

Analiza danych

dotyczących przestępstw ujawnionych w 2016 roku

w związku z działalnością
zakładów ubezpieczeń
– członków Polskiej
Izby Ubezpieczeń

dr Piotr Majewski

Polska Izba Ubezpieczeń
Komisja ds. Przeciwdziałania Przystępczości Ubezpieczeniowej
Podkomisja ds. Przeciwdziałania Przystępczości w Ubezpieczeniach na Życie

Warszawa 2017 r.

Niniejsza publikacja jest chroniona prawami autorskimi i wyłącznie podmioty uprawnione z tytułu takich praw mogą korzystać z analizy. Żadna jej część nie może być kopiowana bądź wykorzystywana przez jakąkolwiek osobę trzecią, w tym w szczególności do celów komercyjnych bez uzyskania pisemnej zgody Polskiej Izby Ubezpieczeń.

W przypadku cytowania fragmentu publikacji należy wskazać jego źródło.

Spis treści

Informacje wstępne.....	4
Metodyka prowadzonych badań.....	6
Dział I – Ubezpieczenia na życie.....	8
1. Metodyka badania.....	8
2. Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2016 r.....	8
3. Przykłady przestępczości ubezpieczeniowej.....	16
4. Wnioski i rekomendacje.....	19
Dział II – Pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe.....	20
1. Metodyka badania.....	20
2. Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2016 r.....	20
3. Przykłady przestępczości ubezpieczeniowej.....	30
4. Wnioski i rekomendacje.....	34
Porównanie wyników badania PIU z danymi z wybranych krajów europejskich.....	35
Załącznik 1. Kwestionariusz dla zakładów ubezpieczeń Działu I.....	38
Załącznik 2. Kwestionariusz dla zakładów ubezpieczeń Działu II.....	40

Informacje wstępne

W roku 2016 sytuacja na polskim rynku ubezpieczeń zmieniła się znacząco w porównaniu z rokiem poprzednim. O ile całkowity poziom zebranej składki przypisanej brutto nieznacznie wzrósł, i wyniósł około 56 mld PLN, to całkowicie inaczej kształtowały się proporcje pomiędzy wartościami odnotowanymi przez Dział I i II. Na rynku ubezpieczeń na życie kolejny rok z rzędu odnotowany został mniejszy przypis. Spadek w porównaniu do roku 2015 wyniósł 13%. Główną przyczyną tej zmiany była malejąca popularność

produktów o charakterze inwestycyjnym. Lukę tę w przyszłości mogą wypełnić produkty o charakterze ochronnym. Z kolei w Dziale II odnotowano kilkunastoprocentowy wzrost wartości zebranych składek, co miało związek przede wszystkim ze wzrostem składki w ubezpieczeniu OC ppm.

Szczegółowe wyniki sprzedaży w poszczególnych Działach ilustruje poniższa tabela.

Tabela 1. Składka przypisana brutto w latach 2014-2016

	2014 (tys. PLN)	2015 (tys. PLN)	2016 (tys. PLN)
Dział I	28 667 406	27 525 201	23 856 696
Dział II	26 258 612	27 278 397	32 182 487

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KNF.

Odnotowane wzrosty wartości składek w ubezpieczeniach komunikacyjnych spowodowane były dwoma czynnikami. Pierwszy z nich to wzrost cen obowiązkowego ubezpieczenia OC ppm. W roku 2016 poziom składek w tym segmencie wzrósł o kilkadziesiąt procent, co przełożyło się na wynik całego Działu II. Kolejny czynnik wpływający na tak dobry wynik to rekordowe wyniki rynku motoryzacyjnego, który legitymował się od dawno niespotykanymi wartościami sprzedaży nowych samochodów. Tak wysoka dynamika sprzedaży nowych pojazdów wpłynęła także na wolumen składek z ubezpieczenia AC. Dobra sytuacja na rynku ubezpieczeń komunikacyjnych ukształtowała wynik całego sektora majątkowego, w którym stanowi on ponad 56% udziału.

Po stronie wypłat odszkodowań i świadczeń w 2016 roku w Dziale I odnotowano po raz kolejny nieznaczny spadek w porównaniu z rokiem 2015. W Dziale II z kolei wystąpiła znacząca dynamika wzrostu wartości odszkodowań i świadczeń. W 2016 roku nie odnotowano w Polsce dużych zdarzeń o charakterze katastroficznym, które spowodowałyby masowe wypłaty odszkodowań w Dziale II. Za wzrost wypłat odpowiedzialny jest sektor ubezpieczeń komunikacyjnych, a szczególnie ubezpieczenia OC ppm, gdzie ogromną rolę odgrywają szkody osobowe i kwoty odszkodowań i świadczeń z tego tytułu.

Tabela 2. Odszkodowania i świadczenia brutto w latach 2014-2016

	2014 (tys. PLN)	2015 (tys. PLN)	2016 (tys. PLN)
Dział I	20 355 842	19 357 687	18 284 273
Dział II	13 813 657	15 488 144	18 393 065

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KNF.

Rok 2016 przyniósł poprawę rentowności funkcjonowania sektora ubezpieczeń. Nieznacznej poprawie uległ wynik techniczny Działu I. Co bardziej istotne, odwróceniu uległa

niekorzystna tendencja spadkowa wyniku technicznego w Dziale II. Jak wspomniano powyżej, wpływ na to miały zmiany w sektorze ubezpieczeń komunikacyjnych.

Informacje wstępne

W Tabeli 3. uwidocznione są wartości wyniku technicznego w Dziale I i II.

Tabela 3. Wynik techniczny w latach 2014-2016

	2014 (tys. PLN)	2015 (tys. PLN)	2016 (tys. PLN)
Dział I	3 279 505	2 844 714	3 018 098
Dział II	785 595	224 207	350 974

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z KNF.

W roku 2016 strata techniczna w grupie 10 (Ubezpieczenie OC ppm) jest wciąż wysoka, jednak niższa niż przed rokiem. Ponadto zakłady ubezpieczeń prowadzą stały monitoring i adaptację procesów likwidacji szkód oraz ścisłą kontrolę kosztów, co ma także istotny wpływ na rentowność prowadzonej działalności. Jeszcze większą poprawę rentowności odnotowano w ubezpieczeniu AC.

W roku 2016 utrzymał się rekordowo niski poziom stóp procentowych i trudna sytuacja na rynkach finansowych. Czynniki te stanowiły istotne trudności dla działalności lokacyjnej zakładów ubezpieczeń.

Wysoki poziom aktywów instytucji finansowych niezmiennie stanowi atrakcyjny cel dla grup przestępczych. Przestępczość ubezpieczeniowa potencjalnie nie omija żadnej z firm ubezpieczeniowych prowadzących działalność na polskim rynku. Znajduje to także potwierdzenie we wskaźnikach zagrożenia szeroko pojętą zorganizowaną przestępczością, raportowanych przez Policję i CBŚP.

Zorganizowane grupy przestępcze o charakterze ekonomicznym stanowią najliczniejszą kategorię wśród sprawców zorganizowanej przestępczości. Ich liczba wciąż rośnie.

Monitorowanie metod działań sprawców przez zakłady ubezpieczeń pozwala na zauważanie nowych tendencji w przestępczości ubezpieczeniowej. Tendencje te związane są między innymi ze szkodami osobowymi czy coraz częstszym wykorzystaniem ubezpieczeń na życie. Sprawcy zdają sobie także sprawę z doskonalenia metod wykrywania i doskonalą swoje działania. Efektem szeroko zakrojonej współpracy pomiędzy zakładami jest również coraz lepsza wymiana danych oraz doskonalenie narzędzi antyfraudowych.

Polska Izba Ubezpieczeń jest jedyną instytucją na polskim rynku ubezpieczeniowym prowadzącą szeroko zakrojone, cykliczne badania nad zjawiskiem przestępczości ubezpieczeniowej. 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 oraz przygotowanie zakładów ubezpieczeń do przeciwdziałania podobnym zagrożeniom w przyszłości.

W badaniu Polskiej Izby Ubezpieczeń, dotyczącym skali i struktury zjawiska przestępczości ubezpieczeniowej, założono uwzględnienie wszystkich zakładów ubezpieczeń, prowadzących działalność ubezpieczeniową w kraju – zarówno tych z siedzibą w Polsce, jak i oddziałów zagranicznych zakładów ubezpieczeń. Na przestrzeni lat w badaniu uzyskano bardzo wysoką zwrotność, zapewniającą reprezentatywność i wiarygodność wyników.

Wzorem lat ubiegłych do wszystkich zakładów ubezpieczeń funkcjonujących na polskim rynku, skierowano stosowne kwestionariusze. Podobnie jak w poprzedniej edycji badania do ubezpieczycieli przesłano kwestionariusze elektroniczne zaprojektowane w programie MS Excel. Główny zamysł i forma badania nie uległy istotnym zmianom merytorycznym na przestrzeni lat, celem zapewnienia porównywalności uzyskiwanych danych.

Zmiany w kształcie kwestionariuszy wprowadzone w 2016 roku są efektem konsultacji prowadzonych na forum Komisji ds. Przeciwdziałania Przestępczości Ubezpieczeniowej i Podkomisji ds. Przeciwdziałania Przestępczości w Ubezpieczeniach na Życie PIU. Opisywane kwestionariusze stanowią załączniki do niniejszego raportu.

Narzędzie badawcze wyposażone zostało w szczegółową legendę, pomocną w prawidłowym wypełnianiu danych. 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 wypełniały kwestionariusze, raportując nadużycia w ujęciu ilościowym i wartościowym oraz w podziale na rodzaje ubezpieczeń, zarówno w Dziale I, jak i w Dziale II.

Zadbano także o podział odnotowanych czynów na: czyny stwierdzone w obszarze wypłaty świadczeń (przestępczość ubezpieczeniowa sensu *stricto*), jak i na te pojawiające się w procesach sprzedaży i obsługi ubezpieczeń. Tę drugą kategorię zdarzeń podzielono na: przywłaszczenie składek, zawarcie umowy w celu wyłudzenia świadczenia, zawarcie umowy w celu wyłudzenia prowizji, przestępstwa przeciwko dokumentom oraz nadużycia stwierdzone w innych obszarach. Celem tego podziału było jasne rozdzielenie czynów podlegających definicji przestępczości ubezpieczeniowej według Insurance Europe od innych zdarzeń. Ponadto na przestrzeni badanych lat istotnie rosła liczba, jak i wartość wyłudzeń dokonywanych poza obszarem wypłat (na przykład defraudacja składek czy zawieranie fikcyjnych umów ubezpieczenia celem wyłudzenia prowizji). Zdarzenia te powodują u ubezpieczycieli wymierne straty i z tego powodu powinny być monitorowane na równi z klasycznymi fraudami. Dodatkowo kwestionariusze zawierały 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 ocenę ryzyka i jego odpowiedzialność z umowy ubezpieczenia lub podanie jej niezgodnie z rzeczywistością, skutkujące odmową wypłaty świadczenia na podstawie art. 815 k.c.

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

Poniższa analiza stanowi szacunek podejrzeń o popełnienie przestępstwa ubezpieczeniowego, jakie pracownicy zakładów ubezpieczeń ujawnili na podstawie posiadanej wiedzy, doświadczenia i zebranych materiałów dowodowych. Pamiętajmy jednak, że nieujawniona jest tak zwana „ciemna liczba” przypadków wyłudzeń, które umknęły

uwadze pracowników zakładów ubezpieczeń. Dostępne teorie naukowe i wyniki badań jednoznacznie wskazują, że zakres „ciemnej liczby” wielokrotnie przekracza wartość ujawnionej przestępczości ubezpieczeniowej.

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

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

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

W badaniu z 2016 roku uzyskano rekordowo dużą liczbę kwestionariuszy. Przesłały je zakłady ubezpieczeń reprezentujące blisko całość polskiego rynku ubezpieczeń.

Dzięki temu uzyskano bardzo wysoki stopień reprezentatywności badania dla całego rynku. Zebrane dane pozwalają na obserwację i zbadanie struktury oraz istniejących trendów w przestępczości ubezpieczeniowej.

1. Metodyka badania

Polska Izba Ubezpieczeń skierowała do zakładów ubezpieczeń z Działu I funkcjonujących na polskim rynku elektroniczny kwestionariusz badania oraz pismo przewodnie. Analiza danych dotyczy struktury i skali wyłudzeń oraz prób wyłudzeń świadczeń, także zatajeń ujawnionych przez pracowników zakładów ubezpieczeń Działu I w 2016 roku. Dane dotyczą ubezpieczeń w podziale na następujące kategorie:

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

Powyższy podział nie uległ zmianie w porównaniu z poprzednią edycją badania. Dane pogrupowane są w ujęciu ilościowym i wartościowym, w podziale na nadużycia dokonane w obszarze wypłaty świadczeń oraz stwierdzone w procesach sprzedaży i obsługi świadczeń. Uwzględniono także podział na sprawy załatwione w trybie postępowania karnego – procesowe oraz takie, które nie zostały zgłoszone do organów ścigania.

Kwestionariusze zostały przesłane do uzupełnienia do wszystkich 31 zakładów ubezpieczeń Działu I działających w 2016 roku na polskim rynku (27 z siedzibą w Polsce i 4 działających w formie oddziałów). Informację zwrotną nadesłało 25 zakładów z siedzibą w Polsce (co stanowi ok. 93% liczby wszystkich ubezpieczycieli Działu I działających w 2016 roku) oraz 2 oddziały zagraniczne.

W 2016 roku odnotowano rekordowo wysoką frekwencję w badaniu. Od kilku lat wskaźnik zwrotności nie różni się od badania uzyskiwanego z zakładów ubezpieczeń majątkowych. W badaniu biorą udział wszystkie, posiadające znaczący udział w rynku, zakłady ubezpieczeń na życie. Dowodzi to, że zakłady ubezpieczeń na życie podchodzą z należytą powagą do problemu wyłudzeń świadczeń.

W dalszej analizie uwzględniono dane z zakładów, które wzięły udział w badaniu. Wspomniane zakłady ubezpieczeń (z siedzibą w Polsce) reprezentują około 95% rynku – biorąc pod uwagę świadczenia wypłacane brutto w Dziale I.

Wiele zakładów ubezpieczeń do wypełnionych tabel dołączyło opisy przykładów nieprawidłowości, jakie udało im się ujawnić podczas likwidacji szkód. Opis metod działań przestępców to doskonały materiał do oceny zastosowanych w zakładach procedur i analizy ich pod kątem podatności na wyłudzenia. Przykłady zostały zaprezentowane w dalszej części analizy.

Warto dodać, że ankietowane zakłady ubezpieczeń wciąż charakteryzują się bardzo zróżnicowanym poziomem akumulacji danych dotyczących przypadków wyłudzeń świadczeń.

2. Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2016 r.

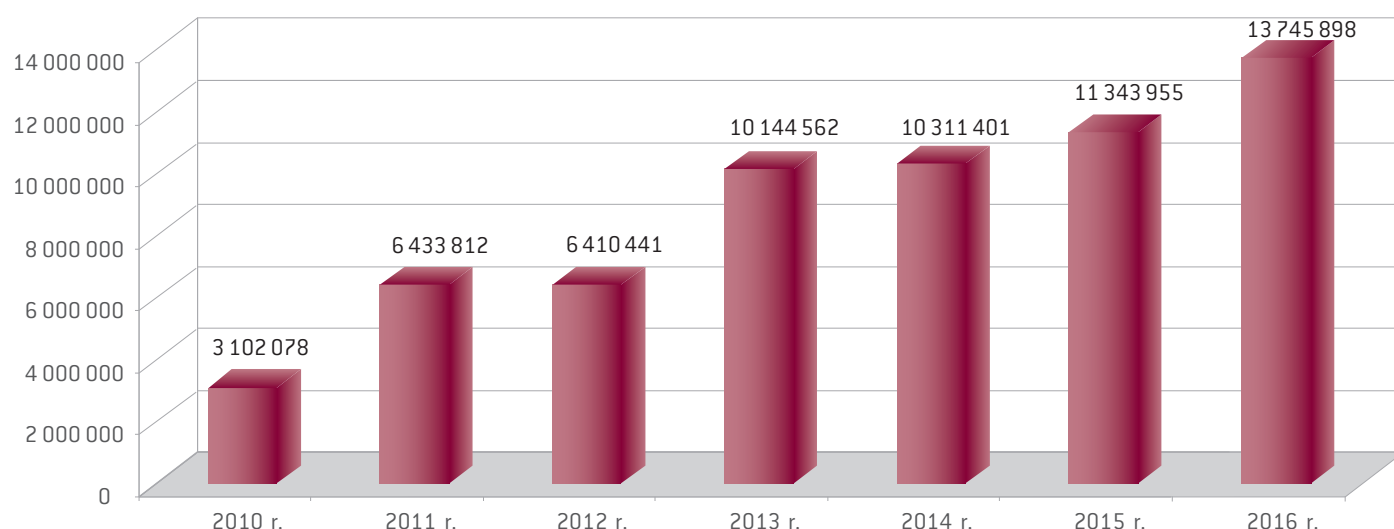
W 2016 roku pracownicy zakładów ubezpieczeń biorących udział w badaniu odnotowali 738 czynów na szkodę zakładów Działu I, dokonanych w ramach umów ubezpieczenia, na łączną kwotę 13 745 898 PLN.

