



POLSKA IZBA UBEZPIECZEŃ

**ANALIZA  
DANYCH DOTYCZĄCYCH  
PRZESTĘPSTW UBEZPIECZENIOWYCH  
UJAWNIONYCH W 2024 ROKU**



DR PIOTR MAJEWSKI  
POLSKA IZBA UBEZPIECZEŃ

KOMISJA DS. PRZECIWDZIAŁANIA PRZESTĘPCZOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ

**WARSZAWA 2025**

# SPIS TREŚCI:



## WPROWADZENIE

3



## ROZDZIAŁ 1 PRZESTĘPCZOŚĆ UBEZPIECZENIOWA W POLSCE W LICZBACH

4



## ROZDZIAŁ 2 PRZESTĘPCZOŚĆ W UBEZPIECZENIACH NA ŻYCIE

8



## ROZDZIAŁ 3 PRZESTĘPCZOŚĆ W UBEZPIECZENIACH MAJĄTKOWYCH

17



## ROZDZIAŁ 4 WYJAŚNIENIE POJĘĆ I DEFINICJI

32

## WPROWADZENIE



**NA PAŃSTWA RĘCE SKŁADAMY**

# 15

**JUŻ RAPORT DOTYCZĄCY ZJAWISKA  
PRZESTĘPCZOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ  
OPRACOWANY PRZEZ POLSKĄ IZBĘ  
UBEZPIECZEŃ.**

Jest to jedyny kompleksowy raport dotyczący przestępczości ubezpieczeniowej, który ukazuje się co roku i zawiera rzetelne dane o skali i strukturze tego zjawiska na polskim rynku ubezpieczeń.

Monitorujemy trendy i nowe metody wyłudzeń, by jak najlepiej chronić uczestników rynku ubezpieczeń. Wnioski z raportu stanowią cenny materiał szkoleniowy, zarówno dla pracowników zakładów ubezpieczeń, jak i organów ścigania.

Szerzenie wiedzy o przestępczości ubezpieczeniowej i jej skutkach sprzyja eliminowaniu społecznego przyzwolenia na wyłudzenia. Chcemy, by wszyscy uczestnicy rynku wreszcie zdali sobie sprawę, że powiększanie szkody o fikcyjne straty to również przestępstwo, którego koszty obciążają uczciwych klientów zakładów ubezpieczeń.

Wartość wykrytych fraudów rośnie, ponieważ ubezpieczyciele coraz skuteczniej walczą z oszustwami. Sprzyja temu postęp w rozwiązaniach informatycznych, który umożliwia zakładom ubezpieczeń korzystanie z coraz to nowszych narzędzi do analizy roszczeń. Rozwój sztucznej inteligencji przyspiesza weryfikację roszczeń i wykrywanie prób oszustwa. Istotne znaczenie ma również wymiana informacji i wzajemna współpraca zakładów ubezpieczeń i Policji.

Prezentowany przez nas raport obejmuje przestępstwa związane z likwidacją szkód ujawnione w 2024 roku przez wszystkie zakłady ubezpieczeń działające na polskim rynku. Zaprezentowane dane obejmują zarówno przypadki wyłudzeń, jak i ich usiłowania.

# 1 ROZDZIAŁ PRZESTĘPCZOŚĆ UBEZPIECZENIOWA W POLSCE W LICZBACH



W 2024 ROKU ZAKŁADY UBEZPIECZEŃ UJAWNIŁY PRZESZŁO

# 32 TYS.

PRZESTĘPSTW UBEZPIECZENIOWYCH.



TO O 15%  
MNIJ NIŻ ROK  
WCZEŚNIEJ



LICZBA PRZESTĘPSTW ZALEŻY MIĘDZY INNYMI OD SPOSOBU RAPORTOWANIA PRZYJĘTEGO PRZEZ POSZCZEGÓLNE ZAKŁADY UBEZPIECZEŃ - ZWŁASZCZA W PRZYPADKU WYŁUDZEŃ Z UDZIAŁEM WIELU SPRAWCÓW. DLATEGO LEPSZYM WYZNACZNIKIEM AKTUALNYCH TRENDÓW JEST WARTOŚĆ PRZESTĘPSTW UBEZPIECZENIOWYCH.

