



POLSKA IZBA UBEZPIECZEŃ

**Analiza**  
**danych dotyczących przestępstw**  
**ujawnionych w 2013 r.**  
**w związku z działalnością zakładów ubezpieczeń**  
**– członków Polskiej Izby Ubezpieczeń**

Warszawa 2014

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.

**Analiza**  
danych dotyczących przestępstw  
ujawnionych w 2013 r.  
w związku z działalnością zakładów ubezpieczeń  
– członków Polskiej Izby Ubezpieczeń

Warszawa 2014



# Spis treści

Informacje wstępne	4
Metodyka prowadzonych badań	6
Dział I – ubezpieczenia na życie	8
1. Metodyka badania	8
2. Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2013 r.	9
3. Przykłady zdarzeń	16
4. Wnioski i rekomendacje	17
Dział II – pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe	19
1. Metodyka badania	19
2. Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2013 r.	19
3. Przykłady zdarzeń	26
4. Wnioski i rekomendacje	27
Załącznik 1. Kwestionariusz dla zakładów ubezpieczeń Działu I	29
Załącznik 2. Kwestionariusz dla zakładów ubezpieczeń Działu II	31

# Informacje wstępne

W 2013 r. polski rynek ubezpieczeń odnotował spadek wskaźników dynamiki wzrostu w porównaniu z rokiem poprzednim. Sytuacja ta jest szczególnie zauważalna w Dziale I. Spadek sprzedaży o ok. 13% spowodowany jest głównie przez zmniejszenie się atrakcyjności tzw. polisolokat. Zmiany wartości sprzedaży ubezpieczeń na życie związane z konwersją struktury oszczędności występowały już w historii polskiego rynku ubezpieczeń. W 2009 r. także nastąpił podobny

spadek związany z polisolokatai. Z kolei sprzedaż produktów z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym wzrosła o kilka procent. Kolejne istotne czynniki, które miały wpływ na rynek ubezpieczeń na życie w 2013 r., to zapowiadana rekomendacja dotycząca rynku *bancassurance* oraz planowane zmiany w systemie emerytalnym.

Szczegółowe wyniki sprzedaży w poszczególnych działach ilustruje poniższa tabela.

**Tabela 1. Składka przypisana brutto w latach 2011–2013**

	2011 (tys. PLN)	2012 (tys. PLN)	2013 (tys. PLN)
Dział I	31 848 619	36 377 402	31 263 874
Dział II	25 301 030	26 265 235	26 598 813

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z KNF.

W roku 2013 Dział II odnotował niski wskaźnik dynamiki, na poziomie ok. 1,2%. Wiąże się to z odczuwalnymi skutkami kryzysu gospodarczego oraz zmianami na rynku ubezpieczeń komunikacyjnych, gdzie konkurencja cenowa doprowadziła do zmniejszenia się wartości składki dotyczącej tych ubezpieczeń. W pozakomunikacyjnej części ubezpieczeń majątkowych odnotowano kilkuprocentowy wzrost, a największe

wskaźniki dynamiki wzrostu dotyczyły ubezpieczeń różnych ryzyk finansowych oraz ochrony prawnej.

W kwestii wypłat odszkodowań i świadczeń w roku 2013 odnotowano spadek wartości wypłat w porównaniu z latami ubiegłymi. Dotyczy to zarówno Działu I, jak i II. Liczbowa ilustrację tej tendencji stanowi tabela 2. Nieznaczny wzrost wartości odszkodowań (na poziomie 1%) zaobserwowano w ubezpieczeniach komunikacyjnych.

Tabela 2. Odszkodowania i świadczenia brutto w latach 2011–2013

	2011 (tys. PLN)	2012 (tys. PLN)	2013 (tys. PLN)
Dział I	26 068 695	25 917 122	23 087 002
Dział II	13 739 522	14 044 906	13 711 222

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z KNF.

W roku 2013 nie występowały poważne katastrofy naturalne ani poważne anomalie pogodowe. Mimo ujemnego wyniku technicznego w grupie ubezpieczeń komunikacyjnych, w 2013 r. odnotowano istotną poprawę wyniku technicznego w Dziale II. W Dziale I odnotowano

nieistotny w porównaniu z rokiem poprzednim spadek wyniku technicznego.

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

Tabela 3. Wynik techniczny w latach 2011–2013

	2011 (tys. PLN)	2012 (tys. PLN)	2013 (tys. PLN)
Dział I	3 341 996	3 140 479	3 001 180
Dział II	298 700	664 775	1 330 281

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z KNF.

Łączna suma składek zebranych w 2013 r. to blisko 58 mld PLN. Branża wypłaciła w tym okresie blisko 37 mld PLN odszkodowań i świadczeń. Tak wysokie kwoty znajdują się w kręgu zainteresowania grup przestępczych. Zagrożenie związane z przestępczością ubezpieczeniową dotyczy wszystkich firm obecnych na polskim rynku ubezpieczeń. Zjawisko to dostrzegane jest przez wszelkich uczestników rynku; zauważają oni postępującą profesjonalizację działań sprawców wyłudzeń. Znajduje to także potwierdzenie we wskaźnikach zagrożenia szeroko pojętą przestępczością zorganizowaną raportowanych przez Policję i CBS. Niezmiennie zauważalna jest tendencja do wzrostu liczby prób uzyskania nienależnych świadczeń z wykorzystaniem roszczeń osobowych

z ubezpieczenia OC posiadacza pojazdu mechanicznego. W 2013 r. doszło do kilku spektakularnych przypadków wyłudzeń, nagłośnionych przez ogólnopolskie media. Zainicjowało to dyskusję o społecznych skutkach przestępczości ubezpieczeniowej. Daje to szansę na radykalną zmianę postrzegania tego zjawiska w społeczeństwie i ograniczenie przyzwolenia społecznego na przestępstwa ubezpieczeniowe.

Coraz większe znaczenie ma sprawna wymiana danych pomiędzy instytucjami rynku finansowego. W 2013 r. na rynku ubezpieczeń rozpoczęto działania przygotowujące do wdrożenia Bazy Zdarzeń i Szkód – narzędzia gwarantującego nową jakość w walce z przestępczością ubezpieczeniową.

# 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 wyłudzenia 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 danych, 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 przestano kwestionariusze elektroniczne zaprojektowane w programie MS Excel. Główny zamysł i forma badania pozostają niezmienione na przestrzeni lat, celem zapewnienia porównywalności uzyskiwanych danych. Układ i charakterystyka kwestionariuszy skierowanych do zakładów ubezpieczeń Działu I nie zostały zmodyfikowane. Zachowano zmiany wprowadzone w 2012 r. po konsultacjach prowadzonych na forum Podkomisji ds. Przeciwdziałania Przestępczości Ubezpieczeniowej w Ubezpieczeniach na Życie PIU (uproszczony układ tabel mający ułatwić raportowanie oraz możliwość podania szacunkowych danych dotyczących przypuszczalnej skali zjawiska przestępczości w ocenie respondenta). Zostały one szczegółowo opisane w poprzedniej edycji badania. Także w 2013 r. uproszczona forma kwestionariusza zaowocowała znaczną zwrotnością danych od zakładów ubezpieczeń Działu I. Kwestionariusz stanowi załącznik do niniejszego raportu. Kwestionariusz skierowany do zakładów ubezpieczeń Działu II nie został zmieniony.

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

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

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



Zakłady ubezpieczeń wypełniają kwestionariusze, raportując liczbę wykrytych przypadków wyłudzeń z podziałem na rodzaj ryzyka ubezpieczeniowego (grupy produktowe) oraz osobę sprawcy (klient/pracownik).

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 przypuszczają, że roszczenie klienta może być próbą dokonania wyłudzenia odszkodowania, nie są jednak w stanie swoich przypuszczeń udokumentować. W takich przypadkach świadczenia są wypłacane. Jeżeli określone przesłanki wskazują na wyłudzenie, zakład ubezpieczeń odmawia wypłaty odszkodowania. 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 wielokrotnie przekracza ona liczbę przypadków ujawnionych.

Biorąc pod uwagę powyższe uwarunkowania, wyszczególnione czyny zaszeregowano jako:

■ wyłudzenie – czyn z art. 286 k.k., tj. zachowanie sprawcy polegające na wprowadzeniu ubezpieczyciela w błąd lub wyzyskaniu błędu co do okoliczności mającej wpływ na jego odpowiedzialność z umowy ubezpieczenia, podjęte w celu uzyskania korzyści majątkowej, jeżeli **nastąpiła wypłata świadczenia**. Na potrzeby analizy przez wyłudzenia rozumie się również inne czyny pozostające

w związku albo zbiegu z czynem z art. 286 k.k. W przypadku spraw załatwionych w trybie innym niż postępowanie karne kwalifikacja następuje według klucza prawnokarnego takiego, jakby sprawa była w postępowaniu karnym;

■ usiłowanie wyłudzenia – czyn z art. 13 k.k. w związku z art. 286 k.k., tj. zachowanie sprawcy polegające na wprowadzeniu ubezpieczyciela w błąd lub wyzyskaniu 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 według klucza prawnokarnego takiego, jakby sprawa była w postępowaniu karnym.

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

W roku 2013 po raz kolejny zebrano rekordowo dużą liczbę kwestionariuszy, od zakładów ubezpieczeń mających łącznie przeważający udział w polskim rynku ubezpieczeń. Odnotowano także imponujący udział w badaniu zakładów ubezpieczeń reprezentujących Dział I.

Dzięki temu uzyskano bardzo wysoki stopień reprezentatywności badania dla całego rynku. Zebrane dane pozwalają na obserwację i zbadanie struktury przestępczości ubezpieczeniowej oraz istniejących w niej trendów. Wysoka zwrotność danych 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 z zakładów ubezpieczeń z Działu I funkcjonujących na polskim rynku skierowano w formie elektronicznej (arkusz MS Excel) kwestionariusz badania oraz pismo przewodnie. Analiza danych dotyczy struktury i skali wyłudzeń oraz prób wyłudzenia świadczeń, a także zatajeń ujawnionych przez pracowników zakładów ubezpieczeń Działu I w roku 2013. 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 stwierdzone w procesach sprzedaży i obsługi świadczeń. Zmodyfikowana konstrukcja kwestionariusza znacznie uprościła wprowadzanie danych, zminimalizowała występujące wcześniej niejednoznaczności interpretacyjne i przyczyniła się do poprawy zwrotności badania.

Kwestionariusze zostały przesłane do wypełnienia do wszystkich zakładów ubezpieczeń działających w 2013 r. na polskim rynku (28 z siedzibą w Polsce).

Informację zwrotną nadesłały 23 zakłady z siedzibą w Polsce (co stanowi ok. 82% liczby wszystkich ubezpieczycieli Działu I działających w 2013 r.) oraz 4 oddziały zagraniczne. Struktura odpowiedzi kształtuje się następująco:

- 21 ubezpieczycieli przekazało dane statystyczne,
- 6 ubezpieczycieli odpowiedziało w formie pisma stwierdzającego brak wyłudzeń.

W 2013 r. odnotowano kolejny rekord zwrotności kwestionariusza badania przestępczości wśród zakładów ubezpieczeń Działu I. Poza nielicznymi przypadkami nie występuje w zasadzie brak zainteresowania badaniem. Nieliczne odpowiedzi świadczące o braku przestępczości pochodzą od małych zakładów o znikomym udziale rynkowym. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że jeszcze kilka lat temu zwrotność w Dziale I była o wiele mniejsza i nawet duże zakłady ubezpieczeń nie uczestniczyły w badaniu. Obecnie w badaniu biorą udział wszystkie liczące się na rynku zakłady ubezpieczeń na życie.

