



POLSKA IZBA UBEZPIECZEŃ

Analiza
danych dotyczących przestępstw
ujawnionych w 2014 r.
w związku z działalnością zakładów ubezpieczeń
– członków Polskiej Izby Ubezpieczeń

Warszawa 2015

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 2014 r.
w związku z działalnością zakładów ubezpieczeń
– członków Polskiej Izby Ubezpieczeń

Warszawa 2015

Komisja ds. Przeciwdziałania Przemocy Ubezpieczeniowej
oraz Podkomisja ds. Przeciwdziałania Przemocy
w Ubezpieczeniach na Życie
dziękują wszystkim zakładom ubezpieczeń,
które dostarczyły danych do tegorocznej edycji badania,
oraz osobom biorącym udział w pracach Komisji i Podkomisji.

Spis treści

Informacje wstępne	5
Metodyka prowadzonych badań	7
Dział I – ubezpieczenia na życie	9
1. Metodyka badania	9
2. Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2014 r.	10
3. Przykłady zdarzeń	15
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 2014 r.	19
3. Przykłady zdarzeń	26
4. Wnioski i rekomendacje	28
Porównanie wyników badania PIU z danymi z wybranych krajów europejskich	29
Załącznik 1. Kwestionariusz dla zakładów ubezpieczeń Działu I	34
Załącznik 2. Kwestionariusz dla zakładów ubezpieczeń Działu II	36

Informacje wstępne

Rok 2014 jest pierwszym w najnowszej historii rozwoju rynku ubezpieczeń w Polsce, kiedy to zarówno w Dziale I, jak i w Dziale II odnotowano jednocześnie spadki sprzedaży. Sytuacja ta spowodowana jest przez wiele czynników.

Najbardziej zauważalna zmiana dotyczy Działu I. Podstawowe przyczyny spadku wartości składki przypisanej brutto są związane z ograniczeniem zarówno zainteresowania klientów, jak i rynkowej oferty krótkoterminowych produktów lokacyjnych. Ma to odniesienie przede wszystkim do nowych regulacji, dotyczących likwidacji przywile-

jów podatkowych w tych produktach, a także jest wynikiem niskich stóp procentowych. Tendencja spadku sprzedaży polis lokacyjnych była zauważalna już w roku ubiegłym. Spadek sprzedaży rok do roku odnotowany w 2014 roku jest jednocyfrowy i wynosi -8,31%. Należy zauważyć, że rok wcześniej wartość ta wynosiła ok. 14%. Nie jest to pierwszy przypadek zmniejszenia się rynku ubezpieczeń na życie spowodowany zmianą środowiska makroekonomicznego.

Szczegółowe wyniki sprzedaży w poszczególnych działach ilustruje poniższa tabela.

Tabela 1. Składka przypisana brutto w latach 2012–2014

	2012 (tys. PLN)	2013 (tys. PLN)	2014 (tys. PLN)
Dział I	36 377 402	31 263 874	28 667 406
Dział II	26 265 235	26 598 813	26 253 245

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z KNF.

Dział II odnotował niewielki spadek wartości składek przypisanych brutto. Głównym czynnikiem odpowiedzialnym za ten stan jest rynek ubezpieczeń komunikacyjnych, w obrębie którego w 2014 roku – szczególnie w zakresie obowiązkowego OC – trwała ostra konkurencja cenowa między towarzystwami. Mimo nieznacznego wzrostu liczby polis OC całkowity przychód z ich sprzedaży był mniejszy niż przed rokiem i wpłynął ujemnie na wynik całego Działu II. Istotniejszych zmian na rynku ubezpieczeń komunikacyjnych należy się spodziewać w 2015 roku w związku z wdrożeniem bezpośredniej likwidacji szkód i wytycznymi KNF dotyczącymi likwidacji szkód.

W 2014 roku w zakresie wypłat odszkodowań i świadczeń w Dziale I odnotowano kolejny spadek wartości wypłat w porównaniu z latami ubiegłymi. Ma to związek ze wspomnianym wyżej odejściem od krótkoterminowych produktów oszczędnościowych. W Dziale II zauważalny jest wzrost wartości wypłat, za które odpowiada także komunikacyjne ubezpieczenie OC, a w szczególności szkody osobowe. Liczbowa ilustracja tej tendencji przedstawia Tabela 2. W 2014 roku w Polsce nie wystąpiły duże zdarzenia o charakterze katastroficznym, które spowodowałyby masowe wypłaty odszkodowań w Dziale II.

Tabela 2. Odszkodowania i świadczenia brutto w latach 2012–2014

	2012 (tys. PLN)	2013 (tys. PLN)	2014 (tys. PLN)
Dział I	25 917 122	23 087 002	20 355 842
Dział II	14 044 906	13 711 222	13 813 657

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z KNF.

W Dziale I odnotowano istotny wzrost wyniku technicznego w porównaniu z rokiem poprzednim. Z kolei wynik Działu II jest znacząco gorszy niż rok wcześniej. Po raz kolejny wpływ na ten fakt miały ubezpieczenia komunikacyjne, w 2014 roku

charakteryzujące się poważnym pogorszeniem ujemnego wyniku technicznego.

W Tabeli 3 uwidoczniło zmiany wysokości wyniku technicznego w Działach I i II.

Tabela 3. Wynik techniczny w latach 2012–2014

	2012 (tys. PLN)	2013 (tys. PLN)	2014 (tys. PLN)
Dział I	3 140 479	3 001 180	3 301 250
Dział II	664 775	1 330 281	752 086

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z KNF.

Rok 2014 był także trudny z punktu widzenia działalności lokacyjnej ubezpieczycieli. Dotyczy to głównie trudnych warunków panujących na rynkach finansowych oraz rekordowo niskiego poziomu stóp procentowych.

Reasumując, w 2014 roku branża zebrała ok. 55 mld PLN składek i wypłaciła ok. 34 mld PLN odszkodowań i świadczeń. Tak wysoki poziom aktywów instytucji finansowych stanowi atrakcyjny potencjalny cel dla grup przestępczych. Zagrożenie związane z przestępczością ubezpieczeniową dotyczy wszystkich firm obecnych na polskim rynku ubezpieczeń. Zjawisko to jest dostrzegane przez uczestników rynku, którzy wskazują na postępującą profesjonalizację działań sprawców wyłudzeń. Znajduje to także potwierdzenie we wskaźnikach raportowanych przez policję i Centralne Biuro Śledcze Policji, obrazujących zagrożenie szeroko pojętą przestępczością zorganizowaną. Zorganizowane grupy przestępcze o charakterze ekonomicznym stanowią najliczniejszą kategorię sprawców zorganizowanej przestępczości, a ich liczba wciąż rośnie.

Sprawcy wyłudzeń stosują znane wcześniej metody przestępstw, związane głównie z wyłudzeniami w ubezpieczeniach komunikacyjnych, ale także dokonują ich modyfikacji. Przejawem tego jest rosnący udział przestępstw dotyczących szkód osobowych czy wynajmu pojazdów zastępczych. Pojawiają się także nowe, niestosowane wcześniej metody, choćby w obszarze ubezpieczeń turystycznych czy assistance. Wysoki poziom zagrożenia daje się dostrzec także w sektorze ubezpieczeń na życie. W 2014 roku doszło do spektakularnego wyłudzenia z wykorzystaniem pojazdów finansowanych leasingiem, co kieruje szczególną uwagę na ten obszar w ubezpieczeniach Działu II.

W niniejszej edycji badania po raz pierwszy porównano dane gromadzone w Polsce przez PIU z wynikami badań publikowanymi przez instytucje odpowiedzialne za zwalczanie przestępczości ubezpieczeniowej w wybranych krajach europejskich. Wnioski z tego zestawienia znajdują się w ostatnim rozdziale opracowania.

Metodyka prowadzonych badań

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

W badaniu Polskiej Izby Ubezpieczeń dotyczącym skali i struktury zjawiska przestępczości ubezpieczeniowej w Polsce uczestniczą wszystkie zakłady ubezpieczeń. Na przestrzeni lat uzyskano bardzo wysoką zwrotność w badaniach (stosunek liczby zebranych odpowiedzi do ogólnej liczby zakładów, do których badanie zostało skierowane), co zapewnia reprezentatywność i wiarygodność wyników.

Wzorem lat ubiegłych do wszystkich zakładów ubezpieczeń funkcjonujących na polskim rynku skierowano stosowne kwestionariusze. Podobnie jak w poprzedniej edycji badania, do ubezpieczycieli przesłano kwestionariusze elektroniczne zaprojektowane w programie MS Excel. W celu zapewnienia porównywalności uzyskiwanych danych główny zamysł i forma badania pozostają niezmiennicze na przestrzeni lat.

Układ i charakterystyka kwestionariuszy skierowanych do zakładów ubezpieczeń Działu I zachowały zmiany wprowadzone w 2012 roku po konsultacjach prowadzonych na forum Podkomisji ds. Przeciwdziałania Przestępczości w Ubezpieczeniach na Życie PIU. Zostały one szczegółowo opisane w poprzedniej edycji badania (zachowano uproszczony układ tabel, mający ułatwić raportowanie, oraz możliwość podania szacunkowych danych dotyczących przypuszczalnej skali zjawiska

przestępczości w ocenie respondenta]. Zastosowanie uproszczonej formy kwestionariusza także w 2014 roku zaowocowało znacznym stopniem zwrotności wypełnionych kwestionariuszy przez zakłady ubezpieczeń Działu I. Kwestionariusz skierowany do zakładów ubezpieczeń Działu II nie uległ zmianom w porównaniu z latami ubiegłymi. Oba kwestionariusze stanowią załącznik do niniejszego raportu.

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

Zakłady, zarówno Działu I, jak i Działu II, wypełniły kwestionariusze i zaraportowały nadużycia w ujęciu ilościowym i wartościowym oraz według poszczególnych rodzajów ubezpieczeń. Zadbano także o podział odnotowanych czynów na: czyny stwierdzone w obszarze wypłaty świadczeń (przestępczość ubezpieczeniowa *sensu stricto*) oraz te pojawiające się w procesach sprzedaży i obsługi ubezpieczeń. Tę drugą kategorię zdarzeń podzielono na: przywłaszczenie składek, zawarcie umowy w celu wyłudzenia świadczenia, zawarcie umowy w celu wyłudzenia prowizji, przestępstwa przeciwko dokumentom oraz nadużycia stwierdzone w innych obszarach. Celem tego rozróżnienia było jasne oddzielenie czynów podlegających pod definicję przestępczości ubezpieczeniowej według Insurance Europe od innych zdarzeń. Ponadto na przestrzeni lat istotnie wzrasta liczba oraz wartość wyłudzeń dokonywanych poza obszarem wypłat (na przykład defraudacja składek czy zawieranie fikcyjnych umów celem wyłudzenia prowizji). Zdarzenia te powodują u ubezpieczycieli wymierne straty i z tego powodu powinny być monitorowane na równi z klasycznymi

oszustwami. Dodatkowo w Dziale II kwestionariusz zawierał 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 na podaniu informacji niezgodnej z rzeczywistością, co skutkuje odmową wypłaty świadczenia na podstawie art. 815 k.c.

Zakłady ubezpieczeń wypełniły kwestionariusze i zraportowały liczbę wykrytych przypadków wyłudzeń z podziałem na rodzaj ryzyka ubezpieczeniowego (grupy produktowe) oraz osobę sprawcy (klient/pracownik). Wyniki zaprezentowano tradycyjnie zarówno w ujęciu ilościowym, jak i wartościowym.

Niestety zjawisko przestępczości ubezpieczeniowej, podobnie jak wszystkie inne zjawiska wchodzące w skład tak zwanej szarej strefy, nie jest możliwe do zmierzenia w sposób bezpośredni. Nie każdy sprawca incydentu polegającego na próbie wyłudzenia odszkodowania zostaje osądzony. Różnorodność metod przestępczych stosowanych przez sprawców powoduje, że przestępczość ubezpieczeniowa wymyka się ścisłej klasyfikacji. Zwykle przy osądzaniu sprawców zastosowanie mają art. 286 i art. 298 k.k.

Niekiedy pracownicy zakładów ubezpieczeń, mając pewne podstawy ku temu, podejrzewali, iż roszczenie klienta może być próbą wyłudzenia odszkodowania. Niestety nie byli oni w stanie udokumentować swoich przypuszczeń, a to powoduje, że fakt ten nie jest tożsamy ze zgłoszeniem takiego przypadku do organów ścigania.

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

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

- Wyłudzenie – czyn z art. 286 k.k., tj. zachowanie sprawcy polegające na wprowadzeniu ubezpieczyciela w błąd lub 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 wg klucza prawno-karnego, tak 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 wg klucza prawno-karnego, tak jakby sprawa była w postępowaniu karnym.

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

W 2014 roku po raz kolejny zebrano rekordowo dużą liczbę kwestionariuszy w Dziale II – od zakładów ubezpieczeń reprezentujących niemal całość polskiego rynku ubezpieczeń. W Dziale I zwrotność należy określić jako bardzo dobrą. Dzięki temu uzyskano wysoki stopień reprezentatywności badania dla całego rynku. Zgromadzone dane pozwalają na obserwację przestępczości ubezpieczeniowej oraz zbadanie jej struktury i istniejących trendów. Wysoka zwrotność badania świadczy o bardzo poważnym traktowaniu problemu przestępczości ubezpieczeniowej przez wszystkie zakłady ubezpieczeń obecne na polskim rynku.

Dział I – ubezpieczenia na życie

1. Metodyka badania

Polska Izba Ubezpieczeń skierowała do każdego z zakładów ubezpieczeń z Działu I, funkcjonującego na polskim rynku, elektroniczny kwestionariusz badania oraz pismo przewodnie. Analiza danych dotyczy struktury i skali wyłudzeń oraz prób wyłudzeń świadczeń, a także zatajeń ujawnionych przez pracowników zakładów ubezpieczeń Działu I w 2014 roku. Dane podzielone zostały 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 nie uległ zmianie w porównaniu z poprzednią edycją badania. Dane pogrupowane są w ujęciu ilościowym i wartościowym, z rozróżnieniem na nadużycia dokonane w obszarze wypłaty świadczeń oraz te stwierdzone w procesach sprzedaży i obsługi świadczeń.

Kwestionariusze zostały przesłane do uzupełnienia do wszystkich zakładów ubezpieczeń Działu I działających w 2014 roku na polskim rynku (27 z siedzibą w Polsce). Informację zwrotną nadesłało 19 zakładów z siedzibą w Polsce (co stanowi ok. 70 % liczby wszystkich ubezpieczycieli Działu I funkcjonujących w 2014 roku) oraz 3 oddziały zagraniczne. Struktura odpowiedzi kształtuje się następująco:

- 20 zakładów ubezpieczeń przekazało dane statystyczne,

- 2 zakłady ubezpieczeń odpowiedziały w formie pisma stwierdzającego brak wyłudzeń.

