzenia znajduje się w kolejnym podrozdziale. Metody defraudacji mogą być tu podobne, jak w przypadku ubezpieczeń finansowych (przy OC z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej) lub analogiczne do metod stosowanych przez sprawców w Dziale I – przy wykorzystaniu spreparowanej dokumentacji medycznej.

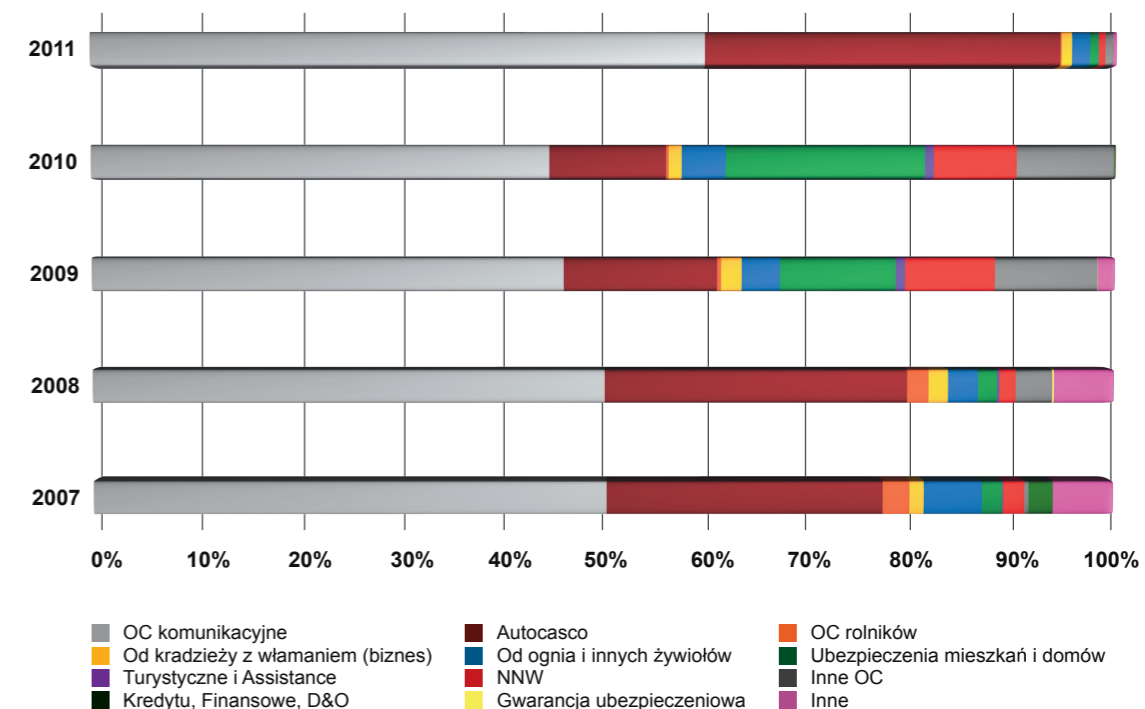
Na „popularności” wśród przestępców zyskują także ubezpieczenia kredytu i finansowe. Sprawcy coraz częściej decydują się na dokonywanie wyłudzeń bez faktycznego niszczenia przedmiotu ubezpieczenia czy upozorowania wypadku ubezpieczeniowego. Do tego celu wyjątkowo dobrze na-

dają się produkty ubezpieczeń biznesowych. Taki rodzaj przestępstwa jest wyjątkowo trudny do wykrycia, a tym samym sprawcy minimalizują własne ryzyko. Mechanizm wyłudzenia polega zwykle na generowaniu fikcyjnej dokumentacji księgowej, mającej uwiarygodnić rzekomo poniesioną stratę finansową. Mimo stosunkowo niewielkiej liczby wychwytywanych przypadków tego rodzaju, ubezpieczeniowcy nie powinni ich bagatelizować. Wysoka wartość przeciętna czynu i wspomniane nieograniczone możliwości generowania szkód sprawiają, że nawet jedna spreparowana szkoda w ciągu roku może stanowić zagrożenie.

Wartość przeciętna szkód w Dziale II zawiera się w przedziale 12-25 tys. PLN. W odniesieniu do ubezpieczeń komunikacyjnych rozbieżności są jeszcze większe. Trudno pomyśleć o jednoznacznej interpretacji tych wartości, ponieważ na ogólną liczbę czynów często składa się seria wielu wyłudzeń o małej wartości, które rzutują na wyliczenia wartości przeciętnej. Najogólniej rzecz biorąc, największe wartości szkód występują w przypadku pożarów, kradzieży mienia w biznesie oraz w ubezpieczeniach finansowych.