W dalszej analizie uwzględniono wyłącznie dane z 27 zakładów (23 z siedzibą w Polsce), które wzięły udział w badaniu. Zakłady te reprezentują około 94% rynku – biorąc pod uwagę świadczenia wypłacane brutto w Dziale I (92%, licząc wartość zebranej składki). Tak wysoka wartość zwrotności badania nie została dotychczas nigdy odnotowana. Jest to kolejny dowód na wzrost poziomu świadomości zagrożenia przestępczością ubezpieczeniową wśród ubezpieczycieli życiowych.

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

Mimo gremialnego udziału w badaniu PIU ankietowane zakłady ubezpieczeń wciąż charakteryzują się zróżnicowanym

poziomem zdolności do akumulacji danych dotyczących przypadków wyłudzeń świadczeń, aczkolwiek zauważalna jest poprawa w stosunku do lat poprzednich. Z biegiem

lat coraz więcej zakładów stosuje metody detekcji znane ze spółek Działu II i potrafi ewidencjonować i raportować wychwycone przypadki wyłudzeń.

## 2. Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2013 r.

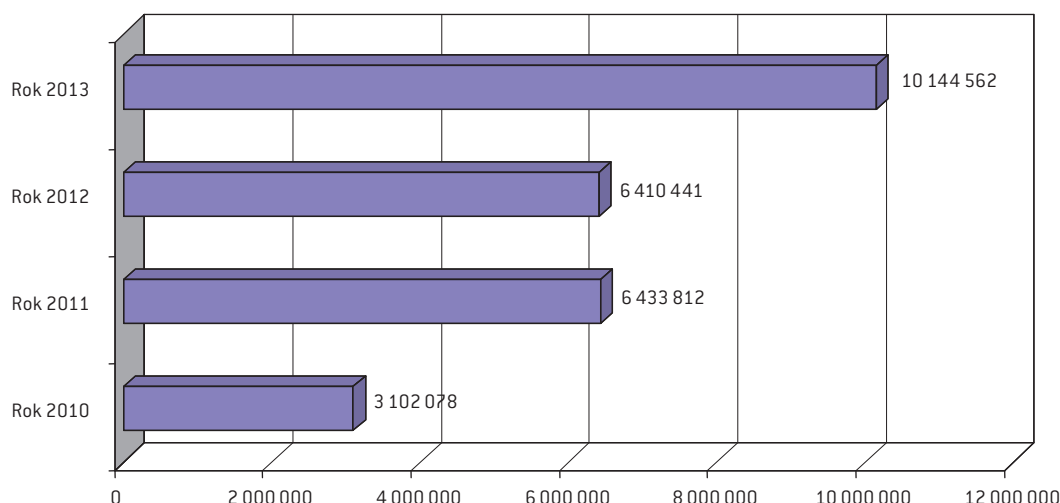
W roku 2013 pracownicy zakładów ubezpieczeń biorących udział w badaniu odnotowali 386 czynów na szkodę zakładów Działu I, dokonanych w ramach umów ubezpieczenia, na łączną kwotę 10 144 562 PLN [słownie: dziesięć milionów sto czterdzieści cztery tysiące pięćset sześćdziesiąt dwa złote].

W tej liczbie mieszczą się zarówno przypadki sklasyfikowane jako usiłowania, jak i rzeczywiste wyłudzenia, wykryte w toku postępowań wewnętrznych, jak i zgłoszone do organów ścigania. W porównaniu z rokiem poprzednim liczba czynów zabronionych wzrosła o 41% (z 274 do 386). Wartość ujawnionych czynów wzrosła o 58% (z 6 410 441 PLN do 10 144 562 PLN). Liczba odnotowywanych co roku przypadków rośnie, niekiedy zdarzają się incydentalne przypadki wykrycia serii drobnych wy-

łudzeń. Utrudnia to wnioskowanie dotyczące kształtującego się trendu. Bez wątpienia można jednak wskazać na lawinowo rosnącą wartość ujawnianych przypadków wyłudzeń w Dziale I. W roku 2013 po raz pierwszy przekroczyła ona granicę 10 mln PLN. Wyniki badań potwierdzają tendencję świadczącą o wzroście przestępczości w ubezpieczeniach życiowych. Są one zbieżne z obserwacjami poczynionymi w innych krajach europejskich oraz spostrzeżeniami dokonanymi podczas posiedzeń Podkomisji ds. Przeciwdziałania Przestępczości Ubezpieczeniowej w Ubezpieczeniach na Życie PIU.

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

Wykres 1. Wartość nieprawidłowości w Dziale I w latach 2010–2013 (PLN)



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Specyfika produktów Działu I powoduje, że nie są one jednakowo podatne na dokonywanie wyłudzeń świadczeń. Opisywane we wstępie niniejszego opracowania

zmiany w strukturze sprzedaży ubezpieczeń na życie powinny być brane pod uwagę przy szczegółowej interpretacji zamieszczonych poniżej wyników badania.

Należy pamiętać, że klasyczne produkty życiowe i NNW oraz ubezpieczenia grupowe i chorobowe doskonale nadają się do generowania nienależnych świadczeń. Z kolei do 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 ubezpie-

czeń Działu I. Do porównania wybrano losowo kilkanaście zakładów.

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

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

Nazwa zakładu ubezpieczeń (kolejność losowa)	Razem przestępstwa usiłowania i wyłudzenia w 2013 r.	
	Liczba	Wartość czynów [PLN]
Zakład ubezpieczeń nr 1	30	617 950
Zakład ubezpieczeń nr 2	22	151 400
Zakład ubezpieczeń nr 3	22	559 503
Zakład ubezpieczeń nr 4	22	1 119 160
Zakład ubezpieczeń nr 5	82	1 839 600
Zakład ubezpieczeń nr 6	7	100 000
Zakład ubezpieczeń nr 7	33	1 095 259
Zakład ubezpieczeń nr 8	11	363 385
Zakład ubezpieczeń nr 9	30	3 050 151
Zakład ubezpieczeń nr 10	6	497 130
Zakład ubezpieczeń nr 11	58	613 164
Zakład ubezpieczeń nr 12	57	99 580
Zakład ubezpieczeń nr 13	1	20 000
<b>RAZEM (wszyscy uczestnicy badania)</b>	<b>386</b>	<b>10 144 562</b>

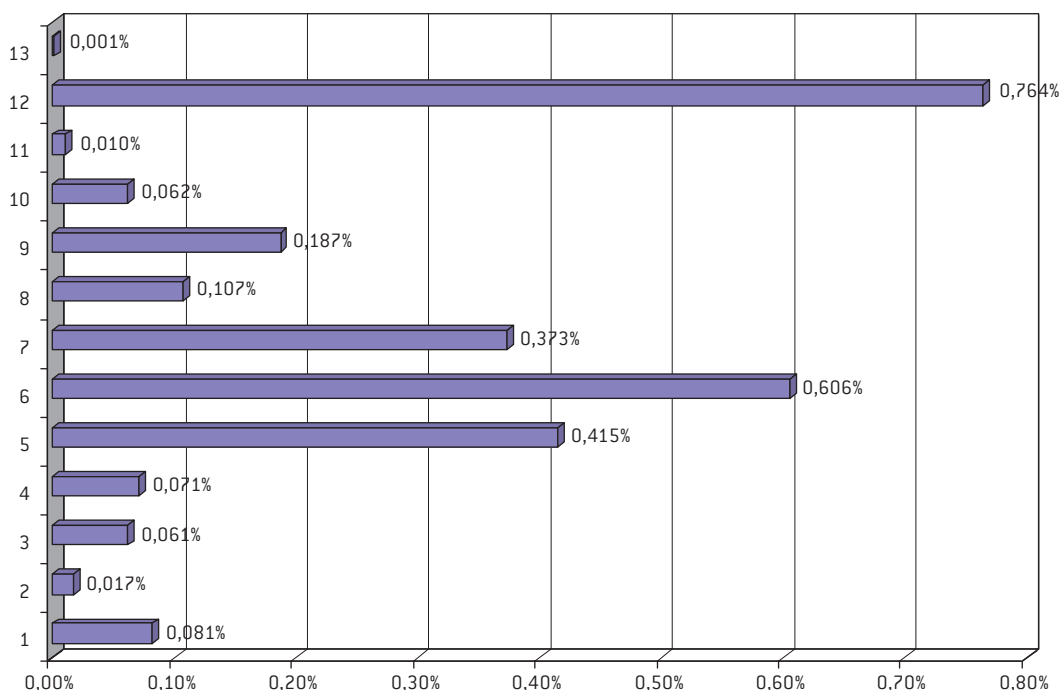
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Przeciętna wartość wyłudzenia opiewa na około 26 tysięcy złotych. Na przestrzeni lat wartość ta ulegała znaczącym wahaniom, powodowanym dużą liczbą drobnych nieprawidłowości, które w poszczególnych latach okresowo zawyżały statystykę ilościową.

Między badanymi zakładami ubezpieczeń występują bardzo duże różnice stosunku wartości wykrytych nadużyć do kwoty

wypłat ogółem. Waha się on w zakresie od 0,001% do 0,764% kwoty wypłaconych odszkodowań. Graficzne odwzorowanie tych dysproporcji przedstawiono na wykresie 2 (pominięto zakłady, które nie dostarczyły wypełnionych tabel lub deklaruują pojedyncze przypadki wyłudzeń).

## Wykres 2. Udział nieprawidłowości w obszarze świadczeń w wypłacanych świadczeniach ogółem w Dziale I w roku 2013



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

1–13: poszczególne zakłady ubezpieczeń biorące udział w badaniu, kolejność losowa.

Znów widoczne jest ogromne zróżnicowanie skuteczności wykrywania wyłudzeń w poszczególnych zakładach ubezpieczeń. Co interesujące, nie można zauważyć korelacji pomiędzy wielkością danego zakładu a skutecznością zwalczania przestępczości ubezpieczeniowej. W Dziale II to najwięksi gracze rynkowi są prekursorami nowych rozwiązań antyfraudowych. Wciąż zastanawiające są także przypadki, gdy spółka życiowa danej grupy raportuje śladowe wartości wyłudzeń, natomiast spółka majątkowa przoduje w metodach zwalczania przestępczości. Dowodzi to istniejącego (lecz malejącego) wciąż dużego dystansu pomiędzy postrzeganiem i skutecznością zwalczania przestępczości w Dziale I i II.

Niektóre zakłady ubezpieczeń mają wyspecjalizowane struktury organizacyjne zajmujące się tylko prewencją przestępczości ubezpieczeniowej i wykrywaniem prób wyłudzeń. W kilku przypadkach struktury te skoncentrowane są jednak na Dziale II, co powoduje, że w raportach brak danych z Działu I. W innych zakładach jest to dodatkowa kompetencja departamentów likwidacji szkód.

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

przeciwdziałania wyłudzeniom. Zatem należy zauważyć, że niskie wartości zaraportowanych wyłudzeń nie muszą automatycznie oznaczać braku świadomości istnienia zagrożenia, a jedynie wynikają z niezakończenia prac wdrożeniowych, które wymagają więcej czasu. Zarówno w pracach Podkomisji, jak i w szczegółowych wynikach niniejszego badania widać rosnące zainteresowanie rozwiązaniami antyfraudowymi i ogromny wzrost świadomości zagrożenia przestępczością ubezpieczeniową.

Rok 2013 to kolejny rok intensywnych prac Podkomisji ds. Przeciwdziałania Przemocności w Ubezpieczeniach na Życie, która specjalizuje się wyłącznie 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.

W 2013 r. doszło do spektakularnego, bardzo tragicznego w skutkach wyłudzenia odszkodowania. Zostało ono opisane w dalszej części opracowania wraz z innymi przykładami. Wydarzenie to stało się przyczynkiem do rozpoczęcia medialnej dyskusji o przestępczości

ubezpieczeniowej. Zjawisko to było dotychczas postrzegane jako niegroźne społecznie i powszechnie akceptowane. Fakt śmierci ofiar podpalacza, motywowanego chęcią pozyskania odszkodowania, postawił problem wyłudzeń w zupełnie nowym świetle. Wiele osób dowiedziało się, jak groźnym zjawiskiem jest przestępczość ubezpieczeniowa. Doniesienia o dramatycznym wydarzeniu stały się okazją do szerzenia wiedzy o istocie przestępczości ubezpieczeniowej i motywacją do zmiany postaw społecznych w tym zakresie.