W 2014 roku odnotowano niewielki spadek zwrotności badania przestępczości wśród zakładów ubezpieczeń Działu I. Rok wcześniej w badaniu wzięło udział 5 zakładów więcej. Poza kilkoma przypadkami nie występuje natomiast brak zainteresowania badaniem. 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 bierze w nim udział większość liczących się na rynku zakładów ubezpieczeń na życie.

W dalszej analizie uwzględniono wyłącznie dane z 22 zakładów (19 z siedzibą w Polsce), które wzięły udział w badaniu. Wspomniane zakłady ubezpieczeń (z siedzibą w Polsce) reprezentują około 87,5% rynku – biorąc pod uwagę świadczenia wypłacane brutto w Dziale I. Rok wcześniej wartość ta wyniosła 94%.

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.

Ankietowane zakłady ubezpieczeń wciąż charakteryzują się bardzo zróżnicowanym poziomem zdolności do akumulacji danych dotyczących przypadków wyłudzenia świadczeń, aczkolwiek zauważalna jest poprawa w stosunku do lat poprzednich. Kilka zakładów ubezpieczeń przysłało informacje o zaledwie incydentalnych przypadkach wykrytych wyłudzeń, co dziwi w obliczu skali prowadzonej działalności. Z biegiem lat coraz więcej zakładów stosuje metody detekcji znane ze spółek Działu II, potrafi ewidencjonować i raportować wychwycone przypadki wyłudzeń.

2. Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2014 r.

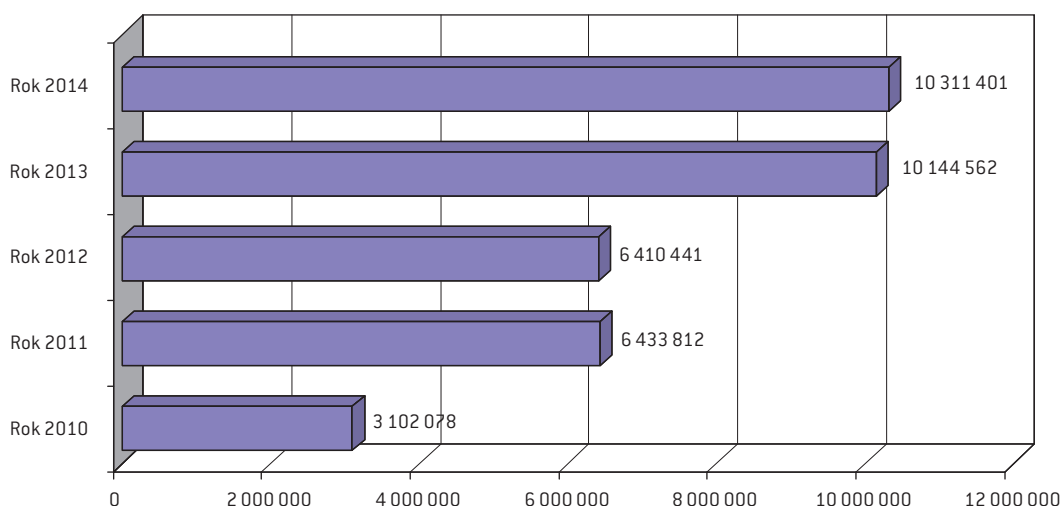
W 2014 roku pracownicy zakładów ubezpieczeń biorących udział w badaniu odnotowali 532 czyny na szkodę zakładów Działu I, na łączną kwotę 10 311 401 PLN.

W skład tej liczby wchodzi zarówno przypadki sklasyfikowane jako usiłowania, jak i rzeczywiste wyłudzenia, wykryte w toku postępowań wewnętrznych oraz te zgłoszone do organów ścigania. W porównaniu z rokiem ubiegłym liczba wykrytych czynów wzrosła o 38% (z 386 do 532). Wartość ujawnionych czynów wzrosła o 1,6% (z 10 144 562 PLN do 10 311 401 PLN). Liczba odnotowywanych co roku przypadków rośnie, jednak zaburzana jest niekiedy przez incydentalne przypadki wykrycia serii drobnych wyłudzeń. Utrudnia to wnioskowanie

dotyczące kształtującego się trendu. Lepszym wskaźnikiem zagrożenia przestępczością jest zatem wartość odnotowywanych przypadków. W 2013 roku po raz pierwszy przekroczyła ona granicę 10 mln PLN. Wyniki badań potwierdzają tendencję świadczącą o wzroście popularności ubezpieczeń życiowych wśród przestępców. Jest to zbieżne z obserwacjami poczynionymi w innych krajach europejskich oraz spostrzeżeniami dokonanymi podczas posiedzeń Podkomisji ds. Przeciwdziałania Przestępczości 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 2010–2014 (PLN)



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Analizując dane zamieszczone w dalszej części opracowania należy uwzględnić fakt, że produkty Działu I nie są jednakowo podatne na dokonywanie wyłudzeń świadczeń. Ochronne ubezpieczenia na życie są bardziej narażone na działania przestępcze. Z kolei do grona produktów „bezpiecznych” można zaliczyć m.in. polisolokaty oraz ubezpieczenia typu unit-linked, które z racji swojej konstrukcji uniemożliwiają dokonanie wyłudzenia.

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 ponad

miliona złotych. Średnie wartości ujawnionych przypadków (w poszczególnych zakładach) bardzo się od siebie różnią.

Przeciętna wartość wyłudzenia przekracza 19 tys. PLN. Na przestrzeni lat wartość ta znacząco się waha, czego powodem jest duża liczba drobnych nieprawidłowości, w poszczególnych latach okresowo zawyżających statystykę ilościową. Zupełnie inaczej średnia przedstawia się w przypadku klasycznych polis na życie, w których sumy wypłat równają się dziesiątkom, a nawet setkom tysięcy złotych, a inaczej w przypadku drobnych kwot dotyczących na przykład świadczeń leczenia szpitalnego.

W badanych zakładach ubezpieczeń występują ogromne różnice między wartością wykrytych nadużyć a kwotą wypłat ogółem. Średnia dla całego rynku to 0,051%. W 2014 roku po raz pierwszy w niektórych firmach udziały wyłudzeń w kwocie wypłat zbliżyły się do wartości raportowanych zwykle w Dziale II. Dotąd wskaźniki te nie przekraczały jednego procenta. Sytuacja ta dotyczy małych firm i dowodzi, jak duże straty mogą się pojawić nagle w związku z dobrze zaplanowanym wyłudzeniem w ubezpieczeniach na życie, dotychczas tradycyjnie postrzeganych jako bezpieczniejsze od majątkowych.

Wciąż zastanawiające są jednak przypadki, gdy spółka życiowa danej grupy raportuje śladowe wartości wyłudzeń, natomiast spółka majątkowa przoduje w metodach zwalczania przestępczości. Dowodzi to istnienia wciąż dużego dystansu między postrzeganiem i skutecznością zwalczania przestępczości w Dziale I i w Dziale II.

Zakłady ubezpieczeń Działu I reprezentowane w pracach Podkomisji ds. Przeciwdziałania Przestępczości 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 zagrożenia, a jedynie wynikają z niezakończonych prac wdrożeniowych, których ostateczne zaimplementowanie wymaga czasu.

Bazując na danych dostarczonych przez uczestników badania można dojść do wniosku, że udział zatajeń w ogólnym wolumenie odnotowanych nieprawidłowości jest we wszystkich badanych zakładach wysoki i osiąga 71%. Zatajenie to nadużycie polegające na nieprzekazaniu ubezpieczycielowi informacji, o którą zapytuje on ubezpieczającego lub ubezpieczonego, mającej wpływ na jego odpowiedzialność z umowy ubezpieczenia, lub na podaniu jej niezgodnie z rzeczywistością, skutkujące odmową wypłaty świadczenia na podstawie art. 815 k.c. Zakłady ubezpieczeń odnotowały w 2014 roku łącznie 349 przypadków tego typu na łączną wartość około 7,4 mln PLN. Pobieżna 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 u niektórych respondentów zaklasyfikowanie wszystkich ujawnionych czynów tylko do jednej kategorii (np. zatajenia) jest kwestią przypadku. Niemniej opracowanie skutecznych metod prewencyjnych dotyczących 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 nie pochodzi od wszystkich uczestników badania, dostarcza wielu cennych informacji.

Tabela 4. Nieprawidłowości poza obszarem wypłaty świadczeń (Dział I w 2014 r.)

Rodzaj nieprawidłowości	Liczba	Wartość (PLN)
Przywłaszczenie składek	55	1 209 365
Zawarcie umowy w celu wyłudzenia świadczenia	22	1 112 304
Zawarcie umowy w celu wyłudzenia prowizji	620	3 756 749
Przestępstwa przeciwko dokumentom	63	2 005 007
Inne/ Nadużycia stwierdzone w innych obszarach	21	34 848
RAZEM	781	8 118 274

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

W 2014 roku uwidocznił się niepokojący udział wyłudzeń prowizji. Owo przestępstwo bazuje na niedoskonałościach mechanizmu wynagradzania pośredników ubezpieczeniowych. Dotyczy to głównie umów o charakterze systematycznego oszczędzania, przy których

wypłata prowizji następuje po pierwszej wpłacie klienta, a wartość tej prowizji często dorównuje wartości pierwszorzecznej składki. Sprawcy wykorzystują masowo ten mechanizm i doprowadzają do podpisywania wielu umów z wysokimi deklaracjami miesięcznych wpłat.

W proceder zostają zaangażowane przeważnie osoby trzecie, których tożsamość jest wykorzystywana do zawierania umów – generatorów prowizji. Są to osoby bezrobotne, studenci lub nawet znajomi nieuczciwych pośredników ubezpieczeniowych. Po wypłacie prowizji następuje zerwanie umowy lub zaprzestanie opłacania składek. Zakłady ubezpieczeń, uczestnicy badania, zwracają uwagę na narastające zagrożenie w tym zakresie. Ten model przestępstwa znany jest od lat na rynku bankowym, gdzie w analogiczny sposób dochodzi to wyłudzenia prowizji kredytowych.

Mimo postępującej informatyzacji i automatyzacji procesów sprzedaży w dalszym ciągu da się zauważyć poważny problem defraudacji składek. Godzi on zarówno w finanse, jak i wizerunek ubezpieczycieli. Niektóre zakłady ubezpieczeń wciąż mają luki w systemie nadzoru nad swoimi pośrednikami ubezpieczeniowymi oraz szeroko pojętą siecią dystrybucji.

W 2014 roku wartość przypadków spoza sfery wypłat jest wciąż wysoka. Niepokoi także masowość stwierdzonych przestępstw przeciwko dokumentom. Zarówno ocena ryzyka, jak i analiza zasadności roszczeń w Dziale I opiera się głównie na analizie dokumentacji. Luki pojawiające się w tej części procesu ubezpieczania przyczyniają się do powstawania strat

i są szybko wychwytywane oraz masowo wykorzystywane przez sprawców wyłudzeń.

Powyższe spostrzeżenia wskazują na konieczność przeprowadzenia audytu procedur i modeli sprzedaży w zakładach ubezpieczeń w celu wyeliminowania potencjalnych słabych punktów, powodujących zwiększoną podatność na popełnianie przestępstw ubezpieczeniowych.

W dalszej części opracowania zawarto analizę danych dotyczących wypłat świadczeń z podziałem na poszczególne rodzaje ubezpieczeń. Wielkość odnoszących się do nich danych zaprezentowanych w Tabeli 5 może sugerować znikomą skalę zagrożenia wyłudzeniami. Nie powinno to jednak usypiać czujności osób odpowiedzialnych za procesy likwidacji szkód. Jeszcze kilka lat temu wyniki badania PIU wskazywały na słabą wręcz liczbę przypadków wyłudzeń, których wartość była statystycznie pomijalna. Należy jednak pamiętać o dużej dynamice zjawiska, doświadczeniach krajów zachodnich oraz zauważalnej tendencji wzrostu wartości upozorowanych szkód osobowych w Dziale II.

Poniższe wykresy i tabela obrazują ilościowe i wartościowe ujęcie struktury czynów z podziałem na poszczególne typy ubezpieczeń.

Tabela 5. Nieprawidłowości wg rodzaju ubezpieczenia (Dział I w 2014 r.)

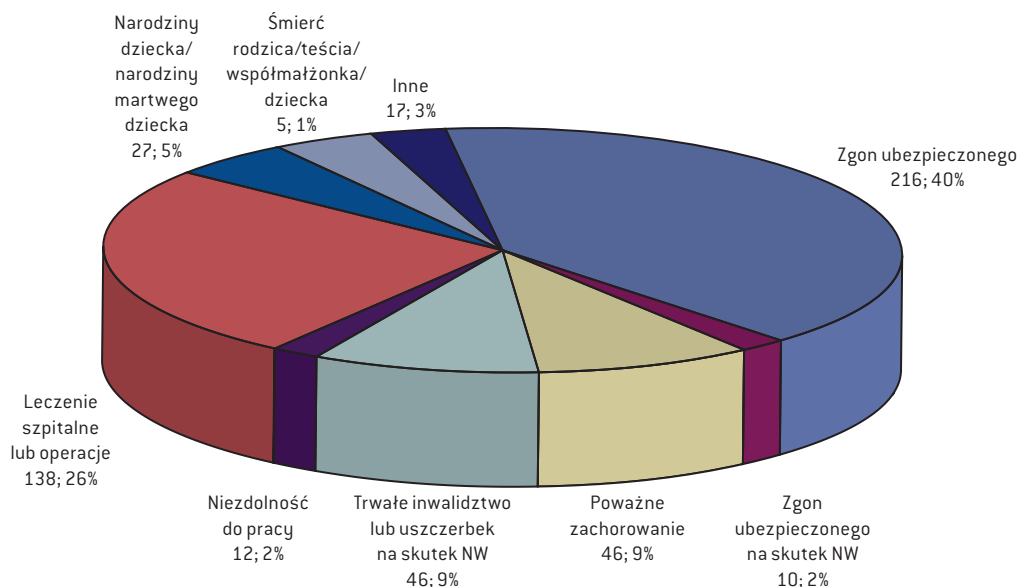
Rodzaj nieprawidłowości	Liczba	Wartość (PLN)
Zgon ubezpieczonego	216	6 463 515
Zgon ubezpieczonego na skutek NW	10	183 000
Poważne zachorowanie	46	923 298
Trwałe inwalidztwo lub uszczerbek na skutek NW	46	1 239 660
Niezdolność do pracy	12	360 475
Leczenie szpitalne lub operacje	138	486 902
Narodziny dziecka/ narodziny martwego dziecka	27	40 310
Śmierć rodzica/ teścia/ współmałżonka/ dziecka	20	58 140
Inne	17	556 101
RAZEM	532	10 311 401

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

W 2014 roku najczęstszym rodzajem wyłudzenia (216 przypadków) było wykorzystanie przez sprawców zgonu ubezpieczonego.