W 2024 ROKU WYNIOSŁA ONA PONAD

# 675 MLN ZŁ

PODCZAS GDY ROK  
WCZEŚNIEJ BYŁY TO

# 452 MLN ZŁ



**WARTOŚĆ WYKRYTYCH FRAUDÓW ROŚNIE, PONIEWAŻ UBEZPIECZYCIELE ZWALCZAJĄ JE CORAZ SKUTECZNIEJ.**



**TABELA 1. PRZESTĘPCZOŚĆ UBEZPIECZENIOWA W POLSCE W LATACH 2018-2024**

ROK	UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE		UBEZPIECZENIA MAJĄTKOWE		CAŁY RYNEK	
	LICZBA	WARTOŚĆ (zł)	LICZBA	WARTOŚĆ (zł)	LICZBA	WARTOŚĆ (zł)
2018	1 115	18,14	11 125	214,60	12 240	232,74
2019	2 429	42,84	14 680	351,01	17 109	393,85
2020	6 994	46,83	16 231	354,23	23 225	401,07
2021	4 681	34,11	20 879	408,16	25 560	442,27
2022	8 633	51,66	23 352	357,37	31 985	409,03
2023	9 848	62,81	27 967	389,33	37 815	452,14
2024	8 508	77,25	23 738	597,96	32 246	675,21

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

**ZWIĘKSZENIE WYKRYWALNOŚCI PRZESTĘPSTW W 2024 ROKU**

**JEST WYNIKIEM ZWIĘKSZANIA NAKŁADÓW NA PRZECIWDZIAŁANIE PRZESTĘPSTWOM.**

**W PORÓWNIANIU Z 2023 ROKIEM NAJBARDZIEJ ZNACZĄCO, BO AŻ O**

**54%**

**WZROSŁA WARTOŚĆ PRZESTĘPSTW WYKRYTYCH W UBEZPIECZENIACH MAJĄTKOWYCH.**

Wzrost wykrywalności przestępstw wynika m.in. ze zwiększenia zasobów ludzkich w działach zwalczających wyłudzenia, a także z intensywnych szkoleń zespołów likwidacji szkód w większości zakładów ubezpieczeń.

Większa skuteczność ubezpieczycieli wynika również z większej dostępności technologii. Umożliwia ona np. analizy danych ze sterowników pojazdów czy analizy metadanych z urządzeń mobilnych. Jednocześnie zakłady ubezpieczeń zwiększają zespoły zajmujące się zwalczaniem przestępczości i aktualizują procedury likwidacji szkód.

Nie bez znaczenia jest też rozwój sztucznej inteligencji (AI) umożliwiającej tworzenie modeli predykcyjnych ułatwiających ocenę ryzyka i typowanie szkód narażonych na wyłudzenia.

Znaczące, dla wzrostu wykrywalności przestępstw ubezpieczeniowych, jest także usprawnienie współpracy i wymiany danych w ramach zakładów ubezpieczeń oraz pomiędzy nimi a organami ścigania.