Bazując na danych dostarczonych przez uczestników badania można dojść do wniosku, że udział zatajeń w ogólnej liczbie odnotowanych nieprawidłowości jest we wszystkich badanych zakładach wysoki i przekracza 75%. Zatajenie to nadużycie polegające na nieprzekazaniu ubezpieczycielowi informacji, o którą zapytuje on ubezpieczającego lub ubezpieczonego, mającej wpływ na jego odpowiedzialność z umowy ubezpieczenia, lub podanie jej niezgodnie z rzeczywistością, skutkujące odmową wypłaty świadczenia na podstawie art. 815 k.c. Zakłady ubezpieczeń odnotowały w 2013 r. łącznie 244 przy-

padki tego typu na łączną wartość około 7,7 miliona PLN. Sucha analiza danych mogłaby świadczyć o ponadprzeciętnie wysokiej popularności tej metody popełniania przestępstw ubezpieczeniowych. Jednak wciąż wielu uczestników badania nie przestrzegało kryteriów podziału czynów (na usiłowania, wyłudzenia i zatajenia). Można przypuszczać, że występujące u niektórych respondentów zaklasyfikowanie wszystkich ujawnionych przypadków tylko do jednej kategorii (np. zatajenia) jest kwestią przypadku, jednak opracowanie skutecznych metod prewencji zatajeń wymagać będzie przede wszystkim udoskonalenia metod oceny ryzyka przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Analiza przestępczości zawiera tradycyjnie także dane dotyczące nieprawidłowości odnotowanych przez ubezpieczycieli poza obszarem wypłaty świadczeń. Zebrany materiał, mimo że pochodzi jedynie od połowy ankietowanych zakładów, dostarcza wielu cennych informacji. Przede wszystkim zauważalna jest po raz kolejny bardzo niepokojąca tendencja wzrostu wartości nieprawidłowości tego typu.

**Tabela 5. Nieprawidłowości poza obszarem wypłaty świadczeń (Dział I, 2013 r.)**

Rodzaj nieprawidłowości	Liczba	Wartość [PLN]
Przywłaszczenie składek	43	590 977
Zawarcie umowy w celu wyłudzenia świadczenia	64	7 373 266
Zawarcie umowy w celu wyłudzenia prowizji	46	684 939
Przestępstwa przeciwko dokumentom	26	2 045 560
Nadużycia stwierdzone w innych obszarach	11	73 942
<b>RAZEM</b>	<b>190</b>	<b>10 768 684</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Defraudacja składek prowadzi zawsze do znacznego ograniczenia zaufania do branży ubezpieczeniowej, ponieważ bezpośrednio uderza w przypadkowych klientów. W najbliższej przyszłości skala defraudacji składek będzie się niewątpliwie zmniejszać dzięki postępującej informatyzacji i automatyzacji procesu rozliczania się pośredników ubezpieczeniowych, lecz fakt występowania nadal tej metody wyłudzenia świadczy, że istnieją jeszcze luki w systemie nadzoru nad pośrednikami ubezpieczeniowymi oraz szeroko pojętą siecią dystrybucji.

Jednak to nie problem defraudacji składek, lecz inne przejawy przestępczości wewnętrznej stanowią coraz większe zagrożenie dla zakładów ubezpieczeń Działu I. W roku 2013

wartość tych przypadków była porównywalna z sumą stwierdzoną w sferze wypłat. 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.

Znaczna część wyłudzeń w tym obszarze była możliwa z powodu niedoskonałości systemów dystrybucji produktów i współpracy z pośrednikami. Jedną z podstawowych przyczyn takiego stanu rzeczy są poważne niedoskonałości w całościowej organizacji procesów w niektórych zakładach ubezpieczeń. Dążenie do osiągnięcia wysokich wyników sprzedaży, szczegól-

nie w czasach kryzysu, może przesłaniać ryzyko związane z pozyskaniem klienta, którego jedynym celem jest wyłudzenie świadczenia. Systemy prowizyjne stosowane przez ubezpieczycieli przeważnie nie są powiązane ze szkodowością klientów i pośredników. Rodzi to wiele patologii. Ponadto nie wszystkie zakłady ubezpieczeń sprawdzają przeszłość zawodową kandydatów na agentów i nie korzystają z narzędzia, jakie oferuje do tego PIU, w postaci specjalnej bazy danych. Podobnie wygląda kwestia współpracy z multiagencjami i innymi podmiotami zewnętrznymi. Brak kontroli rodzi możliwość popełniania nadużyć według wymienionych wcześniej schematów. Powyżej opisane nieprawidłowości wskazują na potrzebę całościowego, systemowego spojrzenia na zakłady ubezpieczeń pod kątem obszarów zagrożeń przestępczością ubezpieczeniową, i wyraźnie dowodzą, że jej monitoringu i prewencji wymagają nie tylko pionierzy likwidacyjne. Ponadto przestępczość wewnętrzna sprzyja rujnowaniu wizerunku ubezpieczyciela, co ma odzwierciedlenie w dodatkowych, trudnych do zmierzenia stratach finansowych.

W dalszej części opracowania zawarta jest analiza danych w podziale na poszczególne rodzaje ubezpieczeń. Mimo wysokiej reprezentatywności badania, należy pamiętać o dużym ryzyku błędu. Pojedyncze wręcz przypadki ujawnionych prób wyłudzeń w ubezpieczeniach innych niż klasyczne ryzyko zgonu, w porównaniu z milionami zawartych polis, utrudniają formułowanie obiektywnych wniosków, gdyż musiałyby się one opierać na zależnościach wyliczonych na podstawie zaledwie ułamków promila wartości całego rynku.

Suche dane liczbowe mogłyby wskazywać na znikome zagrożenie przestępczością ubezpieczeniową w Dziale I. Należy jednak powstrzymać się od pochopnych wniosków i uwzględnić także tendencje panujące na rozwiniętych rynkach zagranicznych oraz pamiętać o ułomnościach systemów antyfraudowych w Dziale I, który w Polsce funkcjonuje zaledwie od kilku lat i choć rozwija się dynamicznie, jest w fazie początkowej.

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

**Tabela 6. Nieprawidłowości według rodzaju ubezpieczenia (Dział I, 2013 r.)**

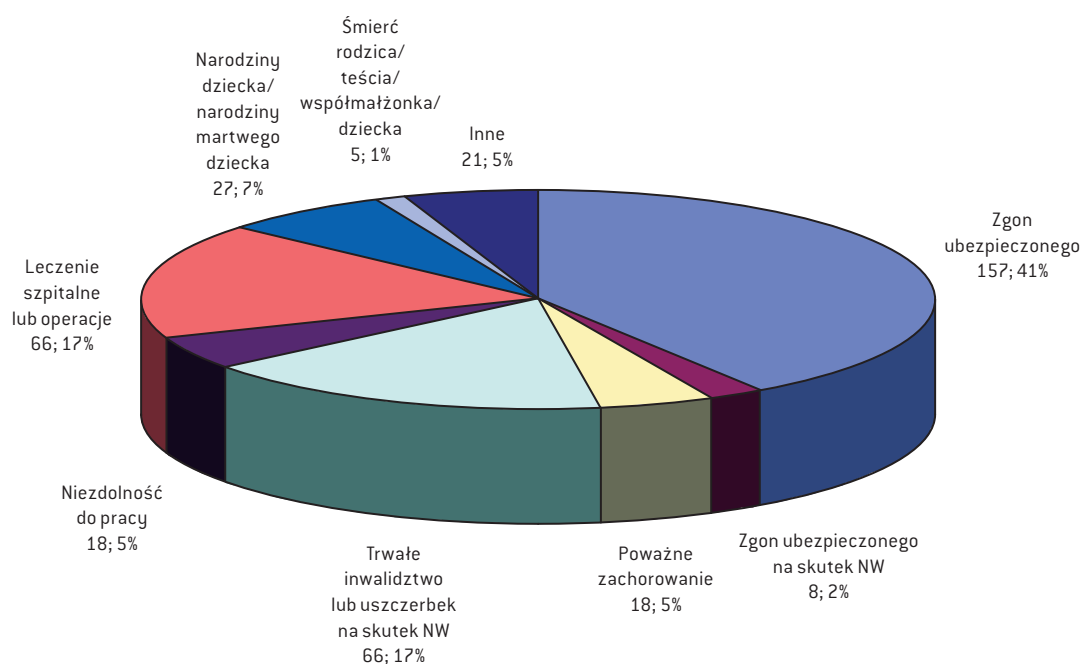
Rodzaj nieprawidłowości	Liczba	Wartość [PLN]
Zgon ubezpieczonego	157	4 761 038
Zgon ubezpieczonego na skutek NW	8	1 630 100
Poważne zachorowanie	18	318 996
Trwałe inwalidztwo lub uszczerbek na skutek NW	66	746 936
Niezdolność do pracy	18	558 341
Leczenie szpitalne lub operacje	66	783 182
Narodziny dziecka / narodziny martwego dziecka	27	34 770
Śmierć rodzica/teścia/współmałżonka/dziecka	5	26 940
Inne	21	1 284 259
Razem	386	10 144 562

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

W roku 2013 najczęstszym rodzajem wyłudzenia (157 przypadków) było wykorzystanie przez sprawców zgonu ubezpieczonego. Na dalszych pozycjach znalazły

się trwałe inwalidztwo na skutek NW oraz leczenie szpitalne i operacje. Pozostałe rodzaje ubezpieczeń były wykorzystywane znacznie rzadziej.

**Wykres 3. Przesłępczość ubezpieczeniowa w Dziale I w roku 2013 (ujęcie ilościowe)**

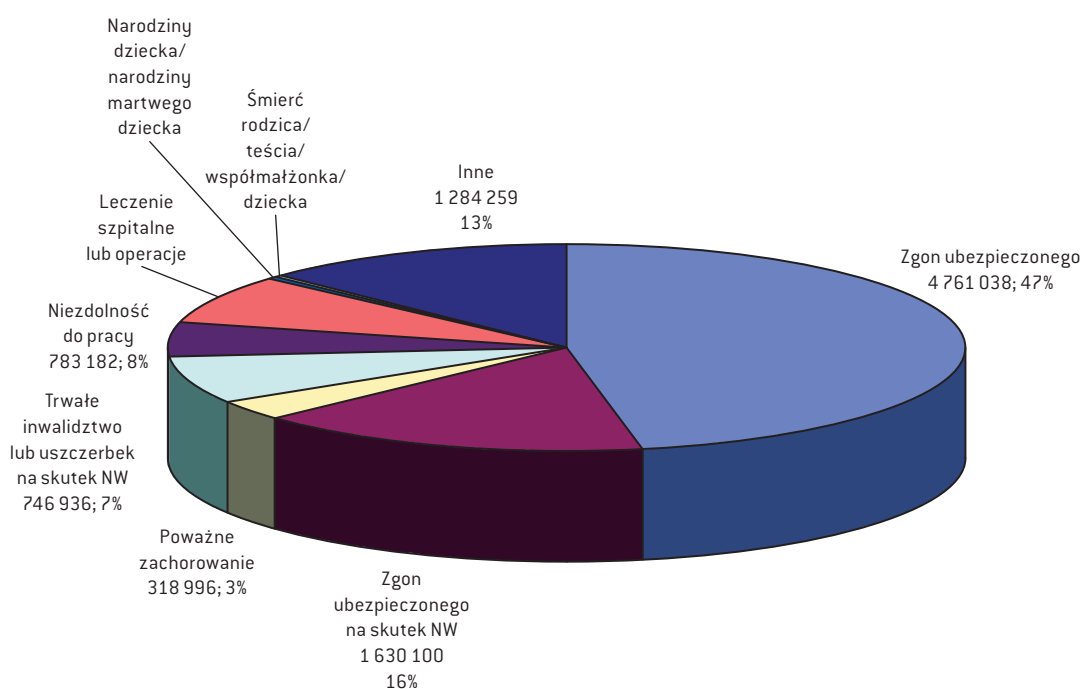


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Pod względem wartościowym zdecydowanie przodują przy- padki dotyczące zgonów. Sytuacja ta powtarza się niezmienn- ie od początku prowadzenia badań przez PIU. Kolejne pod

względem kwoty okazały się zgony na skutek NW. Pozostałe pozycje mają zdecydowanie mniejsze znaczenie w ujęciu war- tościowym.