W skład tej liczby wchodzi zarówno przypadki sklasyfikowane jako usiłowania czy rzeczywiste wyłudzenia, zarówno zidentyfikowane w toku postępowań wewnętrznych, jak i zgłoszone do organów ścigania. W porównaniu z rokiem 2015 liczba czynów zabronionych spadła o 12% (z 836 do 738). Z uwagi na różnice w klasyfikowaniu wyłudzeń oraz działalność grup przestępczych o wiele lepszą prognozę skali zjawiska stanowi wartość ujawnionych czynów, która wzrosła o ok. 21% (z 11 343 955 PLN). Liczba odnotowywanych co roku przypadków zmienia się i niekiedy zaburzana jest przez incydentalne przypadki wykrycia serii drobnych wyłudzeń (przykładowo może to być seria drobnych wypłat z ubezpieczenia leczenia szpitalnego). Utrudnia to wnioskowanie dotyczące kształtującego się trendu oraz wypacza sens wyliczenia średniej wartości wyłudzenia. Lepszym wskaźnikiem zagrożenia przestępczością jest zatem wartość odnotowywanych

przypadków, która z roku na rok rośnie. Mimo że jest ona znacznie mniejsza od wykazanych w dalszej części opracowania wartości z Działu II, to wyniki badań potwierdzają tendencję świadczącą o wzroście popularności wyłudzenia z ubezpieczeń na życie wśród przestępców. Są one zbieżne z obserwacjami poczynionymi w innych krajach europejskich oraz spostrzeżeniami dokonanyimi podczas posiedzeń Podkomisji ds. Przeciwdziałania Przemocności 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. Przemocność ubezpieczeniowa w Dziale I w latach 2010-2016 (PLN) (ujęcie wartościowe)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Wspomniana powyżej różnica w wartości wychwyconych wyłudzeń pomiędzy Działami I i II wynika po części z faktu, że produkty Działu I nie są jednakowo podatne na dokonywanie wyłudzeń świadczeń. Klasyczne produkty życiowe i NNW oraz ubezpieczenia grupowe i chorobowe mogą służyć do generowania nienależnych świadczeń. Z kolei do grona produktów mniej podatnych można zaliczyć ubezpieczenia o charakterze inwestycyjnym, które z racji swojej konstrukcji uniemożliwiają dokonanie wyłudzenia świadczenia. Dodać należy, że sprawcy przestępstw potrafią wykorzystać je w inny sposób, co zostanie opisane w dalszej części opracowania.

Poszczególne zakłady ubezpieczeń zgłosiły od kilku do kilkuset przypadków wyłudzeń. Wartość ujawnionych nieprawidłowości waha się od kilku tysięcy do kilku milionów złotych. Różnice te wynikają zarówno z charakteru oferty, jak i udziału rynkowego respondentów.

Przed przejściem do dalszej analizy należy zapoznać się z uwagą natury ogólnej, dotyczącą interpretacji przedstawionych danych. Narzędzie badawcze umożliwia zbieranie danych i ich wielowymiarową analizę. Istnieją natomiast przypadki, w których dane mogą nie być miarodajne, jak np. zbyt mała liczebność w poszczególnych kategoriach. Z tego względu w raporcie zaprezentowane zostaną tylko te tendencje, co do których zebrany materiał pozwala na rzetelne formułowanie zaobserwowanych prawidłowości.

Przeciętna wartość wyłudzenia w ubezpieczeniach na życie przekracza 18 tys. PLN. Na przestrzeni lat wartość ta ulega znaczącym wahaniom, powodowanym wspomnianą wcześniej dużą liczbą drobnych wyłudzeń, które w poszczególnych latach okresowo zawyżały statystykę ilościową. Wartości średnie ujawnionych przypadków bardzo się od siebie różnią, głównie w zależności od rodzaju produktu ubezpieczeniowego. Dla klasycznych polis na życie

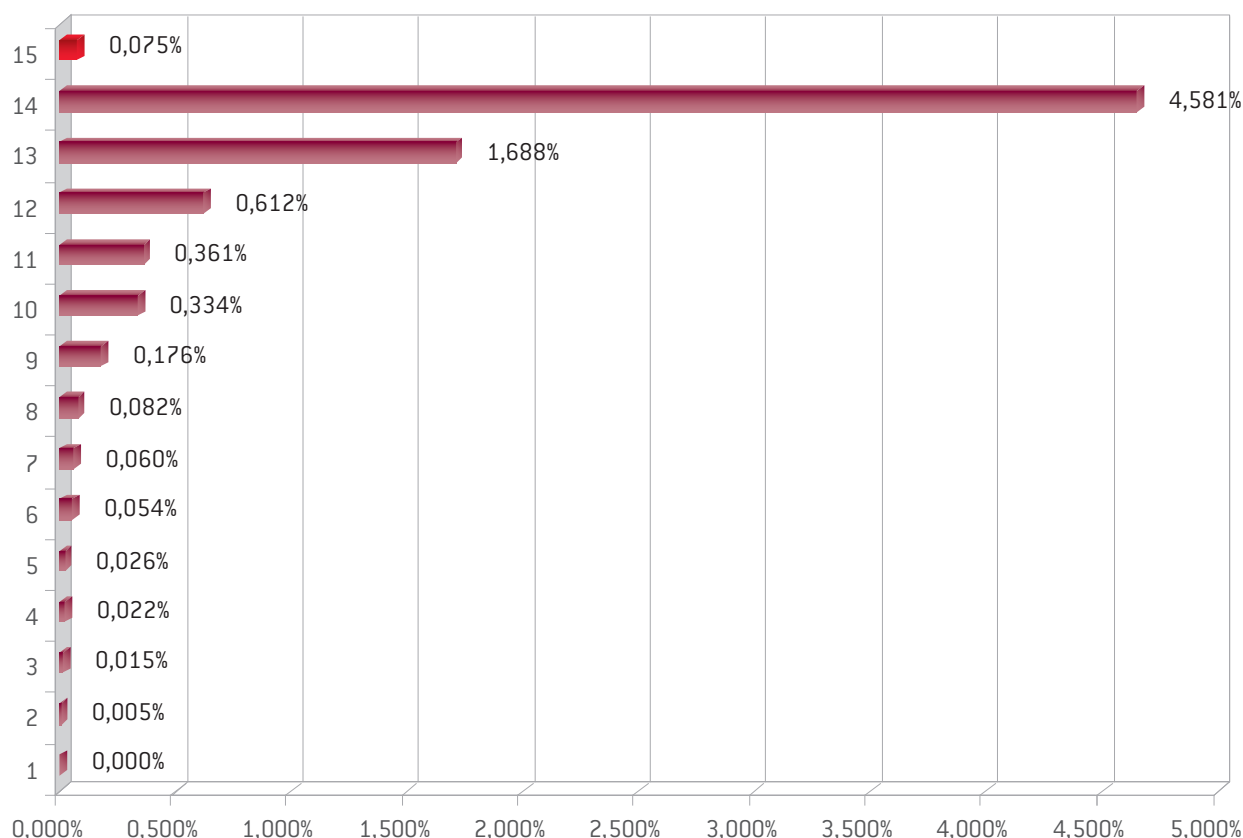
wartość przeciętna to blisko 35 tys. PLN. Podobnie w przypadku zgonów na skutek NW. Najniższe wartości dotyczą leczenia szpitalnego i wynoszą średnio około 2 tys. PLN.

Tradycyjnie wśród respondentów badania występują ogromne różnice pomiędzy wartością wykrytych nadużyć w relacji do kwoty wypłat ogółem. Udział ten waha się od 0,005% do aż 4,58% kwoty wypłaconych świadczeń. Średnia dla całego rynku to 0,075% i jest ona wyższa niż w roku ubiegłym. Skrajne wartości maksymalne występu-

ją relatywnie rzadko. Związane są one z przypadkami wykrycia znaczących wartościowo, pojedynczych wyłudzeń w zakładach ubezpieczeń o małym udziale rynkowym. Wartości wskaźników przekraczają wtedy 1% i zbliżają się do wartości charakterystycznych dla Działu II.

Graficzne odwzorowanie tych dysproporcji przedstawia wykres 2. (pominięto zakłady, które nie dostarczyły wypełnionych tabel, lub deklarują pojedyncze przypadki wyłudzeń).

Wykres 2. Procentowy udział przestępczości ubezpieczeniowej w świadczeniach wypłacanych ogółem w Dziale I w 2016 roku w wybranych zakładach ubezpieczeń (kolejność rosnąca wg wartości, gdzie 15 - średnia rynku)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

W roku 2016 trudno o jednoznaczne wnioski dotyczące zatajeń. Dane dostarczyło jedynie kilka zakładów, a udział waha się od kilku do kilkudziesięciu procent. Zatajenie to nadużycie polegające na nieprzekazaniu ubezpieczycielowi informacji, o którą zapytuje on ubezpieczającego lub ubezpieczonego, mającej wpływ na jego odpowiedzialność z umowy ubezpieczenia lub podanie jej niezgodnie z rzeczywistością, skutkujące odmową wypłaty świadczenia na podstawie art. 815 k.c. Zakłady ubezpieczeń odnotowały w 2016 roku łącznie 466 przypadków tego typu, na łączną wartość około 8,3 mln PLN. Jest to ponad dwukrotnie więcej niż przed rokiem. Jednak przy interpretacji tych danych wskazana jest daleko posunięta ostrożność. Prosta analiza danych mogłaby świadczyć o ponadprzeciętnie wysokiej popularności tej metody popełniania przestępstw ubezpieczeniowych. Wielu uczestników badania nie podało wiarygodnych danych, ponieważ nie wszystkie zakłady ubezpieczeń posiadają zdolność do jednoznacznego zakla-

syfikowania danego przypadku wyłudzenia do konkretnej kategorii występującej w formularzu badania.

W dalszej części opracowania zawarta jest analiza danych dotyczących wypłat świadczeń w podziale na poszczególne rodzaje ubezpieczeń. Mała popularność niektórych rodzajów produktów nie powinna prowadzić do wniosków o znikomym poziomie zagrożenia. Na przestrzeni lat wartości bardzo się różnią, a wysoka dynamika ewolucji metod działania sprawców nie powinna usypiać czujności osób odpowiedzialnych za przeciwdziałanie nadużyciom. Cennych informacji w tym zakresie dostarcza lektura zamieszczonych w dalszej części opracowania przykładów.

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

Tabela 4. Przestępczość ubezpieczeniowa wg rodzaju wyłudzenia (Dział I w 2016 r.)

Rodzaj wyłudzenia	Liczba	Wartość (PLN)
Zgon ubezpieczonego	317	11 011 191
Zgon ubezpieczonego na skutek NW	4	149 110
Poważne zachorowanie	42	1 022 616
Trwałe inwalidztwo lub uszczerbek na skutek NW	81	618 178
Niezdolność do pracy	3	225 811
Leczenie szpitalne lub operacje	246	520 497
Narodziny dziecka / narodziny martwego dziecka	28	80 505
Śmierć rodzica / teścia / współmałżonka / dziecka	1	16 800
Inne*	16	101 190
Razem	738	13 745 898

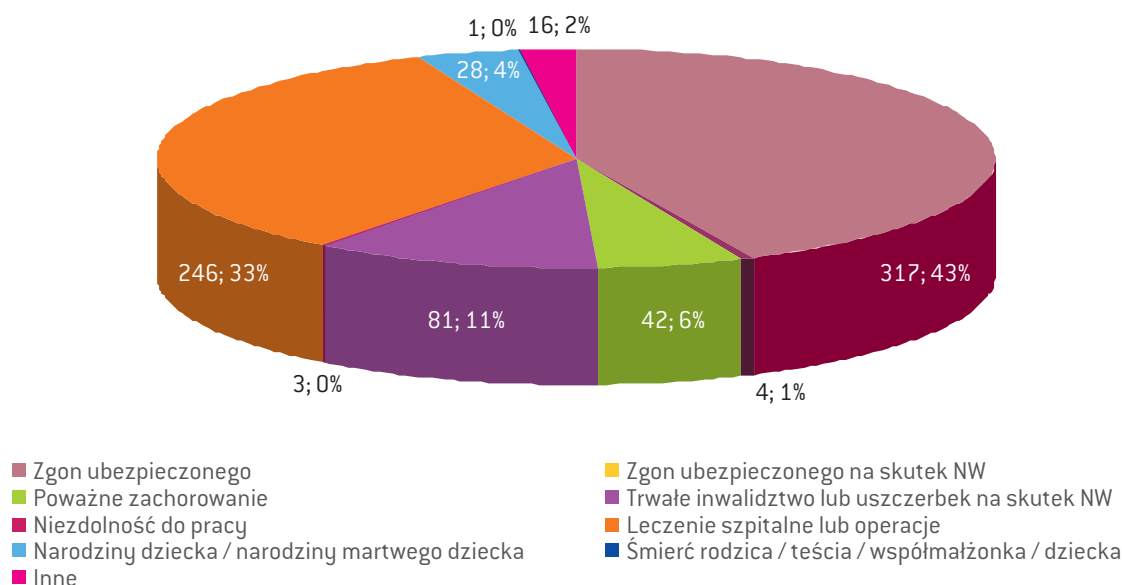
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

* Nadużycia stwierdzone w innych rodzajach, szczegółowy opis w dalszej części opracowania.

Na polskim rynku od lat najpopularniejszym i najbardziej dotkliwym pod względem wartościowym przestępstwem jest wyłudzenie świadczenia za zgon osoby ubezpieczonej. Tendencja ta utrzymuje się praktycznie od początku prowadzenia badań przez PIU. W 2016 roku

często wykrywano także przypadki związane z leczeniem szpitalnym, operacjami, inwalidztwem i uszczerbkiem na skutek NW. Inne produkty wykorzystywane były przez sprawców znacznie rzadziej. Pełen obraz sytuacji ilustruje poniższy wykres.

Wykres 3. Przystępczość ubezpieczeniowa w Dziale I w 2016 roku (ujęcie liczbowe i udział procentowy)



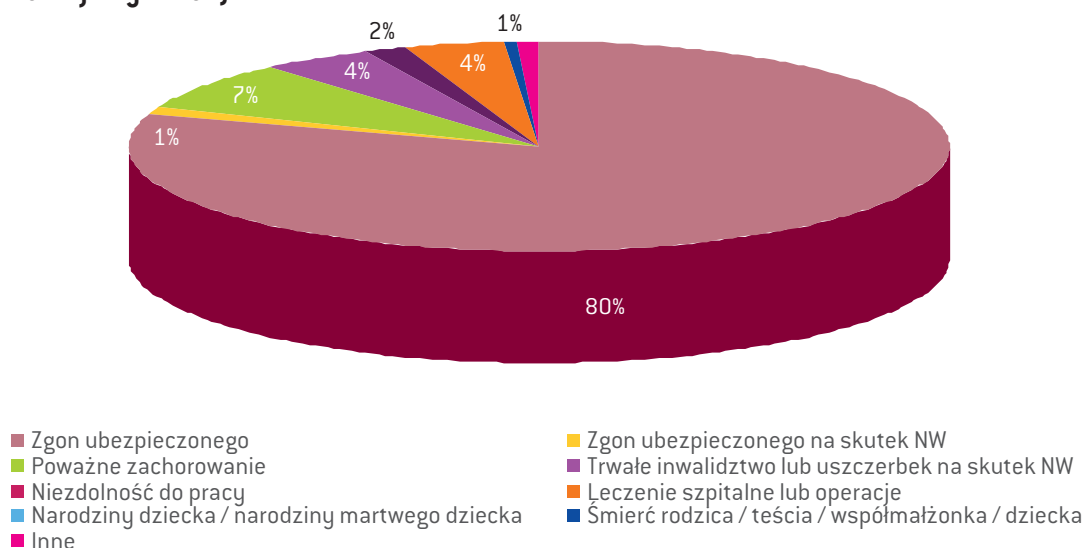
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Incydenty wyłudzeń oparte na pozorowaniu zgonu stanowią przytłaczającą większość pod względem wartościowym i wciąż pozostają najbardziej dotkliwą metodę wyłudzeń. W roku 2016 udział tej metody osiągnął rekordową wartość 80%. Inne stosowane przez sprawców metody związane z pozostałymi rodzajami ubezpieczeń stanowiły wartości marginalne.