Na dalszych pozycjach uplasowało się leczenie szpitalne. Pozostałe rodzaje ubezpieczeń były wykorzystywane rzadziej.

Wykres 2. Przestępczość ubezpieczeniowa w Dziale I w 2014 r. (ujęcie ilościowe)

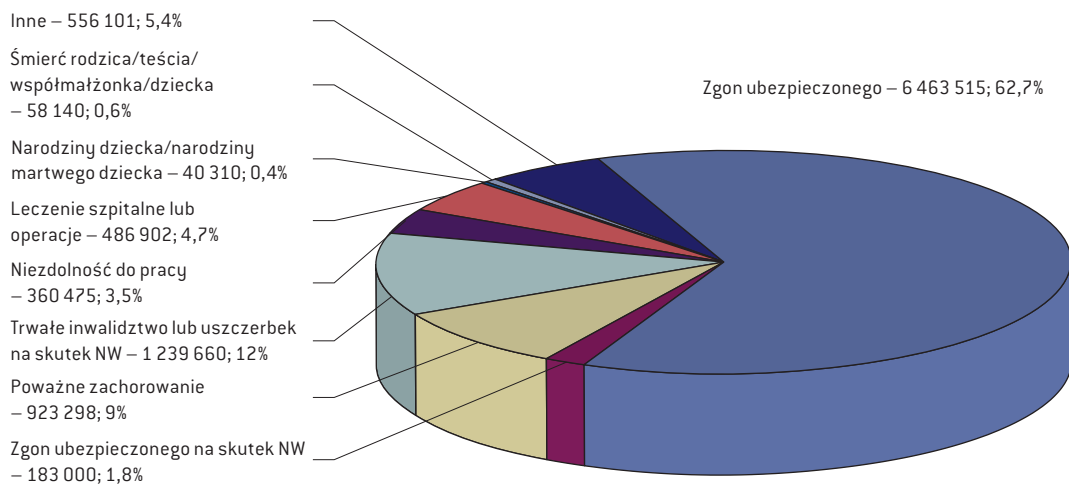


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

W analizie wartościowej zdecydowanie przodują przypadki dotyczące zgonów. Sytuacja ta powtarza się niezmiennie od początku prowadzenia przez PIU badań. Ko-

lejne pod względem kwoty okazały się trwałe inwalidztwo i uszczerbki na skutek NW. Pozostałe pozycje mają zdecydowanie mniejsze znaczenie w ujęciu wartościowym.

Wykres 3. Przestępczość ubezpieczeniowa w Dziale I w 2014 r. (ujęcie wartościowe)



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Tendencja wykorzystywania ryzyka zgonu jako podstawowej metody przestępczej utrzymuje się od początku prowadzenia badań nad przestępczością ubezpieczeniową w Polsce. Główna przyczyna od lat pozostaje niezmienna. Jest nią niesprawność funkcjonowania rejestrów służby zdrowia i administracji publicznej oraz brak ich pełnej cy-

fryzacji. Sytuacja ta może ulec zdecydowanej poprawie w związku z wprowadzeniem w 2015 roku Systemu Rejestrów Państwowych, obejmującego ewidencję ludności i wydawanie dokumentów potwierdzających: urodzenie, zgon czy zmianę stanu cywilnego. W nowym systemie wydanie np. aktu zgonu będzie natychmiastowo odnoto-

wywane w centralnej bazie danych, co znacząco utrudni wiele metod przestępczych bazujących na fałszywych dokumentach i braku możliwości ich szybkiej weryfikacji przez ubezpieczyciela.

W 2014 roku na całym rynku finansowym pojawił się masowy problem wykorzystywania sfałszowanych dokumentów tożsamości. Tego rodzaju dokumenty oferowane są na co najmniej kilkunastu portalach internetowych jako tak zwane dokumenty kolekcjonerskie. Dzięki dobrej jakości wykonania do złudzenia przypominają one autentyczne dowody tożsamości, prawa jazdy itd. Patologia ta wykorzystuje luki w prawie, które ściga jedynie posługiwanie się cudzym dokumentem. Łatwość pozyskania i stosunkowo niska cena tego typu atrap dokumentów rodzi zupełnie nowe możliwości popełniania przestępstw na rynku finansowym. Początkowo używane jedynie do wyłudzeń kredytów, w naturalny sposób mogą znaleźć zastosowanie przy zawieraniu umów ubezpieczenia na życie, a następnie generowaniu nienależnych roszczeń.

Sprawcy znacznie rzadziej wykorzystywali do wyłudzeń inne ryzyka niż te związane z utratą życia. Niezależnie od rodzaju świadczenia mechanizm wyłudzenia opierał się przeważnie na poświadczaniu nieprawdy co do rzeczywistego stanu poszkodowanych lub faktycznych okoliczności zaistnienia szkody. Potwierdzają to zawarte w dalszej części opracowania przykłady. Znamienny jest też częsty udział pracownika zakładu ubezpieczeń lub pracownika służby zdrowia w procesie wyłudzenia. Osoby te były wykorzystywane do potwierdzenia lub uwiarygodnienia wersji poszkodo-

wanego. Agenci, lekarze czy pracownicy niższego personelu medycznego zostali zwerbowani do współpracy na skutek korupcji, lecz zdarzały się także przypadki, gdy byli inicjatorami procesu wyłudzenia. Podobnie jak w przypadku szkód osobowych z OC komunikacyjnego w Dziale II, w Dziale I zauważalny jest udział pośredników odszkodowawczych w przypadkach wyłudzeń.

W 2014 roku, tak jak rok wcześniej, zrezygnowano z oddzielnego klasyfikowania wyłudzeń dokonywanych w ubezpieczeniach indywidualnych i grupowych. Warto jednak pamiętać, że sprawcy, szczególnie ci działający w sposób zorganizowany, z łatwością wykorzystują luki w administrowaniu dużymi grupami ubezpieczeniowymi. Zważywszy na udział ubezpieczeń grupowych w całej sprzedaży Działu I, należy zwrócić szczególną uwagę na ten typ produktów. Liczne przykłady zdarzeń opisane w dalszej części analizy dowodzą, że wyłudzenia dokonywane są przy pomocy bardzo prostych metod, polegających na poświadczaniu nieprawdy w dokumentach, a sprawcy doskonale zdają sobie sprawę ze słabości procedur stosowanych przez ubezpieczycieli.

W obecnej edycji badania 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 6. Szacunki skali niewykrytych nieprawidłowości wg rodzaju ubezpieczenia (Dział I w 2014 r.)

Rodzaj nieprawidłowości	Liczba	Wartość (PLN)
Zgon ubezpieczonego	26	712 708
Zgon ubezpieczonego na skutek NW	3	90 000
Poważne zachorowanie	21	356 715
Trwałe inwalidztwo lub uszczerbek na skutek NW	40	120 000
Niezdolność do pracy	2	20 000
Leczenie szpitalne lub operacje	105	86 174
Narodziny dziecka / narodziny martwego dziecka	8	12 000
Śmierć rodzica/teścia/współmałżonka/dziecka	12	34 000
Inne	0	0
Razem	217	1 431 597

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Dane do tej części badania dostarczyły jedynie cztery zakłady ubezpieczeń. Mała ilość informacji uniemożliwia niestety wyciągnięcie konstruktywnych wniosków. Warto jed-

nak podkreślić, że kwoty zawarte w szacunkach poszczególnych ubezpieczycieli wielokrotnie przekraczały sumy, które owe zakłady raportowały jako wykryte wyłudzenia.

3. Przykłady zdarzeń

Niżej podano 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 nadesłano wiele interesujących przykładów nadużyć ujawniających najpopularniejsze techniki stosowane przez nieuczciwych klientów (opis przykładów zgodnie z materiałami nadesłanymi przez zakłady ubezpieczeń, poddany jedynie korekcie redaktorskiej).

Przypadek 1.

Umowa ubezpieczeniowa została zawarta na okres 10 lat. Zobowiązanie ubezpieczyciela wynikające z zawartej umowy ubezpieczenia to:

- w przypadku śmierci – 215 tys. PLN,
- w przypadku trwałego inwalidztwa – 215 tys. PLN.

Niedługo po zawarciu umowy ubezpieczeniowej do zakładu wpłynęło zgłoszenie roszczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego. Na etapie rozpatrywania wniosku o świadczenie okazało się, że umowę zawarto z osobą nadużywającą alkoholu. Składka ubezpieczeniowa została opłacona przez inną osobę niż ubezpieczający/ubezpieczony. Na podstawie protokołu oględzin zwłok oraz dokumentów z prokuratury zakład uzyskał informację, że ciało ubezpieczonego odnaleziono w stanie rozkładu w miejscu zamieszkania w pokoju przypominającym „śmietnik”. Okoliczności wskazują, że faktyczna śmierć ubezpieczonego nastąpiła co najmniej na kilka dni przed odnalezieniem jego zwłok.

Przedstawiciel ubezpieczeniowo-finansowy wykonujący czynności agencyjne na rzecz zakładu oświadczył, że wniosek ubezpieczeniowy został sporządzony i podpisany w jego obecności, nie był jednak w stanie jednoznacznie określić, w jakim miejscu spotkał się z ubezpieczonym. Dodatkowo zakład otrzymał potwierdzenie odbioru polisy podpisane przez ubezpieczonego, przy czym w następstwie późniejszej analizy okazało się, że odbiór polisy potwierdził uposażony, a nie ubezpieczony.

Biorąc pod uwagę powyższe okoliczności, ubezpieczyciel powziął podejrzenie o zaistnieniu nieprawidłowości

w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia. W szczególności wątpliwości wzbudzało:

- Czy ubezpieczony własnoręcznie podpisał wniosek o zawarcie umowy terminowego ubezpieczenia na życie?
- Kto podpisał formularz potwierdzenia odbioru polisy i czy był to ubezpieczony?

Z uwagi na powyższe wątpliwości zakład złożył do prokuratury zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa.

Przypadek 2.

Ubezpieczony zmarł z powodu zaawansowanej choroby nowotworowej krótko po dacie objęcia ochroną ubezpieczeniową (ubezpieczenie grupowe). Uposażeni zgłosili zdarzenie z tytułu śmierci. Kwota świadczenia wynosiła 60 tys. PLN.

W trakcie realizacji zgłoszenia okazało się, że istnieje niezgodność podpisu ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia grupowego i w jego dowodzie osobistym. Podpisy ubezpieczonego na innych uzyskanych przez zakład dokumentach były zupełnie inne niż ten złożony na deklaracji przystąpienia. Okazało się również, że dwa dni po podpisaniu wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia grupowego ubezpieczony nie był w stanie samodzielnie złożyć podpisu przy przyjęciu do szpitala ze względu na zły stan zdrowia. Z uwagi na zidentyfikowane nieścisłości zakład odmówił wypłaty świadczenia i zawiadomił prokuraturę o podejrzeniu popełnienia przestępstwa.

Przypadek 3.

Podczas monitoringu bieżącej sprzedaży zakład zidentyfikował dużą liczbę wniosków polisowych spisanych przez osobę wykonującą czynności agencyjne (OFWCA). W ciągu sześciu tygodni wspomniana OFWCA spisała 23 wnioski polisowe na łączną kwotę ponad 400 tys. PLN składki urocznioną (tzw. APE). Zakład rozpoczął analizę spisanych wniosków oraz informacji w nich zawartych. W wyniku analizy okazało się, że:

- Ubezpieczeni, z którymi zawarte były wnioski, zamieszkują różne części Polski, nierzadko oddalone

od siebie o kilkaset kilometrów. Zakład zaobserwował duży rozrzut geograficzny ubezpieczonych w porównaniu z miejscem zamieszkania i prowadzenia działalności OFWCA.

OFWCA spisywała w ciągu jednego dnia kilka wniosków w miejscach znacznie od siebie oddalonych.

Składki miesięczne w ramach spisanych wniosków opiewały na wysokie kwoty, nawet 3–10 tys. PLN.

Z uwagi na powyższe obserwacje zakład podjął decyzję o zleceniu zewnętrznej firmie przeprowadzenia szczegółowej weryfikacji i analizy sprawy, zanim wnioski zostaną spolisowane. Na podstawie wywiadu z ubezpieczonymi, przeprowadzonego przez specjalistyczną firmę, ustalono, że część ubezpieczonych nie spisywała z OFWCA wniosków o ubezpieczenie lub że to nie OFWCA prowadziła spotkania, na których spisywane były wnioski o ubezpieczenie.

Biorąc pod uwagę wszystkie zebrane informacje, zakład podjął decyzję o odmowie polisowania wniosków zawartych przez OFWCA przy jednoczesnym rozwiązaniu z nią umowy o współpracę. W tym wypadku procedury zastosowane przez zakład ubezpieczeń przyczyniły się do wykrycia próby przestępstwa i do jej udaremnienia, zanim doszło do faktycznego objęcia klientów ochroną ubezpieczeniową.

Przypadek 4.

Zgłoszono świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego. Uwagę zwrócił krótki okres między zawarciem ubezpieczenia a zgonem ubezpieczonego (początek odpowiedzialności: 1 maja 2014 r., zgon: 22 czerwca 2014 r.). Polisa została zawarta prawidłowo, zachowano ciągłość ubezpieczenia w związku z wcześniejszą polisą w innym zakładzie ubezpieczeń na kwotę 43 tys. PLN. Podczas analizy dokumentacji zwrócono uwagę na podpisy ubezpieczonego (porównano podpisy na deklaracjach z lat wcześniejszych oraz ze wzorami podpisów w innych instytucjach). Wykazano podrobienie podpisu na deklaracji (uzyskano opinię biegłego grafologa). Odmówiono wypłaty świadczenia. Klient nie odwołał się od decyzji.

Przypadek 5.

Klient zgłosił roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, do którego doszło w wyniku upadku z drabiny z wysokości 5 metrów, podczas wchodzenia na dach. W toku postępowania likwidacyjnego przeanalizowano dokumentację przedłożoną przez klienta oraz zwrócono się do jednostki medycznej, w której leczył się poszkodowany, o przesłanie kopii dokumentów. Analiza porównawcza dokumentu Karty Informacyjnej Leczenia Szpitalnego dostarczonego 7 lipca 2014 r. przez ubezpieczonego oraz tego samego dokumentu pozyskanego 18 lipca 2014 r. drogą pocztową ze szpitala wykazała brak w dokumentacji przedstawionej przez ubezpieczonego fragmentu wyników badań ambulatoryjnych dotyczących stężenia etanolu. W oryginalnych dokumentach widniał zapis o zawartości alkoholu we krwi poszkodowanego wyno-

szącej 1,6 promila. Zgodnie z zapisami OWU odmówiono wypłaty świadczenia. Skierowano zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa do prokuratury.

Przypadek 6.