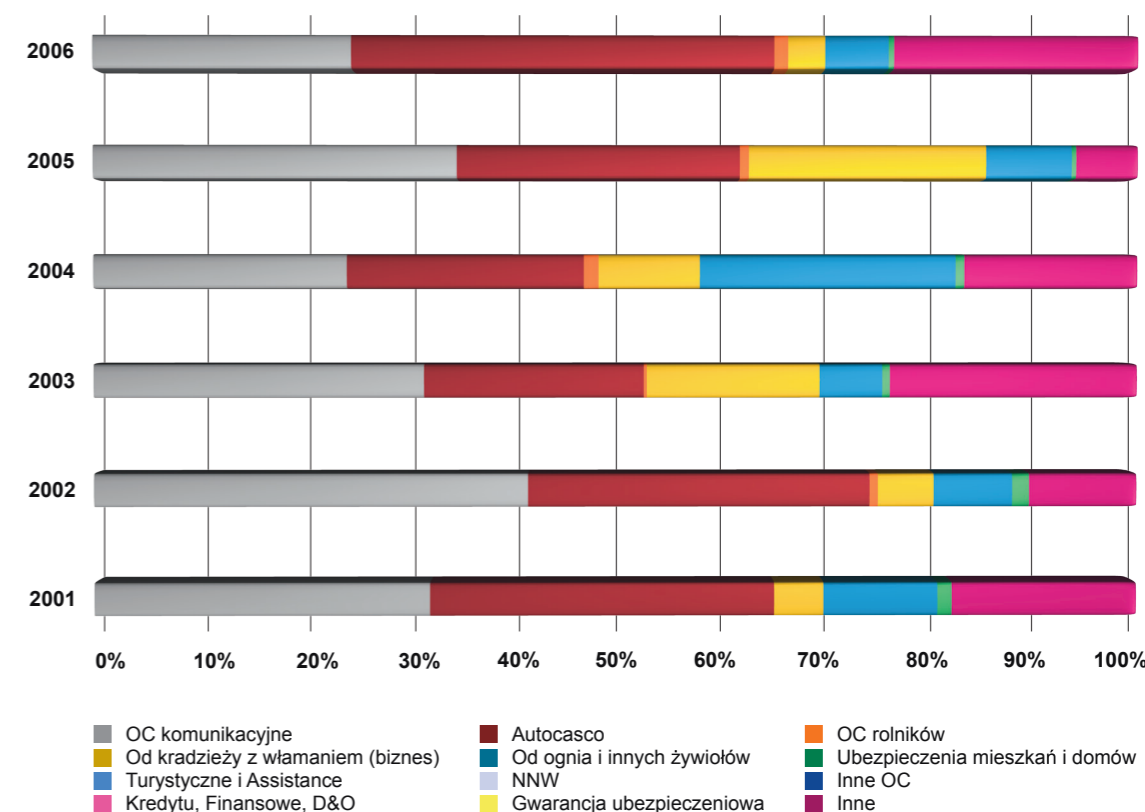
Pozostałe rodzaje ubezpieczeń zawarte w kwestionariuszu badania Działu II nie stanowią istotnego udziału w zarejestrowanych przypadkach. Nie oznacza to, że można traktować je jako całkowicie bezpieczne pod względem zagrożenia przestępczością ubezpieczeniową. Nawet jeśli liczba ujawnionych przypadków jest statystycznie niewielka, to o skali realnego zagrożenia świadczy średnia wartość szkody

Wykres 10. Wyłudzenia w Dziale II w latach 2007-2011 (czyny klientów), ujęcie ilościowe



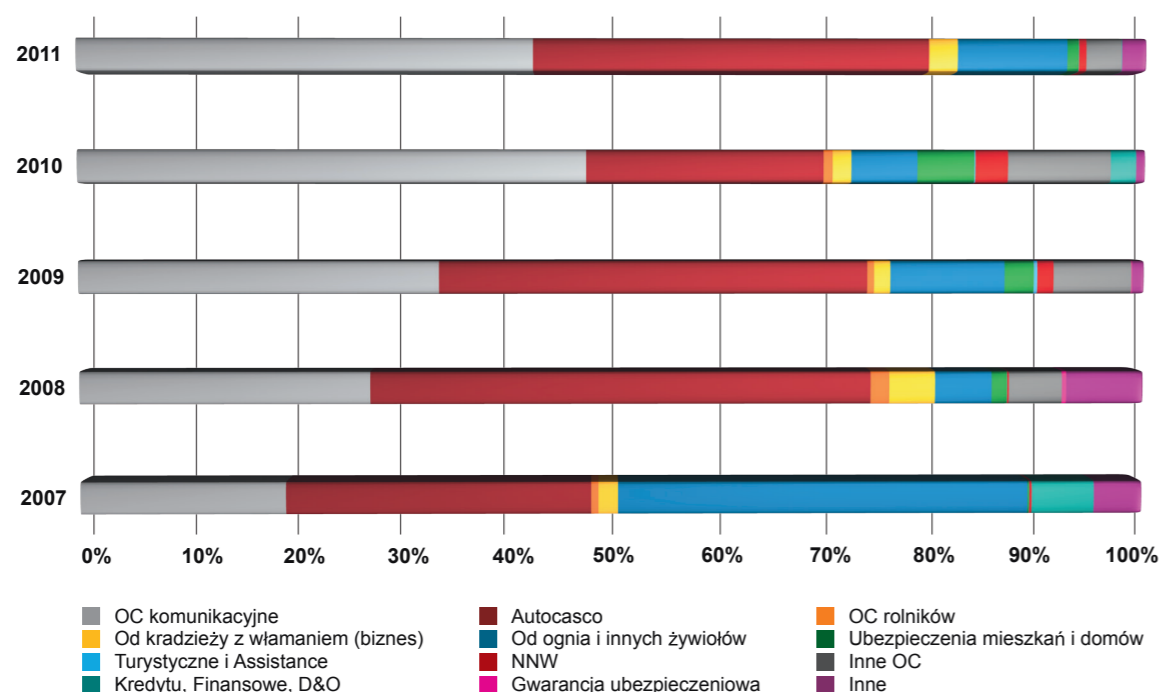
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników przeprowadzonych badań