**Wykres 4. Przesłępczość ubezpieczeniowa w Dziale I w roku 2013 (ujęcie wartościowe w PLN)**



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.



Pozycję „Inne” wyróżnia w 2013 r. to, że w jednym z zakładów ubezpieczeń odkryto wyłudzenia polegające na zatajeniu stanu chorobowego w przypadku umów ubezpieczenia na życie powiązanych z umowami kredytowymi.

Tendencja do wykorzystywania ryzyka zgonu jako podstawowej metody przestępczej utrzymuje się od początku prowadzenia badań nad przestępczością ubezpieczeniową w Polsce. Podstawowa przyczyna od lat pozostaje niezmienna. Jest nią mała sprawność funkcjonowania rejestrów służby zdrowia i administracji publicznej i brak ich pełnej cyfryzacji. Mimo wdrożenia systemu eWUŚ droga do pełnej funkcjonalności tych systemów jest jeszcze bardzo daleka. Wciąż w Polsce nie jest możliwe zweryfikowanie online, czy dany klient lub uposażony, który składa roszczenie, posługuje się autentycznym dokumentem potwierdzającym zgon, narodzenie, stan cywilny czy stan zdrowia. Bez centralnych baz danych zarządzanych przez sprawną administrację państwową ubezpieczyciele napotykać wiele utrudnień, które w praktyce znacznie obniżają skuteczność przeciwdziałania przestępczości ubezpieczeniowej w sferze ubezpieczeń na życie.

Znikoma liczba przypadków odnotowanych w 2013 r. w kategoriach innych niż zgon nie pozwala na wyciągnięcie sensownych wniosków wynikających z przeciętnej wartości przestępstwa w tych kategoriach. Podobnie jak

w latach ubiegłych maksymalne wartości dotyczą zgonu i zgonu na skutek NW, natomiast minimalne urodzenia dziecka.

W roku 2013, podobnie jak rok wcześniej, zrezygnowano z oddzielnego klasyfikowania wyłudzeń dokonywanych w ubezpieczeniach indywidualnych i grupowych. Należy jednak pamiętać, że sprawcy, szczególnie działający w sposób zorganizowany, z łatwością wykorzystują luki w administrowaniu dużymi grupami ubezpieczeniowymi. Ze względu na duży udział ubezpieczeń grupowych w całej sprzedaży Działu I należy zwrócić szczególną uwagę na ten typ produktów. Przykłady zdarzeń opisane w dalszej części analizy dowodzą, że wyłudzenia dokonywane są bardzo prostymi metodami, polegającymi na poświadczaniu nieprawdy w dokumentach, a sprawcy doskonale zdają sobie sprawę ze słabości procedur stosowanych przez ubezpieczycieli.

W 2013 r. respondenci mieli ponownie możliwość określenia szacunkowej skali 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 według rodzaju ubezpieczenia (Dział I, 2013 r.)**

Rodzaj nieprawidłowości	Liczba	Wartość (PLN)
Zgon ubezpieczonego	11	470 000
Zgon ubezpieczonego na skutek NW	5	300 000
Poważne zachorowanie	16	140 000
Trwałe inwalidztwo lub uszczerbek na skutek NW	41	131 000
Niezdolność do pracy	0	0
Leczenie szpitalne lub operacje	52	37 880
Narodziny dziecka / narodziny martwego dziecka	20	30 000
Śmierć rodzica/teścia/współmałżonka/dziecka	2	20 000
Inne	0	0
<b>Razem</b>	<b>147</b>	<b>1 128 880</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Mimo że dane dostarczyły zaledwie trzy zakłady ubezpieczeń, zauważalna jest tendencja wzrostowa. Rok wcześniej wartość szacunków opiewała na niespełna 900 tys. PLN. Respondenci główny nacisk położyli na ryzyko zgonu oraz zgonu na skutek NW.

Mała ilość danych uniemożliwia niestety wyciąganie konstruktywnych wniosków. Warto jednak podkreślić, że kwoty zawarte w szacunkach poszczególnych ubezpieczycieli wielokrotnie przekraczały sumy, które te zakłady raportowały jako wykryte wyłudzenia.

### 3. Przykłady zdarzeń

Poniżej podane zostały przykłady zdarzeń polegających na zatajeniu, próbie wyłudzenia 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 nadesłanymi materiałami).

#### Przypadek 1

W Jastrzębiu-Zdroju mężczyzna, który popadł w kłopoty finansowe, podpalił dom jednorodzinny, w którym znajdowała się jego rodzina – żona oraz pięcioro dzieci. Tylko jednej osobie udało się przeżyć. Sprawca, który w toku postępowania przyznał się do winy, początkowo twierdził, że był to nieszczęśliwy wypadek i że ktoś wysyłał mu wiadomości z pogroźkami. Przed pożarem sprawca zawarł polisy na życie na rzecz swojej żony i dzieci. W dniu pożaru zapewnił sobie alibi i utrudnił ofiarom ucieczkę z płonącego domu. Wciąż toczy się postępowanie w tej sprawie.

Może to być (wyrok jeszcze nie zapadł) jak dotąd najtragiczniejszy w Polsce przypadek próby wyłudzenia świadczenia z ubezpieczenia na życie.

#### Przypadek 2

Ubezpieczony (lekarz) zataił bardzo poważną chorobę serca oraz wiele innych chorób. Uposażeni, mimo że do śmierci ubezpieczonego doszło wskutek choroby, wystąpili także z roszczeniem z tytułu śmierci wskutek NW, wskazując na różne okoliczności (zmarły leżał na prawym boku na podłodze, przy leżącym znajdowała się drabina – należy przyjąć, że z niej spadł, a wysokość tego pomieszczenia sięgała ok. 3 m, zatem spadł z wysokości 3 m). Zakład ubezpieczeń odmówił wypłaty – uposażeni zapowiadają powództwo.

#### Przypadek 3

Śmierć ubezpieczonego – umowa terminowego ubezpieczenia na życie.

Do śmierci ubezpieczonego doszło w drugim roku polisowym, jako przyczyna zgonu w karcie zgonu została wskaza-

na padaczka i następowy uraz głowy oraz wieloogniskowe stłuczenie mózgu z jego obrzękiem. Klient przed zawarciem umowy wypełnił ankietę zdrowia, w której znajdowało się pytanie wprost o jednostkę chorobową będącą przyczyną zgonu. Ubezpieczony we wniosku o zawarcie umowy zaprzeczył, aby padaczka u niego występowała oraz aby w ciągu ostatnich 10 lat poddawany był hospitalizacji czy diagnostyce lekarskiej. Z informacji pozyskanych na etapie likwidacji roszczenia z placówek medycznych, w których leczył się ubezpieczony, wynika, że 7 lat przed zawarciem umowy ubezpieczenia rozpoznano u niego padaczkę pourazową, poddany został operacji mózgu po wypadku, zdiagnozowano również zaburzenia słuchu i widzenia. W trakcie procesu likwidacji roszczenia uprawniony podawał również nieprawdziwe informacje na temat stanu zdrowia ubezpieczonego. Ostatecznie towarzystwo odmówiło wypłaty świadczenia w związku z tym, że klient dopuścił się zatajenia istotnych informacji o stanie swojego zdrowia.

#### Przypadek 4

Trwały uszczerbek na zdrowiu – umowa dodatkowa.

Ubezpieczony zgłosił roszczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w związku z ograniczeniem ruchomości nadgarstka po złamaniu kości łódeczkowatej. Leczony unieruchomieniem gipsowym. Dokumentacja wskazywała, że leczenie uznaje się za zakończone i że jest ograniczona ruchomość nadgarstka. Towarzystwo uznało, że następstwa urazu nie zostały wymienione w tabeli uszczerbków i odmówiło wypłaty świadczenia. Klient telefonicznie zapytał, czy jeśli zakres ograniczenia się powiększy, będzie mógł otrzymać świadczenie. Użył odpowiedź, że jeśli zakres trwałego uszkodzenia będzie zgodny z tabelą uszczerbków, to świadczenie będzie należne. Po wpływie odwołania wraz z nową dokumentacją medyczną klienta towarzystwo wystąpiło o udostępnienie informacji z przebiegu leczenia do izby przyjęć szpitala, w którym – zgodnie z wywiadem zawartym w dokumentacji od lekarza ortopedy – opatrzonego klienta po doznanym urazie. Klient utrzymywał, że leczył się jedynie w poradni ortopedycznej. Zgodnie z informacją pozyskaną z izby przyjęć szpitala, trzy miesiące

przed zawarciem umowy ubezpieczenia dodatkowego oraz zgłoszoną datą urazu nadgarstka ubezpieczony został opatrzony w tej placówce. Rozpoznano wówczas uraz nadgarstka w postaci złamania kości łódeczkowatej, wykonano badanie RTG, następnie założono szynę gipsową. Kolejne daty wizyt w izbie przyjęć pokrywały się z datami wizyt w poradni ortopedycznej. Całość zebranej dokumentacji pozwoliła stwierdzić, że w trakcie leczenia ubezpieczony samowolnie zdjął opatrunek założony w szpitalnej izbie przyjęć i zgłosił świeży uraz w poradni,

nie podając informacji o urazie nadgarstka sprzed rozpoczęcia odpowiedzialności. Finalnie ograniczenie ruchomości nadgarstka stanowi skutek źle leczonego złamania kości łódeczkowatej, gdyż jak wynika z dokumentacji, ubezpieczony nie zgłosił się do kontroli po pierwszym urazie, w związku z czym prawdopodobnie samowolnie zdjął opatrunek gipsowy, co przyczyniło się do pogorszenia stanu ręki. Towarzystwo odmówiło wypłaty świadczenia wskazawszy, że do wypadku doszło przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

## 4. Wnioski i rekomendacje

W roku 2013 działające w Polsce w Dziale I zakłady ubezpieczeń zebrały w formie składek kwotę 31 263 874 000 PLN oraz wypłaciły łącznie w formie świadczeń kwotę 23 087 002 000 PLN. Dla porównania wartość nieprawidłowości wykrytych w 127 firmach uczestnikach badania to około 10 144 000 PLN w zakresie klasycznych wyłudzeń i ponad 10 768 000 PLN w pozostałych obszarach. Zatem ujawnione wyłudzenia stanowią ułamek promila tych kwot. 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 ona wyjątkowo 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 kwota zauważanych wyłudzeń nie przekraczała kilkuset tysięcy złotych. Mimo że wartość wyłudzeń w Dziale I to mniej niż 10% kwoty raportowanej w Dziale II, nie należy bagatelizować zagrożenia, z którym coraz częściej borykają się także ubezpieczyciele z rozwiniętych rynków ubezpieczeniowych. Warto mieć także na uwadze przytaczany wcześniej fakt, że znaczna część rynku ubezpieczeń na życie ma charakter oszczędnościowy, a nie ochronny. Nie można zatem wprost porównywać wartości wyłudzeń w obydwu działach.

W 2013 r. utrzymała się nowa groźna tendencja dynamicznego wzrostu udziału pracowników i współpracowników ubezpieczycieli w procederze wyłudzeń. Kwota wyłudzeń w zakresie przestępczości wewnętrznej jest równa kwocie wyłudzeń w obszarze świadczeń.