W ubezpieczeniach ochronnych sprawcy zwykle wykorzystują luki w procedurze oceny ryzyka i zawierają umowy

na osobę, która ze względu na chorobę bądź doznany uraz znajduje się w stanie terminalnym. Zwykle wykorzystywany jest do tego celu produkt ubezpieczenia grupowego, bądź ma miejsce współudział pośrednika ubezpieczeniowego, który zataja faktyczny stan zdrowia przystępującego do ubezpieczenia. Ubezpieczenia grupowe z racji swojej popularności i prostej konstrukcji nieustannie znajdują się w kręgu zainteresowania grup przystępczych. W ostatnim czasie zauważalne jest także wykorzystywanie w tym celu tożsamości obcokrajowców.

Wykres 4. Przystępczość ubezpieczeniowa w Dziale I w 2016 roku (struktura według procentowego udziału wartości rodzaju wyłudzeń)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Sytuacja związana z otoczeniem rynkowym zakładów ubezpieczeń na życie nie zmienia się w kwestii podatności produktów na wyłudzenia. W dążeniu do minimalizacji ryzyka związanego z nienależną wypłatą odszkodowania lub świadczenia zakłady ubezpieczeń mogą wykorzystywać obecne w administracji publicznej rozwiązania związane z dostępem do rejestrów. Postępująca cyfryzacja zarówno służby zdrowia, jak i administracji publicznej sprzyjać powinna wzmocnieniu procedur w zakładach ubezpieczeń związanych z likwidacją szkód i obsługą roszczeń i świadczeń.

W roku 2016 odnotowano wysoką popularność metody wyłudzeń polegającej na podawaniu nieprawdziwych okoliczności zaistnienia urazów. Szczególnie dotyczy to osób uprawiających sport. Nieuczciwi klienci – wyczynowi sportowcy podają inne niż faktyczne okoliczności, aby uniknąć odmowy wypłaty świadczenia z uwagi na zaliczenie uprawianej przez nich dyscypliny sportu do wyłączeń odpowiedzialności.

Nadzieję budzi także poprawa jakości systemów bazodanowych Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Instytucje te dostrzegają problem wyłudzeń świadczeń, dotyczący także państwowy sektor ochrony zdrowia i ubezpieczeń społecznych. Do pełnej współpracy z branżą ubezpieczeniową brakuje jednak kompleksowych zmian w prawie pozwalających na wymianę informacji pomiędzy wszystkimi zainteresowanymi podmiotami i systemami administracji państwowej.

Analiza przestępczości zawiera tradycyjnie także dane dotyczące nieprawidłowości odnotowanych przez ubezpieczycieli poza obszarem wypłaty świadczeń. Specyfika ubezpieczeń na życie, a w szczególności współistnienie produktów ochronnych i oszczędnościowych powoduje, że jest to obszar o charakterze strategicznym, a coraz doskonalsze metody działania sprawców mogą powodować straty większe niż w klasycznym wyłudzeniu świadczeń. Zebrany materiał dostarcza wielu cennych informacji.

Tabela 5. Przestępczość ubezpieczeniowa poza obszarem wypłaty świadczeń (Dział I w 2016 r.)

Rodzaj działania	Liczba	Wartość (PLN)
Przywłaszczenie składek	18	3 259 212
Zawarcie umowy w celu wyłudzenia świadczenia	5	98 000
Zawarcie umowy w celu wyłudzenia prowizji	31	949 198
Przestępstwa przeciwko dokumentom	56	1 697 397
Inne (m.in. pranie pieniędzy)*	30	13 011 786
Razem	140	19 015 593

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

* Nadużycia stwierdzone w innych obszarach, szczegółowy opis w dalszej części opracowania.

W 2016 roku odnotowano rekordowe wartości nadużyć poza obszarem bezpośredniej wypłaty świadczeń. Wartość 19 mln PLN to znacznie więcej niż klasyczne wykryte wyłudzenia (13,7 mln PLN). Od kilku lat w tym obszarze odnotowywane są wysokie wartości, jednak jak dotąd nie przekraczały one 10 mln PLN. Dowodzi to narastania nowych zagrożeń.

Mimo postępującej informatyzacji i automatyzacji procesów sprzedaży wciąż zauważalny jest problem defraudacji składek. Przyczyna problemu tkwi w nie-

doskonałych systemach rozliczania pośredników oraz w niedostatecznym nadzorze nad zewnętrznymi sieciami sprzedaży. Godzi to zarówno w finanse, jak i w wizerunek ubezpieczycieli. Należy przypomnieć, że PIU prowadzi od 2006 r. bazę danych, w której gromadzone są dane o powodach rozwiązania przez zakład ubezpieczeń umowy agencyjnej z przedsiębiorcą.

PIU udostępnia na wniosek zakładu ubezpieczeń informację, czy przyczyną rozwiązania umowy agencyjnej jest działalność przedsiębiorcy z naruszeniem przepisów

prawa, umowy agencyjnej, staranności lub dobrych obyczajów, wraz ze wskazaniem zakładu ubezpieczeń, który rozwiązał umowę agencyjną.

Obecna edycja analizy dowodzi praktycznego zaniku procederu wyłudzeń prowizji. Ten groźny problem szeroko opisywany w poprzedniej edycji badania PIU został szybko rozwiązany dzięki zmianom w prawie i zdecydowanej postawie zakładów ubezpieczeń. Do wyeliminowania problemu przyczyniły się też zmiany struktury rynku ubezpieczeń na życie i ograniczenie popularności produktów unit-linked.

Mimo powszechności elektronicznego obiegu dokumentów, nie należy zapominać o problemie przestępstw przeciwko dokumentom. W czasach dominacji komunikacji elektronicznej problem ten zyskuje nowy wymiar. W Dziale I ocena ryzyka i proces likwidacji szkody opiera się często wyłącznie na przedłożonej przez klienta dokumentacji medycznej. Rozwój elektronicznych kanałów komunikacji z klientem i praca na skanach (często o niskiej jakości) sprzyja dokonywaniu wyłudzeń. Problem ten zostanie rozwiązany za pomocą dostępu do referencyjnych baz danych.

Nowym i narastającym zjawiskiem (zostało ono opisane szerzej w części dot. Działu II) jest wykorzystywanie do wyłudzeń obcokrajowców. Proceder ten znany jest także pracownikom sektora bankowego. Wielość wzorów dokumentów tożsamości funkcjonujących poza obszarem UE to bardzo poważny problem utrudniający jednoznaczne określenie tożsamości klienta. Na chwilę obecną najbardziej widoczny on będzie w ubezpieczeniach grupowych, wobec zatrudniania w Polsce obcokrajowców.

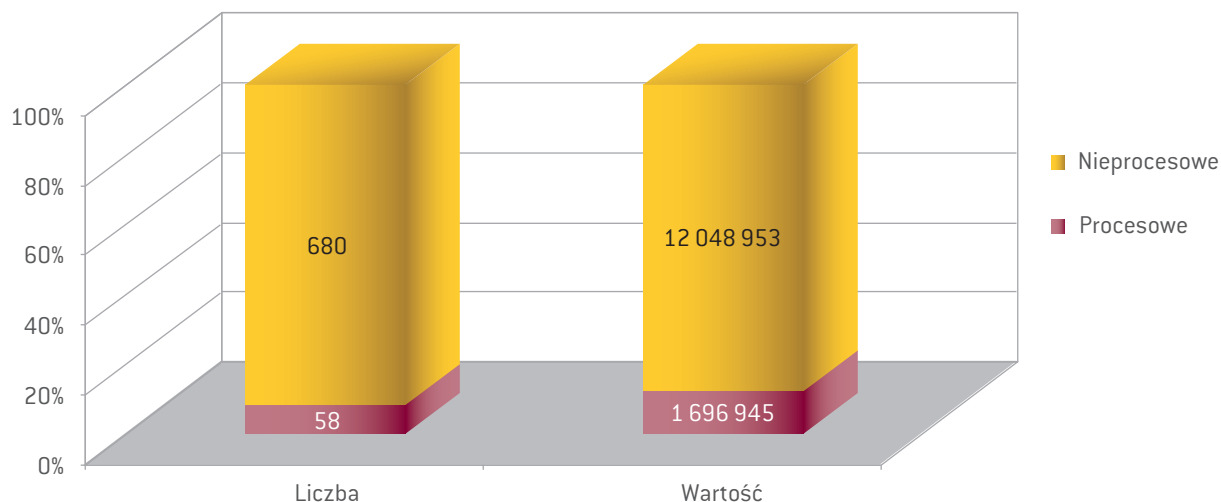
W 2016 roku najbardziej istotną kategorią poza sferą świadczeń okazała się kategoria „inne”, która zawiera głównie ujawnione przez zakłady ubezpieczeń przypadki prania pieniędzy. W myśl obowiązujących przepisów proceder ten obejmuje także wykorzystywanie produktów inwestycyjnych. Stanowi to kolejne zagrożenie dla rynku ubezpieczeń na życie. Wzrost popularności nowoczesnych oszustw, przestępstw finansowych i potrzeba legalizacji pozyskanych w ten sposób środków, stawia nowe wyzwania przed zakładami ubezpieczeń na życie. Zjawisko dobrze znane w sektorze bankowym rozpowszechnia się również na rynku ubezpieczeń.

Szybka ewolucja zjawiska przestępczości ubezpieczeniowej nie pozostawia miejsca na niezagospodarowane obszary. Nowym groźnym, choć jak dotąd incydentalnym zjawiskiem może okazać się tak zwana socjotechnika, znana już od lat w środowisku bankowym. Sprawcy, używając prostych zabiegów socjotechnicznych, podszycją się pod uprawnionego do świadczenia i dokonując manipulacji danymi osobowymi, przekierowują środki z likwidowanego produktu na własny rachunek bankowy. Powyższy przykład dowodzi, że sprawcy mogą w bardzo szybki sposób posłużyć się zupełnie nową metodą. Zakłady ubezpieczeń jako instytucje finansowe coraz częściej atakowane są metodami charakterystycznymi dotąd dla branży bankowej, a sprawcy błyskawicznie opanowują nowatorskie sposoby wyłudzeń.

W najbliższych latach rynek ubezpieczeń na życie czeka rewolucja związana ze zmianą zwyczajów klientów i coraz szerszym wkraczaniem gospodarki wirtualnej do życia codziennego. W bardzo krótkim czasie pojawić powinny się zjawiska znane już na przykład z ubezpieczeń komunikacyjnych – telemetria, wykorzystanie portali społecznościowych, gospodarka współdzielenia, czy tak zwane ubezpieczenia UBI (Usage-Based Insurance). Te rewolucyjne zmiany nie pozostaną niezauważone przez nieuczciwych klientów i grupy przestępcze. Wpłynię to na wachlarz rozwiązań antyfraudowych i postawi nowe, nieznane dotąd wymagania przed zakładami ubezpieczeń.

Kolejny wykres ilustruje dane dotyczące podziału ujawnionych wyłudzeń ze względu na sposób zakończenia sprawy. Występuje tu zauważalna od lat prawidłowość – większość przypadków, blisko 88%, nie znajduje finału przed organami wymiaru sprawiedliwości. Przyczyn tego stanu rzeczy jest wiele. Zakłady ubezpieczeń nie mają także obowiązku informowania organów ścigania, szczególnie jeżeli udało się zapobiec próbie wyłudzenia. Należy jednak pamiętać, że przedstawiona na wykresie prawidłowość nie jest regułą charakteryzującą zakłady Działu I. W badaniu wzięto udział kilka zakładów, w których udział spraw procesowych jest bliski zeru, oraz takie, gdzie wiele spraw (głównie wyłudzenia) znajdują finał w sądzie. Stanowi to pole do wymiany doświadczeń i częstszego stosowania drogi prawnej.

Wykres 5. Podział czynów w Dziale I ze względu na sposób zakończenia sprawy w 2016 roku (ujęcie liczbowe i wartościowe)

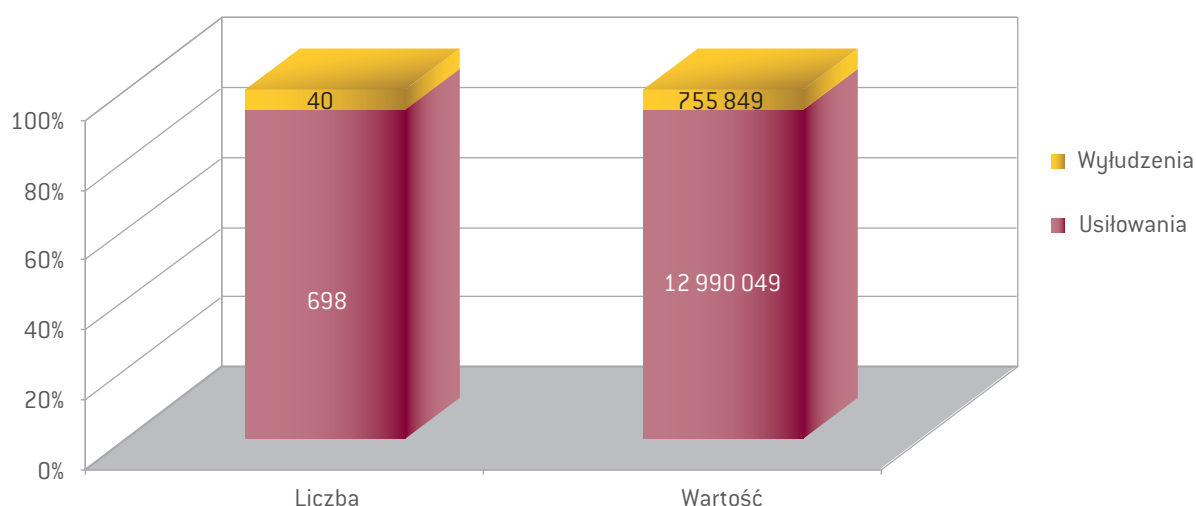


Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Należy wysoko ocenić skuteczność zabezpieczeń anty-fraudowych stosowanych przez ubezpieczycieli życiowych.

Ponad 95% spraw kończy się na etapie nieskutecznego usiłowania.

Wykres 6. Podział czynów w Dziale I ze względu na kwalifikację czynu w 2016 roku (ujęcie liczbowe i wartościowe)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Wnioski dotyczące przedstawionej proporcji usiłowań do wyłudzeń charakteryzują czyny klientów. Jeśli jednak próby wyłudzenia podejmuje się pracownik ubezpieczyciela, to przeważnie kończy się to skutecznym wyłudzeniem. Możli-

we jest to dzięki wiedzy i znajomości procedur. Z tego względu przestępczość wewnętrzna, mimo znacznie mniejszej skali, nie przestaje być poważnym zagrożeniem.

3. Przykłady przestępczości ubezpieczeniowej

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

W tym roku zakłady dostarczyły wiele przykładów nadużyć ujawniających najpopularniejsze techniki stosowane przez nieuczciwych klientów (opisy przykładów są materiałami źródłowymi nadesłanymi przez zakłady). Analiza zdarzeń opisanych poniżej dowodzi, jak elastyczne i wielowątkowe bywają metody, jakimi posługują się sprawcy.

Przypadek 1.

Zawarto umowę indywidualnego ubezpieczenia na życie obcokrajowca zamieszkującego na terenie Polski. W zakresie ubezpieczenia występowało ryzyko trwałego uszczerbku na zdrowiu na kwotę 150 000 zł. Ubezpieczony zgłosił roszczenie w związku z wypadkiem, jakiemu uległ. Roszczenie zostało zarejestrowane. Na druku zgłoszenia roszczenia ubezpieczony wskazał, że podczas jazdy rowerem najechał na kamień, stracił równowagę i upadł. Na skutek zdarzenia nastąpiło złamanie i zwichnięcie barku lewego oraz zwichnięcie prawego nadgarstka i kciuka. Dokumentacja medyczna potwierdziła podwichnięcie końca barkowego obojczyka, podłużne nadłamanie obojczyka oraz skręcenie i naderwanie nadgarstka. Po szczegółowej analizie zgłoszonego roszczenia oraz podjęciu dodatkowych czynności ustalono, że zgłoszone zdarzenie nie miało miejsca. Ubezpieczony jest aktywnym piłkarzem. Zostało zgłoszone zawiadomienie do prokuratury o prawdopodobieństwie popełnienia przestępstwa i próbie wyłudzenia nienależnego odszkodowania nie tylko przez ubezpieczonego, ale również przez lekarzy, w tym orzecznika zakładu ubezpieczeń.

Przypadek 2.