Wykres 11. Wyłudzenia w Dziale II w latach 2001-2006 (czyny klientów), ujęcie wartościowe



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników przeprowadzonych badań

Wykres 12. Wyłudzenia w Dziale II w latach 2007-2011 (czyny klientów), ujęcie wartościowe



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników przeprowadzonych badań

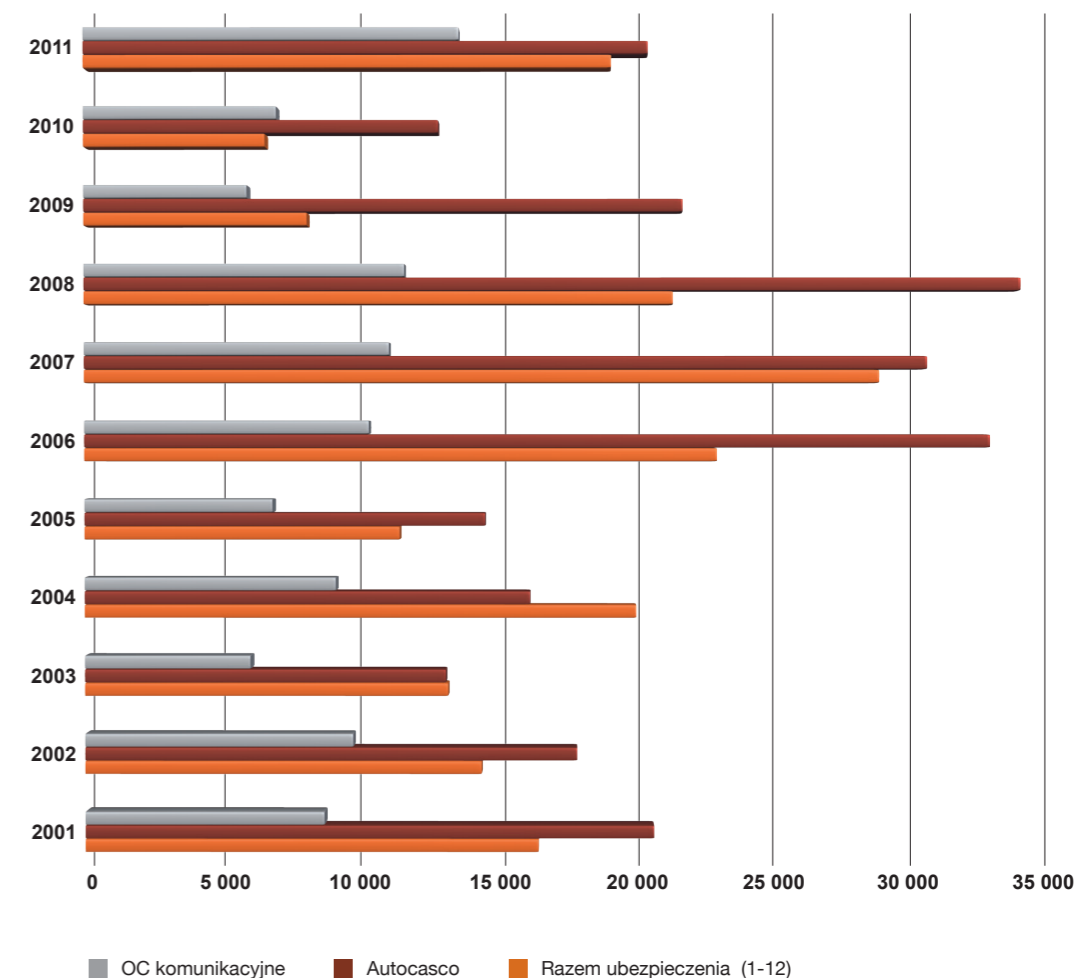
dy i wnioski z obserwacji tendencji rozwojowych. Zgromadzone powyżej dane skłaniają do refleksji nad nowymi wyzwaniami w walce z przestępczością ubezpieczeniową, jakie staną w najbliższych latach przed zakładami ubezpieczeń. Kierując się wynikami badań i doświadczeniem osób nadzorujących proces likwidacji szkód można z wysokim prawdopodobieństwem przyjąć, że ubezpieczenia komunikacyjne jeszcze przez długi czas będą stanowić większość wszystkich wyłudzeń. Natomiast nie bez znaczenia jest fakt ciągłego rozwoju metod stosowanych przez sprawców i wykorzystywania do wyłudzeń nowych technik. Przykładem tego typu tendencji może być sygnalizowane przez ekspertów wyłudzenie świadczeń assistance (np. wykorzystanie pojazdu zastępczego nieuzasadnione rzeczywistym zdarzeniem ubezpieczeniowym) lub zagrożenia związane z nowościami na rynku komunikacyjnym – ubezpieczenie szyb w pojazdach. Pamiętajmy, że większość metod i narzędzi wykrywania przestępstw ubezpieczeniowych powstało na gruncie doświadczeń związanych z ubezpieczeniami komunikacyjnymi. Pojazdy samochodowe są wysoce wystandaryzowanymi przedmiotami ubezpieczenia, podlegającymi ścisłej ewidencji w systemach administracji państwowej. Podobnie każde zdarzenie z ich udziałem podlega wystandaryzowanym procedurom. Dzięki istnieniu rejestrów prowadzonych przez Ośrodek Informacji Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego łatwo wychwycić wielokrotne ubezpieczenie pojazdu. Szkody w innych przedmio-