Pogląd o znikomo niskiej podatności ubezpieczeń życiowych na wyłudzenia już dawno się zdezaktualizował. Wyjątkowe zagrożenie stanowi jednak zauważalnie mniejszy rozwój technik antyfraudowych stosowanych przez ubezpieczycieli Działu I. Sytuacji nie ułatwia także wciąż trwający chaos informacyjny w zakresie baz administracji państwowej.

Optymizmem napawa coraz liczniejszy udział ubezpieczycieli Działu I w badaniach PIU. Po raz pierwszy w historii tych badań zwrotność w Dziale I była porównywalna z Działem II i przekroczyła 90%. Można zatem śmiało powiedzieć o wysokiej reprezentatywności tego badania.

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

Skuteczne zwalczanie przestępczości ubezpieczeniowej w dalszej perspektywie wymagać będzie stworzenia modelu wymiany informacji powiązanych z bazami Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Niezwykle usprawni to weryfikację zasadności roszczeń i pozwoli wyeliminować z kręgu klientów osoby nieuczciwe.

Zakłady ubezpieczeń powinny wzbogacić politykę PR o informacje dotyczące skutków i metod przeciwdziałania przestępczości ubezpieczeniowej, tak aby wykorzystać zmieniające się postrzeganie tego zjawiska w społeczeństwie i zwalczyć przyzwolenie społeczne. Stosowne byłoby także uwzględnienie tych informacji w kampaniach edukacyjnych promujących ideę ubezpieczeń.

W ramach monitoringu procesu likwidacji szkód warto obserwować działania pośredników odszkodowawczych. Z powodu braku stosownych regulacji prawnych i niskiego poziomu merytorycznego mniejszych podmiotów zdarza się ich uwikłanie w proces wyłudzenia odszkodowania zainicjowany przez zorganizowaną grupę przestępczą.

Liczne przykłady przestępczości wewnętrznej rodzą potrzebę przededefiniowania modelu nadzoru nad siecią sprzedaży i pośrednictwa ubezpieczeniowego. Do części fraudów dochodzi już na etapie zawierania umowy ubezpieczenia. W obliczu nowych zagrożeń wyłudzeniami należy przy motywowaniu i wynagradzaniu pośredników uwzględniać nie tylko wyniki sprzedaży, ale także globalny wpływ nowo zawieranych umów na wynik finansowy ubezpieczyciela.

Zakłady ubezpieczeń, które mają w swych strukturach spółki Działu I i II, powinny zharmonizować strategie zapobiegania i zwalczania przestępczości we 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.

Postrzeganie i zwalczanie przestępczości w ubezpieczeniach na życie ewoluuje w rekordowym tempie. Wydaje się, że na przestrzeni najbliższych kilku lat dzięki nowoczesnym narzędziom i wykorzystaniu doświadczeń zakładów Działu II poziom technik antyfraudowych stanie się w obu działach porównywalny.

# Dział II – pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe

## 1. Metodyka badania

Badanie Polskiej Izby Ubezpieczeń dotyczące przypadków przestępczości ubezpieczeniowej przeprowadzone w 2013 r. nie odbiegało pod względem merytorycznym od edycji poprzednich. Wypracowana przez lata metoda pozwala na zbieranie wartościowych, porównywalnych danych, a uczestnicy badania sprawnie wypełniają formularz.

Zastosowany formularz elektroniczny nie różnił się od używanego w roku ubiegłym. Zakłady ubezpieczeń proszone były o ujawnienie wymiaru nieprawidłowości w ujęciu ilościowym i wartościowym oraz, analogicznie jak w przypadku zakładów Działu I, ich podział na usiłowania i wyłudzenia.

Ankieta została skierowana do wszystkich zakładów ubezpieczeń Działu II działających w 2013 r. na polskim rynku (w tym 31 z siedzibą w Polsce). Informację zwrotną nadeszło 26 zakładów z siedzibą w Polsce (84%) oraz 8 oddziałów zagranicznych. Udział rynkowy uczestniczących w badaniu 26 zakładów z siedzibą w Polsce mierzony wartością wypłaconych odszkodowań Działu II wynosi ok. 96%. Duża reprezentatywność badanej próby pozwala wyciągać ciekawe wnioski z analizowanych wyników. Masowy udział zakładów ubezpieczeń Działu II w badaniu oraz wysoka jakość nadesłanych danych świadczą o dużej świadomości zagrożenia przestępczością ubezpieczeniową.

## 2. Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2013 r.

W 2013 r. pracownicy zakładów ubezpieczeń Działu II odnotowali 7967 czynów przestępczych na łączną kwotę 119 739 165 PLN. W porównaniu z rokiem poprzednim oznacza to wzrost liczby czynów o 3% oraz wzrost ogólnej kwoty przestępstw o 16%. Średnia war-

tość przestępstwa wyniosła około 15 000 PLN. Wartość czynów odnotowanych w 2013 r. jest najwyższą wartością w ostatnich latach. Świadczy to o utrzymującej się tendencji wzrostowej wartości przestępstw w Dziale II. Liczba czynów natomiast zmienia się na przestrzeni lat

i trudno zaobserwować w tym względzie jakkolwiek prawidłowość. Dodatkowym utrudnieniem jest fakt częstego działania zorganizowanych grup przestępczych, których czyny zaburzają statystyki ilościowe. Z tego powodu głównym wyznacznikiem tendencji zjawiska wyłudzeń w Dziale II jest ogólna kwota wykrytych wyłudzeń, która co roku charakteryzuje się dwucyfrowym wskaźnikiem procentowej dynamiki wzrostu.

W poniższej tabeli zestawiono liczby i wartości przestępstw ujawnionych w 2013 r. w Dziale II. Kilka z badanych zakładów ubezpieczeń zadeklarowało brak wykrytych nieprawidłowości. Powodem tego była specyfika działalności tych zakładów. Każdy uniwersalny zakład ubezpieczeń Działu II dostrzega problem przestępczości ubezpieczeniowej i bierze udział w badaniu PIU.

**Tabela 8. Liczba i wartość przestępstw ubezpieczeniowych ujawnionych w wybranych zakładach ubezpieczeń Działu II (z siedzibą w Polsce) w roku 2013**

Zakłady (kolejność losowa)	Przestępstwa w 2013 r.	
	Liczba	Kwota nieprawidłowości (PLN)
Zakład ubezpieczeń nr 1	526	10 511 776
Zakład ubezpieczeń nr 2	190	2 311 388
Zakład ubezpieczeń nr 3	26	417 484
Zakład ubezpieczeń nr 4	131	1 710 580
Zakład ubezpieczeń nr 5	0	0
Zakład ubezpieczeń nr 6	112	3 367 848
Zakład ubezpieczeń nr 7	40	486 450
Zakład ubezpieczeń nr 8	739	8 655 700
Zakład ubezpieczeń nr 9	23	3 537 032
Zakład ubezpieczeń nr 10	1 292	11 292 478
Zakład ubezpieczeń nr 11	320	8 706 364
Zakład ubezpieczeń nr 12	17	154 417
Zakład ubezpieczeń nr 13	0	0
Zakład ubezpieczeń nr 14	370	4 147 373
Zakład ubezpieczeń nr 15	636	5 851 500
Zakład ubezpieczeń nr 16	7	70 337
Zakład ubezpieczeń nr 17	477	18 866 034
Zakład ubezpieczeń nr 18	0	0
Zakład ubezpieczeń nr 19	107	1 158 456
Zakład ubezpieczeń nr 20	146	1 737 859
Zakład ubezpieczeń nr 21	1 140	22 474 414
<b>Razem (wszyscy uczestnicy badania)</b>	<b>7 967</b>	<b>119 739 165</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Wartość wykazanych w badaniu czynów przestępczych stanowi około 0,87% kwoty ogółu odszkodowań wypłaconych w 2013 r. w Dziale II. Wartość ta z roku na rok rośnie. Podobnie

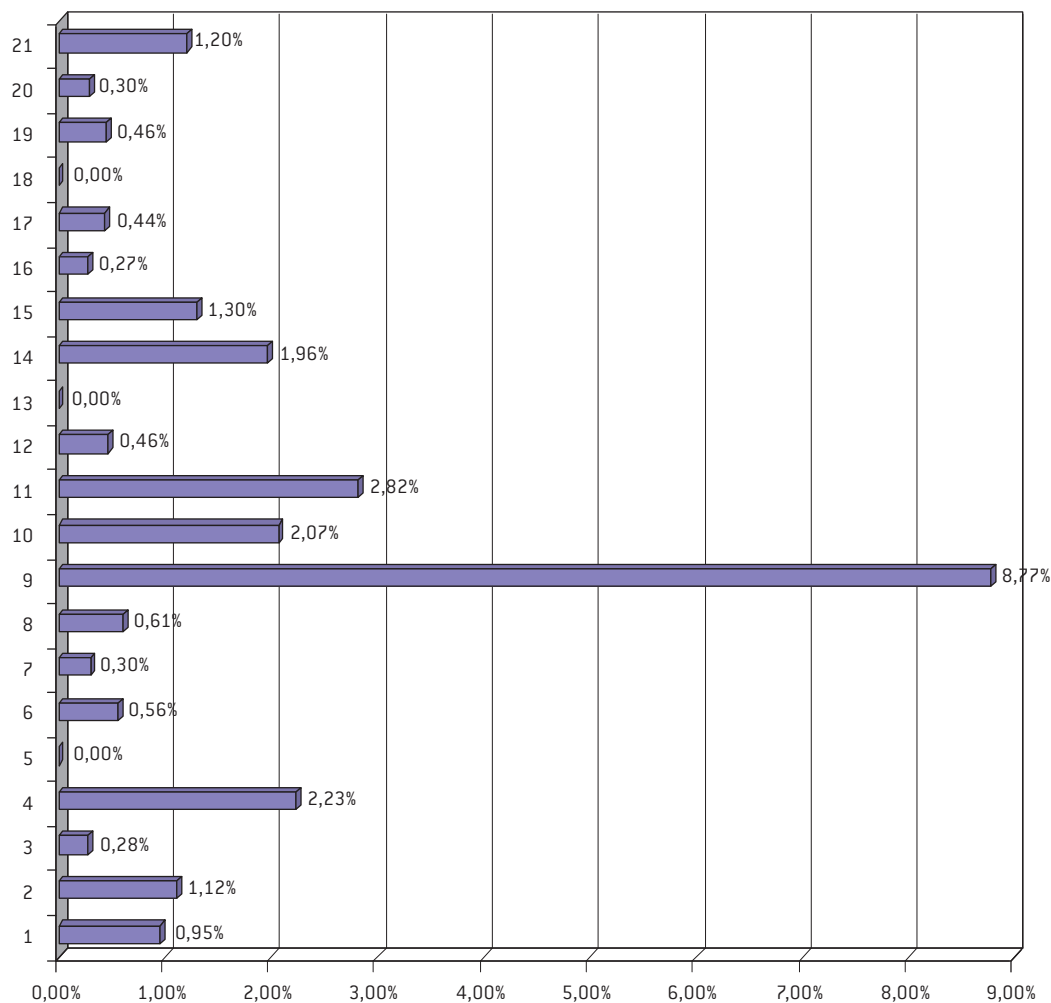
jak w przypadku Działu I, nieznana pozostaje prawdziwa skala zjawiska przestępczości ubezpieczeniowej. Dostępne teorie naukowe dotyczące wysokich wartości tak zwanej ciemnej liczy

by (czyli relacji czynów niewykrytych do ujawnionych) w przestępstwach finansowych potwierdzają przypuszczenia o dużym odsetku nieznanymi nieprawidłowości.

Interesujących wniosków dostarcza porównanie odsetka, jaki ujawnione nieprawidłowości stanowią

w ogólnej kwocie wypłacanych odszkodowań, u różnych ubezpieczycieli. Wynosi on od 0,27% do 8,77%. Również w kolejnych edycjach badania widoczne są olbrzymie różnice w skuteczności wykrywania przestępczości ubezpieczeniowej w poszczególnych firmach.