Kolejna sprawa jest powiązana ze szkodą powyżej (Przypadek 2), gdzie ubezpieczony podaje nieznaczenie zmodyfikowane okoliczności zdarzenia. Ten sam lekarz wystawił identyczną dokumentację medyczną – ubezpieczony miał uraz barku, nadgarstka oraz prawego kciuka po upadku z roweru. W dokumencie zmienione zostały tylko daty. Obydwaj ubezpieczeni są pracownikami tej samej instytucji i mieszkają w tej samej miejscowości. Wstępnie uszczerbek na zdrowiu może zostać orzeczony w wysokości 7%, co daje kwotę do wypłaty w życiu 4200 zł, a w majątku 3500 zł.

Przypadek 3.

Ubezpieczony – obcokrajowiec zgłosił roszczenie z tytułu urodzenia dziecka (w ramach ubezpieczenia grupowego). Dostarczył odpowiednią dokumentację – akt urodzenia wystawiony przez urząd obcokrajowca (w języku oryginalnym). Po dokładnym przestudiowaniu danych, w tym imienia i nazwiska rodzica, podano w wątpliwość, czy ubezpieczony jest rzeczywiście rodzicem dziecka. W toku postępowania wyjaśniono, że ubezpieczony posiada podobnie brzmiące, różniące się jedną literą imię, w porównaniu do swojego syna (prawdziwego ojca dziecka) i zamierzał to wykorzystać. Nowo urodzone dziecko okazało się być wnukiem ubezpieczonego.

Przypadek 4.

Podżeganie do ujawnienia tajemnicy ubezpieczeniowej. Z pracownikami ubezpieczyciela mailowo, telefonicznie lub SMS-owo kontaktowały się różne osoby, namawiając do ujawnienia informacji o klientach. Celem kontaktu była oferta usług związanych z pomocą w odzyskaniu opłat likwidacyjnych z umów ubezpieczenia z UFK.

Przypadek 5.

Sześć roszczeń dotyczących jednego ubezpieczonego pochodzi z dwóch różnych zdarzeń, a dotyczą one tego samego urazu, tj. urazu nosa. Poszkodowany podaje, że 11.11.2015 r., jadąc rowerem, doznał urazu w wyniku upadku będącego następstwem uderzenia w psa, który nagle wybiegł na drogę. W drugim zdarzeniu z 06.01.2016 r. podaje, że podczas jazdy zatłoczonym autobusem doszło do gwałtownego hamowania, w wyniku którego ubezpieczony uderzył nosem o kasownik. W żadnych z roszczeń nie ma dokumentacji z udzielenia pierwszej pomocy, która potwierdzałaby datę oraz okoliczności zdarzenia. Za to w obydwu szkodach są podane informacje, że poszkodowany uprawia sporty walki i jest po parokrotnym urazie nosa. W obydwu szkodach istnieje informacja, że poszkodowany doznał urazu w 2010 r., kiedy to również był przeprowadzony zabieg operacyjny. Wystąpiliśmy do placówek o pozyskanie pełnej dokumentacji z leczenia oraz do poszkodowanego o uzupełnienie dokumentacji. Reasumując: są to prawdopodobnie stare urazy, a stan chorobowy spowodował konieczność przeprowadzenia septoplastyki i zostały do tego dopisane okoliczności rzekomych urazów.

Przypadek 6.

Usiłowanie wyłudzenia prowizji. W procesie zawarcia umowy z UFK podawane są nieprawdziwe informacje na temat sytuacji majątkowej klienta w celu uwiarygodnienia zadeklarowanych wysokich kwot składek.

Przypadek 7.

Zdarzenie związane z podejrzeniem, że była agentka ubezpieczyciela fałszowała polisy oraz przywłaszczała składki, które były przekazywane bezpośrednio jej przez klientów wbrew umowie i treści pełnomocnictwa. Potencjalna wyłudzona kwota to 222 600 zł i dotyczy 5 zgłoszeń od klientów (w oparciu o ich zapytania o stan polis). Klienci nie zwrócili się z roszczeniami do ubezpieczyciela, z drugiej strony nie wyklucza się kolejnych zgłoszeń, bowiem postępowanie karne jest w toku, a prokuratura wezwała potencjalnych poszkodowanych do ujawnienia szkód.

Wobec podejrzanej zastosowano areszt tymczasowy.

Przypadek 8.

Pobył w szpitalu i operacja. Ubezpieczony w opisie zdarzenia podał okoliczności niezgodne z prawdą – opisał, że do zdarzenia (urazu) skutkującego pobytem w szpitalu oraz operacją chirurgiczną doszło podczas amatorskiej gry w piłkę nożną z kolegami. Towarzystwo, po analizie dokumentów, dostępnych informacji w zasobach internetowych oraz informacji uzyskanych z Okręgowego Związku Piłki Nożnej, ustaliło, że zdarzenie miało miejsce podczas meczu ligowego (IV liga piłkarska). Zgodnie z OWU odpowiedzialnością nie są objęte zdarzenia, do których dojdzie w wyniku wyczynowego uprawiania sportu. Analogicznie było w dwóch innych przypadkach.

Przypadek 9.

Zgon ubezpieczonego. Uposażony zgłosił wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu osoby ubezpieczonej. Ubezpieczony, przystępując do umowy ubezpieczenia oświadczył, że na dzień złożenia deklaracji nie zdiagnozowano u niego nowotworu złośliwego, choroby niedokrwiennej serca, udaru mózgu, miażdżycy uogólnionej tętnic, cukrzycy ani przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Po analizie zgromadzonej dokumentacji ubezpieczyciel ustalił, że zgon spowodowany był chorobą, która została zatajona na etapie przystępowania do umowy ubezpieczenia. Analogicznie było w dwóch innych przypadkach zgonów.

Przypadek 10.

Zgon ubezpieczonego. Uposażony, będący jednocześnie pośrednikiem zawierającym umowę ubezpieczenia, zgłosił wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu osoby ubezpieczonej. Po analizie posiadanej dokumentacji polisowej ubezpieczyciel ustalił, że ubezpieczony, który zmarł, nie powinien być objęty ochroną ubezpieczeniową z uwagi na fakt, iż nie zostały spełnione przesłanki do objęcia ubezpieczeniem. Zgodnie z zapisami OWU do ubez-

pieczenia może przystąpić pracownik, jego małżonek lub pełnoletnie dziecko pracownika. Deklarację podpisał były małżonek uposażonego (pośrednika ubezpieczeniowego). Rozwód orzeczono w 2008 roku, więc pośrednik wiedział, że ubezpiecza osobę, która ubezpieczeniem nie powinna być objęta. W tej sprawie oszustwa dopuścił się agent, ubezpieczając byłego małżonka w celu uzyskania korzyści majątkowej w postaci sumy ubezpieczenia. Pomiedzy przystąpieniem do umowy a zgonem upłynęły trzy miesiące. Deklaracja została podpisana w okresie, kiedy ubezpieczony przebywał w szpitalu i kiedy to zdiagnozowano mu już śmiertelną chorobę, która była przyczyną zgonu po trzech miesiącach.

Przypadek 11.

Urodzenie dziecka. Wniosek o wypłatę świadczenia złożyła osoba, która nie powinna zostać objęta ochroną ubezpieczeniową. Zgodnie z zapisami OWU do ubezpieczenia może przystąpić pracownik, jego małżonek lub pełnoletnie dziecko pracownika. Deklarację podpisała partnerka życiowa pracownika, oświadczając na deklaracji, że jest małżonką pracownika, tym samym wprowadzając ubezpieczyciela w błąd. Ubezpieczyciel po otrzymaniu wniosku i analizie dokumentacji polisowej odmówił uznania roszczenia i nie wypłacił świadczenia.

Przypadek 12.

Ubezpieczony zgłosił roszczenie z tytułu grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu. Według karty informacyjnej pobyt w szpitalu trwał 3 dni, natomiast zgodnie z warunkami ubezpieczenia świadczenie jest należne, jeśli hospitalizacja trwała powyżej 3 dni. Ubezpieczony następnie przysłał ponownie kartę informacyjną z pobytu w szpitalu, w której zmieniono datę wypisu. Według nowej karty pobyt w szpitalu trwał 67 dni. Jednak zmieniona data wypisu nie została potwierdzona pieczęcią/podpisem ze strony placówki medycznej, ponadto okres hospitalizacji został potwierdzony bezpośrednio ze szpitalem. Według szpitala hospitalizacja trwała 3 dni.

Przypadek 13.

Ubezpieczony zgłosił roszczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego. W toku postępowania wątpliwość wzbudziły niezgodności w dokumentacji medycznej dotyczące dat oraz informacje dotyczące diagnostyki i rehabilitacji. Dokumentacja medyczna nie potwierdzała m.in. skręcenia kręgosłupa szyjnego, piersiowego oraz lędźwiowego. W celu ustalenia odpowiedzialności ubezpieczony został skierowany na badania rezonansu magnetycznego kręgosłupa, które nie potwierdziły żadnych zmian pourazowych. Potwierdziły jedynie zmiany dyskopatyczne.

4. Wnioski i rekomendacje

W 2016 roku działające w Polsce w zakłady ubezpieczeń Działu I łącznie wypłaciły w formie świadczeń kwotę 18 284 273 000 PLN. Dla porównania wartość wykrytych nieprawidłowości wśród uczestników badania to 13 745 898 PLN w zakresie klasycznych wyłudzeń i dodatkowo 19 015 593 PLN w pozostałych obszarach. Zatem ujawnione nieprawidłowości stanowią około 0,2% sumy wypłat. Podobnie jak w latach ubiegłych, nie jest możliwa do oszacowania tak zwana „ciemna liczba” nieujawnionych czynów.

Główne wnioski z analizy danych przesłanych przez ubezpieczycieli nie różnią się istotnie od tych zawartych w poprzedniej edycji badania. Mimo że sytuacja ulega znaczącej poprawie, sprawy nie przestają doskonalić przestępczego know-how i w miejsce rozpoznanych metod pojawiają się nowe. Szansę na rozwiązanie problemów związanych zarówno z brakiem dostępu do danych, jak i brakiem możliwości systemowego zwalczania przestępczości ubezpieczeniowej na całym rynku, stanowi zapowiadane na najbliższą przyszłość wdrożenie przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny narzędzia bazodanowego, na wzór już funkcjonującego w sektorze ubezpieczeń komunikacyjnych.

Pomimo 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 mimo zmian na rynku, wciąż znaczna jego część ma charakter oszczędnościowy. Nie można zatem wprost porównywać wartości wyłudzeń w obydwu działach.

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.

- Poprawa efektywności zwalczania przestępczości ubezpieczeniowej w Dziale I i zbliżenie się do poziomu uzyskiwanego w Dziale II nie będzie możliwe bez szerokiego zastosowania wymiany danych, w tym z instytucjami odpowiedzialnymi za ochronę zdrowia i ubezpieczenia społeczne.
- Zakłady ubezpieczeń, które posiadają w swych strukturach spółki Działu I i II powinny zharmonizować strategie zapobiegania i zwalczania przestępczości na wszystkich obszarach działalności. Wiele metod wypracowanych w Dziale II kwalifikuje się do zastosowania w Dziale I. Cenne byłoby także porównanie danych o podmiotach dokonujących wyłudzeń. Należy intensywnie kontynuować podjęte działania, aby jak najszybciej zniwelować różnice pomiędzy skutecznością systemów antyfraudowych w Dziale I i II.
- Przed zakładami ubezpieczeń na życie pojawiają się nowe wyzwania związane z cyberbezpieczeństwem. Problem od dawna znany w sektorze bankowym może zostać wykorzystany do przejmowania tożsamości ubezpieczonych w celu przywłaszczenia należnych im świadczeń. Nowe elektroniczne kanały kontaktu z klientem rodzą wiele zagrożeń związanych z jego prawidłową identyfikacją.
- Zmiany pokoleniowe oraz odmienne wymagania przyszłych klientów z generacji Y i Z zapowiadają rewolucję na rynku ubezpieczeń na życie. Rozwój nowych metod dystrybucji przy użyciu urządzeń mobilnych, jak i rozwiązań fintech/insurtech stworzy zupełnie nowe, nieznane dotąd wyzwania. Zmieni to całkowicie postrzeganie problemu przestępczości i będzie wymagało innowacyjnego podejścia.

1. Metodyka badania

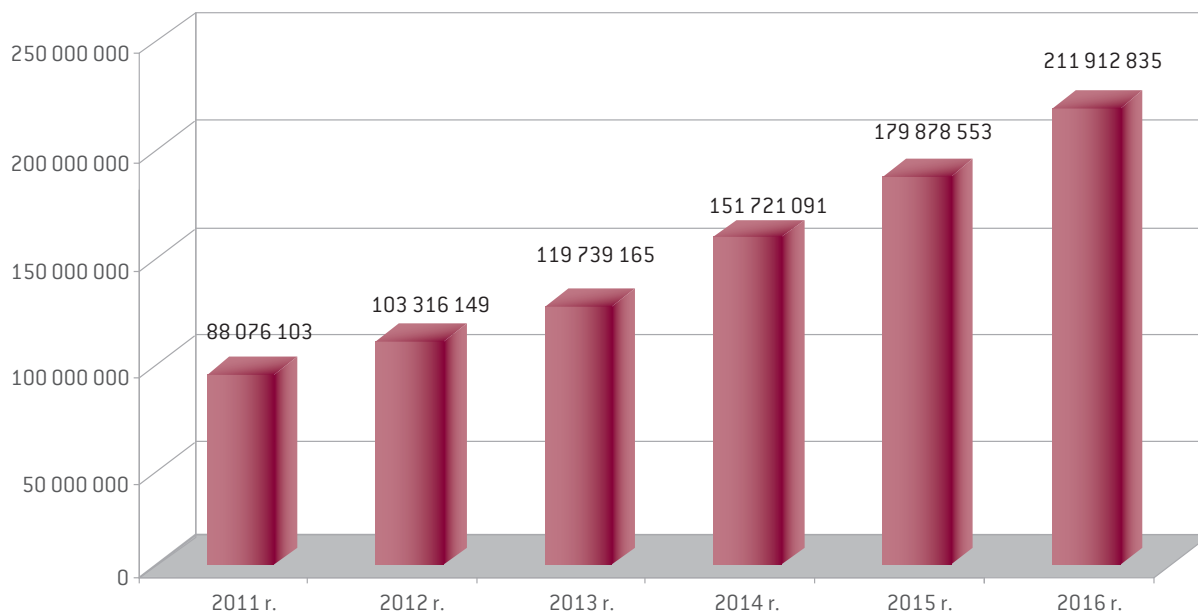
Badanie Polskiej Izby Ubezpieczeń dotyczące przypadków przestępczości ubezpieczeniowej w Dziale II, przeprowadzane jest od lat wedle sprawdzonej i niezmiennej metodyki. Pozwala ona na zbieranie wartościowych i porównywalnych danych. Zastosowany formularz elektroniczny nie różnił się od zastosowanego w roku ubiegłym. Jak co roku zakłady ubezpieczeń proszone były o ujawnienie wymiaru nieprawidłowości w ujęciu ilościowym i wartościowym oraz analogicznie, jak w przypadku zakładów Działu I, w podziale na usiłowania i wyłudzenia. Uwzględniono także podział na sprawy załatwione w trybie postępowania karnego – procesowe oraz takie, które nie zostały zgłoszone do organów ścigania.

Kwestionariusz ankiety został skierowany do wszystkich 46 zakładów ubezpieczeń Działu II działających w 2016 roku na polskim rynku (w tym 32 z siedzibą w Polsce i 14 oddziałów). Informację zwrotną nadesłało 26 zakładów z siedzibą w Polsce, co stanowi ok. 79% liczby towarzystw ubezpieczeń Działu II z siedzibą w Polsce, oraz 8 oddziałów zagranicznych. Udział rynkowy 26 zakładów (z siedzibą w Polsce) – uczestników badania mierzony wartością wypłaconych odszkodowań Działu II wynosi ok. 97%. Rekordowo wysoka zwrotność i związana z tym duża reprezentatywność badanej próby pozwala wyciągać ciekawe wnioski z analizowanych wyników. Masowy udział zakładów ubezpieczeń Działu II w badaniu oraz wysoka jakość nadesłanych danych świadczy o dużej świadomości zagrożenia przestępczością ubezpieczeniową.