tach ubezpieczeń majątkowych (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 umów, wielokrotne ubezpieczenie).

Przytoczone statystyki zawierają stosunkowo niewiele danych o wyłudzeniach w niekomunikacyjnych ubezpieczeniach majątkowych. Dane te nie powinny skłaniać do bagatelizowania potencjalnie niewidocznych zagrożeń. W przypadku niektórych typów ubezpieczeń (np. finansowych) fraudów jest relatywnie niewiele, ale ich wysoka wartość przeciętna stanowi poważny problem. W przypadku innych produktów (np. cargo, assistance) brak narzędzi do wykrywania nieprawidłowości powoduje, że tzw. „ciemna liczba” niewykrytych przestępstw może być stosunkowo wysoka. Coraz doskonalsze metody zwalczania przestępczości w ubezpieczeniach komunikacyjnych z pewnością skłonią sprawców do wyboru innych produktów ubezpieczeniowych.

Od 2009 r. badanie obejmowało także nieprawidłowości wychwycone poza obszarem wypłaty świadczeń. Niepokoi dynamika i wartość odnotowanych przypadków, która w 2011 r. przekroczyła 20 mln PLN. Jak wynika z poniższych danych, zakłady ubezpieczeń powinny monitorować nie tylko proces wypłat, ale także inne procesy biznesowe, ponieważ narażone są na realne straty na skutek przestępczych działań swoich pracowników.

Wykres 13. Średnia wartość wyłudzenia w Dziale II w latach 2001-2011 (PLN)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników przeprowadzonych badań

Tabela 9. Wartość nadużyć poza obszarem wypłat w Dziale II w latach 2007-2011 (PLN)

	2007	2008	2009	2010	2011
Przywłaszczenie składek	3 813 000	3 525 000	931 978	3 230 684	4 048 634
Zawarcie umowy w celu wyłudzenia odszkodowania	b.d.	b.d.	34 796	1 405 923	6 205 964
Zawarcie umowy w celu wyłudzenia prowizji	b.d.	b.d.	354	3 000	0
Przestępstwa przeciwko dokumentom	b.d.	b.d.	2 415 222	944 325	1 059 632
Inne/ Nadużycia stwierdzone w innych obszarach	1 224 000	1 112 000	19 886 999	12 425 753	10 227 285
Razem	5 037 000	4 637 000	23 269 350	18 009 684	21 541 515

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników przeprowadzonych badań

W poniższej tabeli zawarto globalną kwotę nieprawidłowości z lat 2006-2011. Coroczny wzrost wartości czynów wskazuje na konieczność ciągłego monitorowania zjawiska i identyfikacji nowych zagrożeń.