**Wykres 5. Udział nieprawidłowości w wypłacanych odszkodowaniach w Dziale II w roku 2013**



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

1–21: poszczególne zakłady ubezpieczeń biorące udział w badaniu, kolejność losowa.

Należy pamiętać, że powyższy wskaźnik zależy od skuteczności wykrywania przestępstw. Podobnie jak w Dziale I, jego wartości nie są skorelowane z wielkością zakładu ubezpieczeń. Niski poziom wskaźnika dla niektórych zakładów nie napawa optymizmem. Świadczyć on może o braku skutecznych metod zapobiegania przestępstwom ubezpieczeniowym, którymi cały rynek

zagrożony jest w tym samym stopniu. Sprawcy zorganizowani dysponują aktualną wiedzą o lukach w zabezpieczeniach i wykorzystują je w praktyce, licząc na powodzenie planowanych wyłudzeń.

W tabeli 9 zawarto charakterystykę struktury przestępstw ubezpieczeniowych w Dziale II w roku 2013.

**Tabela 9. Nieprawidłowości według rodzaju ubezpieczenia (Dział II, 2013 r.)**

Rodzaj ubezpieczenia	Liczba		Kwota	
		(%)	Wartość (PLN)	(%)
OC komunikacyjne	5 265	66,09	57 803 698	48,27
Autocasco	1 832	22,99	32 904 724	27,48
OC rolników	70	0,88	1 141 205	0,95
Od kradzieży z włamaniem (biznes)	44	0,55	2 162 720	1,81
Od ognia i innych żywiołów (biznes)	48	0,60	10 615 114	8,87
Ubezpieczenia mieszkań i domów	119	1,49	5 079 650	4,24
Turystyczne i assistance	35	0,44	198 520	0,17
NNW	132	1,66	1 099 665	0,92
Inne OC	73	0,92	1 943 026	1,62
Kredytu, finansowe, D&O	21	0,26	4 816 000	4,02
Gwarancja ubezpieczeniowa	2	0,03	266 776	0,22
Inne	326	4,09	1 708 066	1,43
<b>Razem</b>	<b>7 967</b>	<b>---</b>	<b>119 739 165</b>	<b>---</b>

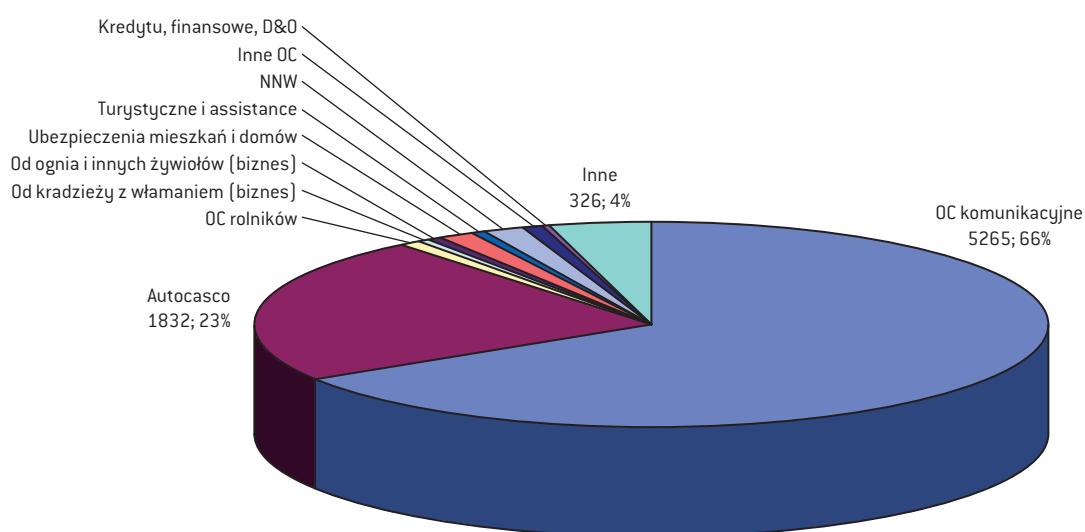
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

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

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

Dane za rok 2013 zostały również zobrazowane na wykresach, w ujęciu ilościowym i jakościowym.

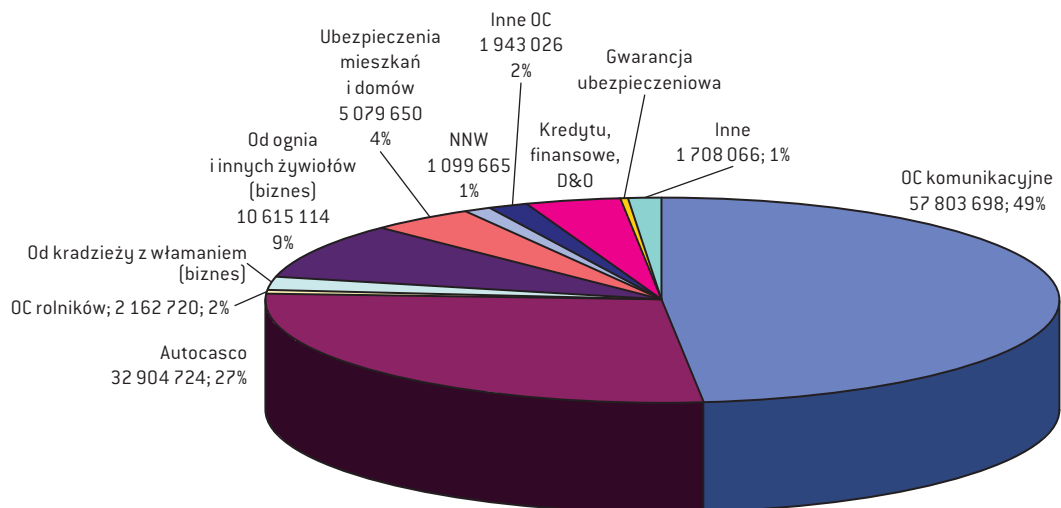
**Wykres 6. Nieprawidłowości w Dziale II w roku 2013 (ujęcie ilościowe)**



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.



## Wykres 7. Nieprawidłowości w Dziale II w roku 2013 (ujęcie wartościowe w PLN)



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Porównanie danych z roku 2013 z danymi z poprzednich lat daje podstawę do wyciągnięcia wniosków, które są bardzo zbliżone do wniosków z poprzednich edycji analizy.

Od lat ubezpieczenia komunikacyjne to najpopularniejsze pole wyłudzeń raportowanych przez zakłady ubezpieczeń biorące udział w badaniu. Pod względem wartościowym  $\frac{3}{4}$  zadeklarowanych przypadków wyłudzeń dotyczy komunikacji. Tymczasem udział OC i AC w portfelu polskich ubezpieczycieli z roku na rok maleje i w 2013 r. wyniósł niespełna 52%. Przyczyny popularności produktów komunikacyjnych wśród sprawców wyłudzeń nie zmieniły się i były szczegółowo opisywane w minionych edycjach analiz PIU. W roku 2013 ubezpieczyciele masowo korzystali z narzędzi bazodanowych, jakie oferuje UFG, co także przyczyniło się do wysokich wartości wykrytych wyłudzeń.

Przestępczość ubezpieczeniowa w ubezpieczeniach komunikacyjnych to problem dobrze rozpoznany na polskim rynku ubezpieczeń. Nie oznacza to absolutnie, że można go bagatelizować. Wyłudzenia dokonywane za pomocą pojazdów są i będą popularne zawsze, na co wskazuje doświadczenie bardziej rozwiniętych rynków ubezpieczeń w Europie i na świecie.

Podobnie jak w Dziale I, w 2013 r. doszło do wydarzenia, które dzięki medialnemu rozgłosowi może przeciwdziałać powszechnemu przyzwoleniu społecznemu na przestępczość w ubezpieczeniach komunikacyjnych. Poszkodowanie przypadkowych osób podróżujących z dzieckiem przez sprawców chcących sprowokować kolizję i wyłudzić odszkodowanie spo-

wodowało, że media masowo zainteresowały się wyłudzeniami w komunikacji, przedstawiając je nie jako sensację, ale poważny problem społeczny, i sprawa ta dotarła do świadomości wielu Polaków. Przy okazji zapoczątkowało to dyskusję o szeroko pojętym zjawisku przestępczości ubezpieczeniowej. Zdarzenie to zostało opisane w dalszej części opracowania wraz z innymi przykładami przestępstw nadesłanymi przez zakłady ubezpieczeń.

Już od kilku lat obserwowany jest wzrost zagrożenia szkodami osobowymi z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych. Dotyczy to zarówno powiększenia deklarowanego zakresu uszkodzeń ciała w przypadku urazów, jak i symulowania stanów psychicznych wynikających z rzekomo doznanego szoku pourazowego oraz powiększania liczby poszkodowanych w wypadku poprzez składanie fałszywych deklaracji. Najpopularniejsze dolegliwości przewijające się w roszczeniach związane są z uszkodzeniem szyjnego odcinka kręgosłupa, bólami głowy, depresjami powypadkowymi. Słabość systemów administrowania danymi o historii leczenia opisana w części poświęconej Działowi I potęguje te praktyki.

Zmiany postrzegania komunikacyjnego ubezpieczenia OC i fala zmian na rynku dotyczących nowych obszarów pokrycia tym ubezpieczeniem są także inspiracją dla podmiotów wyłudzających odszkodowania. Niezwykle popularne stało się korzystanie z prawa do refundacji kosztów pojazdu zastępczego na czas naprawy. Pojawiły się wyspecjalizowane grupy, które współpracując z warsztatami i wypożyczalnią pojazdów, przedstawiają

tego typu roszczenia często bez jakiegokolwiek wiedzy poszkodowanego klienta. Podobnie wygląda kwestia kalkulacji kosztów napraw pojazdu z użyciem części oryginalnych.

Zmiany w otoczeniu prawnym ubezpieczenia OC natychmiast otworzyły nowe, nieznane dotąd możliwości wyłudzeń. Z tego względu ubezpieczyciele nie powinni podzielać poglądu, że problem przestępczości ubezpieczeniowej w ubezpieczeniach komunikacyjnych został ograniczony, czy wręcz ostatecznie rozwiązany. Nowoczesne narzędzia informatyczne ograniczyły wprawdzie skuteczność wielu klasycznych metod przestępczych, jak wielokrotne ubezpieczenie AC, lecz zamiast nich błyskawicznie pojawiają się nowe, dotąd nieznane. Jako przykład podać można wykorzystywanie jako generatora odszkodowań pojazdów mających ubezpieczenie krótkoterminowe lub OC zakupione w innych krajach członkowskich UE. Jak z tego wynika, walka z przestępczością ubezpieczeniową to proces ciągły, wymuszony niekończącą się innowacyjnością sprawców.

W roku 2013 nasiliło się także uczestnictwo pośredników odszkodowawczych rzekomo reprezentujących poszkodowanych w wypadkach. Należy tu rozgraniczyć zjawisko wzrostu popularności tego typu podmiotów na rynku ubezpieczeniowym od patologicznych przypadków wykorzystywania pośredników przez przestępców oraz sytuacji, gdy pośrednik jest przez grupę przestępczą całkowicie kontrolowany. Zakres metod prowadzących do wyłudzenia przy użyciu pośredników nie wyklucza także występowania przeciw ubezpieczycielom na drogę prawną czy składania skarg do organów nadzoru.

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

Poza przypadkami wyłudzeń w komunikacji w roku 2013 najpopularniejsze okazały się kolejno: szkody związane z pożarami (ponad 10 mln PLN), ubezpieczenia mieszkań (ok. 5 mln PLN) i szkody z ubezpieczeń finansowych (ok. 5 mln PLN).