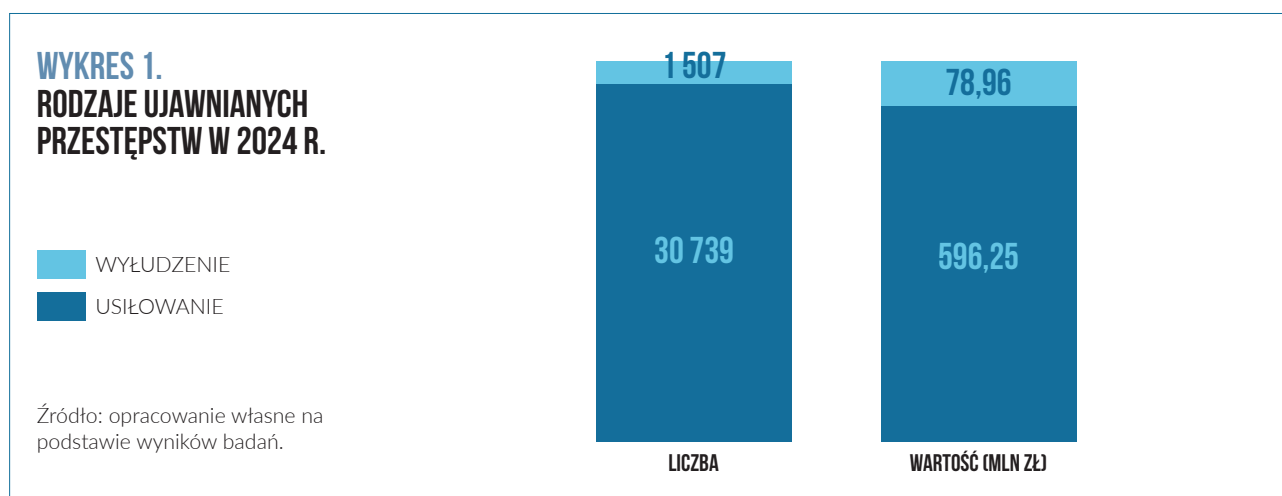
## RODZAJE UJAWNIANYCH PRZESTĘPSTW

Znakomita większość liczby i wartości ujawnianych przestępstw to usiłowania wyłudzeń. Dzięki działaniom zakładów ubezpieczeń nie skutkowały one stratami finansowymi.

**TABELA 2. RODZAJE UJAWNIANYCH PRZESTĘPSTW W 2024 ROKU**

KATEGORIA	LICZBA	WARTOŚĆ (MLN ZŁ)	LICZBA (%)	WARTOŚĆ (%)
USIŁOWANIE	30 739	596,25	95,33%	88,31%
WYŁUDZENIE	1 507	78,96	4,67%	11,69%

Źródło: Opracowanie na podstawie wyników badań.