Stwierdzono wyłudzenie odszkodowania z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem. Sprawca, przy pomocy kolegi, upozorował wypadek przy pracy. Sprawca zaproponował koledze gratyfikację pieniężną w wysokości 10% odszkodowania w zamian za pomoc w upozorowaniu wypadku. Po uzyskaniu jego zgody zainscenizował w podziemnym chodniku kopalni odpadnięcie ze stropu odłamka skalnego i zaaplikował sobie zastrzyk ze środkiem znieczulającym. Następnie kolega, używając 10-kg młota, uderzył sprawcę w palce prawej stopy poprzez but przemysłowy. Po pozbyciu się młota zgłoszono wypadek przy pracy. W wyniku zgłoszonych roszczeń wypłacono odszkodowanie w wysokości 27 420 PLN.

Sprawa znalazła swój finał w sądzie. Zakończyła się wyrokiem skazującym każdego ze sprawców na 8 miesięcy pozbawienia wolności w zawieszeniu na 3 lata. Sprawcy zostali zobowiązani do naprawienia szkody, jaką poniósł ubezpieczyciel, w kwocie 27 420 PLN. Dodatkowo sprawca, który chciał wyłudzić odszkodowanie, stracił zmiążdżone przez młot palce.

Przypadek 7.

Do ubezpieczenia przystąpił 50-letni mężczyzna. We wniosku o ubezpieczenie spisanym 25 marca 2014 r. podał, że jest osobą zdrową, niechorującą na żadną z chorób, o które zakład ubezpieczeń pytał we wniosku medycznym. Został przyjęty do ubezpieczenia z klasą ryzyka „0” (standardową) i początkiem ubezpieczenia od 1 kwietnia 2014 r.

W lutym następnego roku uposażony wystąpił o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego. Zgodnie z aktem zgonu śmierć ubezpieczonego nastąpiła 15 grudnia 2014 r., czyli 9 miesięcy od daty zawarcia umowy. Według karty zgonu, wystawionej przez szpital, przyczyną śmierci był rozsiany proces nowotworowy. Wystąpiono o udostępnienie dokumentacji medycznej ze szpitala, który wystawił kartę zgonu. Dostarczona dokumentacja ujawniła, że ubezpieczony przebywał w szpitalu po raz pierwszy w dniach od 1 do 27 marca 2014 r. Powodem przyjęcia do szpitala było ujawnienie w badaniu RTG klatki piersiowej z 21 lutego 2014 r. zmiany guzowatej płuca o charakterze nowotworowym. Podczas hospitalizacji, 13 marca 2014 r. w badaniu rezonansem magnetycznym potwierdzono rozpoznanie nowotworu złośliwego płuca.

Analiza dokumentacji wykazała również zatajenie innych czynników mających wpływ na ocenę ryzyka, tj. palenie 2 paczek papierosów dziennie (we wniosku podał 10 sztuk dziennie), dwutygodniowe ciągi alkoholowe (we wniosku podał picie alkoholu przy specjalnych okazjach), występowanie uporczywego kaszlu, utrata masy ciała.

Przypadek 8.

Zgłoszone zostało roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu dziecka (syn – 25 lat). Jako przyczynę zgonu podano zawał serca. Od policji natomiast ubezpieczyciel uzyskał dokumentację poświadczającą, że zmarły zginął w wyniku wypadku samochodowego, podczas którego prowadził samochód, będąc w stanie nietrzeźwości – 1,63 promila alkoholu we krwi.

OWU wyłączały odpowiedzialność zakładu, jeżeli zgon ubezpieczonego następuje, gdy prowadzi on pojazd w stanie nietrzeźwości.

Przypadek 9.

Agentka zawarła umowę ubezpieczenia grupowego oraz przystąpiła do tej umowy jako ubezpieczony. Początek

odpowiedzialności przypadał na 1 lutego 2014 r. 3 lutego 2014 r. nastąpił zgon współubezpieczonego, a zgłoszenie roszczenia nastąpiło w maju 2014 r. Ustalono, że umowa faktycznie została podpisana w dniu 11 lutego 2014 r., czyli już po zgonie współubezpieczonego. Ustalono, że pomiędzy agentką a ubezpieczającym została zawarta fikcyjna umowa zlecenie na sprzątnięcie firmy ubezpieczającego. Składki ubezpieczeniowe za agentkę opłacone były przez nią w kasie, natomiast za pozostałych ubezpieczonych opłacał je ubezpieczający. Agentka przepytana na okoliczność przystąpienia do umowy ubezpieczenia oświadczyła, że przystępując, miała świadomość postępującej choroby osoby bliskiej i przez zawarcie nowej umowy ubezpieczenia chciała się doubezpieczyć.

4. Wnioski i rekomendacje

W 2014 roku działające w Polsce w Dziale I zakłady ubezpieczeń wypłaciły łącznie w formie świadczeń kwotę 20 355 842 000 PLN. Dla porównania wartość wykrytych nieprawidłowości w 22 firmach – uczestnikach badania – to 10 311 401 PLN w zakresie klasycznych wyłudzeń i dodatkowo 8 118 274 PLN w pozostałych obszarach. Zatem ujawnione wyłudzenia stanowią ułamek promila tej sumy. Podobnie jak w latach ubiegłych nie da się oszacować tak zwanej ciemnej liczby nieujawnionych czynów, jednak dynamiczny wzrost ujawnianej co roku sumy nieprawidłowości oraz ukazywanie się nowych obszarów ryzyka skłania do przypuszczeń, że jest to wartość wyjątkowo wysoka.

Wartość wyłudzeń odnotowanych w 2014 roku jest porównywalna do wartości uzyskanej przed rokiem, zatem wnioski z analizy danych przesłanych przez ubezpieczycieli nie różnią się istotnie od tych zawartych w poprzedniej edycji badania. Pamiętajmy, że jeszcze stosunkowo niedawno roczna skala zauważanych wyłudzeń nie przekraczała kilkuset tysięcy złotych. Mimo że wartość wyłudzeń w Dziale I to zaledwie ułamek 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 2014 roku zaobserwowano nowe groźne zjawisko wyłudzenia prowizji. Niski stopień trudności w dokonaniu tego rodzaju przestępstwa skłania do refleksji. Sprawcy

błyskawicznie kierują swoje działania na te obszary, gdzie istnieje możliwość szybkiego pozyskania środków przy niewielkim ryzyku. Niezmiennie napotymano na problem udziału pracowników ubezpieczycieli i opieki medycznej w procederze wyłudzeń. Kwota wyłudzeń w zakresie przestępczości wewnętrznej jest porównywalna z kwotą wyłudzeń w obszarze świadczeń.

Pogląd, że ubezpieczenia na życie są mniej narażone na działania o charakterze przestępczym już dawno uległ dezaktualizacji. Wyjątkowe zagrożenie stanowi zauważalnie mniejszy rozwój technik antyfraudowych stosowanych przez ubezpieczycieli Działu I. Sprawy nie ułatwia także wielokrotnie przywoływana sytuacja chaosu informacyjnego w zakresie baz administracji państwowej.

Zakłady ubezpieczeń nie powinny bagatelizować problemu przestępczości ubezpieczeniowej w Dziale I. Warto starannie analizować zmiany dokonujące się w metodach popełniania przestępstw. Przykład dotyczący prowizji dowodzi, że zachodzą one w bardzo szybkim tempie.

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

Nowe obszary zainteresowania sprawców wymuszają przeprowadzenie analizy ryzyka nie tylko w tradycyjnie zagrożonym wyłudzeniami obszarze wypłaty świadczeń, ale także w sferze sprzedaży

produktów i w modelach wynagradzania pośredników ubezpieczeniowych.

■ Masowe wykorzystywanie fałszywych dokumentów rodzi potrzebę położenia nacisku na szkolenia pracowników ubezpieczycieli w zakresie ich rozpoznawania i weryfikacji.

■ Wiele przestępstw w Dziale I popełnionych zostało przy współudziale pracowników ubezpieczyciela. Jakość kadr odpowiedzialnych za sprzedaż wpływa nie tylko na przypis składki, ale także na potencjalne straty spowodowane udziałem w oszustwach ubezpieczeniowych. Wiele kanałów sprzedaży zewnętrznej opiera się na współpracownikach, którzy nie przechodzą tak wnikliwej weryfikacji jak

agenci wyłączni. Celowe byłoby analizowanie ich przeszłości na szeroko pojętym rynku usług finansowych.

■ 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 kontynuować podjęte działania, aby jak najszybciej zniwelować różnice między skutecznością systemów antyfraudowych w Dziale I i w Dziale II.

Dział II – pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe

1. Metodyka badania

Badanie Polskiej Izby Ubezpieczeń dotyczące przypadków przestępczości ubezpieczeniowej w Dziale II przeprowadzane jest od lat wedle sprawdzonej i nieziennej metodyki. Pozwala ona na zbieranie wartościowych i porównywalnych danych.

Zastosowany formularz elektroniczny nie różnił się od ubiegłorocznego. Jak co roku zakłady ubezpieczeń proszone były o ujawnienie wymiaru nieprawidłowości w ujęciu ilościowym i wartościowym oraz analogicznie jak w przypadku zakładów Działu I z podziałem na usiłowania i wyłudzenia.

Kwestionariusz ankiety skierowano do wszystkich zakładów ubezpieczeń Działu II działających w 2014 roku

na polskim rynku (w tym 32 z siedzibą w Polsce). Informację zwrotną nadesłało 28 zakładów z siedzibą w Polsce oraz 7 oddziałów zagranicznych, co stanowi ok. 88% liczby towarzystw ubezpieczeń Działu II z siedzibą w Polsce. Udział rynkowy 28 zakładów (z siedzibą w Polsce) – uczestników badania – mierzony wartością wypłaconych odszkodowań Działu II wynosi ok. 98%. Jest to wynik lepszy niż przed rokiem. 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 2014 r.

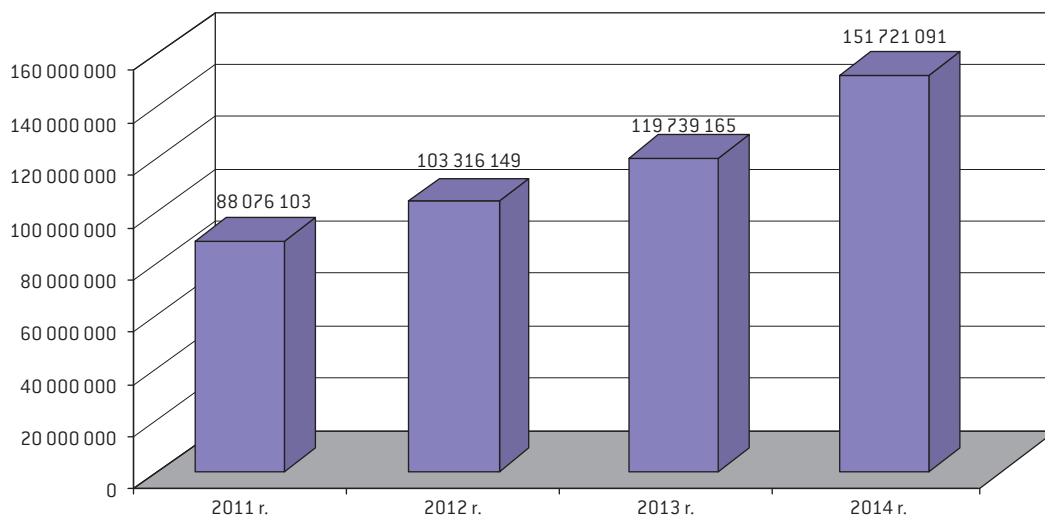
W 2014 roku pracownicy zakładów ubezpieczeń Działu II odnotowali 9158 czynów przestępczych na łączną kwotę 151 721 091 PLN. W porównaniu z rokiem poprzednim oznacza to wzrost liczby czynów o 15% oraz wzrost kwoty, na którą dokonano wyłudzeń

o 27%. Średnia wartość przestępstwa wyniosła około 16 600 PLN. Tendencja wzrostowa wartości czynów przestępczych w ubezpieczeniach majątkowych utrzymuje się od kilku lat. Liczba incydentów także wzrasta, jednak należy ostrożnie interpretować jej przyrost,

ponieważ w poszczególnych latach uczestnicy badania raportują przypadki wykrycia masowych wyłudzeń dokonywanych przez klientów indywidualnych, co zniekształca statystyki. Dodatkowym utrudnieniem jest fakt częstego udziału w popełnianiu przestępstw ubezpieczeniowych 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 wykazuje dwucyfrową dynamikę.

Wykres 4. Wartość nieprawidłowości w wypłacanych odszkodowaniach w Dziale II w latach 2011–2014 (PLN)



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Poszczególne zakłady ubezpieczeń – uczestnicy badania PIU – raportowały za 2014 rok od kilkudziesięciu do ponad tysiąca przypadków ujawnionych nieprawidłowości, których wartość wynosiła od kilkuset tysięcy do kilkudziesięciu milionów złotych. Skala wykrytych wyłudzeń nie pozostaje w korelacji z udziałem rynkowym danego zakładu. Kilka spośród badanych zakładów ubezpieczeń zadeklarowało brak wykrytych nieprawidłowości. Powodem tego była specyfika działalności tych zakładów, związana z obsługą szczególnych rodzajów ubezpieczeń dla wąskiej grupy klientów instytucjonalnych. Należy podkreślić, że każdy uniwersalny zakład ubezpieczeń Działu II dostrzega problem przestępczości ubezpieczeniowej i bierze udział w badaniu PIU.

Wartość wykazanych w badaniu czynów przestępczych stanowi około 1,1% ogółu odszkodowań wypłaconych w 2014 roku w Dziale II. Jest to najwyższy odsetek w kilkunastoletniej historii badania PIU. Podobnie jak w przypadku Działu I, nieznaną pozostaje prawdziwa skala zjawiska przestępczości ubez-

pieczeniowej. Dostępne teorie naukowe dotyczące wysokich wartości tak zwanej ciemnej liczby (czyli relacji czynów niewykrytych do ujawnionych) w przestępstwach finansowych potwierdzają przypuszczenia o wysokim odsetku nieznanych nieprawidłowości.

Funkcjonujące w Polsce zakłady ubezpieczeń wciąż istotnie różnią się między sobą pod względem skuteczności prowadzonych działań antyfraudowych. Interesujących wniosków dostarcza porównanie odsetka, jaki ujawnione nieprawidłowości stanowią w ogólnej kwocie odszkodowań wypłacanych przez danego ubezpieczyciela. W przypadku firm o małym udziale rynkowym wskaźnik udziału wyłudzeń w wypłatach ulega silnym wahaniom rok do roku i wiąże się z przypadkami incydentalnych wyłudzeń o relatywnie dużej wartości. Średnia dla całego rynku to 1,1%.

W Tabeli 7 zawarto charakterystykę struktury przestępstw ubezpieczeniowych Działu II w 2014 roku.

Tabela 7. Nieprawidłowości wg rodzaju ubezpieczenia (Dział II w 2014 r.)