W każdej edycji badania dokonywano porównania skuteczności czynów popełnianych przez klientów i pracowników zakładów ubezpieczeń. Respondenci wypełniający kwestio-

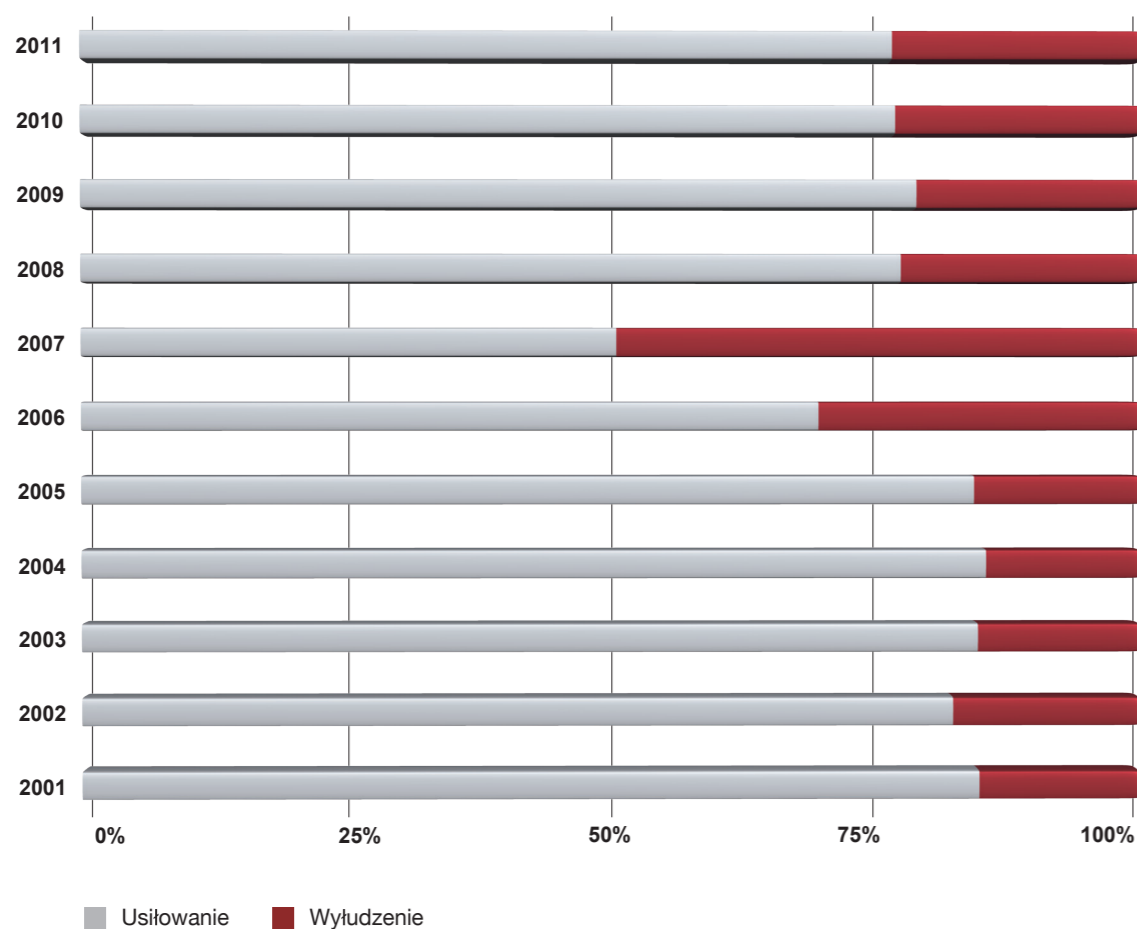
nariusze grupowali wykryte przypadki na usiłowania i faktyczne wyłudzenia. Analiza proporcji prowadzi do prostego wniosku. Pracownicy zakładów ubezpieczeń są skuteczniejszymi sprawcami przestępstw ubezpieczeniowych od swoich klientów. W przypadku tych drugich zaledwie co piąta próba wyłudzenia zwińczone jest sukcesem. Dla pracowników ta proporcja jest dokładnie odwrotna. Formułując wnioski nale-

Tabela 10. Całkowita wartość wyłudzeń w Dziale II w latach 2006-2011 (PLN)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Wartość całkowita (klienci i pracownicy)	54 370 000	72 681 600	52 468 450	82 169 179	93 040 183	109 617 618

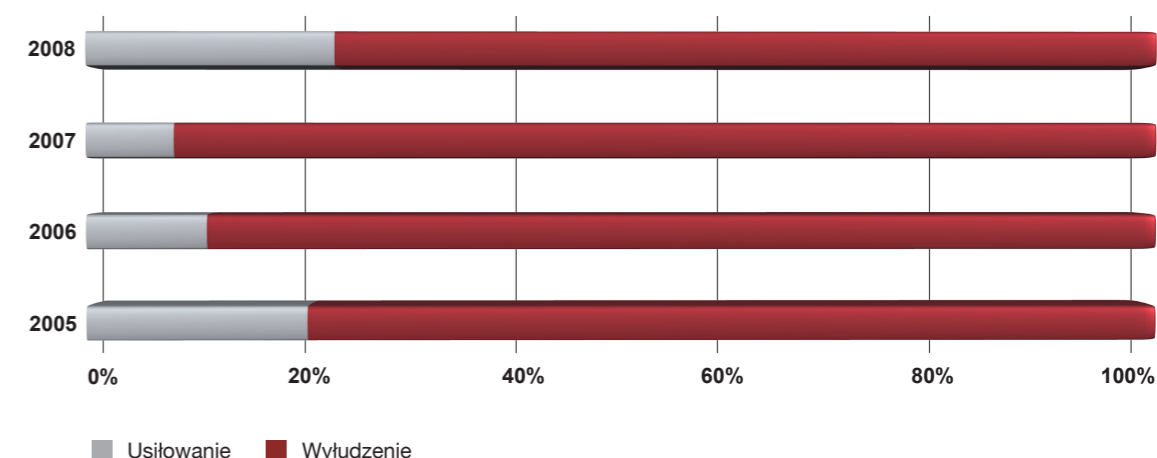
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników przeprowadzonych badań