Popularność szkód ogniowych jako metody działania przestępców można było zauważyć już w poprzednich edycjach analizy. Prawdopodobnie generowanie wysokich szkód sugeruje konieczność położenia dużego nacisku na weryfikację roszczeń związanych z pożarami obiektów przemysłowych o znacznych rozmiarach. Rynek ubezpieczeniowy poważnie potraktował to zagrożenie i podjęte zostały prace związane z popularyzacją wiedzy dotyczącej pożarów i podpałów wśród pracowników branży ubezpieczeniowej. O szczególnym zagrożeniu dla ubezpieczycieli świadczy rekordowo wysoka wartość przeciętna tego rodzaju wyłudzenia, która wynosi ponad 200 000 PLN. Pojedyncze raportowane przykłady takich wyłudzeń opiewały na kwoty kilku milionów złotych.

Do popularnych wyłudzeń należą także szkody związane z prowadzeniem działalności gospodarczej i ubezpieczeniami finansowymi. Specyfika prowadzenia działalności gospodarczej umożliwia sprawcom wygenerowanie szkody o znacznej wartości. W przeciwieństwie do osób fizycznych, w przypadku podmiotów gospodarczych można bez ograniczeń tworzyć i modyfikować tożsamość, co znacząco utrudnia działania dochodzeniowe i zapobiegawcze. Mimo że łączna liczba takich szkód jest niewielka, to wartościowo są one dla ubezpieczycieli bardzo dotkliwie. W przypadku ubezpieczeń finansowych średnia wartość, podobnie jak w przypadku pożarów, przekracza 200 000 PLN.

W roku 2013 pojawiły się nieodnotowywane dotychczas masowo przypadki wyłudzeń związanych z ubezpieczeniami kredytów hipotecznych. Łącznie opiewają one na kwotę ponad 3 mln PLN. Przypadki te dowodzą, że przestępczości na rynku finansowym nie robi różnicy branża, i wyraźnie wskazują na konieczność zacieśnienia współpracy z branżą bankową oraz rynkami kapitałowymi. Szeroko pojęta wymiana danych o przestępstwach finansowych będzie w najbliższej przyszłości warunkiem sukcesu działań antyfraudowych w sektorze ubezpieczeń, tym bardziej że sektor bankowy ma w tej dziedzinie długą tradycję i dysponuje sprawnymi narzędziami.

W badaniu z 2013 r. uwagę zwraca zagrożenie związane z ubezpieczeniami mieszkań i domów dotychczas ocenianymi jako względnie bezpieczne. Należy jednak pamiętać, że ubezpieczenia te charakteryzują się szerokim zakresem ochrony i obejmują także OC z tytułu posiadania nieruchomości. Sprzyja to generowaniu roszczeń związanych głównie ze zniszczeniami sprzętu komputerowego i RTV, który na skutek ogromnego postępu technicznego szybko się starzeje i traci na wartości. Wielu sprawców wykorzystuje prywatne OC w celu „odnowienia” sprzętu elektronicznego. Tendencja ta jest od lat zauważana na zachodzie Europy, głównie w Niemczech, gdzie niezwykle popularne są szkody polegające na celowym niszczeniu smartfonów. Zdarza się też umyślne niszczenie okularów, a także zalewanie mieszkań poprzez sfinansowane szkody związane z siecią grzewczą, wodociągową lub akwariami. Wysoki poziom przyzwolenia na przestępstwa ubezpieczeniowe sprzyja tego rodzaju szkodom i powoduje, że obok grup zorganizowanych mogą one stwarzać poważne zagrożenie dla ubezpieczycieli.

Pozostałe rodzaje ubezpieczeń zawarte w kwestionariuszu badania Działu II nie mają istotnego udziału w zarejestrowanych przypadkach. Nie oznacza to absolutnie, że te rodzaje ubezpieczeń można traktować jako całkowicie bezpieczne pod względem zagrożenia przestępczością ubezpieczeniową. Dotyczy to szczególnie ubezpieczeń finansowych. Przykłady z praktyki likwidacyjnej dowodzą, że nawet produkty o specy-

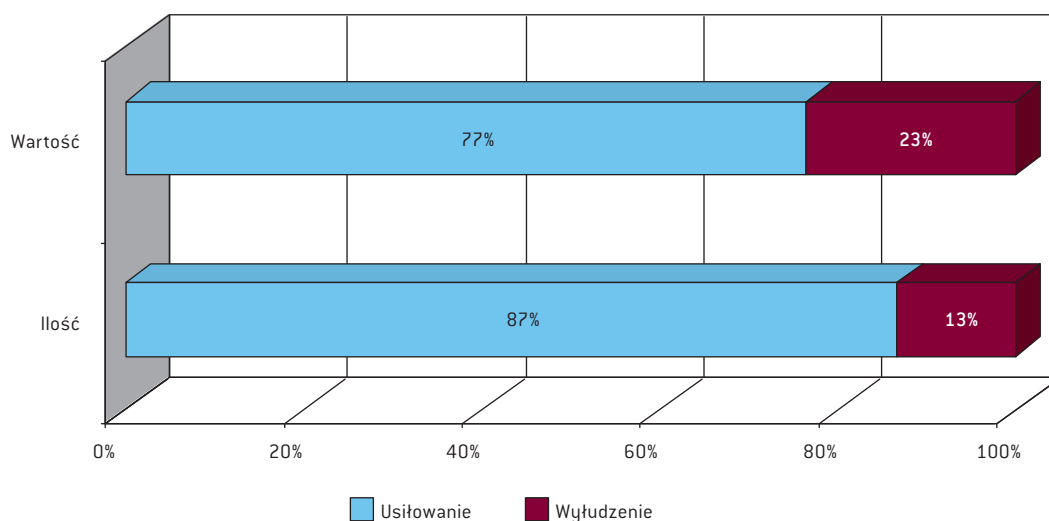
ficznej konstrukcji, na przykład assistance, mogą generować wysokie odszkodowania. Mniej popularne obecnie wśród przestępców obszary działalności ubezpieczeniowej powinny być poddawane nieustannemu monitoringowi. Jak wynika z poprzednich edycji analiz PIU, mogą one nagle stać się popularne, gdy pojawi się innowacyjna, nieznaną dotąd metoda wyłudzeń. Z tego względu warunkiem koniecznym skutecznej polityki prewencyjnej jest ciągłość prowadzenia badań nad przestępczością i obserwacja trendów.

Pamiętajmy, że większość metod i narzędzi wykrywania wyłudzeń powstała na gruncie doświadczeń związanych z ubezpieczeniami komunikacyjnymi. U podstaw skuteczności zwalczania wyłudzeń w ubezpieczeniach komunikacyjnych leży możliwość korzystania z baz UFG. W przypadku pozostałych ubezpieczeń wielkie nadzieje związane są z planowanym wdrożeniem Bazy Zdarzeń

i Szkód, która zmieni oblicze walki z wyłudzeniami. Dostęp do bazy danych związanych z niekomunikacyjnymi ubezpieczeniami majątkowymi otworzy nieznaną dotąd możliwość prewencyjne i zapobiegnie stosowaniu wielu klasycznych metod wyłudzeń (na przykład wielokrotnemu ubezpieczeniu mienia).

Należy zauważyć, że zakłady ubezpieczeń coraz lepiej radzą sobie z rozpoznawaniem, które ze zgłoszonych roszczeń mogą stanowić próbę wyłudzenia odszkodowania. Wskaźnik skutecznych wyłudzeń maleje o kilka punktów procentowych rocznie. Kwestionariusz badania uwzględnił podział wykrytych przypadków na usiłowania i wyłudzenia. Zdecydowana większość nienależnych roszczeń kończy się niepowodzeniem. Odsetek roszczeń nieudanych znacznie się różni w poszczególnych zakładach. Tendencję dla całego Działu II ilustruje poniższy wykres.

**Wykres 8. Nieprawidłowości w podziale na skuteczność działania sprawcy (Dział II, 2013 r.)**



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Charakterystyczna jest znacznie większa skuteczność wyłudzeń dokonywanych przez pracowników ubezpieczyciela, którzy dzięki posiadanej wiedzy i dostępowi do informacji potrafią unikać odpowiedzialności. Jest to szczególnie istotne w kontekście zagrożenia ze strony zorganizowanych grup przestępczych, które nakłaniają do współpracy pracowników zakładów ubezpieczeń.

Konstrukcja narzędzia badawczego umożliwiła respondentom wykazanie współudziału pracownika w przestępstwie każdego rodzaju, jednak skorzystało

z tej możliwości i dostarczyło dane zdadne do analizy zaledwie kilka zakładów ubezpieczeń. Udział ich pracowników w wyłudzeniach nie przekraczał kilku procent. Pozostałe zakłady prawdopodobnie nie mają takich statystyk. Najbardziej niebezpieczny scenariusz to współpraca pracownika z zorganizowaną grupą przestępczą.

Oprócz danych o nieprawidłowościach z obszaru wypłaty świadczeń wiele zakładów ubezpieczeń dostarczyło dane dotyczące pozostałych ujawnionych przypadków naruszenia prawa. Podsumowanie tych danych zawarte jest w poniższej tabeli.

**Tabela 10. Nieprawidłowości poza obszarem wypłaty odszkodowań (Dział II, 2013 r.)**

Rodzaj nieprawidłowości	Liczba	Wartość [PLN]
Przywłaszczenie składek	804	4 399 878
Zawarcie umowy w celu wyłudzenia świadczenia	105	332 480
Zawarcie umowy w celu wyłudzenia prowizji	0	0
Przestępstwa przeciwko dokumentom	271	1 121 144
Inne (nadużycia stwierdzone w innych obszarach)	310	12 102 455
<b>Razem</b>	<b>1 490</b>	<b>17 955 957</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Suma stwierdzonych nadużyć to blisko 18 mln PLN. W tej kwocie 4 mln PLN to zdefraudowane składki. Wdrożone dawno systemy informatyczne nie są w stanie skutecznie wyeliminować tego niekorzystnego zjawiska. Analogicznie do sytuacji opisywanej w Dziale I, należałoby się zastanowić nad zmianami w postrzeganiu i ocenie procesów sprzedaży z punktu widzenia całości organizacji. Dotyczy to nie tylko kontroli przepływu środków finansowych, ale również wszelkich aspektów oceny ryzyka i weryfikacji informacji na etapie sprzedaży produktów ubezpieczeniowych.

Choć przywłaszczenie składki nie spełnia znamion klasycznego przestępstwa ubezpieczeniowego, to jest ono wyjątkowo szkodliwe dla reputacji ubezpieczyciela, który niestusznie traci zaufanie w oczach oszukanego klienta. Największą wartość w tabeli ma kategoria „inne”, obejmująca głównie sprawy dotyczące wypłat odszkodowań za zdarzenia, do których doszło w wyniku dokonania przestępstwa nieubezpieczeniowego, jak na przykład kradzież pojazdu.

### 3. Przykłady zdarzeń

W roku 2013 zakłady ubezpieczeń dostarczyły następujące przykłady mechanizmu wyłudzenia w Dziale II.

#### Przykład 1

Dwaj mężczyźni poruszali się autem po terenie parkingu jednego z centrów handlowych w Legnicy. Starali się wykorzystać bagatelizowanie zmiany organizacji ruchu przez innych kierujących i doprowadzić do kolizji na skrzyżowaniu alejek parkingu, której winny byłby inny nierozważny uczestnik ruchu. Po kilku nieudanych próbach doprowadzili do zderzenia z Oplem Calibra, w którym jechała rodzina z małym dzieckiem. Na szczęście skutkiem kolizji były wyłącznie uszkodzenia pojazdów. Sprawa została ujawniona dzięki przytomności umysłu pracownika ochrony centrum handlowego, który dostrzegł zamiary sprawców po analizie zapisów monitoringu. Sprawcom postawiono zarzuty.

#### Przykład 2

Zgłoszenie szkody będącej skutkiem zajechania drogi. Po oględzinach pojazdu i miejsca zdarzenia, a także po rozpytaniu uczestników zdarzenia, roszczenie zostało wycofane. Występowały duże rozbieżności w opisie okoliczności zdarzenia według sprawcy i poszkodowanego.