Rodzaj ubezpieczenia	Liczba		Kwota	
		(%)	Wartość (PLN)	(%)
OC komunikacyjne	5992	65,43	56 619 814	37,32
Autocasco	1896	20,70	72 923 243	48,06
OC rolników	81	0,88	1 609 830	1,06
Od kradzieży z włamaniem (biznes)	14	0,15	631 610	0,42
Od ognia i innych żywiołów (biznes)	47	0,51	2 426 823	1,60
Ubezpieczenia mieszkań i domów	178	1,94	4 523 276	2,98
Turystyczne i Assistance	64	0,70	866 587	0,57
NNW	240	2,62	1 975 678	1,30
Inne OC	242	2,64	4 307 683	2,84
Kredytu, Finansowe, D&O	16	0,17	3 133 074	2,07
Gwarancja ubezpieczeniowa	7	0,08	113 785	0,07
Inne	381	4,16	2 589 688	1,71
Razem	9158	–	151 721 091	–

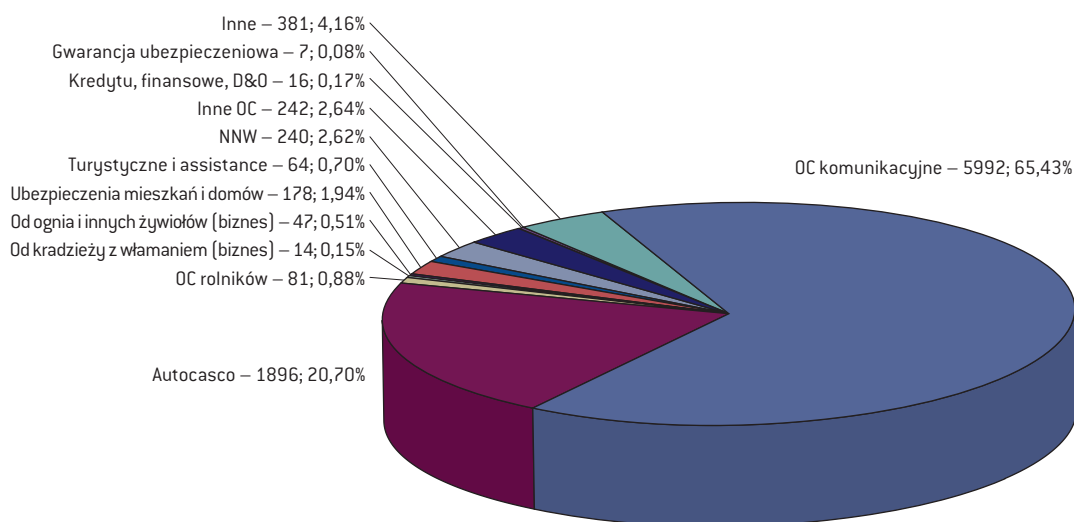
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

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

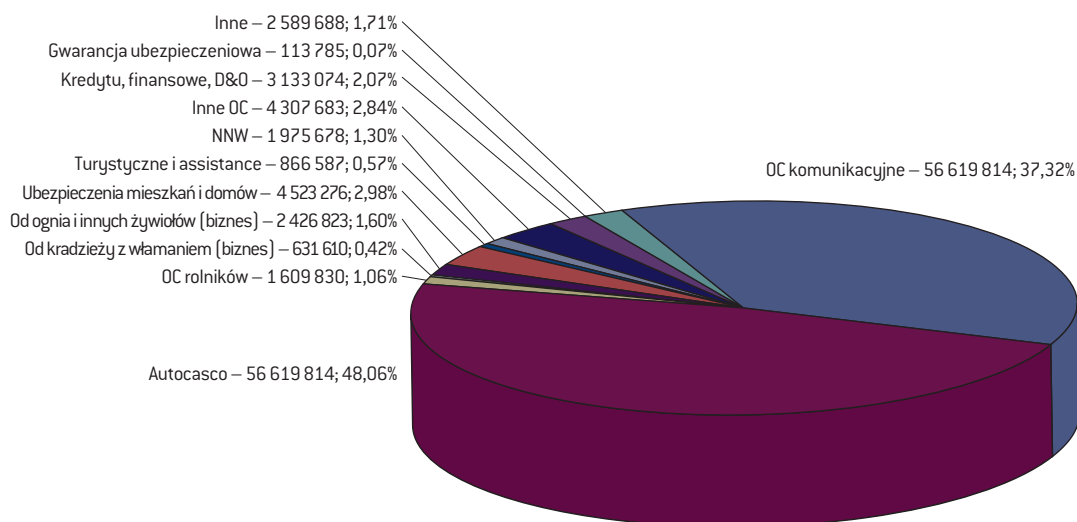
ce ubezpieczenia OC. Z tego względu należy je rozpatrywać łącznie, jako ubezpieczenia komunikacyjne ogółem.

Dane za 2014 rok zostały również zobrazowane na kolejnych wykresach w ujęciu ilościowym i jakościowym.

Wykres 5. Nieprawidłowości w Dziale II w roku 2013 (ujęcie ilościowe)



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Wykres 6. Nieprawidłowości w Dziale II w 2014 roku (ujęcie wartościowe)

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Analiza zagregowanych danych dostarczonych w 2014 roku przez zakłady ubezpieczeń Działu II wymaga komentarza. Pozwoli on uniknąć wyciągania pochopnych wniosków, jakie mogłyby się nasunąć wyłącznie na podstawie analizy surowych danych liczbowych.

W 2014 roku doszło do próby spektakularnego wyłudzenia, dokonanej przez grupę przestępczą, która upozorowała pożar transportu samochodów osobowych specjalnego przeznaczenia o wyjątkowo wysokiej wartości. Incydent ten został przedstawiony we wszystkich środkach masowego przekazu. Dokładniejszy opis tego przypadku zamieszczony jest w podrozdziale zawierającym dostarczone przez zakłady ubezpieczeń opisy wyłudzeń. Łączna suma potencjalnych strat wykazana przez tylko jeden zakład ubezpieczeń wyniosła ok. 40 mln PLN. Stanowi to ok. 25% całej kwoty nieprawidłowości ujętych w tegorocznej edycji badania przez wszystkie działające na polskim rynku zakłady ubezpieczeń.

Należy zauważyć, że wspomniane zdarzenie całkowicie zmieniło spojrzenie na dane liczbowe zawarte w niniejszej analizie i wypaczyło sens porównywania udziałów względnych oszustw w poszczególnych rodzajach ubezpieczeń wymienionych w tabeli. Przede wszystkim grupa ubezpieczeń AC zyskała udział blisko 50% ogólnej sumy oszustw w Dziale II w 2014 r. Zafałszowana została także średnia wartość kwoty nieprawidłowości w AC. Aby zapewnić rzetelność wnioskowania na podstawie danych z ubiegłych edycji badania PIU, należy unikać bezpośrednich porównań wartości względnych zawartych w opracowaniu.

Dotąd nie odnotowano w Polsce tak zuchwałej próby przywłaszczenia środków zakładu ubezpieczeń. Fakt wystąpienia potencjalnego oszustwa o gigantycznych rozmiarach skłania do zmiany dotychczasowej optyki postrzegania ryzyka przestępczości ubezpieczeniowej.

Efekt ubocznym wspomnianego incydentu jest uwrażliwienie opinii publicznej na problem wyłudzeń i wzmocnienie trwającego od niedawna procesu budowania pozytywnej świadomości antyfraudowej w społeczeństwie.

Niezależnie od opisywanego wyżej przypadku, ubezpieczenia komunikacyjne stanowią wciąż najpopularniejszą grupę wyłudzeń. Około 8 z 9 tysięcy ujawnionych nieprawidłowości dotyczy ubezpieczeń komunikacyjnych. Wartość tych czynów to blisko 90 mln PLN (bez uwzględnienia opisywanego wyżej przypadku). Należy pamiętać, że udział produktów OC i AC w portfelu polskich ubezpieczycieli z roku na rok maleje i w 2014 roku wyniósł niespełna 51%. Przyczyny popularności produktów komunikacyjnych wśród sprawców wyłudzeń nie zmieniły się na przestrzeni lat i były szczegółowo opisywane w minionych edycjach analiz PIU. Duży udział oszustw związanych z komunikacją spowodowany jest przez szereg czynników i absolutnie nie uprawnia do wyciągnięcia wniosku o małej popularności pozostałych rodzajów ubezpieczeń wśród sprawców przestępstw. Zakłady ubezpieczeń posiadają coraz lepsze narzędzia informatyczne pozwalające na analizę danych dotyczących zdarzeń drogowych. Jest to możliwe dzięki ciągłemu doskonaleniu baz Ośrodka Informacji UFG. Ponadto ten rodzaj wyłudzeń jest już doskonale rozpoznany przez zakłady ubezpieczeń, które dysponują olbrzymim doświadczeniem i katalogiem symptomów świadczących o możliwości popełnienia przestępstwa. Błędem byłoby jednak bagatelizowanie problemu. Wyłudzenia dokonywane przy pomocy pojazdów są i będą popularne zawsze, na co wskazują doświadczenia bardziej rozwiniętych rynków ubezpieczeń w Europie i na świecie.

Już od kilku lat obserwowany jest wzrost zagrożenia nowymi metodami wyłudzeń w OC komunikacyjnym, polegającymi

na roszczeniach związanych nie bezpośrednio z naprawą uszkodzonego pojazdu, lecz ze szkodami osobowymi, wynajmem pojazdu zastępczego czy refundacją utraconych przychodów. Zakłady ubezpieczeń wypracowały skuteczne metody kontroli procesów naprawy pojazdów. Uczestnicy badania od kilku lat raportują problem lawinowego wzrostu wartości szkód osobowych. Dotyczy to zarówno powiększania deklarowanego zakresu uszkodzeń ciała w przypadku urazów, symulowania stanów psychicznych wynikających z rzekomo doznanego szoku pourazowego oraz powiększania liczby poszkodowanych w wypadku poprzez składanie fałszywych deklaracji. Najczęściej przewijające się w roszczeniach dolegliwości związane są z uszkodzeniem szyjnego odcinka kręgosłupa, bólami głowy, depresjami powypadkowymi. Słabość systemów administrowania danymi o historii leczenia, opisywana w części poświęconej Działowi I, sprzyja tego typu praktykom.

Zakłady ubezpieczeń wykazują się aktywną postawą i szybko opracowują własne rozwiązania. Widoczną od niedawna tendencją jest budowanie własnej sieci placówek medycznych i swego rodzaju centrów pomocy osobom poszkodowanym w wypadkach. Kompleksowa pomoc medyczna i psychologiczna zapoczątkowana przez niektórych ubezpieczycieli idzie w parze z rozwiązywaniem problemu nieuregulowanego rynku pośrednictwa odszkodowawczego, które – jak zostało wykazane w poprzednich edycjach badania – może także generować zawyżone lub całkowicie nienależne roszczenia.

Problem fałszowania faktur dokumentujących koszty rzekomego wynajmu pojazdów zastępczych został częściowo rozwiązany przez jeden z zakładów ubezpieczeń, który jako pierwszy zakupił własną flotę pojazdów i oferuje je klientom. Tym samym nowo powstała metoda wyłudzeń ma szansę zostać całkowicie wyeliminowana.

Przykład ubezpieczeń komunikacyjnych stanowi doskonałą ilustrację tego, że walka z przestępczością ubezpieczeniową to proces ciągły, wymuszany niekończącą się innowacyjnością sprawców. Omawiane wyżej przypadki szybkich i skutecznych działań ubezpieczycieli napawają optymizmem. Dodatkowym bardzo pozytywnym efektem tych działań jest wzrost satysfakcji klientów, zadowolonych z kompleksowej i szybkiej likwidacji szkody.

Zmiana charakteru roszczeń w ubezpieczeniach komunikacyjnych wymusza na zakładach ubezpieczeń modernizację polityki antyfraudowej, ukierunkowaną dotąd na detekcję szkód związanych z pojazdami.

Poza przypadkami wyłudzeń w komunikacji w 2014 roku największą wartość miały te dotyczące ubezpieczenia mieszkań, niekomunikacyjnych ubezpieczeń OC oraz ubezpieczeń finansowych. Na dalszych

pozycjach uplasowały się szkody związane z pożarami oraz cały szereg szkód odnoszących się do mniej popularnych rodzajów ubezpieczeń. W 2014 roku zaobserwowano nową tendencję, a mianowicie wykorzystywanie do wyłudzeń ubezpieczeń turystycznych oraz assistance. Zostało to opisane w przykładach dostarczonych przez zakłady ubezpieczeń.

Owo zjawisko skłania do przypuszczeń, że potencjalni sprawcy wyłudzeń zdają sobie sprawę ze sprawności, z jaką zakłady ubezpieczeń chronią się przed nadużyciami w sferze ubezpieczeń komunikacyjnych. Stanowi to bodziec do opracowywania coraz nowszych i bardziej wyrafinowanych metod przestępczych. Jedną z nich, opisywaną szerzej w dalszej części opracowania, polega na składaniu roszczeń związanych ze sfingowaną utratą bagażu w podróży lotniczej. Dzięki odpowiednio spreparowanym dokumentom i doskonałej znajomości procedur lotniskowych sprawcy zdolni są do przywłaszczania dużych kwot, porównywalnych do tych zdobywanych przez sprawnie działającą grupę bazującą na ubezpieczeniach OC i AC. Pojawiły się także szkody powstałe z wyłudzeń zwrotu kosztów leczenia za granicą przez osoby, które podają nieprawdziwe okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego i w ten sposób przygotowują się wcześniej do „darmowych” zabiegów na koszt ubezpieczyciela.

Zauważalna jest również tendencja wyłudzenia świadczeń z ubezpieczeń assistance. Zjawisko to dotyczy nie tylko assistance związanego z pojazdami, ale także medycznego czy domowego. Oszuści realizują na koszt zakładu ubezpieczeń zabiegi medyczne lub dokonują napraw uszkodzonych w innych niż podane okolicznościach instalacji czy sprzętów RTV/AGD.

Nieznane wcześniej na szerszą skalę wyłudzenia w nowoczesnych produktach ubezpieczeniowych wskazują na konieczność wnikliwej analizy ryzyka wystąpienia nadużyć już na etapie konstruowania produktów i definiowania docelowej grupy ich odbiorców. Brak przeczności w tej materii może spowodować znaczące straty w bardzo krótkim czasie od premiery produktu, a w skrajnych przypadkach pogrążyć całą linię produktową. Ryzyko to rozciąga się również na obszar likwidacji szkód. Coraz popularniejsze uproszczone i zautomatyzowane procesy likwidacyjne także sprzyjają popełnianiu przestępstw ubezpieczeniowych.

Należy pamiętać, że potencjalni sprawcy dysponują często zaawansowaną wiedzą o produktach ubezpieczeniowych lub nawet wsparciem prawnym w celu analizy OWU pod kątem ewentualnych luk sprzyjających wyłudzeniom.

W 2014 roku ankietowane zakłady ubezpieczeń nie zgłaszały poważnych szkód związanych z dużymi pożarami.