2. Analiza danych dotyczących przestępstw ujawnionych w 2016 r.

W 2016 roku pracownicy zakładów ubezpieczeń Działu II odnotowali 9 515 czynów przestępczych na łączną kwotę 211 912 835 PLN. W porównaniu z rokiem poprzednim oznacza to spadek liczby czynów przestępczych o 28% oraz wzrost ogólnej kwoty przestępstw o 18%. Średnia wartość przestępstwa wyniosła około 22 tys. PLN. Jest ona wyższa niż przed rokiem, głównie na skutek fluktuacji liczby stwierdzonych czynów. Silna tendencja wzrostowa wartości czynów przestępczych w ubezpieczeniach majątkowych utrzymuje się od dawna. Liczba incydentów, podobnie jak w Dziale I, zmienia się na przestrzeni lat, jednak należy ostrożnie interpretować jej wahania, ponieważ w poszczególnych latach uczestnicy badania raportują przypadki wykrycia masowych drobnych wyłudzeń, co zniekształca statystyki. Dodatkowym utrudnieniem jest fakt częstego udziału zorganizowanych grup przestępczych, których czyny w zależności od kwalifikacji prawnej zaburzają statystyki ilościowe. Z tego powodu głównym wyznacznikiem tendencji zjawiska wyłudzeń w Dziale II jest ogólna kwota wykrytych wyłudzeń, która co roku legitymuje się dwucyfrowym wskaźnikiem dynamiki.

Wykres 7. Wartość przestępczości ubezpieczeniowej w Dziale II w latach 2011-2016 (PLN)



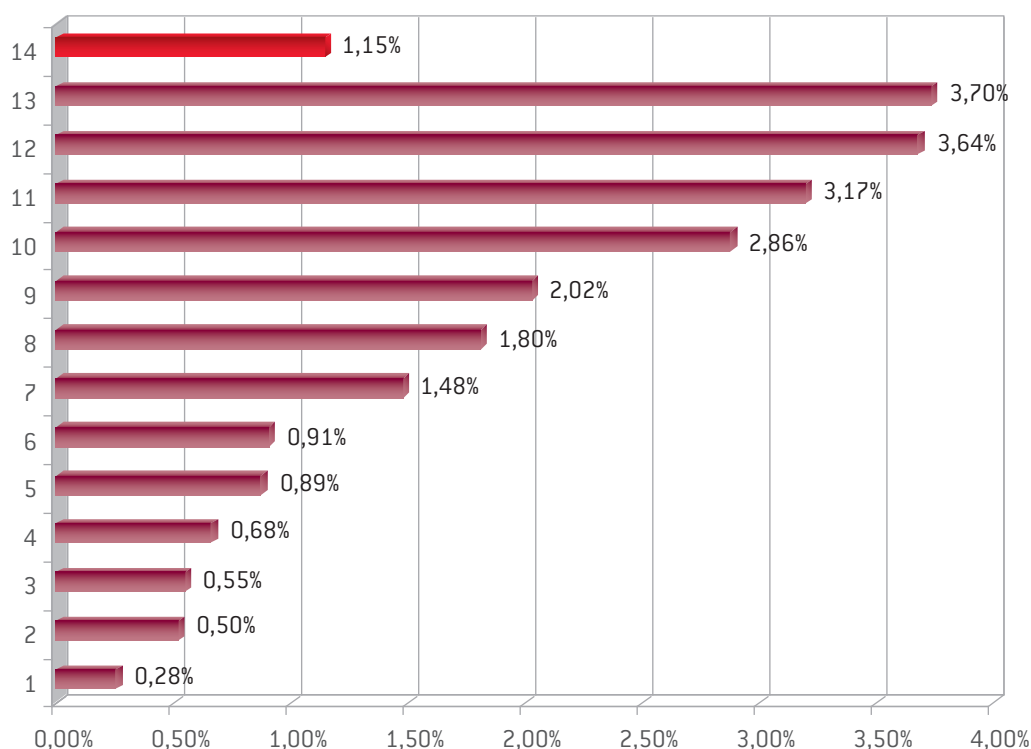
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Poszczególne zakłady ubezpieczeń zaraportowały za 2016 rok od kilkudziesięciu do blisko dwóch tysięcy przypadków ujawnionych wyłudzeń, których wartość wynosiła od kilkuset tysięcy do kilkudziesięciu milionów złotych. Skala wykrytych wyłudzeń nie pozostała w korelacji z udziałem rynkowym danego zakładu.

Funkcjonujące w Polsce zakłady ubezpieczeń wciąż istotnie różnią się pod względem skuteczności prowadzonych działań antyfraudowych. Interesujących wniosków dostarcza porównanie udziału, jaki ujawnione

wyłudzenia stanowią w ogólnej kwocie wypłacanych odszkodowań przez danego ubezpieczyciela. Wynosi on od 0,28 do 3,70%. Należy pamiętać, że powyższy wskaźnik zależy od skuteczności detekcji przestępstw. Podobnie jak w Dziale I, wartości współczynnika nie są skorelowane z wielkością zakładu ubezpieczeń. Zauważalne staje się występowanie na rynku kilku firm posiadających znakomite narzędzia antyfraudowe i zespoły wysokiej klasy fachowców. Osiągane przez nich wskaźniki detekcji zbliżają się już do poziomu typowego dla krajów europejskich o rozwiniętych rynkach ubezpieczeniowych.

Wykres 8. Procentowy udział przestępczości ubezpieczeniowej w odszkodowaniach wypłacanych w Dziale II w 2016 roku w wybranych zakładach ubezpieczeń (kolejność rosnąca wg wartości, gdzie 15 - średnia rynku)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Średnia dla całego rynku to 1,15%. Wartość ta nie zmieniła się w porównaniu z rokiem ubiegłym. Obecnie zbliża się do wartości charakteryzującej kraje o rozwiniętych rynkach ubezpieczeniowych z czasów, gdy nie posiadały one jeszcze centralnej bazy danych zawierającej dane o szkodach i umowach ubezpieczenia. Branża ubezpieczeniowa stoi u progu wdrożenia przez UFG Zintegrowanej Platformy Identyfikacji i Weryfikacji Zjawisk Przestępczości Ubezpieczeniowej. To oczekiwane od dawna

rozwiązanie ma wnieść nową jakość do zwalczania przestępczości ubezpieczeniowej na polskim rynku i umożliwi polepszenie zdolności do detekcji fraudów.

W tabeli 6. zawarto charakterystykę struktury przestępstw ubezpieczeniowych Działu II w 2016 roku.

Tabela 6. Liczba, wartość i struktura przestępczości ubezpieczeniowej wg rodzaju ubezpieczenia (Dział II 2016 r.)

Rodzaj ubezpieczenia	Liczba		Wartość (PLN)	
		{%}		{%}
OC komunikacyjne (majątkowe)	5005	52,6%	63 943 333	30,2%
OC komunikacyjne (osobowe)	1781	18,7%	23 759 996	11,2%
Autocasco	1893	19,9%	43 752 280	20,6%
OC rolników	63	0,7%	1 872 389	0,9%
Od kradzieży z włamaniem (biznes)	18	0,2%	671 913	0,3%
Od ognia i innych żywiołów (biznes)	28	0,3%	1 804 038	0,9%
Ubezpieczenia mieszkań i domów	171	1,8%	3 478 921	1,6%
Turystyczne i Assistance	26	0,3%	1 816 918	0,9%
NNW	246	2,6%	2 094 877	1,0%
Inne OC	141	1,5%	2 118 141	1,0%
Kredytu, Finansowe, D&O	7	0,1%	10 587	0,0%
Gwarancja ubezpieczeniowa	2	0,0%	1 400 492	0,7%
Inne*	134	1,4%	65 188 950	30,8%
Razem	9515	-----	211 912 835	-----

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

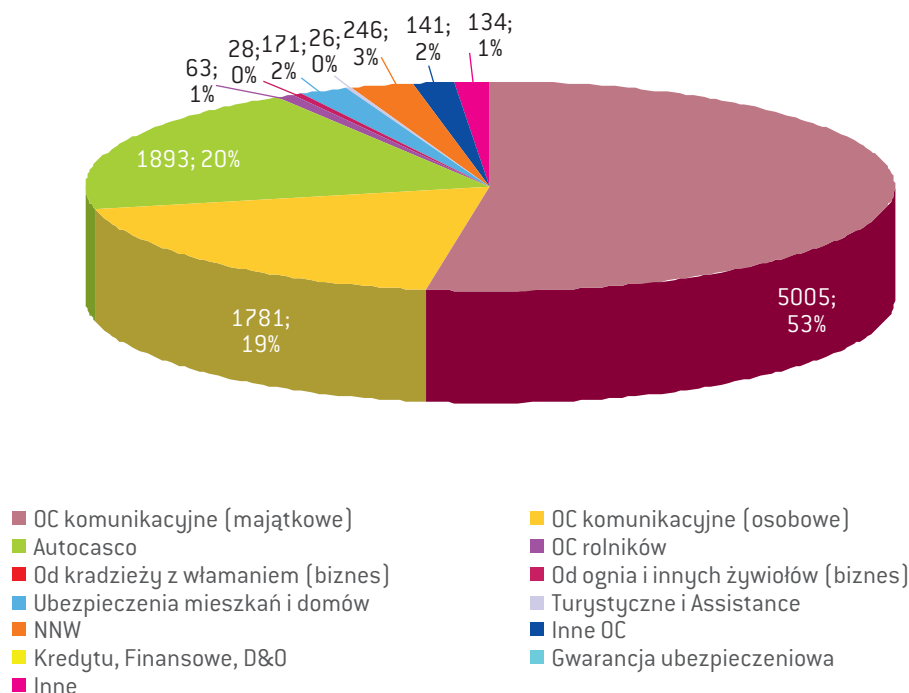
* Nadużycia stwierdzone w innych rodzajach, szczegółowy opis w dalszej części opracowania.

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 dotyczące ubezpieczenia OC. Podobnie nie każdy zakład potrafi rozdzielić szkody osobowe i majątkowe

w OC ppm. Z tego względu należy je rozpatrywać jako ubezpieczenia komunikacyjne ogółem.

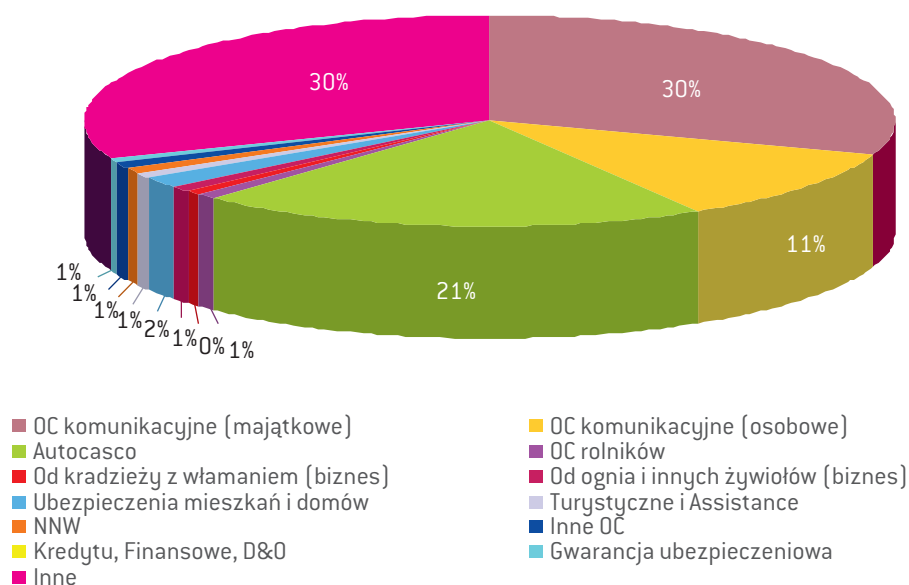
Dane za 2016 rok zostały również zobrazowane na kolejnych wykresach w ujęciu ilościowym i jakościowym.

Wykres 9. Przepięczność ubezpieczeniowa w Dziale II w 2016 roku (ujęcie liczbowe i udział procentowy rodzaju ubezpieczenia)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Wykres 10. Przepięczność ubezpieczeniowa w Dziale II w 2016 roku (struktura według procentowego udziału wartości wyłudzeń z rodzajów ubezpieczeń)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Niezmiennie ubezpieczenia komunikacyjne stanowią najbardziej popularną grupę wyłudzeń. Około 8,7 tys. z 9,5 tys. ujawnionych wyłudzeń dotyczy ubezpieczeń komunikacyjnych. Wartość tych czynów to ponad 131 mln PLN. Należy pamiętać, że udział produktów OC i AC w portfelu polskich ubezpieczycieli w 2016 roku wyniósł ponad 56%. Przyczyny popularności produktów komunikacyjnych wśród sprawców wyłudzeń nie zmieniły się na przestrzeni lat i były szczegółowo opisywane w minionych edycjach analiz PIU. Zakłady ubezpieczeń posiadają coraz doskonalsze narzędzia informatyczne, pozwalające na analizę danych dotyczących zdarzeń drogowych. Jest to możliwe dzięki ciągłemu udoskonalaniu narzędzi informatycznych i wykorzystaniu baz Ośrodka Informacji UFG. Ponadto ten rodzaj wyłudzeń jest już doskonale znany zakładom ubezpieczeń, które dysponują olbrzymim doświadczeniem i katalogiem symptomów świadczących o możliwości popełnienia przestępstwa. Błędnym wnioskiem 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.

Podobnie jak w roku 2015 uczestnicy badania od kilku lat raportują lawinowy wzrost wartości szkód osobowych. Dotyczy to zarówno powiększania deklarowanego zakresu uszkodzeń ciała w przypadku urazów, symulowania stanów psychicznych wynikających z rzekomo doznanego szoku pourazowego, jak i powiększania liczby poszkodowanych w wypadku poprzez składanie fałszywych deklaracji. Najpopularniejsze dolegliwości przewijające się w roszczeniach związane są z uszkodzeniem szyjnego odcinka kręgosłupa, bólami głowy, depresjami powypadkowymi. Słabość systemów administrowania danymi o historii leczenia opisywana w części poświęconej Działowi I potęguje tego typu praktyki. W roku 2016 wykryto ok. 1800 prób wyłudzenia świadczeń za szkody osobowe na kwotę blisko 24 mln PLN. Należy pamiętać, że niektóre zakłady nie wyodrębniły w zaraportowanych danych szkód osobowych, zatem realna skala zjawiska jest jeszcze wyższa. Na szczęście tego typu praktyki sprawców charakteryzują się znikomą skutecznością.

Zakłady ubezpieczeń zauważają także renesans pewnych pozornie zapomnianych metod wyłudzeń w komunikacji. Ostatnio odżywa metoda polegająca na celowym

spowodowaniu szkody. Jej częstą odmianą, stosowaną przez wyspecjalizowanych sprawców, są szkody na rondach i rozbudowanych skrzyżowaniach dużych miast. Sprawcy wykorzystują błędy i dekoncentrację innych kierowców i celowo doprowadzają do kolizji w taki sposób, że są stroną poszkodowaną. Następnie samochody – generatory szkód – są prowizorycznie naprawiane i ponownie wykorzystywane. Dzięki metodom analizy danych zakłady łatwo radzą sobie z wykrywaniem tego procederu.

W aktualnej edycji badania wiele zakładów ubezpieczeń zwraca uwagę na problem roszczeń związanych z korzystaniem z pojazdów zastępczych z OC sprawcy. Sprawcy wykorzystują wiele prostych metod polegających między innymi na: fikcyjnym przedłużaniu czasu korzystania z pojazdu, zawyżaniu ceny, czy przedkładaniu faktur za wynajem tego samego pojazdu do kilku szkód jednocześnie. W skrajnym przypadku do skorzystania z pojazdu zastępczego wcale nie doszło, a pojawia się jedynie fikcyjne roszczenie. W procederze zauważalny jest udział nieuczciwych pośredników – warsztatów, wypożyczalni aut czy firm oferujących usługi holowania. Zakłady ubezpieczeń błyskawicznie zareagowały na nowe zagrożenie i wdrożyły szereg rozwiązań polegających na wykorzystywaniu pojazdów z własnych flot lub pochodzących od sprawdzonych partnerów. Zakłady coraz lepiej radzą sobie także z preparowaniem uszkodzeń pojazdów i kontrolą współpracujących warsztatów.

Rok 2016 upłynął pod znakiem znacznych wzrostów cen ubezpieczenia OC komunikacyjnego. Sytuacja ta błyskawicznie spowodowała wysyp metod uchylania się od płacenia podwyższonych stawek. W dobie baz OI UFG trudno jest zataić szkodowość konkretnego kierowcy, zatem nieuczciwi klienci opracowali nowe metody oszukiwania ubezpieczycieli. Wysokość składek dla młodych szkodowych kierowców przekracza niejednokrotnie wartość ich auta. Popularność zdobywa m.in. rejestrowanie auta na „słupa”, rozkładanie płatności na raty i uchylanie się od ich płacenia. Metodę tę wykorzystują także obcokrajowcy. Nielegalne metody obniżania składek to także domena nieuczciwych pośredników ubezpieczeniowych. Dokonują oni manipulacji danymi klienta, zmieniając np. kod pocztowy czy moc silnika. W przypadku aut ciężarowych klasyfikują ciągniki siodłowe jako zwykłe pojazdy ciężarowe. Tym sposobem uzyskują zaniżoną wartość składek. Jest to zupełnie nowe zjawisko, lecz zakłady

ubezpieczeń już je zauważyły i raportują tego typu przypadki.