#### Przykład 3

W wyniku zderzenia się pojazdów poszkodowany zgłaszał obrażenia ciała oraz utracone dochody. W toku postępowania likwidacyjnego pojawiły się duże wątpliwości co do zasadności zgłoszonych roszczeń. Ustalono, że w okresach, za jakie przedstawiono umowy o świadczenie pracy, firmy nie znajdowały się w wyznaczonych lokalach (wypowiedziane umowy najmu). Ustalono, że poszkodowany przedstawił faktury celem uzyskania nienależnego świadczenia.

**Przykład 4**

Specjaliści zakładu ubezpieczeń weryfikowali serię roszczeń zgłoszonych z ubezpieczenia turystycznego, dotyczących nagłych zachorowań uczestników wyjazdów do Egiptu. Leczenie ubezpieczonych odbywało się w Egipcie w jednej z tamtejszych klinik.

W wyniku działań przeprowadzonych przez zakład stwierdzono, iż podczas zgłoszenia szkód podano fikcyjne adresy i numery telefonów ubezpieczonych – żaden nie mieszkał pod adresem podanym w zgłoszeniu.

Ustalono właściwe adresy zamieszkania i rozpytano siedmiu wytypowanych ubezpieczonych w celu ustalenia okoliczności zgłaszanych roszczeń. Wszystkie rozpytane osoby zaprzeczyły, aby kiedykolwiek korzystały z usług kliniki medycznej w Egipcie, nieznany był im też lekarz mający udzielać pomocy. Gdy odtworzono im nagrania zgłoszenia szkód, nie rozpoznały swojego głosu. Ponadto żadna z nich nie przebywała w Egipcie w czasie zgłoszonego zachorowania. Osoby te faktycznie przebywały w Egipcie, ale w innym czasie (około miesiąca wcześniej), wszystkie w tym samym hotelu w Hurghadzie.

**Wnioski:**

1. Żadna z rozpytanych osób nie zawierała ubezpieczenia.
2. Ubezpieczającym w każdej polisie była ta sama osoba.
3. Żadna z rozpytanych osób nie przebywała w Egipcie w terminach wskazanych w dokumentach szkód.
4. Na nagraniach z infolinii ubezpieczyciela występowały nieustalone osoby wykorzystujące w sposób nieuprawniony dane osobowe roszczących.
5. Wycieczki były wykupione u różnych pośredników i w różnych biurach podróży.
6. Cechą wspólną łączącą pobyt ubezpieczonych w Egipcie był hotel w Hurghadzie, w którym wszyscy przebywali podczas wcześniejszych wyjazdów.

Teza: W hotelu w Hurghadzie pracuje osoba („rezydent”) mająca dostęp do kserokopii/skanów paszportów gości hotelowych, dzięki czemu pozyskuje ich dane osobowe. Dane te są przekazywane osobie przebywającej w Polsce, żeby ubezpieczyła koszty leczenia. Następnie wytwarzana jest dokumentacja medyczna

pochodząca jakoby z kliniki medycznej i zgłaszane jest roszczenie.

Zakład ubezpieczeń przygotowuje zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa przez osobę zawierającą umowy ubezpieczenia (ubezpieczającego).

W związku z ujawnieniem opisanego modelu wyłudzenia odszkodowań dokonano weryfikacji zgłaszanych roszczeń z ubezpieczeń kosztów leczenia w podróży i ujawniono na terenie całego kraju przypadki analogicznego procederu.

**Przykład 5**

W marcu 2013 r. klient zgłosił zakładowi ubezpieczeń szkodę dotyczącą zawalenia się stodoły na terenie jego posesji. Szkada miała nastąpić w grudniu 2012 r., kiedy na skutek silnego wiatru oraz ciężaru zalegającego śniegu miało dojść do zawalenia się budynku. Normalnym trybem zlecono oględziny miejsca zdarzenia, wyliczono wartość szkody.

Likwidator merytoryczny prowadzący sprawę zweryfikował miejsce zdarzenia za pomocą mapy Google, wykorzystując funkcję monitoringu satelitarnego. Zdjęcia z monitoringu wskazywały, że stodoła była zavalona już przed deklarowaną datą zaistnienia zgłoszonej szkody, tj. przed grudniem 2012 roku.

Uznając, że ustalenia te wymagają sprawdzenia, dalsze czynności wyjaśniające komórka antyfraudowa zleciła firmie zewnętrznej, która nawiązała kontakt z Google, dokonała sprawdzeń w miejscowych jednostkach Policji i Straży Pożarnej oraz znalazła świadków, którzy potwierdzili fakt zawalenia się stodoły uszkodzowanego przed grudniem 2012 roku.

Na podstawie zgromadzonych materiałów zakład odmówił zgłaszającemu szkodę wypłaty odszkodowania, a sprawę skierowano do organów ścigania, gdzie postawiono mu zarzut próby wyłudzenia.

Mamy tu do czynienia ze szkodą majątkową, a wartość budynku została oszacowana na 50 tys. PLN. Rzadko się zdarza, że ktoś zgłasza fikcyjną szkodę dotyczącą zawalenia się budynku – w tym przypadku stodoły. Ta sprawa jest też przykładem, jak prostymi narzędziami – z pomocą Internetu – można uzyskać informację wskazującą na próbę wyłudzenia.

## 4. Wnioski i rekomendacje

**P**olska Izba Ubezpieczeń ma wieloletnie doświadczenie w prowadzeniu badań nad przestępczością ubezpieczeniową. Od kilku lat praktycznie wszystkie obec-

ne na rynku podmioty ubezpieczeniowe czynnie biorą udział w procesie przeciwdziałania zjawisku wyłudzeń. Zwrotność wśród zakładów Działu II przekracza 95%.

Niezwykle pozytywnym zjawiskiem jest także powszechne dostrzeżenie konieczności prowadzenia badań nad tym istotnym zagrożeniem oraz stała i konsekwentna współpraca ubezpieczycieli na forum Komisji. Nadesłane kwestionariusze zawierają dane wysokiej jakości, które dostarczyły wielu istotnych informacji o zjawisku przestępczości na polskim rynku ubezpieczeń. Łączna wartość przypadków ujawnionych w 2013 r. to blisko 120 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 są zgodne z wypracowanymi w roku ubiegłym:

- Doskonalenie modelu wymiany informacji mającej na celu prewencję przestępczości ubezpieczeniowej nie może obyć się bez wzbogacenia o dane dotyczące pozostałych obszarów rynku finansowego, ze szczególnym uwzględnieniem bankowości. Przestępcy zorganizowani zwykle nie ograniczają swych działań do sektora ubezpieczeń. Pozyskanie takich danych z pewnością wzbogaci proces zarządzania ryzykiem nadużyć w zakładach ubezpieczeń.
- Stała ewolucja metod działań przestępców wymusza aktualizację tzw. symptomów charakterystycznych, reguł procesowych i systemów szkoleń. Raz rozpoznane i zwalczone metody wyłudzeń szybko są zastępowane przez nowe techniki, jak na przykład wykorzystanie pojazdu zastępczego w ubezpieczeniach komunikacyjnych.
- Walka z przyzwoleniem społecznym na popełnianie przestępstw ubezpieczeniowych powinna opierać się także na wyraźnym przekazie PR dotyczącym faktu podejmo-

wania przez dany zakład i całe środowisko ubezpieczeniowe zdecydowanych działań antyfraudowych. Tego rodzaju polityka informacyjna odnosi pozytywne skutki w postaci odstraszenia potencjalnych sprawców oraz sprzyja poprawie zaufania do całej branży.

- Doskonały model zapobiegania przestępczości ubezpieczeniowej wymaga zaangażowania na wszystkich etapach procesu ubezpieczeniowego, poczynając od sprzedaży po likwidację szkód. Dotychczas wszelkie działania antyfraudowe skupione były na tym ostatnim. Wykazane w badaniu zagrożenie związane z udziałem pracownika zakładu ubezpieczeń w wyłudzeniu skłania do przemodelowania poglądu na całość organizacji działań antyfraudowych.
- Utrzymujące się wciąż na wysokim poziomie przyzwolenie społeczne na przestępstwa ubezpieczeniowe wpływa niekorzystnie na skuteczność walki z wyłudzeniami. Poza edukacją z zakresu ubezpieczeń niezwykle ważne jest zarządzanie relacjami z klientami na każdym etapie realizacji umowy ubezpieczenia. Poprawa poziomu zaufania do ubezpieczycieli wymaga wielu zmian w funkcjonujących obecnie modelach sprzedaży i promocji produktów ubezpieczeniowych.

Komisja ds. Przeciwdziałania Przestępczości Ubezpieczeniowej wyraża podziękowanie wszystkim zakładom ubezpieczeń, które dostarczyły dane do tegorocznej edycji badania, oraz osobom biorącym udział w pracach Komisji.

Opracował:  
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. Nadzucia stwierdzone w procesie wypłaty świadczeń								
Rodzaj ubezpieczenia	Usiłowania wyłudzenia		Wyłudzenia		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 Trwałe 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>	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00

Strona 1

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 wyłudzenia świadczenia				
3	Zawarcie umowy w celu wyłudzenia prowizji				
4	Przestępstwa 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. Naduzycia stwierdzone w procesie wypłaty świadczeń				Sprawy zatłwione w trybie postępowania karnego – procesowe				Sprawy zatłwione w trybie postępowania karnego – nieprocesowe				Wyłudzenia				Wyłudzenia					
poz.	Rodzaj ubezpieczenia	Usiłowanie wyłudzenia		Wydłużenia		Inne czynny		Usiłowanie wyłudzenia		Wydłużenia		Inne czynny		Usiłowanie wyłudzenia		Wydłużenia		Inne czynny		Usiłowanie wyłudzenia	
		Całość	w tym z udziałem pracowników	Całość	w tym z udziałem pracowników	Całość	w tym z udziałem pracowników	Całość	w tym z udziałem pracowników	Całość	w tym z udziałem pracowników	Całość	w tym z udziałem pracowników	Całość	w tym z udziałem pracowników	Całość	w tym z udziałem pracowników	Całość	w tym z udziałem pracowników	Całość	w tym z udziałem pracowników
		ilość	kwota	ilość	kwota	ilość	kwota	ilość	kwota	ilość	kwota	ilość	kwota	ilość	kwota	ilość	kwota	ilość	kwota	ilość	kwota
1	OC komunikacyjne																				
2	Autocasco																				
3	OC rolników																				
4	Od kradzieży z włamaniem (biznes)																				
5	Od ognia i innych żywiołów																				
6	Ubezpieczenia mieszkań i domów																				
7	Turystyczne i Assistance																				
8	NNW																				
9	Inne OC																				
10	Kredyty, Finansowe, D&O																				
11	Gwarancja ubezpieczeniowa																				
12	Inne (jakie?)*																				
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	0,00

UWAGI:

II. Nadzucia stwierdzone w procesach sprzedaży i obsługi ubezpieczeń oraz w innych obszarach		Sprawy załatwione w trybie postępowania karnego – procesowe												Sprawy załatwione w trybie innym niż postępowanie karne – nieprocesowe														
		Usiłowanie dokonania nadzucia						Dokonanie nadzucia						Usiłowanie dokonania nadzucia						Dokonanie nadzucia								
		Całość		w tym z udziałem pracowników		ilość		kwota		ilość		kwota		Całość		w tym z udziałem pracowników		ilość		kwota		Całość		w tym z udziałem pracowników		ilość		kwota
poz.	Rodzaj nadzucia																											
1	Przywłaszczenie składek																											
2	Zawarcie umowy w celu wyłudzenia odszkodowania																											
3	Zawarcie umowy w celu wyłudzenia prowizji																											
4	Przestępstwa przeciwko dokumentom																											
5	Inne/ Nadzucia 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	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0

UWAGI:



**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](mailto:office@piu.org.pl)  
[www.piu.org.pl](http://www.piu.org.pl)