Statystyki Państwowej Straży Pożarnej wskazują, że podpalenia nie są główną przyczyną pożarów. Nie powinno to jednak usypiać czujności działów likwidacji szkód. Duże pożary stanowią zjawiska rzadkie, jednak powodujące olbrzymie straty. Ogień już w czasach historycznych był ulubioną metodą generowania nienależnych roszczeń. Zakłady ubezpieczeń stosunkowo dobrze rozpoznają symptomy celowego podłożenia ognia i ściśle współpracują z naukowcami zajmującymi się dochodzeniami pożarowymi. W 2014 roku zwieńczeniem tej współpracy była publikacja pt. *Czerwona Księga Pożarów*, wydana przez Centrum Naukowo-Badawcze Ochrony Przeciwożarowej. Jest to skierowane do szerokiego odbiorcy kompendium na temat dochodzeń pożarowych, przyczyn pożarów, prewencji pożarowej oraz szeroko rozumianych skutków działania ognia. Otwarty charakter tej publikacji sprzyja szerzeniu wiedzy o weryfikacji roszczeń związanych z pożarami.

Wysoka wartość przeciętna ujawnianych w tej i poprzednich edycjach badania wyłudzeń związanych z podpaleniami dowodzi dużego stopnia zagrożenia tą działalnością przestępczą. Pojedyncze raportowane przykłady takich wyłudzeń opiewały na kwoty kilku milionów złotych.

Wspomniane na wstępie niniejszego opracowania rekordowe podpalenie leasingowanego mienia definiuje nowe istotne zagrożenie nie tylko dla ubezpieczycieli, ale też dla całej branży finansowej. Zorganizowane grupy przestępcze od pewnego czasu masowo wykorzystują łatwość, z jaką można przy pomocy umowy leasingowej stać się użytkownikiem mienia o znacznej wartości. Duża konkurencja na rynku leasingów powoduje, że kosztowny sprzęt budowlany, pojazdy, komputery czy specjalistyczne maszyny i urządzenia powierzane są podmiotom o krótkiej bądź niejasnej historii. Pogoń za klientem oraz ciągłe promocje i łagodzenie koniecznych do spełnienia wymogów sprzyjają zawieraniu umów leasingu przez podmioty, których jedynym celem jest szybkie osiągnięcie zysku przez spieniężenie przedmiotu leasingu u paserów. Najbardziej poszkodowane w tym procederze zostają zakłady ubezpieczeń, które ponoszą odpowiedzialność za utracone przedmioty, chronione zawartymi wcześniej umowami ubezpieczenia.

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

Dane z 2014 roku potwierdzają po raz kolejny dużą częstotliwość wyłudzeń ubezpieczeń finansowych związanych

z ubezpieczeniem kredytów hipotecznych. Istotnym bodźcem zwiększającym popularność tego typu roszczeń jest trudna sytuacja kredytobiorców wywołana gwałtownymi zmianami kursów walut.

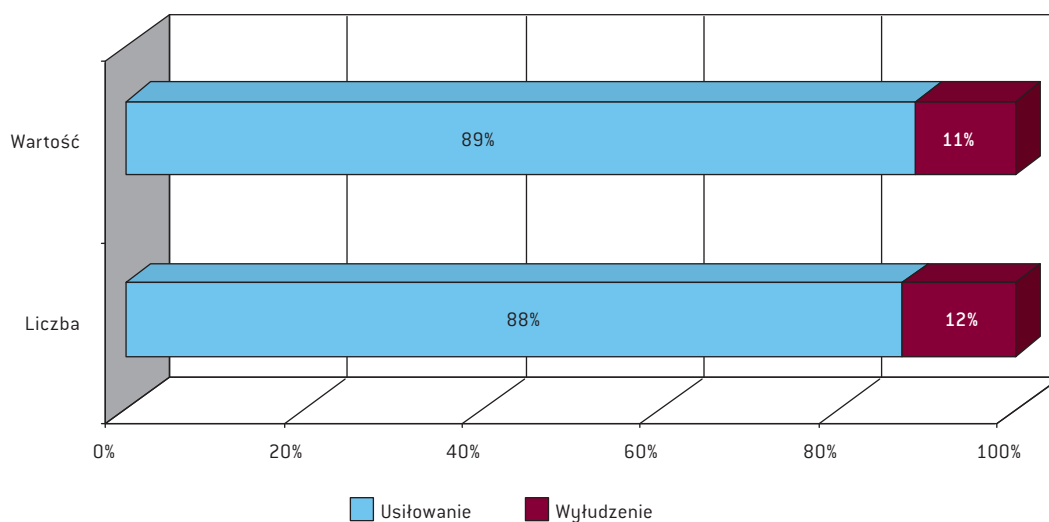
W edycji 2014, podobnie jak w roku poprzednim, dane wskazują na wzrost zagrożenia dotyczącego ubezpieczenia mieszkań i domów. Szeroki zakres ochrony połączony z opcjonalnym OC w życiu prywatnym lub OC z tytułu posiadania nieruchomości sprzyja generowaniu roszczeń związanych głównie ze zniszczeniami sprzętu komputerowego i RTV. Postęp techniczny sprzyja szybkiemu zużyciu moralnemu (ekonomicznemu) sprzętu, który bywa chętnie „odnawiany” przy pomocy ubezpieczycieli. Tendencja ta od lat obserwowana jest na zachodzie Europy, głównie w Niemczech, gdzie niezwykle popularne są szkody polegające na celowym niszczeniu smartfonów, okularów czy zalewaniu mieszkań poprzez sfingowane szkody spowodowane awarią sieci grzewczej, wodociągowej czy akwariami. Wysoki poziom przyzwolenia na przestępstwa ubezpieczeniowe sprzyja tego rodzaju szkodom i powoduje, że obok działalności grup zorganizowanych stanowić mogą one poważne zagrożenie dla ubezpieczycieli.

Pozostałe rodzaje ubezpieczeń zawarte w kwestionariuszu badania dla Działu II nie mają istotnego udziału w zarejestrowanych przypadkach. Nie oznacza to absolutnie, że można je traktować jako całkowicie bezpieczne pod względem zagrożenia przestępczością ubezpieczeniową. Mniej popularne na chwilę obecną wśród przestępców obszary działalności ubezpieczeniowej powinny być poddawane nieustannemu monitoringowi. Jak wynika z poprzednich edycji analiz PIU, mogą one nagle stać się popularne dzięki innowacyjnej, nieznannej dotąd metodzie wyłudzeń. Z tego względu ciągłość prowadzenia badań nad przestępczością i obserwacja trendów jest warunkiem koniecznym prowadzenia skutecznej polityki prewencyjnej.

Należy pamiętać, że większość metod i narzędzi wykrywania wyłudzeń powstało na gruncie doświadczeń związanych z ubezpieczeniami komunikacyjnymi. Kluczem do sukcesu w kompleksowym zwalczaniu przestępczości ubezpieczeniowej jest niewątpliwie pełny dostęp do informacji o wszystkich rodzajach ubezpieczeń, także niekomunikacyjnych. Zauważalna w tej edycji badania dominacja metod związanych z komunikacją nie powinna uspić czujności, ale paradoksalnie wzmocnić zainteresowanie struktur antyfraudowych pozostałymi rodzajami ubezpieczeń Działu II.

Z roku na rok coraz mniej oszukańczych roszczeń zgłaszanych przez nieuczciwych klientów kończy się skutecznym wyłudzeniem. Zakłady ubezpieczeń coraz lepiej radzą sobie z problemem przestępczości ubezpieczeniowej, co znajduje wyraz w corocznym obniżaniu wskaźników skutecznych wyłudzeń. Wartości te różnią się znacznie w poszczególnych zakładach. Prawidłowość dla całego Działu II ilustruje poniższy wykres.

Wykres 7. Nieprawidłowości z podziałem na skuteczność działania sprawcy (Dział II w 2014 r.)



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Cechą charakterystyczną jest znacznie większa skuteczność wyłudzeń dokonywanych przez pracowników ubezpieczyciela, którzy z racji posiadanej wiedzy i dostępu do informacji potrafią efektywnie unikać odpowiedzialności. Jest to szczególnie istotne w kontekście wspomnianego niejednokrotnie zagrożenia ze strony zorganizowanych grup przestępczych, nakłaniających do współpracy pracowników zakładów ubezpieczeń. Zjawisko to zostało szerzej opisane w części dotyczącej Działu I, tam bowiem współudział pracownika jest niezbędnym elementem procesu wyłudzenia prowizji.

Konstrukcja narzędzia badawczego umożliwiła respondentom wykazanie współudziału pracownika w każdego

rodzaju przestępstwie. Zaledwie kilka zakładów ubezpieczeń skorzystało z tej możliwości i dostarczyło dane przydatne do analizy. Wielu ubezpieczycieli nie posiada takich statystyk. Udział pracowników w wyłudzeniach nie przekracza w opisywanych zakładach kilku procent. Najbardziej niebezpieczny scenariusz dotyczy współpracy pracownika z zorganizowaną grupą przestępczą.

Poza informacjami o nieprawidłowościach z obszaru wypłaty świadczeń wiele zakładów ubezpieczeń dostarczyło dane dotyczące pozostałych ujawnionych przypadków naruszeń prawa. Podsumowanie wyników zawarte jest w poniższej tabeli.

Tabela 8. Nieprawidłowości poza obszarem wypłaty świadczeń (Dział I w 2014 r.)

Rodzaj nieprawidłowości	Liczba	Wartość (PLN)
Przywłaszczenie składek	567	7 674 333
Zawarcie umowy w celu wyłudzenia świadczenia	597	4 577 448
Zawarcie umowy w celu wyłudzenia prowizji	2	0
Przestępstwa przeciwko dokumentom	362	3 679 218
Inne/ Nadużycia stwierdzone w innych obszarach	128	1 059 636
RAZEM	1656	16 990 634

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Wysokość kwoty stanowiącej wartość stwierdzonych nadużyć nie różni się istotnie od odnotowanej rok wcześniej i opiewa na blisko 17 mln PLN. W tej kwocie aż 7,7 mln PLN to zdefraudowane składki. W tej materii widoczne są ogromne różnice w sprawności organizacyjnej poszczególnych ubezpieczycieli. Problem ten dotyczy głównie ubezpieczycieli o mniej zaawansowanej infrastrukturze IT, odpowiedzialnej za obsługę procesów sprzedaży. Obok całkowicie z informatyzowanych podmiotów wymuszających na pośrednikach obsługę online wciąż funkcjonują na rynku ubezpieczyciele trwający w tradycyjnym modelu obiegu informacji i dokumentów. Niestety zapóźnienia technologiczne sprzyjają nadużyciom nie tylko w sferze defraudacji składek. Choć przywłaszczenie składki nie spełnia znamion klasycznego przestępstwa ubezpiecze-

niowego, to jest ono wyjątkowo szkodliwe dla reputacji ubezpieczyciela, który traci zaufanie w oczach oszukanego klienta.

Współudział pracowników ubezpieczyciela w przestępstwie ubezpieczeniowym polega między innymi na umożliwieniu zawarcia umowy mającej na celu przyszłe oszustwo, poświadczeniu nieprawdy w dokumentach oraz akceptacji sfałszowanych dokumentów poprzez na przykład zaniechanie ich weryfikacji. Dane zawarte w tabeli wskazują, że wciąż jest to istotny problem, a poruszana niejednokrotnie w poprzednich edycjach analiza kwestia jakości i poziomu wykształcenia kadr stanowi nie lada wyzwanie dla ubezpieczycieli.

Kategoria „inne” tradycyjnie zawiera najczęściej sprawy dotyczące wypłat odszkodowań za zdarzenia, do których doszło w wyniku dokonania przestępstwa nieubezpieczeniowego, jak na przykład kradzież pojazdu.

3. Przykłady zdarzeń

W 2014 roku zakłady ubezpieczeń podały następujące przykłady mechanizmu wyłudzenia w Dziale II.

Przykład 1.

Do zakładu ubezpieczeń zgłoszono roszczenia powstałe w wyniku zbyt długiego oczekiwania na wydanie bagażu lub zagubienia bagażu. Zgodnie z umową w pierwszej sytuacji przysługuje odszkodowanie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia, którą klient może przeznaczyć na zakup niezbędnych przedmiotów w związku z zaistniałą sytuacją. Tymi niezbędnymi dobrami były dobra luksusowe kupowane m.in. w takich sieciach, jak Louis Vuitton, Boss, Prada itd. W drugim przypadku zgodnie z umową przysługuje odszkodowanie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia, ale należy przedstawić spis rzeczy, które znajdowały się w walizce, ewentualnie faktury i paragony dokumentujące zakup. Sumy ubezpieczenia były najwyższe z oferowanych przez ubezpieczyciela.

Po wpłynięciu roszczeń w pierwszej kolejności ubezpieczyciel zweryfikował dokumentację przedkładaną przez klientów. Efekty ustaleń:

- Dokumentacja z linii lotniczych potwierdzająca zgłoszenie opóźnienia w wydaniu lub zagubienia bagażu okazała się sfałszowana.
- Dokumentacja z hoteli potwierdzająca dostarczenie opóźnionego bagażu po weryfikacji okazała się fałszywa.
- Podobnie było z dokumentami potwierdzającymi zakup dóbr, których zagubienia dotyczyło roszczenie.

Zakład odkrył również nowy proceder polegający na tym, że dobra były faktycznie kupowane, następnie po zaistnieniu fikcyjnego zdarzenia roszczęcy oczekiwali odszkodowania od firm ubez-

pieczeniowych oraz dodatkowo zgłaszali reklamację w swoim banku związaną z nieuprawnionym użyciem karty kredytowej.

Reasumując, do opóźnienia w wydaniu bagażu nie dochodziło, dokumenty fałszowano, a w przypadku zagubienia bagażu najprawdopodobniej druga osoba współpracująca z roszczęcym zabierała daną walizkę z taśmy po przylocie.

W ostatniej fazie działalności roszczęcy ubezpieczali jeden bagaż w dziesięciu zakładach ubezpieczeń, co dawało sumę ubezpieczenia ok. 95 tys. PLN na jeden bagaż.

Przykład 2.

W firmie ubezpieczeniowej ujawniono grupę przestępczą, której działanie naraziło zakład ubezpieczeń na straty sięgające 40 mln PLN. Sprawa ta dotyczyła pożaru 4 aut marki BMW przewożonych na lawecie.

Suma wniosku o wypłatę odszkodowania była tak wysoka, ponieważ samochody (według przedstawionej dokumentacji) miały być opancerzone oraz wyposażone w wysoko specjalistyczne technologie i systemy łączności i przeznaczone dla polskich służb specjalnych.

Ze względu na właściciela pojazdów wnioskowano o zachowanie poufności oraz szybką wypłatę. Śledztwo wykazało, że samochody nie były przeznaczone dla służb, a przyczyną pożaru nie była kolizja, tylko celowe podpalenie wywołane eksplozją mikroładunku wybuchowego umieszczonego w jednym z przewożonych na lawecie samochodów.