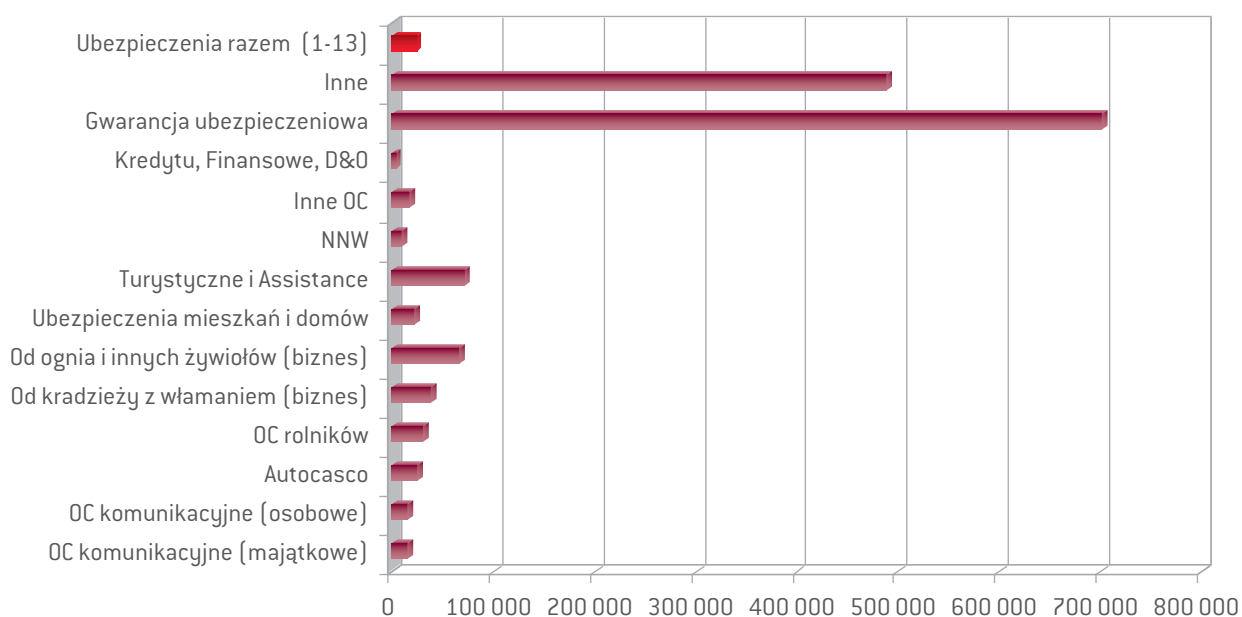
Nowe wyzwania, ale i szanse w sektorze ubezpieczeń komunikacyjnych związane są z rozwojem ubezpieczeń Pay As You Drive i Pay How You Drive bazujących na rozwiązaniach telematycznych. Sprzyjają one lepszej ocenie i kontroli ryzyka, ale nie są całkowicie wolne od możliwości manipulacji ze strony klienta. Tak zwane UBI (Usage-Based Insurance) oraz wykorzystanie urządzeń mobilnych do sprzedaży produktów i zarządzania procesem likwidacji to przyszłość komunikacji i zakłady ubezpieczeń powinny uwzględniać ich istnienie przy formułowaniu przyszłych strategii antyfraudowych.

Tegoroczna edycja badania wykazuje duże znaczenie fraudów generowanych przy pomocy ubezpieczenia AC. Stanowią one ok. 20% całego wolumenu stwierdzonych wyłudzeń. Tak duże straty powodowane są zwykle przy pomocy nowych pojazdów, zwykle luksusowych i finansowanych przy pomocy leasingów. Zakupiony pojazd przeważnie w krótkim czasie zgłaszany jest jako kradziony i następnie sprzedawany paserom lub rozbierany na części. W innym wariantcie tej metody sprawcy powodują szkody na pojeździe. Likwidacja tych uszkodzeń odbywa się przeważnie w zaprzyjaźnionym warsztacie, a wysoka kwota odszkodowania zasila budżet sprawców. Szkody w leasingach wykorzystują znane od dawna metody – innowacją jest tu jedynie masowe korzystanie z finansowania. Poszkodowane bezpośrednio firmy leasingowe zabezpieczone są ubezpieczeniem AC, więc faktyczne ryzyko ponosi ubezpieczyciel. Przykład ubezpieczenia AC wskazuje na renesans pewnych, pozornie zapomnianych metod wyłudzeń, które w połączeniu z innymi usługami finansowymi stają się poważnym zagrożeniem.

Poza przypadkami wyłudzeń w komunikacji w 2016 roku inne rodzaje ubezpieczeń wymienione w kwestionariuszu nie były często wykorzystywane do wyłudzeń. Nie zgłaszano także poważnych szkód związanych z dużymi pożarami czy katastrofami naturalnymi. Duże pożary to zjawiska rzadkie, jednak powodujące olbrzymie straty. Wysoka wartość przeciętna ujawnianych w poprzednich edycjach badania wyłudzeń związanych z podpaleniami dowodzi dużego stopnia zagrożenia tą metodą przestępczą.

Pozostałe szkody związane z prowadzeniem działalności gospodarczej i ubezpieczeniami finansowymi także stanowią grupę groźnych 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 gwarancji jedna tylko szkoda przyniosła straty w wysokości 1,4 mln PLN.

Wykres 11. Średnia wartość przestępczości ubezpieczeniowej w Dziale II w 2016 roku (PLN)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Nie maleje zagrożenie związane z ubezpieczeniem 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 (spadkowi wartości ekonomicznej w wyniku postępu technologicznego) sprzętu, który bywa chętnie „odnawiany” przy pomocy ubezpieczycieli. Tendencja ta od lat zauważana jest na zachodzie Europy, głównie w Niemczech, gdzie niezwykle popularne są szkody polegające na celowym niszczeniu smartfonów, okularów, czy zalewaniu mieszkań poprzez sfingowane szkody związane z siecią grzewczą CO, wodociągową czy akwariami. Wysoki poziom przyzwolenia na przestępstwa ubezpieczeniowe sprzyja takim rodzajom szkód i powoduje, że obok grup zorganizowanych stanowią one poważne zagrożenie dla ubezpieczycieli.

W kolejnych edycjach analiz pojawiają się wyniki, które dowodzą jak zaskakująco dynamiczne bywa zjawisko przestępczości ubezpieczeniowej. Obszary zwykle traktowane jako względnie bezpieczne generują nagle olbrzymie straty. Dotychczas tego typu anomalie dotyczyły m.in. ubezpieczeń mieszkań, pożarów, OC rolnika czy ubezpieczeń finansowych. W obecnej edycji anali-

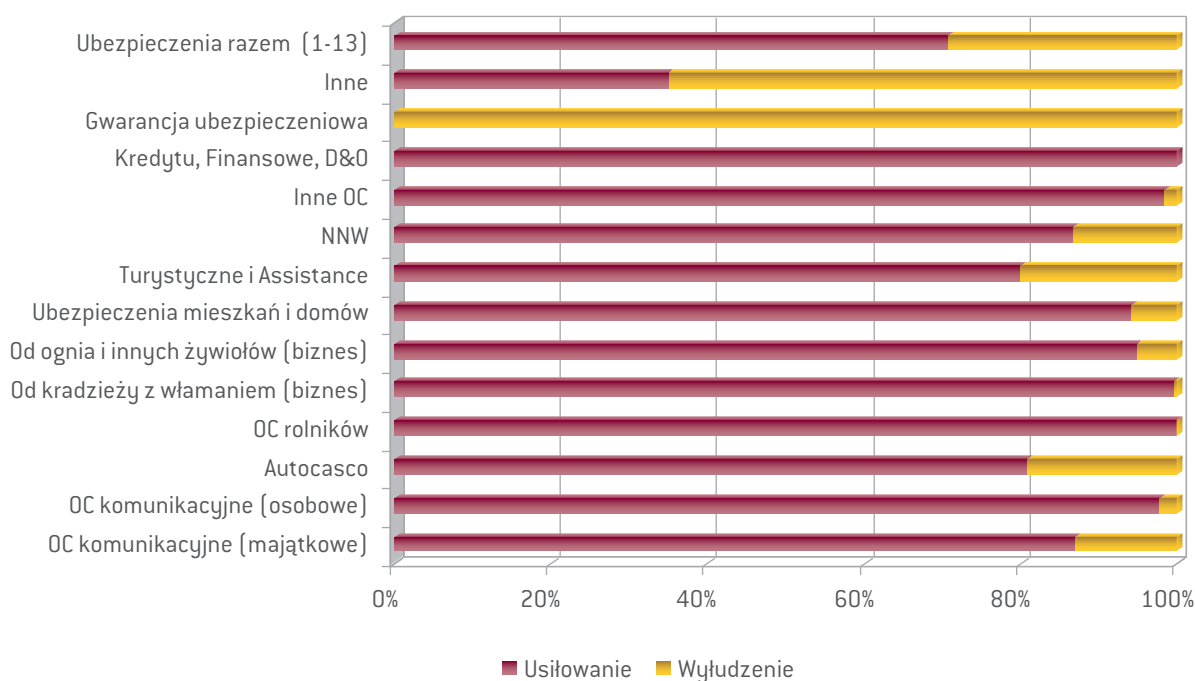
zy niespotykana wysoka wartość osiągnęła kategoria „inne”. Zakłady zaraportowały w niej 134 przypadki warte łącznie aż 65 milionów złotych, co stanowi ok. 31% wartości wszystkich ujawnionych w 2016 roku fraudów. Ponadprzeciętnie wysoka jest także wartość średnia i wynosi 486 tys. PLN. Praktycznie wszystkie te przypadki to ubezpieczenia korporacyjne, głównie cargo. Rzuca to nowe światło na postrzeganie dużych ryzyk korporacyjnych. Jak dotąd w tym sektorze rynku panowało przekonanie, że duże biznesowe kontrakty ubezpieczeniowe wolne są od ryzyka przestępczości. Tegoroczne dane przeczą jednak tej tezie. Rodzi to potrzebę poszerzenia wiedzy brokerów, którzy stanowią kluczowe ogniwo w zawieraniu umów tego typu ubezpieczeń, a także pracowników zakładów ubezpieczeń na temat zagrożeń związanych z przestępczością ubezpieczeniową, a przy tym przeprowadzenie rewizji stosowanej dotychczas polityki antyfraudowej. Warto podkreślić, że fikcyjne szkody korporacyjne mogły przynieść straty w wysokości zbliżonej do szkód majątkowych z OC komunikacyjnego.

Po raz kolejny obserwowana jest także w wielu spółkach znikoma skuteczność wykrywania wyłudzeń spoza obszaru komunikacji. Wynika ona nie tylko ze specyfiki oferty, ale także braku narzędzi IT pozwalających na kontrolowanie ryzyka i przeciwdziałanie fraudom. 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 dla prowadzenia skutecznej polityki prewencyjnej.

Z roku na rok coraz mniej 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 oraz dla różnych rodzajów ubezpieczeń. Tendencję dla całego Działu II ilustruje poniższy wykres.

Wykres 12. Przestępczość ubezpieczeniowa w podziale na skuteczność działania sprawcy i wg rodzaju ubezpieczeń (Dział II w 2016 r.)

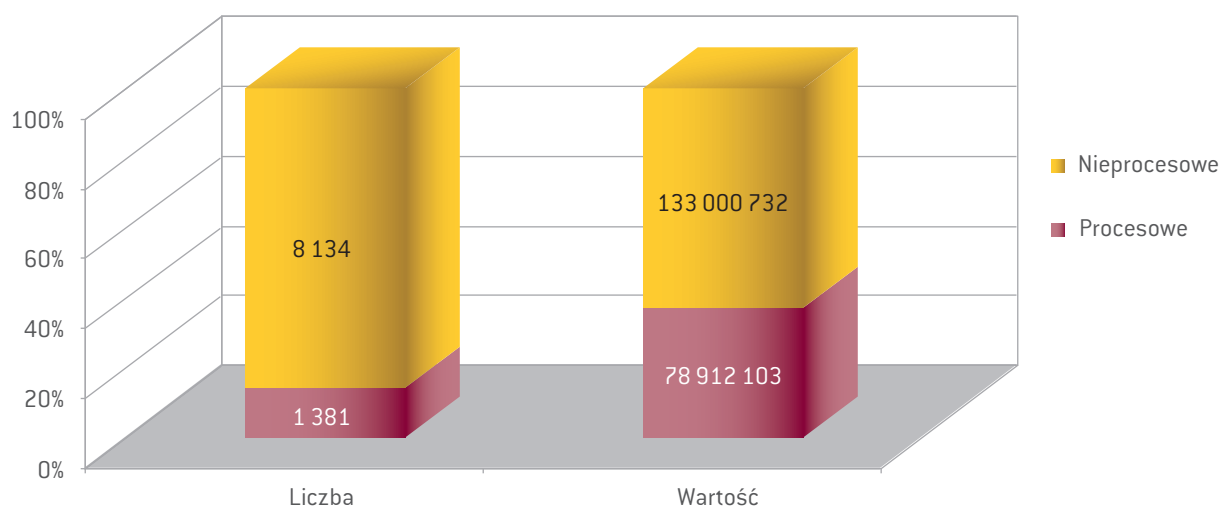


Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Podobnie jak w Dziale I, wśród ujawnionych przestępstw ubezpieczeniowych przeważają te zakończone przez ubezpieczyciela na etapie postępowania wewnętrznego. Przyczyny są analogiczne jak w sektorze ubezpieczeń na życie. Z roku na rok wzrasta jednak odsetek spraw znaj-

dujących finał przed organami wymiaru sprawiedliwości. Ma to znaczenie nie tylko dla zniechęcania potencjalnych sprawców, ale także pozwala na skuteczne odzyskanie mienia od sprawców dokonanych wyłudzeń.

Wykres 13. Podział czynów ze względu na sposób zakończenia sprawy (Dział II) (ujęcie liczbowe i wartościowe)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

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

Tabela 7. Przystępność ubezpieczeniowa poza obszarem wypłaty odszkodowań (Dział II w 2016 r.) (ujęcie liczbowe i wartościowe)

Rodzaj działania	Liczba	Wartość (PLN)
Przywłaszczenie składek	413	5 713 828
Zawarcie umowy w celu wyłudzenia świadczenia	481	2 222 532
Zawarcie umowy w celu wyłudzenia prowizji	0	0
Przestępstwa przeciwko dokumentom	411	946 777
Inne*	497	9 001 782
RAZEM	1 802	17 884 919

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

* Nadużycia stwierdzone w innych obszarach, szczegółowy opis w dalszej części opracowania.

Suma stwierdzonych nadużyć wynosi około 18 mln PLN i nieznacznie się zmniejszyła w porównaniu z rokiem poprzednim. Znaczna część tej kwoty to zdefraudowane składki. Podobnie jak przed rokiem wnioski dotyczą głównie ubezpieczycieli o mniej zaawansowanej infrastrukturze IT odpowiedzialnej za obsługę procesów sprzedaży. Choć przywłaszczenie składki nie spełnia znamion klasycznego przestępstwa ubezpieczeniowego, to jest ono wyjątkowo

szkodliwe dla reputacji ubezpieczyciela, który niesłusznie traci zaufanie w oczach klienta.

Kategoria „inne”, gdzie zakłady zaraportowały kwotę 9 milionów złotych, zawiera między innymi opisywaną przed rokiem metodę wykorzystującą cyberprzystępność i socjotechniki. Polega ona na podszywaniu się pod uprawnionego do odszkodowania i przejmowaniu płatności

poprzez zmianę numeru rachunku. Opisywane już w części poświęconej ubezpieczeniom na życie zagrożenia wspólne z rynkiem bankowym dotyczą w znacznej mierze także rynku majątkowego. Nowe elektroniczne kanały kontaktu z klientem posiadają wiele niezaprzeczalnych zalet, ale także umożliwiają sprawcom dokonywanie wyłudzeń.

3. Przykłady przestępczości ubezpieczeniowej

W 2016 roku zakłady ubezpieczeń Działu II dostarczyły bardzo wielu przykładów ukazujących zaskakujące niekiedy mechanizmy wyłudzenia. Lektura tego materiału wnosi cenną wiedzę dla osób niezajmujących się na co dzień zwalczaniem fraudów, a także może zaskoczyć doświadczonych profesjonalistów.