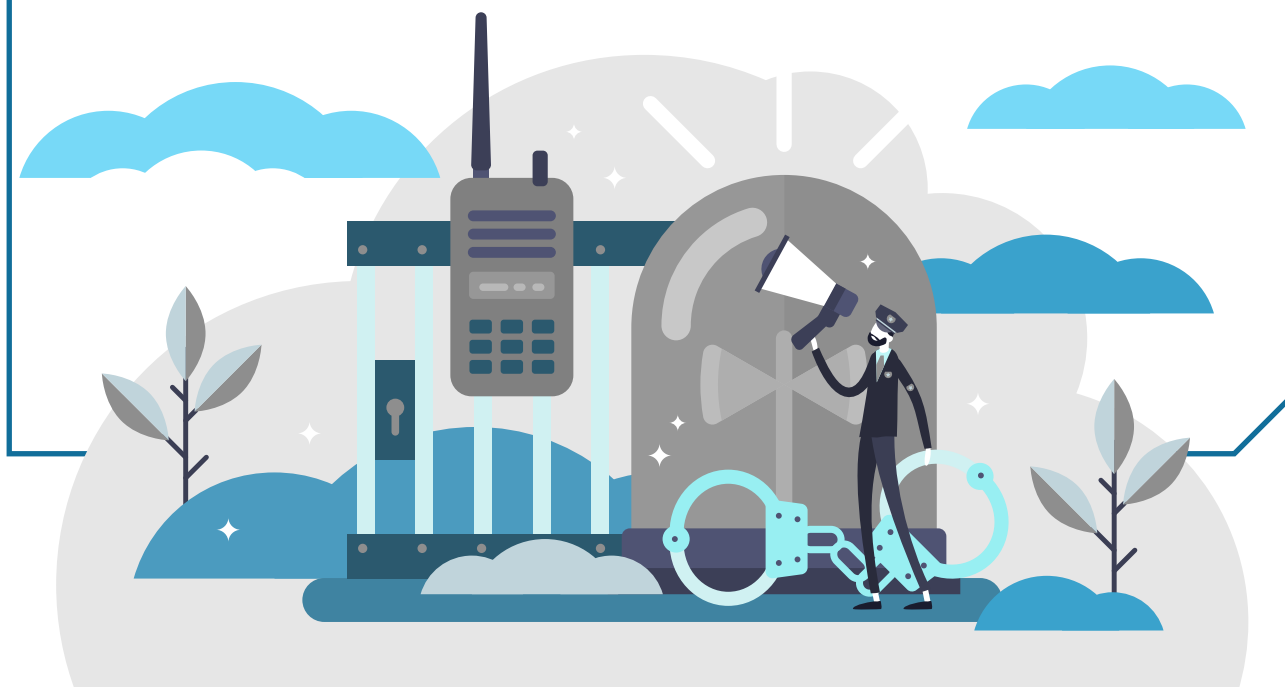


## WSPÓŁPRACA Z POLICJĄ

### **WSPÓŁPRACA ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ Z POLICJĄ TO BARDZO WAŻNY ELEMENT PRZECIWDZIAŁANIA PRZESTĘPCZOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ.**

Z inicjatywy Polskiej Izby Ubezpieczeń od kilku lat prowadzone są cykliczne szkolenia dla funkcjonariuszy odpowiedzialnych za obszar zwalczania przestępczości gospodarczej. Podczas spotkań, w komendach wojewódzkich oraz Komendzie Stołecznej Policji, eksperci z zakładów ubezpieczeń dzielą się z funkcjonariuszami wiedzą o metodach wyłudzeń i aktualnych trendach.

Przykładem tej współpracy jest seminarium szkoleniowe pt. *Współpraca Policji, Zakładów Ubezpieczeń i innych instytucji rynku ubezpieczeniowego w zakresie zapobiegania, ujawniania oraz zwalczania przestępczości ubezpieczeniowej*, które od 15 lat odbywa się w Akademii Policji w Szczytnie, a którego organizatorami są Polska Izba Ubezpieczeń i Komenda Główna Policji.



## 2 ROZDZIAŁ PRZESTĘPCZOŚĆ W UBEZPIECZENIACH NA ŻYCIE



WARTOŚĆ PRZESTĘPSTW WYKRYTYCH W 2024

ROKU W  
UBEZPIECZENIACH NA  
ŻYCIE WZROSŁA O

**23%**

W PORÓWNANIU DO ROKU  
2023



WIODĄCĄ METODĄ, JAKĄ POSŁUGIWALI SIĘ SPRAWCY, BYŁO FAŁSZOWANIE DOKUMENTÓW BĘDĄCYCH PODSTAWĄ SKŁADANEGO ROSZCZENIA.

Wzrost wykrywalności wynikał m.in. z rosnącej wymiany danych pomiędzy zakładami ubezpieczeń. W ubezpieczeniach na życie jeden klient może bowiem zawierać wiele umów ubezpieczenia dotyczących zdrowia i życia, a roszczenia mogą się kumulować. W związku z tym niektórzy nieuczciwi klienci w celu uzyskania wyższych korzyści, zgłaszają identyczne roszczenia u kilku ubezpieczycieli.