Wykres 14. Proporcja pomiędzy usiłowaniami a wyłudzeniami w Dziale II w latach 2001-2011 (czyny klientów), ujęcie wartościowe



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników przeprowadzonych badań

Wykres 15. Proporcja pomiędzy usiłowaniami a wyłudzeniami w Dziale II w latach 2005-2008 (czyny pracowników), ujęcie wartościowe



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników przeprowadzonych badań

ży jednak pamiętać, że sama specyfika popełniania przestępstwa przez pracownika zakładu ubezpieczeń wysoce utrudnia wychwycenie próby usiłowania.

Możliwości działań przestępczych popełnianych przez pracowników zakładów ubezpieczeń pozostają niezmiennie te same. Dysponują oni szczegółową wiedzą na temat zasad funkcjonowania i specyfiki organizacyjnej zakładu ubezpieczeń, znają dokładnie procedury zawierania umów i wypłaty świadczeń oraz posiadają dostęp do dokumentacji. Ponadto jako pracownicy, dzięki szeregowi uprawnień posiadają znaczne możliwości zacierania śladów pozostałych po wyprowadzeniu środków pieniężnych, takich jak dokumentacja szkody (np. upoważnienia do pobrania odszkodowania). Skuteczną metodą walki z przestępczością wewnętrzną jest stworzenie odpornych na nieprawidłowości procedur oraz systemu organizacji pracy, połączonych z kontrolą działań pracowników przy użyciu nowoczesnych narzędzi informatycznych. Istotne jest objęcie tym działaniem nie tylko pionów likwidacji, ale także kadry sprzedażowej, mogącej generować równie wysokie straty przez umyślne zawieranie umów ubezpieczenia w celu dokonania późniejszych wyłudzeń.

Wspomniane wcześniej zagrożenie ze strony zorganizowanych grup przestępczych nabiera szczególnego znaczenia w kontekście przestępczości wewnętrznej. Połączenie tych dwóch możliwości, czyli działalność pracownika zakładu ubezpieczeń na zlecenie grupy przestępczej, to jedno z zagrożeń, z jakimi przyjdzie się zmierzyć zakładom ubezpieczeń w przyszłości.

Poszczególne zakłady ubezpieczeń Działu II, podobnie jak te w Dziale I, istotnie różnią się pod względem