Przypadek 1.

05.01.2015 r., od poszkodowanego S., za pośrednictwem firmy M., do ubezpieczyciela wpłynęło zgłoszenie szkody na osobie (OC). Zgodnie ze zgłoszeniem szkody w dniu 28.07.2014 r., na skrzyżowaniu w miejscowości H., kierujący pojazdem X najechał na tył pojazdu poszkodowanego S., w wyniku czego poszkodowany S. doznał urazu lewego kolana i lewego stawu skokowego. S. zażądał odszkodowania od utraconych dochodów związanych z utratą możliwości pełnego zarobkowania w związku z wypadkiem w kwocie 100 000 zł. Zgodnie z dostarczoną dokumentacją, S. jako osoba fizyczna 01.06.2014 r. miał podpisać z firmą B. G. z siedzibą w B. umowę zlecenie. Za wykonanie prac S. miał otrzymać wynagrodzenie w kwocie 100 000 zł brutto. 30.07.2014 r. umowa zlecenie została rozwiązana z uwagi na niezdolność do pracy S. z powodu wypadku. W wyniku przeprowadzonego postępowania wyjaśniającego okazało się, że w okresie od 01.12.2007 r. do 31.07.2014 r. S. wspólnie z J. prowadzili działalność gospodarczą jako firma B. Siedziba spółki znajdowała się w H. Wykreślenie wpisu z rejestru nastąpiło trzy dni po kolizji drogowej z udziałem S. Działalność J. pod nazwą B. wykonywana jest nadal. Wraz z zakończeniem działalno-

ści spółki, S. zakończył także prowadzenie działalności gospodarczej. Jak jednocześnie ustalono, w dniu 28.05.2012 r. działalność gospodarczą pod nazwą B. otworzył G. Siedzibą działalności jest B. oraz H. Pełnomocnikiem firmy jest S. W wyniku przeprowadzonych czynności i wywiadu środowiskowego okazało się, że: 1. G. i S. są ze sobą spokrewnieni (G. jest wujkiem S.), 2. Działalnością G. faktycznie zarządza S., a on sam jest pracownikiem fizycznym, 3. Jest mało prawdopodobne, aby G. zlecił S. prowadzenie prac za kwotę 100 000 zł, ponieważ nie prowadzi on przedsięwzięć o takim rozmachu i nie zatrudnia innych osób. Tym samym nie jest w stanie wykazać potrzeby podpisania umowy z S. W związku z powyższym istnieją przesłanki, że umowa zlecenia pomiędzy G. a S., która była podstawą roszczenia w zgłoszonej szkodzie przez S., nie ma poparcia w stanie faktycznym i możemy tu mówić o próbie wyłudzenia odszkodowania w kwocie 100 000 zł. Prokurator wniósł akt oskarżenia do Sądu Rejonowego, za rzut usiłowania wyłudzenia odszkodowania na kwotę 100 000 zł przez S. Sprawa toczy się w sądzie.

Przypadek 2.

Ubezpieczenie ciągnika siodłowego jako samochodu ciężarowego powyżej 3,5 t. Sprawa w toku. Jej przebieg będzie zależał od skali możliwości odzyskania utraconej składki.

Przypadek 3.

Wyłudzenie na kwotę 3 362,52 PLN – odszkodowanie wypłacone klientowi z tytułu kosztów leczenia w Egipcie; usiłowanie wyłudzenia na kwotę 3 132,12 PLN dotyczyło małżonki i zostało udaremnione – wydana została decyzja odmowna. Wyłudzenie także dotyczyło kosztów leczenia w Egipcie. Po weryfikacji dokumentacji, ubezpieczyciel otrzymał informację, że placówka nie potwierdza leczenia wskazanych osób, a także, że jest to placówka zajmująca się jedynie przypadkami ambulatoryjnymi, a nie hospitalizacją.

Przypadek 4.

Przypadek ten to próba uzyskania świadczenia w związku z wypadkiem na motocyklu, gdzie ubezpieczony nie posiadał ważnych uprawnień do kierowania pojazdem i oświadczył, że jechał skuterem, a nie motocyklem. W trakcie postępowania likwidacyjnego składał fałszywe oświadczenia.

Przypadek 5.

Czasowa niezdolność do pracy: 16 dni, Wartość roszczenia: 7 200 PLN, Przyczyna niezdolności do pracy: torbiel ślinianki przyusznej lewej. Negatywne odpowiedzi we wniosku o zawarcie ubezpieczenia na pytania dotyczące stanu zdrowia ubezpieczonego (m.in. pytania o dolegliwości, następstwa wypadku, leczenie w szpitalu). Wynik weryfikacji dokumentacji medycznej sprzed początku ubezpieczenia: choroba wrzodowa, owrzodzenie dwunastnicy, nadciśnienie tętnicze, angiopatia nadciśnieniowa II stopnia, przerost ścian lewej komory serca, hipercholesterolemia, zaburzenia nerwicowe z somatyzacją objawów, kamica nerkowa, dyskopatia.

Przypadek 6.

Usiłowanie wyłudzenia zwrotu kosztów holowania po kolizji w dużej odległości od miejsca zamieszkania uszkodzonego pojazdu. Uszkodzenia pojazdu nieznaczne, jednak wyłączające pojazd z ruchu (np. uszkodzony reflektor), co miałyby być podstawą do uwiarygodnienia potrzeby holowania. W trakcie analizy ustalono, że tym procedurę zajmuje się zorganizowana grupa, która doprowadza do zdarzeń w dużej odległości od miejsca zamieszkania i przedstawia fikcyjne koszty holowania na kwoty po kilkanaście tysięcy złotych.

Przypadek 7.

OC komunikacyjne – poszkodowany zgłosił szkodę polegającą na uszkodzeniu pojazdu wskutek utraty kontroli nad pojazdem (zajechanie drogi przez inny pojazd), ale bez kontaktu z drugim uczestnikiem zdarzenia. Szczegółowa analiza przebiegu zdarzenia oraz wizja lokalna we wskazanym przez poszkodowanego miejscu zdarzenia wykluczyła możliwość powstania uszkodzeń pojazdu w deklarowanych okolicznościach. Wątpliwość wzbudził również udział pojazdów w przedmiotowym zdarzeniu o dużej różnicy, jeśli chodzi o wartość rynkową pojazdów uczestniczących w zdarzeniu – auto segmentu D i ciągnik rolniczy, którego kierujący był sprawcą szkody.

Przypadek 8.

Czasowa niezdolność do pracy: 77 dni, Wartość roszczenia: 23 100 PLN. Przyczyna niezdolności: skręcenie przegubu stawu skokowego. Negatywne odpowiedzi we Wniosku o zawarcie ubezpieczenia na pytania dotyczące stanu zdrowia ubezpieczonego (m.in. pytania o dolegliwości, następstwa wypadku, leczenie w szpitalu). Wynik weryfikacji dokumentacji medycznej sprzed początku ubezpieczenia: uraz wielonarządowy po wypadku samochodowym, m.in. złamanie kręgosłupa szyjnego, zespolenie złamania kości piszczelowej prawej, zespolenie złamania kości udowej prawej, złamanie kości kulszowej lewej, złamanie miednicy.

Przypadek 9.

Pośrednik odszkodowawczy, zgłaszając roszczenia z ubezpieczenia jednostek terytorialnych samorządu, prawdopodobnie składa fałszywe oświadczenia co do okoliczności wypadków, wskazując jako świadka podstawioną osobę. Okoliczności są weryfikowane przez agencję detektywistyczną. Zgłoszono 27 szkód. W toku są działania zmierzające do potwierdzenia faktu wyłudzenia i podjęcia działań prawnych. Wskutek prawdopodobnego wyłudzenia wypłacono odszkodowania w łącznej wysokości 322 360 PLN.

Przypadek 10.

OC komunikacyjne – poszkodowany zgłosił szkodę polegającą na uszkodzeniu pojazdów na rondzie wskutek nieustąpienia pierwszeństwa przejazdu. W zdarzeniu brały udział: auto znacznej wartości – marki Jaguar oraz dostawczy pojazd służbowy. Analiza przebiegu zdarzenia, wykonanie dodatkowych czynności – między innymi historyczne sprawdzenie szkodowości poszkodowanego z uwzględnieniem miejsc poprzednich zdarzeń (ronda) oraz szczegółowe przesłuchania uczestników zdarzenia przez wynajętą firmę zewnętrzną potwierdziły zamiar celowego doprowadzania do kolizji na rondach poprzez wymuszanie pierwszeństwa przejazdu. Konsekwencją działań sprawdzających było wycofanie roszczeń przez rzekomego poszkodowanego.

Przypadek 11.

09.06.2015 r. S.J. zgłosił szkodę z OC sprawcy. Zgodnie z podanymi okolicznościami zdarzenia 07.06.2015 r. jadącemu motocyklem S.J. sprawca A.D. w miejscowości ZZZ, jadąc samochodem nie zachował należytej ostrożności, zjechał drogę poszkodowanemu, na skutek czego poszkodowany zjechał z drogi, uderzył w krawężnik oraz biało-czerwony słupek, a następnie upadł na trawę. Zakres uszkodzenia motocykla obejmował lampę, licznik, bak, przednie zawieszenie, felgę z przodu, kierunkowskaz, oponę przednią, tylną felgę oraz błotnik. W wyniku przeprowadzonego postępowania wyjaśniającego okazało się, że przedmiotowy motocykl był sprowadzony do Polski z USA. Motocykl w stanie uszkodzonym został sprzedany za pośrednictwem aukcji internetowej. Z informacji zawartych w ofercie wynika, że motocykl miał uszkodzony przód oraz przednie zawieszenie. W internecie znajdowały się zdjęcia z oferty sprzedaży motocykla w USA. Udokumentowane na zdjęciach w trakcie oględzin uszkodzenia motocykla, które miały powstać w wyniku zgłoszonej kolizji, pokrywają się z uszkodzeniami, jakie motocykl posiadał w chwili aukcji w USA, tj.: tożsamy uszkodzenie zbiornika paliwa oraz felgi przedniej. Ponadto opis przebiegu kolizji podany przez S.J. nie jest wiarygodny, bowiem na motocyklu, w trakcie jego oględzin przeprowadzonych w toku likwidacji szkody, nie stwierdzono uszkodzeń wskazujących, że motocykl prze-

wrócił się na którykolwiek bok – motocykl waży ponad 380 kg, a S.J. opisuje, że w trakcie kolizji spadł z motocykla, który uderzył przodem w słupek i zatrzymał się. Takie zachowanie motocykla w ocenie prowadzącego czynności sprawdzające nie jest możliwe. Prokurator wniósł akt oskarżenia do Sądu Rejonowego, z zarzutem usiłowania wyłudzenia odszkodowania w kwocie 22 000 zł przez S. J. Sprawa trafiła do sądu.

Przypadek 12.

Szkoda zgłoszona w ciężar dobrowolnej polisy mieszkaniowej. Przyczyna szkody – pożar, który wystąpił 9 dni po zawarciu ubezpieczenia. Dom ubezpieczony był na zawyżoną sumę ubezpieczenia względem realnej wartości. Po wnikliwej analizie ustalono, że przedmiotowy dom to pustostan, w którym doszło do dewastacji na długo przed zawarciem polisy.

Przypadek 13.

Pracownik tworzył fikcyjne roszczenie, po czym wypłacał odszkodowania na własne konta pod przykrywką fikcyjnych warsztatów. Do wyłudzenia dochodziło w szkodach zamkniętych, do których po pewnym czasie wpływały pojedyncze niewielkie roszczenia. Mailowo wpływała informacja o zmianie konta, na które należy wypłacić odszkodowanie lub fałszywe cesje na warsztaty, które w rzeczywistości nie istniały.

Przypadek 14.

Ubezpieczenie przesyłek. Poszkodowany zgłosił szkodę polegającą na zniszczeniu zawartości przesyłki (wymieniony element specjalistycznego urządzenia) o znacznej wartości. Po wykonaniu dodatkowych czynności sprawdzających okazało się, że zarówno firma oraz adres, na który została nadana przesyłka nie istnieją, a wartość elementu, który był przedmiotem przesyłki, a następnie ubezpieczenia, została wielokrotnie zawyżona.

Przypadek 15.

OC w życiu prywatnym – poszkodowany zgłosił szkodę polegającą na potknięciu się na schodach wskutek przypadkowego działania osoby trzeciej. Po analizie przebiegu zdarzenia oraz wykonaniu czynności sprawdzających okazało się, że poszkodowany był pod wpływem alkoholu i sam potknął się na schodach. Potencjalny „sprawca” zdarzenia miał polisę OC w życiu prywatnym i miał posłużyć koleżeńską pomocą. W konsekwencji poszkodowany wycofał roszczenie.

Przypadek 16.

Szkoda OC rolnika: zgłoszono otrucie konia, uzasadniając to niewłaściwym zachowaniem zwierzęcia. Po powołaniu biegłego okazało się, że przyczyną zgonu konia była choroba genetyczna.

Przypadek 17.

Do towarzystwa ubezpieczeniowego wpłynęło wypowiedzenie polisy oraz umowa kupna (sfalszowana) w celu wyłudzenia zwrotu składki (dotyczącej pojazdu, który już raz został rzekomo sprzedany innej osobie, a umowa ubezpieczenia wypowiedziana).

Przypadek 18.

Przykład jednej ze spraw, będącej przedmiotem prowadzonego postępowania wyjaśniającego przez ubezpieczyciela, której początek miał miejsce 10.03.2014 r., tj. w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. Pośrednikiem w zawarciu umowy ubezpieczenia był broker ubezpieczeniowy – jeden z bardziej doświadczonych na polskim rynku ubezpieczeń. Ubezpieczonym była firma z siedzibą w Warszawie, zajmująca się dystrybucją urządzeń iPhone. Właścicielem firmy był obywatel Turcji. Suma ubezpieczenia przy pełnym zakresie ochrony została ustalona na kwotę 11 mln zł. Niewiele ponad miesiąc od początku ochrony ubezpie-

zeniowej, w trakcie przewozu towaru z hurtowni firmy X we Wrocławiu do magazynów ubezpieczonego w Warszawie, miało dojść do napadu rabunkowego i kradzieży całego towaru w postaci 3600 sztuk urządzeń iPhone o łącznej wartości około 7 000 000 PLN wraz z pojazdem przewożącym towar. Kierowca pojazdu, obywatel Rumunii zgłosił napad w Komendzie Powiatowej Policji i zeznał, że sprawcy przebrani za policjantów użyli wobec niego siły fizycznej i skradli towar wraz z pojazdem. Dzień po kradzieży szkoda zgłoszona została do ubezpieczyciela. Już pierwsze ustalenia ubezpieczyciela wskazują na duże prawdopodobieństwo upozorowania szkody i próbę wyłudzenia odszkodowania. Firma objęta ubezpieczeniem została bowiem zakupiona w ramach internetowego obrotu, a jej właściciel był osobą karaną za przestępstwa gospodarcze na terenie Unii Europejskiej, głównie za wyłudzenia VAT. Jego kontrahent – właściciel hurtowni w Wrocławiu był również karany, ale w Polsce, za ten sam rodzaj przestępstw. Na podstawie faktur źródłowych dotyczących zakupu iPhone’ów, uzyskanych w procesie likwidacji, ustalono u producenta, że około 2900 sztuk z 3600 sztuk zadeklarowanych jako skradzione, nie trafiło w ogóle do Polski i że zostały one sprzedane przed datą kradzieży indywidualnym odbiorcom w USA. Ustalenia te pozwoliły na podjęcie współpracy z Wydziałem PG KSP w Warszawie. Funkcjonariusze dokonali dodatkowych sprawdzeń, z których wynikało, że skradziony towar został wcześniej zakupiony od firmy zarejestrowanej na Węgrzech, której właścicielem jest Węgier – osoba pozostająca na zasiłku dla bezrobotnych, która nie prowadzi i nigdy nie prowadziła żadnej działalności gospodarczej. Ubezpieczyciel dokonuje zawiadomienia Prokuratury o prawdopodobieństwie popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa i próbę wyłudzenia nienależnego odszkodowania, a ta wszczyna śledztwo. Tymczasem na wschodzie Polski odnajduje się skradziony samochód Mercedes (bez towaru). Na podstawie zabezpieczonych śladów policja ustala sprawców i jednego z nich tymczasowo aresztuje. Drugi współsprawca poszukiwany jest Europejskim Nakazem Aresztowania. Obydwaj, działając w porozumieniu z ubezpieczonym, zaaranżowali fikcyjne zdarzenie w celu wyłudzenia odszkodowania. Do napadu nie doszło, a wszystko miało charakter zaplanowanego przekazania towaru przez osoby organizujące transport. Zebrany w szkodzie materiał dowodowy dał ubezpieczycielowi podstawę do odmowy wypłaty odszkodowania. ABW zatrzymała również ubezpieczonego, ale w związku z innym

postępowaniem związanym z wyłudzeniem podatku VAT na kwotę 70 mln zł przez inne, prowadzone przez niego firmy.