Kolejne ustalenia ujawniły, że auta wcale nie były przystosowane do wymogów służb, a wszelka dokumentacja potwierdzająca ich docelowe użytkowanie oraz wprowadzenie zabezpieczeń została sfałszowana.

Przykład 3.

Na terenie woj. dolnośląskiego powstała firma założona przez dwie osoby. Są to osoby młode, dobrze zorganizowane, powiązane z inną firmą, zajmującą się wynajmem pojazdów zastępczych. Celują w szkody już zamknięte, fałszują pełnomocnictwa i wystawiają faktury za wynajem pojazdów nawet sprzed początku ich działalności (ok. rok wstecz).

Podczas dzwonienia i zgłaszania roszczeń podają się za poszkodowanych, podają fałszywe adresy mailowe, proszą również o zmianę numeru kontaktowego. W pisemnej korespondencji zaznaczają, iż życzą sobie kontaktu jedynie drogą elektroniczną. W ten sposób poszkodowany zostaje całkowicie pominięty w korespondencji, a oszuści eskalują roszczenia. Wystawiają faktury na bardzo wysokie kwoty, często przekraczające 10 tys. PLN. Po ich weryfikacji nie odwołują się. Jednak pojawił się przypadek, gdy wstąpili na drogę sądową, z tym że w ocenie ubezpieczyciela działali w porozumieniu z poszkodowanym.

Zakład ubezpieczeń ujawnił trzy przypadki usiłowania wyłudzenia na kwotę przekraczającą 30 tys. PLN, a następnie im przeciwdziałął. Działanie tej firmy nie ogranicza się do jednego ubezpieczyciela.

Przykład 4.

Biuro podróży sprzedaje klientom wycieczkę wraz z kilkoma ubezpieczeniami obejmującymi ochroną to samo zdarzenie (chodzi o ubezpieczenie kosztów rezygnacji z imprezy turystycznej). Każde ubezpieczenie wykupione jest w kilku zakładach ubezpieczeń. Zazwyczaj są to drogie wycieczki (ok. 5–6 tys. PLN od osoby), a organizatorem jest zawsze zagraniczne biuro podróży. Klienci zgłaszają rezygnację z imprezy turystycznej, przedstawiając najczęściej zaświadczenia lekarskie o braku możliwości odbycia podróży zagranicznej. Roszczenie składają we wszystkich zakładach ubezpieczeń, w których posiadają polisy. Każdy zakład wypłaca świadczenie w postaci poniesionych kosztów wycieczki. W ten sposób klient otrzymuje wielokrotność faktycznych kosztów, jakie poniósł. Na obecną chwilę trudno określić, jak głęboko biuro podróży sprzedające imprezę jest zaangażowane w całą procedurę oraz na ile jest powiązane z klientem. Nie można jednak wykluczyć, że obie strony były świadome nielegalności popełnianych czynów.

Przykład 5.

Firma zgłosiła roszczenie w związku ze zdarzeniem polegającym na kradzieży rzeczy. Sprawcy dokonali włamania do hurtowni papierosów i zrabowali różne gatunki papierosów na kwotę 450 tys. PLN. Hurtownia była mo-

nitorowana przez agencję ochroniarską. Pomieszczenia hurtowni zlokalizowane były w budynku, w którym znajdują się inne firmy, również monitorowane. Hurtownia posiadała drzwi zabezpieczone m.in. zamkiem typu „Gerda” oraz od wewnątrz kratą z zamkiem typu bankowego. Dostęp do kluczy miał jedynie właściciel (przebywający za granicą) oraz jego pracownik – kierownik. Oględziny miejsca włamania oraz czynności przeprowadzone przez policję wykazały, że sprawcy dostali się do hurtowni przy pomocy dorobionych kluczy oraz że zakleili pianką monterską niektóre czujniki alarmowe. Alarm funkcjonował prawidłowo i przekazał sygnał do operatora. Patrol nie stwierdził śladów włamania i poinformował osobę odpowiedzialną, która tę informację zignorowała. Osoba dozorująca obiekt (plus dwa psy) również nic nie stwierdziła. Czynności przeprowadzone przez policję wykazały, że wcześniej hurtownia była prowadzona przez inną firmę, której współwłaścicielem był poszkodowany. Wspólnicy posiadali klucze do hurtowni pomimo „rozstania się”. Część skradzionego towaru policja odnalazła w hurtowni prowadzonej przez byłego wspólnika poszkodowanego. Były wspólnik sprzedał partie papierosów (prawdopodobnie kradzionych) innej osobie, a ta usiłowała ją sprzedać poszkodowanemu za cenę niższą od ceny zakupu. Poszkodowany nie przekazał całej dokumentacji związanej z obrotem papierosami. Ustalono, że firma, która wcześniej dokonywała modernizacji alarmu w hurtowni, stwierdziła, że część czujek została profesjonalnie zaklejona.

Przykład 6.

Przypadek dotyczył zorganizowanej grupy przestępczej zajmującej się w głównej mierze wyłudzeniem kredytów i odszkodowań komunikacyjnych. Sposób działania przedstawiał się następująco:

- Osoba kierująca grupą wyszukuje auto po kolizji na serwisach aukcyjnych lub za granicą i „przepuszcza” je przez jeden z „zaprzyjaźnionych” auto-komisów. Grupa współpracuje ponadto z kilkoma stacjami diagnostycznymi, które wydają zaświadczenia o przebytych przeglądach.
- Jeden z czterech najbliższych współpracowników kierującego grupą wynajduje osoby, którym zostają udzielone kredyty na zakup przedmiotowych pojazdów, tzw. słupy. W tym celu każdy z czwórki ww. prowadzi własną działalność gosp. i rejestruje takie osoby jako pracujące i wydaje zaświadczenia o zarobkach celem przedłożenia w banku. Ponadto załatwia za „słupa” wszelkie formalności związane z uzyskaniem kredytu. Osoba kierująca grupą nigdy nie kontaktuje się ze „słupami”.

Na zakup samochodu udzielany jest kredyt, a dwóch pracowników banku ściśle współpracuje z grupą. Problem zdjęć do ubezpieczenia AC rozwiązują w ten sposób, że dostarczają współpracującemu z grupą pracownikowi banku zdjęcia innego pojazdu, odpowiednio przerobione przez informatyka (w jednym przypadku, nie mogąc znaleźć identycznego egzemplarza pojazdu, którego wrak został nabyty, znajdują w „zaprzyjaźnionej” stacji diagnostycznej pojazd odpowiadający modelem, ale o innym kolorze, więc przemalowują go farbą bez utrwalacza i dopiero wtedy robią zdjęcia).

Po 3–6 miesiącach od zakupu auto ginie (resztę kredytu spłaca ubezpieczyciel).

Po dokonaniu przestępstwa główni członkowie grupy rozliczają się między sobą, sumując poniesione wydatki i osiągnięte korzyści w sposób bardzo precyzyjny i zależny od zaangażowania w proceder. Szkada zakładu w opisywanym wątku – 135 979,83 PLN.

Przykład 7.

Przy szkodach osobowych z OC komunikacyjnego (wypadki śmiertelne) popularne jest zawyżanie roszczeń z tytułu zaślubienia po śmierci osoby bliskiej poprzez poszerzenie kręgu osób, z którymi zmarły przebywał w bliskich relacjach czy na których utrzymanie łożył. Czasami po zgonie poszkodowanego z marginesu społecznego, który z nikim nie utrzymywał bliskich stosunków, pojawiają się roszczenia wielu osób.

4. Wnioski i rekomendacje

Polska Izba Ubezpieczeń posiada wieloletnie doświadczenie w prowadzeniu badań nad przestępczością ubezpieczeniową. Od kilku lat praktycznie wszystkie obecne na rynku podmioty ubezpieczeniowe biorą czynny udział w procesie przeciwdziałania zjawisku wyłudzeń. Zwrotność wypełnionych kwestionariuszy przez zakłady Działu II jest wzorcowa i przekracza 98%.

Niezwykle pozytywnym zjawiskiem jest także powszechne postrzeganie konieczności prowadzenia badań nad tym istotnym zagrożeniem oraz stała i konsekwentna współpraca ubezpieczycieli na forum Komisji. Nadesłane kwestionariusze zawierają dane wysokiej jakości, które dostarczyły wielu istotnych informacji o zjawisku przestępczości na polskim rynku ubezpieczeń. Łączna wartość przypadków ujawnionych w 2014 roku to ponad 151 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:

Ofiarami zorganizowanej przestępczości gospodarczej padają nie tylko zakłady ubezpieczeń, lecz wszelkie podmioty działające na rynku finansowym. Z tego względu konieczne jest kontynuowanie i rozszerzanie rozpoczętej współpracy z branżą bankową w ramach wzajemnego udostępnienia danych o kliencie, wymiany doświadczeń i realizowania działań ustawodawczych w celu stworzenia spójnych antyfraudowych systemów wymiany danych.

Duża dynamika rozwoju nowych metod popełniania przestępstw ubezpieczeniowych wymusza ciągle doskonalenie kadry w zakresie przeciwdziałania przestępczości ubezpieczeniowej oraz zatrudnianie osób o odpowiednich standardach merytorycznych i moralnych.

Zakłady ubezpieczeń powinny dokonać rewizji procedur związanych z oceną ryzyka ubezpieczonego mienia będącego przedmiotem leasingu.

Wiele metod wyłudzeń znanych jest od dawna w krajach o lepiej rozwiniętych rynkach ubezpieczeniowych. Wskazane jest monitorowanie tendencji zagranicznych uprzedzające pojawienie się ich w naszym kraju. Dotyczy to m.in. ubezpieczeń sprzętu elektronicznego czy OC w życiu prywatnym.

Walka z przyzwoleniem społecznym na popełnianie przestępstw ubezpieczeniowych powinna opierać się także na wyraźnym przekazie PR dotyczącym faktu podejmowania 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.

Wiele oszustw ubezpieczeniowych ma swoje źródło w patologiach związanych z funkcjonowaniem szeroko pojętego rynku ubezpieczeń. Zakłady ubezpieczeń mogą im przeciwdziałać poprzez rozszerzanie zakresu swoich działań na nowe obszary, jak na przykład obsługa rynku samochodów zastępczych.

Porównanie wyników badania PIU z danymi z wybranych krajów europejskich

W 2014 roku po raz pierwszy podjęto próbę porównania rezultatów badań PIU z wynikami analiz dokonywanych w krajach UE o bogatej historii zwalczania przestępczości ubezpieczeniowej. Na wstępie należy zauważyć, że proste porównanie osiągniętych rezultatów mogłoby prowadzić do błędnych wniosków, ponieważ nie uwzględniałoby czynników takich jak: wielkość rynku, metodyka zbierania danych, definicja przestępstwa ubezpieczeniowego czy metody detekcji, jakimi posługują się ubezpieczyciele

w innych krajach. Do porównań wytypowano dwa kraje, charakteryzujące się znaczącymi dokonaniem na polu zwalczania przestępczości ubezpieczeniowej: Wielką Brytanię i Niemcy. W celu uzyskania danych źródłowych Polska Izba Ubezpieczeń zwróciła się do analogicznych instytucji z ww. krajów: Association of British Insurers (ABI) oraz Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV). Obydwie instytucje odpowiedziały na zapytanie i przesyłały wyniki prowadzonych badań.

Wielka Brytania

ABI przeprowadza co kilka lat kompleksowe badania skali przestępczości na rynku brytyjskim. PIU udostępniony został raport dotyczący rynku ubezpieczeń majątkowych, pochodzący z 2009 roku. Poniżej zaprezentowano kluczowe wnioski z tego raportu.

W 2008 roku wartość wykrytych oszustw ubezpieczeniowych, a tym samym całkowite oszczędności z tytułu niewypłaconych przestępczych roszczeń wyniosły ok. 730 mln GBP, co stanowi około 4,2% wypłaconych w tym czasie odszkodowań. Wartość ta w 2004 roku wynosiła ok. 250 mln GBP (1,8%). Rok do roku kwota ta powiększa się o 20–25%. Owe oszczędności utożsamiane są z liczbą wykrytych przez ubezpieczycieli przestępczych roszczeń zakończonych odmową wypłaty odszkodowania. Przytoczona wartość odpowiada liczbie ponad 100 tys. roszczeń.

Za najczęstsze i najbardziej kosztowne dla ubezpieczycieli przestępstwo ubezpieczeniowe Brytyjczycy uznają tzw. *opportunistic fraud*, czyli świadome powiększenie roszczenia związanego z autentyczną szkodą, rzadziej polegające na celowym sfingowaniu całego zdarzenia. Sprawcami tych czynów są zarówno osoby fizyczne, jak i firmy. Badacze dostrzegają także zagrożenie związane z przestępstwami zaplanowanymi i realizowanymi przez grupy zorganizowane, między innymi w ubezpieczeniach komunikacyjnych przy pomocy sfingowanych kolizji.

Wyniki badań ABI zawierają szacunek całkowitej wartości niewykrytych oszustw ubezpieczeniowych. Jest to odpowiednik tak zwanej ciemnej liczby przestępstw podawanej w polskiej literaturze. W celu uzyskania tego szacunku przeprowadzono badania w brytyjskich zakładach

ubezpieczeń, badania konsumenckie, wywiady z ekspertami oraz przeanalizowano światową literaturę przedmiotu. Podstawą do oszacowania wartości niewykrytych fraudów było obliczenie tzw. mnożnika fraudów, *undetected fraud risk multiplier*. Wartość tego parametru to około 3, co odpowiada mniej więcej proporcji 25% / 75% między przypadkami wykrytymi a niewykrytymi.

W 2008 roku wartość niewykrytych oszustw ubezpieczeniowych to 1,9 mld GBP. Stanowi to ok. 6% składki netto w ubezpieczeniach majątkowych i przekłada się na dodatkowy koszt w wysokości 44 GBP w składce płaconej przez każde brytyjskie gospodarstwo domowe. Kwota niewykrytych fraudów – 1,9 mld GBP – dzieli się na 1,2 mld GBP fraudów popełnianych przez osoby fizyczne i 0,7 mld GBP tych popełnianych w przedsiębiorstwach. W tym za 0,2 mld GBP odpowiedzialne są osoby fizyczne działające w sposób zorganizowany.

Suma powyższych wartości pozwoliła wyliczyć całkowitą wartość nadużyć w 2008 roku. Jest to ok. 2,7 mld GBP, z czego wartość wykrytych nadużyć stanowi 27%, a niewykrytych 73% tej kwoty.

W raporcie ABI odniesiono się także do wyników badań zawartych w literaturze światowej. Przytoczono szacunki skali zagrożenia przestępczością ubezpieczeniową w wybranych krajach. Przykładowe szacunki całkowitej wartości fraudów w proporcji do całości kwoty wypłacanych odszkodowań wynoszą: 10–15% w ubezpieczeniach majątkowych oraz 10–20% w ubezpieczeniach komunikacyjnych. Dane pochodzą z następujących krajów: USA, Australia, Kanada, Niemcy, Hiszpania.