**TABELA 3. PRZESTĘPCZOŚĆ UBEZPIECZENIOWA WEDŁUG RODZAJU WYŁUDZENIA (UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE W 2024 ROKU)**

PRODUKT/RYZYKO	LICZBA	LICZBA (%)	WARTOŚĆ (MLN ZŁ)	WARTOŚĆ (%)
ZGON UBEZPIECZONEGO	542	6,37%	34,20	44,27%
ZGON UBEZPIECZONEGO NA SKUTEK NW	45	0,53%	4,27	5,52%
POWAŻNE ZACHOROWANIE	2 005	23,57%	12,32	15,94%
TRWAŁE INWALIDZTWO LUB USZCZERBEK NA SKUTEK NW	1 457	17,13%	4,47	5,79%
NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY	57	0,67%	4,97	6,44%
LECZENIE SZPITALNE LUB OPERACJE	3 343	39,29%	12,42	16,08%
NARODZINY DZIECKA / NARODZINY MARTWEGO DZIECKA	85	1,00%	0,21	0,27%
ŚMIERĆ RODZICA/ TEŚCIA / WSPÓŁMAŁŻONKA/ DZIECKA	597	7,02%	2,71	3,51%
INNE	377	4,43%	1,68	2,18%
<b>RAZEM</b>	<b>8 508</b>	<b>-</b>	<b>77,25</b>	<b>-</b>

Źródło: Opracowanie na podstawie wyników badań.

## ZGONY

Największą część, bo blisko połowę wartości ujawnionych przestępstw w ubezpieczeniach na życie, stanowiły zgony.

**WARTO JEDNAK PODKREŚLIĆ, ŻE Z BIEGIEM LAT ICH UDZIAŁ W OGÓLNEJ SUMIE PRZESTĘPSTW SPADA, Z UWAGI NA CORAZ WIĘKSZĄ SKUTECZNOŚĆ WYKRYWANIA OSZUSTW PRZEZ ZAKŁADY UBEZPIECZEŃ.**

Wyłudzenia świadczeń za zgony dotyczą zarówno zdarzeń realnych, jak i upozorowanych. W tym pierwszym przypadku sprawcy wprowadzają zakłady ubezpieczeń w błąd zawierając umowy już po śmierci danej osoby ubezpieczonej lub ubezpieczając osoby w terminalnej fazie choroby. W drugim – pozorują zgony przez fałszowanie dokumentacji.



## LECZENIE SZPITALNE

Wyłudzenia świadczeń za leczenie szpitalne i operacje chirurgiczne polegają na fałszowaniu dokumentów o stanie zdrowia oraz okolicznościach zaistnienia urazu czy choroby.

W 2024 ROKU PRAWIE

**40%**

LICZBY PRZESTĘPSTW W UBEZPIECZENIACH NA ŻYCIE DOTYCZYŁO LECZENIA SZPITALNEGO LUB OPERACJI CHIRURGICZNEJ. SĄ TO PRZESTĘPSTWA O NIEWIELKIEJ WARTOŚCI.



## NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY



Wyłudzenia świadczeń za niezdolność do pracy również podlegają fałszowaniu dokumentacji medycznej. W 2024 roku zakłady ubezpieczeń odniosły sukces wykrywając kilka prób wyłudzeń o dużej wartości dotyczących rzekomej niezdolności do pracy.

## POWAŻNE ZACHOROWANIA

Każdego roku coraz większa liczba klientów rynku ubezpieczeniowego wybiera produkty ochronne, dotyczące między innymi poważnych zachorowań. Podobnie jak leczenie szpitalne czy niezdolność do pracy, najczęściej są to produkty sprzedawane w ramach ubezpieczeń grupowych. Z tego względu zmianie ulega także struktura wykrywanych przestępstw. Liczba wyłudzeń dotyczących tego typu produktów wzrosła o blisko 100%.