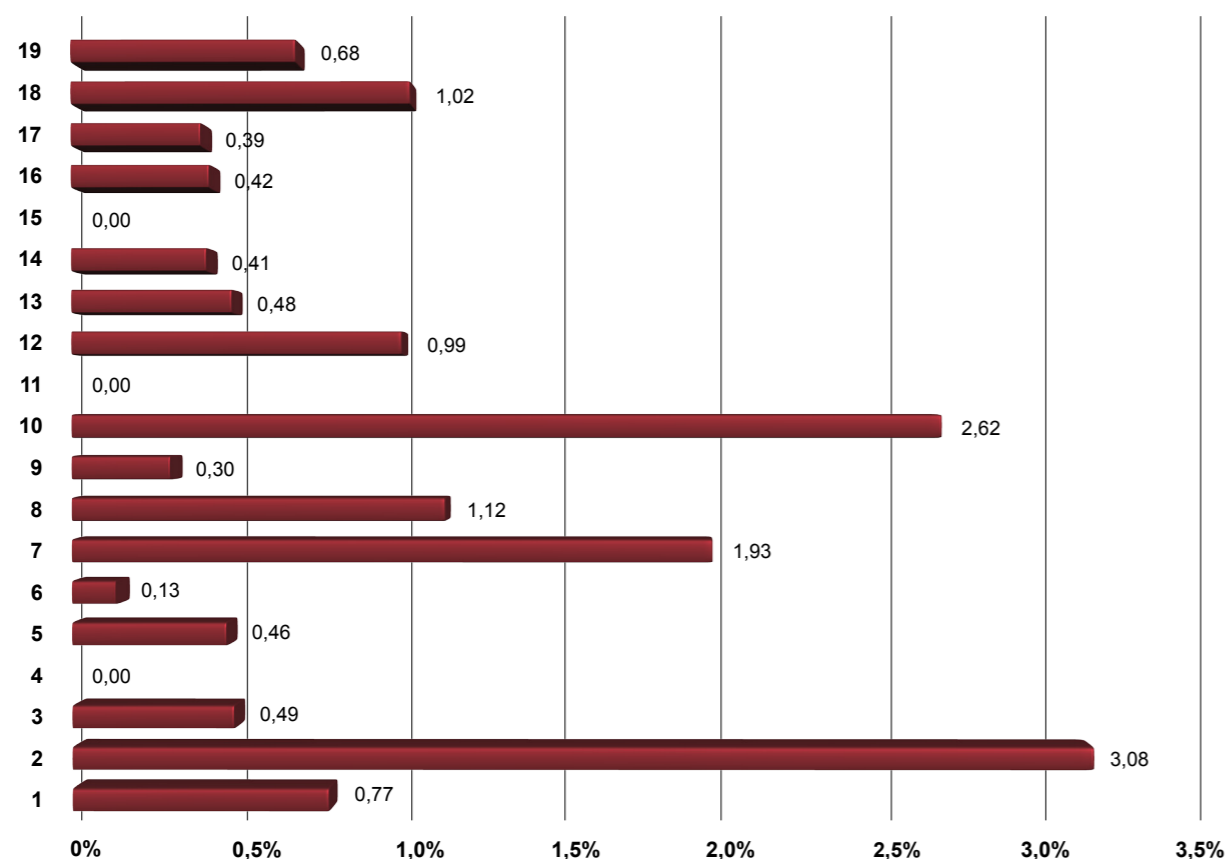
skuteczności wykrywania przestępczości ubezpieczeniowej. Coraz więcej firm posiada w swojej strukturze wyspecjalizowane komórki odpowiedzialne za systemową analizę procesów. U tych ubezpieczycieli już na etapie zgłoszenia szkody podejmowana jest decyzja, czy dane roszczenie odpowiada wypracowanemu katalogowi symptomów próby wyłudzenia, a tym samym powinno zostać skierowane na zupełnie inną ścieżkę procesu likwidacji. Dzięki takiej strategii udaje się skutecznie przeciwdziałać wielu wyłudzeniom. Opiswane powyżej podejście stało się już standardem wśród firm Działu II.

Zerowe wartości raportowanych wyłudzeń u niektórych ubezpieczycieli wynikają ze specyfiki działalności tych zakładów i oferowania wyłącznie wąskiej gamy produktów dla wyspecjalizowanych odbiorców. Należy podkreślić, że zakłady ubezpieczeń Działu II prowadzą aktywne działania zmierzające do wykrywania i zapobiegania przestępczości ubezpieczeniowej nie tylko wśród własnych klientów, ale także podejmują współpracę w celu wypracowania rozwiązań o charakterze systemowym. Świadomość zagrożenia wyłudzeniami w Dziale II jest bardzo wysoka i wiele zakładów potrafi im aktywnie przeciwdziałać.

Opracowane przez PIU coroczne raporty zawierały szereg wniosków i zaleceń dla zakładów ubezpieczeń. Część z nich ma charakter ponadczasowy. Zostały one przytoczone poniżej:

- Wyłudzeniu odszkodowań sprzyja przyzwolenie społeczne. Aby je niwelować, zakłady ubezpieczeń powinny prowadzić szeroko zakrojone akcje edukacyjne. Zaszczepienie idei odpowie-

Wykres 16. Udział nieprawidłowości w wypłacanych odszkodowaniach w wybranych zakładach w Dziale II w roku 2011 (w %)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników przeprowadzonych badań (1-19) – poszczególne zakłady ubezpieczeń, biorące udział w badaniu, kolejność losowa

działności za wspólne dobro i indywidualnej przezorności w połączeniu z rzetelną wiedzą z zakresu ubezpieczeń pozwoli na ograniczenie nie tylko skali wyłudzeń odszkodowań, ale w konsekwencji wpłynie na spadek szkodowości.

Należy przykładać dużą wagę do szkolenia kadr ubezpieczycieli odpowiedzialnych za sprzedaż i likwidację szkód ze wszystkich grup produktowych. Jak wskazują tendencje – wynikające z przeprowadzanych analiz – szczególny nacisk powinien zostać położony na edukowanie osób odpowiedzialnych za obsługę klientów biznesowych, jak również za likwidację szkód związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej – tak z zakresu przepisów regulujących zasady odpowiedzialności cywilnej, jak i wyceń strat, jakie mogą zaistnieć w związku z zaistnieniem szkody.

Nowe trendy, skutkujące rosnącym udziałem nieuzasadnionych roszczeń osobowych, wskazują na po-

trzebę modyfikacji metod zapobiegawczych. Procedury likwidacji szkód komunikacyjnych koncentrowały się dotychczas na szkodach rzeczowych, ponieważ ten właśnie rodzaj szkód dominował wśród zgłaszanych roszczeń.