Eksperci z ABI wskazali na szereg przyczyn, za sprawą których w kolejnych latach brytyjscy ubezpieczyciele są w stanie wykrywać coraz więcej nadużyć, a wskaźnik odmów wzrósł z 2% do 4% wartości zgłoszonych roszczeń. Te przyczyny to między innymi:

- powołanie specjalnych zespołów ds. fraudów w zakładach ubezpieczeń,
- wprowadzenie zaawansowanych systemów IT do obsługi zgłoszenia szkody i typowania podejrzanych roszczeń,

- zastosowanie specjalnych metod prowadzenia rozmów opartych na technikach psychologicznych i kognitywistycznych w call centers zajmujących się przyjmowaniem roszczeń,
- edukacja i budowanie świadomości zagrożenia fraudami wśród wszystkich pracowników ubezpieczyciela, w tym w działach sprzedaży,
- budowanie świadomości ubezpieczeniowej, walka z przyzwoleniem społecznym i wprowadzenie możliwości anonimowego poinformowania o fraudzie,
- lepsze wykorzystanie ogólnodostępnych baz danych dostarczających informacji o kliencie i zgłaszanej szkodzie.

W ocenie ekspertów powyższe działania – wymagające zaangażowania i inwestycji po stronie ubezpieczycieli – są uzasadnione, zwracają się i skutkują coraz większą liczbą wykrytych nadużyć, a tym samym wymiernymi oszczędnościami.

W raporcie ABI przytoczono także wyniki badań konsumenckich, z których wynika, że od 7% do 11% obywateli przyznaje się do zgłoszenia fałszywego roszczenia. Wskazany został także wpływ kryzysu gospodarczego na wzrost zagrożenia przestępstwami ubezpieczeniowymi.

Cytowany raport nie odnosił się do kwestii przestępczości w ubezpieczeniach na życie. Eksperci ABI przyznają, że w tym sektorze problem jest mniejszy niż w przypadku ubezpieczeń majątkowych. Rocznie dotyczy on ponad tysiąca roszczeń opiewających na kwotę kilkudziesięciu milionów GBP.

Raport ABI pochodzi z 2009 roku, z tego względu warto przytoczyć nowsze dane, znajdujące się na stronie internetowej tej instytucji. W 2013 roku brytyjscy ubezpieczyciele odmówili 118 tys. roszczeń na kwotę 1,3 miliarda GBP, co oznacza wzrost o ok. 80% w porównaniu z 2008 rokiem. Koszt fraudów dla przeciętnego gospodarstwa domowego to 50 GBP. Średnia wartość nieprawidłowości to ok. 10 tys. GBP. Blisko 60 tys. roszczeń dotyczyło ubezpieczeń komunikacyjnych, a ich wartość to ponad 800 mln GBP. Obywatele ponad 6 tys. razy skorzystali z możliwości przekazania anonimowej informacji o fraudzie (*cheatline*).

Niemcy

Przedstawiciele GDV nie udostępnili tak dokładnych danych liczbowych jak Brytyjczycy i ograniczyli się do stwierdzenia, że odnośnie ubezpieczeń majątkowych posiłkują się przybliżeniami ekspertów, którzy szacują, że ok. 10% wartości odszkodowań majątkowych to wyłudzenia. Wskaźnik ten różni się bardzo w poszczególnych grupach produktowych, a największe zagrożenie upatrywane jest w ubezpieczeniach przenośnego sprzętu elektronicznego, np. smartfonów, w których przypadku co drugie roszczenie określane jest jako podejrzane.

Ubezpieczyciele niemieccy przykładają bardzo dużą wagę do kampanii edukacyjnych, mających na celu uzmysłowienie społeczeństwu, jak wiele szkodliwych skutków niesie za sobą przestępczość ubezpieczeniowa. Efektem ubocznym tego rodzaju kampanii jest uświadomienie potencjalnym sprawcom, że problem wyłudzeń jest dobrze rozpoznany, a ubezpieczyciele sprawnie wychwytyją przypadki nadużyć. Stanowi to pewnego rodzaju efekt prewencyjny, szczególnie w przypadku najczęściej popełnianych drobnych nadużyć związanych z ubezpieczeniem

gospodarstw domowych. Dotyczy to szkód polegających na niszczeniu sprzętu RTV/AGD, mebli, drogich przedmiotów użytku osobistego (okulary, biżuteria), elementów wyposażenia mieszkań oraz pozorowania kolizji drogowych. Na stronie internetowej GDV można znaleźć wiele infografik i wyników badań dotyczących przestępstw ubezpieczenio-

wych. Szczególną uwagę zwraca fakt wysokiego poziomu przyzwolenia społecznego na dokonywanie wyłudzeń, charakteryzującego społeczeństwo niemieckie.

Poniżej zaprezentowane zostały przykładowe treści informacyjne dotyczące przestępczości ubezpieczeniowej, publikowane na stronie internetowej GDV.

Rys. 1. Postrzeganie przestępczości ubezpieczeniowej na rynku niemieckim



23% Niemców zgadza się ze stwierdzeniem: „To robi prawie każdy, oszukuje ubezpieczyciela”.



W 12% gospodarstw domowych przyznano, że spotkano się z zachętą do popełnienia oszustwa ubezpieczeniowego; zachęta pochodziła zwykle od osoby z kręgu znajomych.

Źródło: GDV, <http://www.gdv.de/versicherungsbetrug/zahlen-und-fakten/>.

GDV publikuje o wiele więcej tego typu rezultatów badawczych, z których wyłania się obraz dużego

stopnia przyzwolenia społecznego na wyłudzenia odszkodowań.

Podsumowanie

Bazując na współczynnikach podanych przez ABI i GDV, można się pokusić o dokonanie wyliczeń skali przestępczości ubezpieczeniowej w Polsce. Jednak proste wykorzystanie współczynnika wyłudzeń, szacowanego w wielu krajach Europy na 10% wartości wypłacanych świadczeń, prowadziłoby do błędnych wniosków i wypaczałoby całkowicie sens takiego porównania.

Jak zostało wyraźnie wykazane w raporcie ABI, większość przestępstw popełniają osoby fizyczne. Nie wolno jednak zapominać, że w krajach takich jak Niemcy czy Wielka Brytania znakomita większość obywateli posiada kompleksowe

ubezpieczenia mienia, OC w życiu prywatnym, ochrony prawnej itd. Tymczasem według badania KNF¹ w Polsce zaledwie 23% ankietowanych potwierdziło posiadanie ubezpieczenia mieszkania, a 7% autocasco. Niski poziom świadomości ubezpieczeniowej w Polsce, przekładający się na częsty brak ubezpieczania się w zakresie ubezpieczeń dobrowolnych, powoduje, że nie można wprost porównywać zjawiska przestępczości ubezpieczeniowej rynków rozwiniętych i rozwijających

1 Badanie „Postawy społeczeństwa polskiego wobec ubezpieczeń”, http://www.knf.gov.pl/Images/Badanie_TNS_2013_tcm75-36686.pdf.

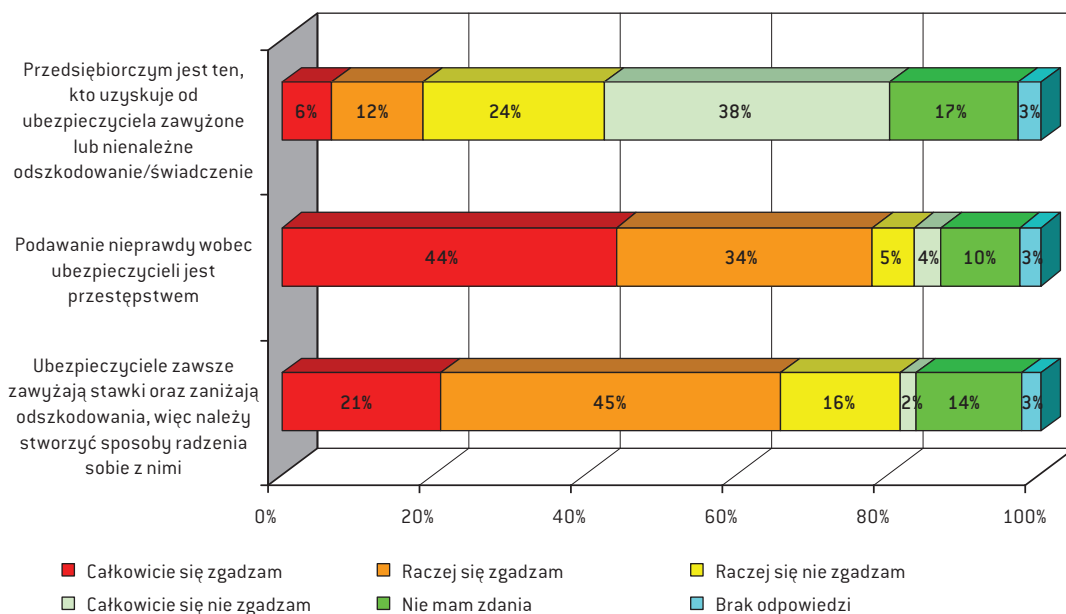
się. Odmierna struktura rynku powoduje, że w Polsce bardziej zauważalny jest problem zorganizowanych grup przestępczych wyłudających odszkodowania. Rzeczywista skala przestępczości ubezpieczeniowej w Polsce pozostaje niezbadana i z pewnością przekracza wielokrotnie wartości wykazywane w badaniu PIU.

Analiza wyników badań pochodzących z zagranicznych instytucji ubezpieczeniowych pozwala na sformułowanie następujących wniosków:

- Badania prowadzone przez PIU charakteryzują się doskonałą zwrotnością wypełnionych kwestionariuszy, przekraczającą 98% udziału rynkowego. W badaniach ABL wzięła udział mniejsza grupa ubezpieczycieli.
- Skala wykrytych w Wielkiej Brytanii wyłudzeń, wynosząca ok. 4% wypłat, przewyższa wartości osiągane w Polsce. Kilka lat wcześniej ten wskaźnik wynosił 2% (w badaniu PIU 1,1%). Należy jednak pamiętać, że wysoką skuteczność detekcji osiągnięto po długim czasie, dzięki wielu zmianom systemowym i organizacyjnym, które dla polskich ubezpieczycieli dostępne są od niedawna lub nie zostały jeszcze w naszym kraju wdrożone. Szczególnie dotyczy to obejmujących cały rynek systemów bazodanowych.

- Wdrażanie w Polsce ww. rozwiązań antyfraudowych będzie sprzyjać lepszej wykrywalności i ograniczy straty ubezpieczycieli. Biorąc pod uwagę postęp, jaki dokonał się w naszym kraju w ostatnich latach, istnieje szansa na osiągnięcie poziomu detekcji porównywalnego z liderami rynku europejskiego w ciągu kilku kolejnych lat.
- Wskazany w badaniu ABL mnożnik o wartości ok. 3 (mówiący o tym, o ile większą wartość mają przypadki niewykrytych przestępstw w porównaniu z wykrytymi) przypuszczalnie jest w polskich warunkach istotnie większy. Wynika to ze sprawności detekcji wykazanej w poprzednich punktach.
- Kraje o bogatych tradycjach ubezpieczeniowych dostrzegają problem przestępczości i kompleksowo podchodzą do jej zwalczania na wszelkich polach działalności ubezpieczeniowej, nie zapominając o roli prewencji i edukacji.
- Wysoki poziom przyzwolenia społecznego na przestępstwa ubezpieczeniowe dotyczy także krajów o bogatych tradycjach ubezpieczeniowych i dowodzi konieczności prowadzenia badań i kampanii edukacyjnych w tym zakresie. Dla przykładu poniżej przytoczono fragment badań przeprowadzonych w naszym kraju.

Wykres 8. Postrzeganie przestępczości ubezpieczeniowej na rynku polskim



Źródło: badanie ankietowe studentów uczelni wyższych z Gdańska, Torunia, Poznania i Warszawy, przeprowadzone w okresie kwiecień–maj 2013 (n=1043 osoby) przez studentów ubezpieczeniowych kół naukowych z Uniwersytetu Gdańskiego, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Wyższej Szkoły Bankowej w Toruniu, Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu i Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie; opieka merytoryczna (w kolejności alfabetycznej): Marcin Kawiński, Marek Kurowski, Krzysztof Łyskawa, Piotr Majewski, Damian Walczak.

W kolejnych latach PIU zamierza kontynuować współpracę z zagranicznymi instytucjami ubezpieczeniowymi i prowadzić

dalsze badania porównawcze skali zagrożenia przestępczością ubezpieczeniową.

Opracował:

dr Piotr Majewski

Polska Izba Ubezpieczeń

Komisja ds. Przeciwdziałania Przeszpczości
Ubezpieczeniowej

Podkomisja ds. Przeciwdziałania Przeszpczości
w Ubezpieczeniach na Życie

Załącznik 1. Kwestionariusz dla zakładów ubezpieczeń Działu I

Tabela dla zakładów ubezpieczeń działu I		Nazwa zakładu:										
I. Nadzujca 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	ilość	kwota	ilość	kwota
1. Zgon ubezpieczonego												
2. Zgon ubezpieczonego na skutek NW												
3. Poważne zachorowanie												
4. Trwale inwalidztwo lub uszczerbek na skutek NW												
5. Niezdolność do pracy												
6. Leczenie szpitalne lub operacje												
7. Narodziny dziecka / narodziny martwego dziecka												
8. Śmierć rodzica/teścia/współmałżonka/dziecka												
9. Inne												
Razem	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00

UWAGI:

II. Naduzycia stwierdzone w procesach sprzedaży i obsługi ubezpieczeń oraz w innych obszarach						
	Rodzaj naduzycia	Usiłowanie dokonania naduzycia		Dokonanie naduzycia		0,00
		ilość	kwota	ilość	kwota	
1	Przywłaszczenie składek					
2	Zawarcie umowy w celu wyłudzenia świadczenia					
3	Zawarcie umowy w celu wyłudzenia prowizji					
4	Przejęstwa przeciwko dokumentom					
5	Inne/Naduzycia stwierdzone w innych obszarach					
Razem		0	0,00	0	0,00	0,00

UWAGI:

Załącznik 2. Kwestionariusz dla zakładów ubezpieczeń Działu II

Tabela dla zakładów ubezpieczeń działu II		Nazwa zakładu:																	
I. Nadzycie stwierdzone w procesie wypłaty świadczeń																			
poz.	Rodzaj ubezpieczenia	Sprawy zatwierdzone w trybie postępowania karnego – procesowe																	
		Usiłowanie wyłudzenia				Wyłudzenia				Inne czynny									
		Całość		w tym z udziałem pracownikom		Całość		w tym z udziałem pracownikom		Całość		w tym z udziałem pracownikom		Całość		w tym z udziałem pracownikom			
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

UWAGI:

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

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
www.piu.org.pl