LICZBA WYŁUDZEŃ DOTYCZĄCYCH TEGO TYPU PRODUKTÓW WZROSŁA O BLISKO

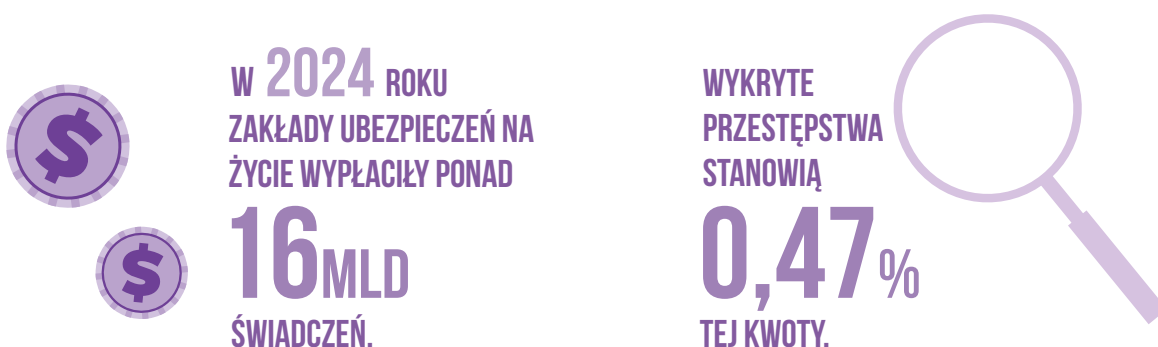
**100%**



## UBEZPIECZENIA GRUPOWE

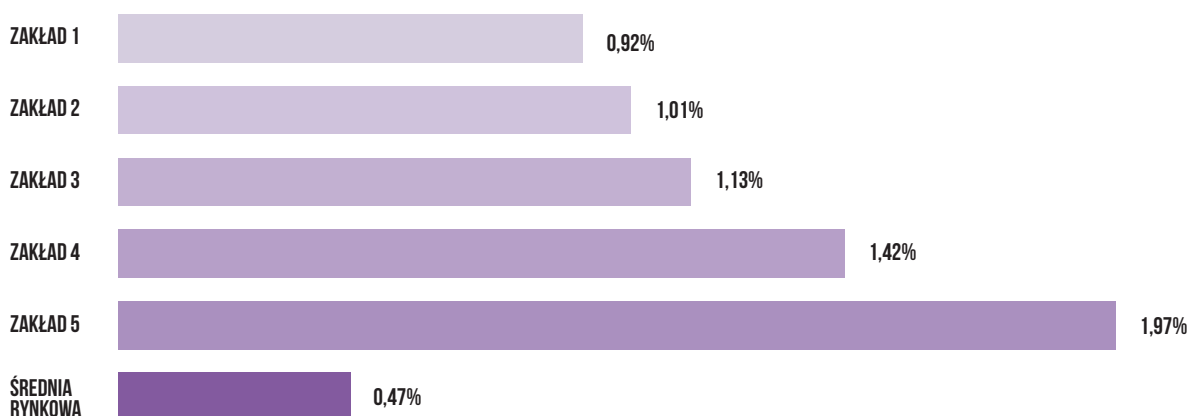
Duża część przestępstw dotyczy ubezpieczeń grupowych. Ubezpieczenia te mają powszechny charakter, przy ich zawieraniu nie stosuje się indywidualnej oceny ryzyka, a zakres ochrony jest szeroki i często obejmuje praktycznie wszystkie możliwe szkody, od śmierci przed uszczerbki na zdrowiu, po poważne zachorowania.