Przypadek 19.

Pracownik warsztatu (wg KRS zajmującego się obrotem pojazdami) zgłosił szkodę komunikacyjną, która rzekomo powstała w wyniku kolizji drogowej w pojeździe Porsche z winy prowadzącego pojazd marki VW Polo. W zgłoszeniu szkody wskazał, iż jadąc na zakręcie został uderzony przez pojazd VW Polo, który swoim lewym narożnikiem lekko uderzył w lewy narożnik Porsche. Auto zostało wytrącone z toru jazdy i prawą stroną wjechało w drzewa rosnące na prawym poboczu. Przygotowano opinie z badania technicznego sterowników pojazdu Porsche i stwierdzono, iż w systemach elektronicznych pojazdu odnotowano tylko jedno zdarzenie z kolizji z 2010 r. na terenie Niemiec, nie odnotowując zdarzenia ze stycznia 2016 r.

- Dalszy wzrost skuteczności działań antyfraudowych wymaga korzystania z rozwiązań bazodanowych uwzględniających cały rynek i wszystkie rodzaje produktów.
- Problem przestępczości transgranicznej. Stanowi ona wyzwanie nie tylko w ubezpieczeniach komunikacyjnych. Zakłady ubezpieczeń powinny przygotować się w zakresie identyfikacji dokumentów i tożsamości potencjalnych klientów – nierezidentów.
- Często wykazywane w przykładach przypadki roszczeń z ubezpieczeń NNW i osobowego OC wymagają innego spojrzenia na analizę szkód i wymiany doświadczeń z ubezpieczycielami Działu I.
- Gwałtowne zmiany na rynku ubezpieczeń komunikacyjnych skłaniają do przededefiniowania metod taryfikacji i kontroli procesów likwidacji szkód.
- Zakłady ubezpieczeń w najbliższym czasie muszą przygotować się do technicznej rewolucji dystrybucji i obsługi procesu ubezpieczenia. Niezwykle szybki rozwój urządzeń mobilnych oraz rozwiązań fintech/insurtech stawia zupełnie odmienne wymagania. Zagrożenia ze strony cyberprzestępczości i socjotechniki znane z branży bankowej generują przed systemami i zespołami antyfraudowymi całkowicie nowe, niespotykane dotąd wyzwania.

4. Wnioski i rekomendacje

Jakość badań nad stanem przestępczości ubezpieczeniowej w Polsce osiągnęła bardzo wysoki poziom. Od kilku lat praktycznie wszystkie obecne na rynku podmioty ubezpieczeniowe czynnie biorą udział w procesie przeciwdziałania zjawisku wyłudzeń. Zwrotność wśród zakładów Działu II jest wzorcowa i wynosi 97%. Zakłady ubezpieczeń widzą konieczność prowadzenia badań oraz współpracują na forum Komisji i Podkomisji. Szczególnego znaczenia nabiera wymiana doświadczeń pomiędzy przedstawicielami Działu I i II. Łączna wartość przypadków ujawnionych w 2016 roku to ponad 211 mln PLN i stanowi ona 1,15% wartości wypłacanych odszkodowań i świadczeń.

Dane z kwestionariuszy poparte analizą konkretnych przypadków wyłudzeń oraz doświadczeniem z prac Komisji pozwalają na sformułowanie następujących wniosków i zaleceń:

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. Wtedy do porównań wytypowano dwa kraje, charakteryzujące się znaczącymi dokonaniem na polu zwalczania przestępczości ubezpieczeniowej: Wielką Brytanię i Niemcy. W obecnej edycji do porównań wybrano Republikę Czeską – państwo o podobnej do Polski historii gospodarczej. W celu uzyskania danych źródłowych, Polska Izba Ubezpieczeń zwróciła się do analogicznej instytucji z Republiki Czeskiej: Czech Insurance Association (ČAP). Zawarte w dalszej części opracowania tabele i wykresy pochodzą z publikacji ČAP i zostały przetłumaczone z języka angielskiego.

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.

Czeski rynek ubezpieczeń jest z racji wielkości kraju mniejszy od polskiego. Wartość składek zbieranych w ubezpieczeniach życiowych (life insurance) i majątkowych (non-life insurance) w przeliczeniu na złotówki to odpowiednio około 7,2 i 12,3 mld PLN. Struktura rynku czeskiego w ogólnych założeniach przypomina rynek polski. Ubezpieczenia komunikacyjne stanowią tam blisko 50% rynku ubezpieczeń majątkowych. Całkowita wartość składek zbieranych na rynku czeskim to około 35% rynku polskiego. Należy o tym pamiętać, porównując dane z tymi zebranymi w Polsce.

Przedstawiciele czeskiego rynku ubezpieczeń dostarczyli wielu danych ilustrujących poziom zagrożenia przestępczością. Wszystkie wartości pieniężne podano w koronach czeskich (CZK).

**Tabela 8. Przestępczość ubezpieczeniowa na czeskim rynku ubezpieczeniowym wg rodzaju ubezpieczenia (2016 r.)
(ujęcie ilościowe i wartościowe)**

Rodzaj ubezpieczenia		Liczba spraw		Wartość fraudów (tys. CZK)*
		łącznie	W tym udowodnione fraudy	
Komunikacyjne		5 784	3 474	330 592
W tym	AC uszkodzenie	1 909	946	77 614
	AC kradzież	408	114	53 286
	OC rzeczowe	3 167	2 347	62 888
	OC osobowe	300	67	136 804
Majątkowe		1 770	925	446 286
W tym	Biznes	648	234	320 324
	Detal	1 122	691	125 962
Inne OC		829	488	239 516
W tym	Biznes	351	204	216 087
	Detal	478	284	23 428
Osobowe		7 660	3 430	201 705
W tym	Życie	1 391	1 044	114 567
	Wypadek	5 609	1 943	69 197
	Choroba	468	354	16 257
	Podróż	192	89	1 684
Razem		16 043	8 317	1 218 098

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z CAP.

* Na dzień zakończenia analizy kurs NBP dla CZK wynosił 0,164.

Uwagę zwraca duża liczba wykrytych spraw we wszystkich typach ubezpieczeń. Pomimo trzy razy mniejszej pojemności rynku w ubezpieczeniach na życie jest to 7660 przypadków, w ubezpieczeniach majątkowych zaś 8383. Jest to dla rynku ubezpieczeń na życie około 10 razy wię-

cej niż w Polsce. Wartość dla rynku majątkowego jest porównywalna. Skuteczność detekcji zaskakuje także pod względem wartościowym. Dane w przeliczeniu do wolumenu zainkasowanych składek zawarte są w poniższej tabeli.

Tabela 9. Przestępczość ubezpieczeniowa na czeskim rynku ubezpieczeniowym w podziale na Dział I i Dział II (2016 r.)

	Składki (tys. CZK)*	Fraudy (tys. CZK)*	Udział fraudów (%)
Dział I	43 661 727	201 705	0,46
Dział II	74 840 701	1 016 393	1,36

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z CAP.

* Na dzień zakończenia analizy kurs NBP dla CZK wynosił 0,164.

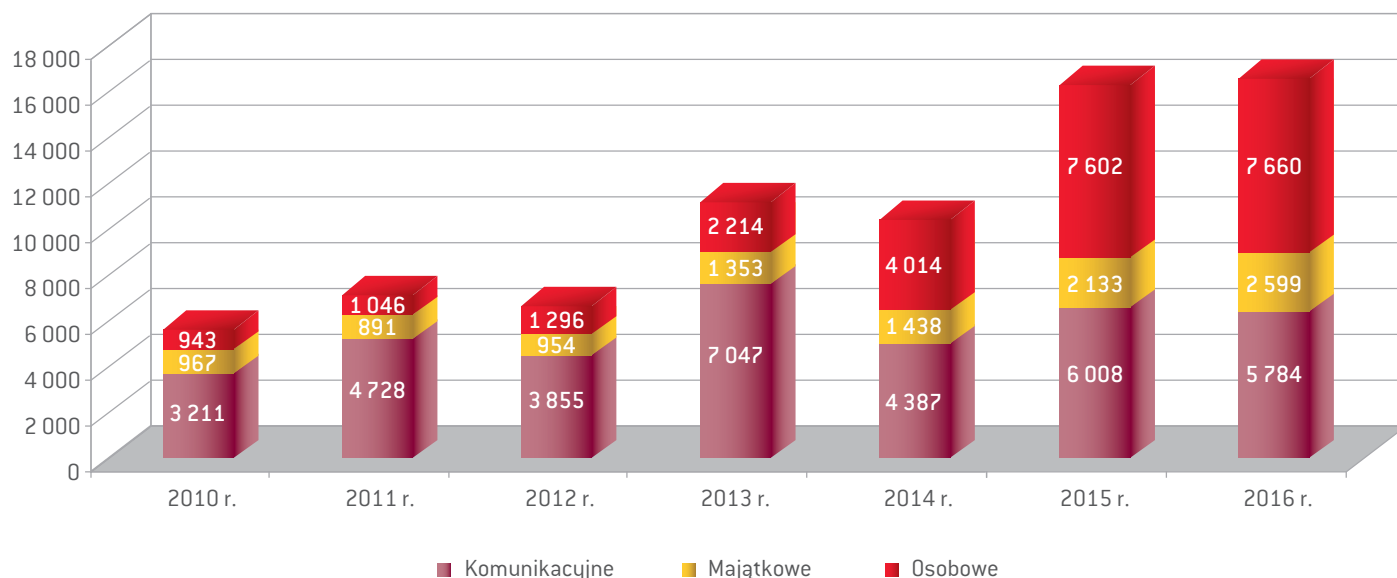
Analogiczne wskaźniki dla rynku polskiego dla sektora życiowego i majątkowego to: 0,058% i 0,66% (należy zauważyć, że we wcześniejszej części opracowania podawane były wskaźniki dotyczące udziału fraudów w wypłatach odszkodowań). Zatem w Dziale II czescy ubezpieczyciele charakteryzują się dwukrotnie większą skutecznością, a w Dziale I jest to aż 8 razy więcej. **Przyczyna tego stanu rzeczy leży zapewne w wymianie informacji i korzystaniu z centralnej bazy danych.**

Na szczególną uwagę zasługuje wysoka skuteczność działań antyfraudowych w życiowej części rynku. Jest to znakomity dowód na to, że sprawcy wyłudzeń nie omijają ubezpieczeń na życie i jak wiele działań do podjęcia mają

jeszcze polscy ubezpieczyciele. W sektorze majątkowym obserwujemy zjawisko odnotowane w niniejszej edycji analizy i polegające na bardzo dużym udziale spraw dotyczących ubezpieczeń OC i majątkowych niekomunikacyjnych (szczególnie w liniach biznesowych). Łącznie wartość tych nieprawidłowości przekracza dwukrotnie wolumen ujawnionych fraudów w komunikacji. Z kolei w sektorze komunikacyjnym wyraźnie dominują szkody osobowe.

Dostarczone dane zawierają także informację o tendencjach obserwowanych na przestrzeni ostatnich lat.

Wykres 14. Dynamika przestępczości ubezpieczeniowej na czeskim rynku ubezpieczeniowym (ujęcie liczbowe)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z CAP.

Z nadesłanych danych wynika, że liczba i wartość spraw w roku 2015 i 2016 kształtowała się na podobnym poziomie. W ostatnich dwóch latach nastąpił gwałtowny wzrost liczby przypadków dotyczących ubezpieczeń osobowych.

Reasumując: dzięki korzystaniu z nowoczesnych narzędzi bazodanowych czescy ubezpieczyciele osiągnęli

blisko dwukrotnie wyższy od krajowych wskaźnik detekcji w ubezpieczeniach majątkowych. Dane z rynku czeskiego potwierdzają wysoką podatność ubezpieczeń życiowych na wyłudzenia i duże zagrożenie ze strony szkód osobowych w komunikacji i dużych majątkowych kontraktach korporacyjnych.

Załącznik 1

Kwestionariusz dla zakładów ubezpieczeń Działu I

Tabela dla zakładów ubezpieczeń Działu I		Nazwa zakładu:		NAZWA ZAKŁADU			
I. Naduzycia stwierdzone w procesie wypłaty odszkodowań							
poz.	Ryzyko	Sprawy załatwione w trybie postępowania karnego procesowe			Sprawy załatwione w trybie innym niż postępowanie karne nieprocesowe		
		Usiłowanie wyłudzenia		Wyłudzenia	Usiłowanie wyłudzenia		Wyłudzenia
		Liczba	Kwota	Liczba	Kwota	Liczba	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 (jakie?)*						
Razem ubezpieczenia (1-9)		0	0,00	0	0,00	0	0,00
ŁĄCZNIE		Usiłowanie wyłudzenia		Wyłudzenia		Uwagi	
		Liczba	Kwota	Liczba	Kwota	* Tu wpisz swoje uwagi	
		0	0,00	0	0,00		
W tym ZATAJENIA		0	0,00	0	0,00		
OGÓLEM		0	0,00				

Załącznik 1

Kwestionariusz dla zakładów ubezpieczeń Działu I

Tabela dla zakładów ubezpieczeń Działu I		Nazwa zakładu:		NAZWA ZAKŁADU	
II. Nadużycia stwierdzone w procesach sprzedaży i obsługi ubezpieczeń oraz w innych obszarach					
poz.	Ryzyko	Sprawy załatwione w trybie postępowania karnego procesowe		Sprawy załatwione w trybie innym niż postępowanie karne nieprocesowe	
		Usiłowanie wyłudzenia		Usiłowanie wyłudzenia	
		Liczba	Kwota	Liczba	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

		Wyłudzenia		Uwagi	
		Usiłowanie wyłudzenia		* Tu wpisz swoje uwagi	
		Liczba	Kwota	Liczba	Kwota
ŁĄCZNIE		0	0,00	0	0,00
W tym ZATAJENIA		0	0,00	0	0,00
OGÓLEM		0	0,00		

Tabela dla zakładów ubezpieczeń Działu II		Nazwa zakładu:		NAZWA ZAKŁADU	
I. Nadzucia stwierdzone w procesie wypłaty odszkodowań					
poz.	Ryzyko	Sprawy załatwione w trybie postępowania karnego procesowe		Sprawy załatwione w trybie innym niż postępowanie karne nieprocesowe	
		Usiłowanie wyłudzenia		Usiłowanie wyłudzenia	
		Liczba	Kwota	Liczba	Kwota
1	OC komunikacyjne (majątkowe)				
2	OC komunikacyjne (osobowe)				
3	Autocasco				
4	OC rolników				
5	Od kradzieży z włamaniem (biznes)				
6	Od ognia i innych żywiołów (biznes)				
7	Ubezpieczenia mieszkań i domów				
8	Turystyczne i Assistance				
9	NNW				
10	Inne OC				
11	Kredytu, Finansowe, D&O				
12	Gwarancja ubezpieczeniowa				
13	Inne (jakie?)*				
Razem ubezpieczenia (1-13)		0,00	0	0,00	0,00
Uwagi		* Tu wpisz swoje uwagi			
ŁĄCZNIE		Usiłowanie wyłudzenia		Wyłudzenia	
		Liczba	Kwota	Liczba	Kwota
		0	0,00	0	0,00
W tym ZATAJENIA		0	0,00	0	0,00
OGÓLEM		0	0,00		

Tabela dla zakładów ubezpieczeń Działu II		Nazwa zakładu:		NAZWA ZAKŁADU	
II. Nadużycia stwierdzone w procesach sprzedaży i obsługi ubezpieczeń oraz w innych obszarach					
poz.	Ryzyko	Sprawy załatwione w trybie postępowania karnego procesowe		Sprawy załatwione w trybie innym niż postępowanie karne nieprocesowe	
		Usiłowanie wyłudzenia		Usiłowanie wyłudzenia	
		Liczba	Kwota	Liczba	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

Usiłowanie wyłudzenia		Wyłudzenia		Uwagi	
Liczba	Kwota	Liczba	Kwota	* Tu wpisz swoje uwagi	
0	0,00	0	0,00		
0	0,00	0	0,00		
ŁĄCZNIE					
W tym ZATAJENIA					
OGÓLEM		0	0,00		



Polska Izba Ubezpieczeń
00-105 Warszawa, ul. Twarda 18

tel.: +48 22 420 51 05
faks: + 48 22 420 51 87
office@piu.org.pl
www.piu.org.pl