W przypadku niektórych rodzajów produktów ubezpieczeniowych nie udało się wychwycić przypadków wyłudzeń (gwarancje ubezpieczeniowe). Taki stan rzeczy nie oznacza jednak, że dany produkt jest całkowicie na nie odporny. Opinie ekspertów wskazują tę grupę produktową jako szczególnie zagrożoną.

Wykazany w badaniu problem przestępstw przeciwko dokumentom rodzi potrzebę wypracowania nowych metod weryfikacji autentyczności i wiarygodności dokumentów związanych z umową ubezpieczenia i likwidacją szkody. Część tych zaleceń wiąże się z kontrolą i weryfikacją danych zawartych w dokumentach (np. porównanie i uwiarygodnienie daty zawarcia polisy i wystąpienia szkody). Część

nie jest możliwa do realizacji bez zmian w funkcjonowaniu rejestrów administracji publicznej (PESEL, CEPiK).

Zakłady ubezpieczeń Działu II posiadają obecnie nieporównywalnie większe doświadczenie w zwalczaniu przestępczości ubezpieczeniowej niż w 2001 r. Dzięki wielu zmianom organizacyjnym i podjętej wzajemnej współpracy udało się wypracować skuteczne metody zapobiegania najpopularniejszym wyłudzeniom, a niektóre z nich całkowicie uniemożliwić. Pamiętajmy jed-

nak, że ten sukces jest dopiero początkiem niekończącej się drogi aktywnego monitorowania i zapobiegania zagrożeniu przestępczości ubezpieczeniowej. Kapitał przepływający przez zakład ubezpieczeń był i zawsze będzie pokusą dla przestępców, którzy wciąż opracowują nowe metody wyłudzeń. Osiągnięcia wypracowane w ubezpieczeniach komunikacyjnych należy implementować w pozostałych rodzajach ubezpieczeń majątkowych, które wkrótce mogą stać się obszarem zainteresowania przestępców.

Wnioski końcowe

Zmieniająca się struktura przestępczości pozwala przypuszczać, że zagrożenie szeroko pojętą przestępczością finansową będzie rosło. Przestępcy, szczególnie ci działający w zorganizowanych grupach przestępczych, zauważyli jak wysokie zyski, przy relatywnie niskim ryzyku, można czerpać z przestępczości bankowej czy ubezpieczeniowej. Poszczególne sektory branży finansowej z różną intensywnością rozpoczęły działania obronne przed nowym rodzajem zagrożenia.

W obszarze rynku ubezpieczeń została już wykonana ogromna praca, a przede wszystkim dokonały się zmiany w świadomości i postrzeganiu problemu. Zakłady ubezpieczeń doskonale zdają sobie sprawę z zagrożeń, jakie niesie przestępczość ubezpieczeniowa, potrafią z nią skutecznie walczyć i co najważniejsze, potrafią ze sobą współpracować ponad podziałami konkurencji. W najbliższych latach ubezpieczycieli czeka jeszcze wiele wyzwań. Poniżej wymieniono wybrane z nich:

- Dalsze prace nad działaniami zapobiegającymi wyłudzeniom w Dziale I oraz implementacja doświadczeń antyfraudowych z Działu II.
- Konieczność nieustannego dostosowywania metod zwalczania wyłudzeń do nowych metod działania sprawców, szczególnie w aspekcie szkód osobowych i finansowych.

- Pielęgnowanie pozytywnych relacji z klientami, poprawa ogólnego wizerunku ubezpieczycieli w społeczeństwie, a tym samym minimalizacja przyzwolenia społecznego na popełnianie przestępstw ubezpieczeniowych.

- Wystandardyzowanie w skali rynku procedur wzajemnej współpracy, a także efektywne współdziałanie z organami ścigania i wymiarem sprawiedliwości.

- Inicjowanie i wspieranie działań mających na celu zbudowanie sprawnie funkcjonujących centralnych systemów elektronicznych i baz danych w administracji publicznej dotyczących demografii, służby zdrowia itd.

Aktywne przeciwdziałanie przestępczości ubezpieczeniowej wymaga oczywiście także prowadzenia dalszych badań nad jej skalą, rozmiarami i tendencjami rozwojowymi, co wpisuje się w zakres prac Komisji ds. Przeciwdziałania Przestępczości Ubezpieczeniowej. Autor raportu oraz członkowie Komisji pragną złożyć serdeczne podziękowania dla wszystkich osób z zakładów ubezpieczeń biorących udział w badaniu za okazane wsparcie, dzięki któremu możliwe było zgromadzenie danych, bez których nie powstałyby kolejne edycje raportów PIU.

Opracowano:

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

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.



Polska Izba Ubezpieczeń
00-684 Warszawa, ul. Wspólna 47/49
tel.: +48 22 420 51 05, +48 22 420 51 06
faks: + 48 22 420 51 07
office@piu.org.pl
www.piu.org.pl