### STOSUNEK WARTOŚCI PRZESTĘPSTW DO WARTOŚCI ŚWIADCZEŃ



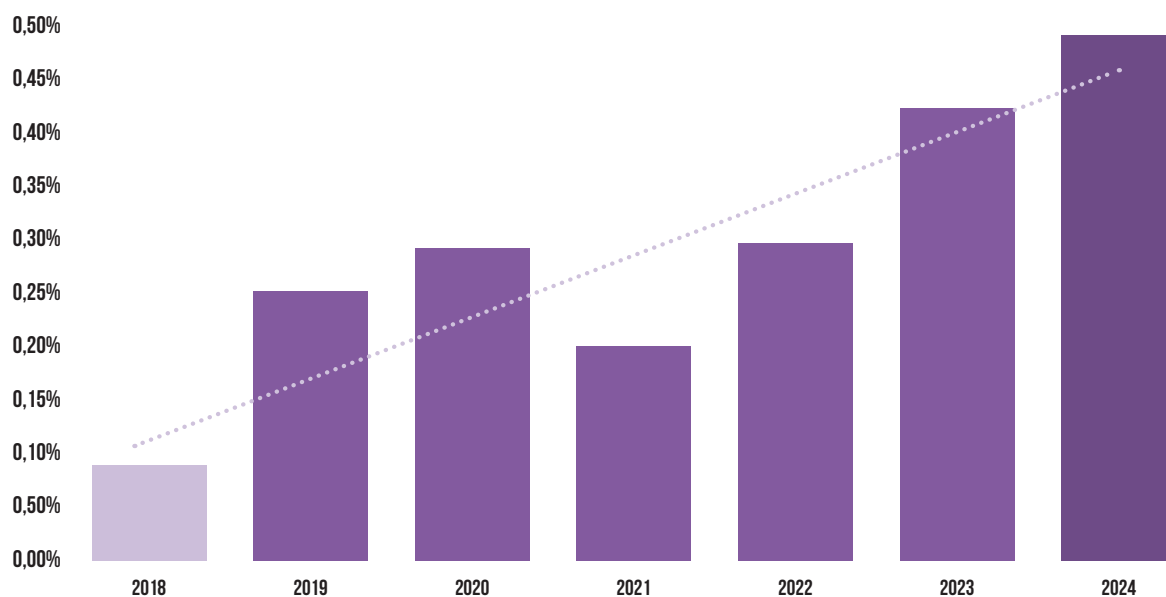
Poszczególne zakłady ubezpieczeń mają różny poziom skuteczności w ujawnianiu przestępstw. Wynika to głównie ze zróżnicowanej struktury sprzedawanych produktów i rodzajów ubezpieczeń w portfolio.

**WYKRES 2. STOSUNEK WARTOŚCI PRZESTĘPSTW DO WARTOŚCI WYPŁACANYCH ŚWIADCZEŃ W UBEZPIECZENIACH NA ŻYCIE W 2024 ROKU W WYBRANYCH WIODĄCYCH POD WZGLĘDEM SKUTECZNOŚCI WYKRYWANIA ZAKŁADACH UBEZPIECZEŃ (KOLEJNOŚĆ ROSNĄCA WG WARTOŚCI, GDZIE 6 TO ŚREDNIA RYNKU)**



Źródło: Opracowanie na podstawie wyników badań.

### WYKRES 3. STOSUNEK WARTOŚCI PRZESTĘPSTW DO WARTOŚCI WYPŁACANYCH ŚWIADCZEŃ W UBEZPIECZENIACH NA ŻYCIE W LATACH 2018 - 2024



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

## PRZYKŁADY SZKÓD W UBEZPIECZENIACH NA ŻYCIE

Prezentowane przykłady ilustrują wybrane metody działania sprawców przestępstw ubezpieczeniowych.

### PRZYKŁAD 1 – NIEPRAWDZIWE OŚWIADCZENIE POŚREDNIKA

**W CELU UZYSKANIA WYŻSZEGO WYNAGRODZENIA PROWIZYJNEGO W NOWYM ZAKŁADZIE UBEZPIECZEŃ, POŚREDNIK OŚWIADCZYŁ NIEPRAWDĘ CO DO WCZEŚNIEJSZEJ WSPÓŁPRACY Z INNYM ZAKŁADEM UBEZPIECZEŃ.**

Dotyczyło to długości stażu pracy i wysokości średniej miesięcznej sprzedaży. Dodatkowo pośrednik podrobił dwa potwierdzenia przelewów bankowych na dowód rzekomych wypłat prowizyjnych z innego zakładu ubezpieczeń.

Umowa z pośrednikiem została rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym.

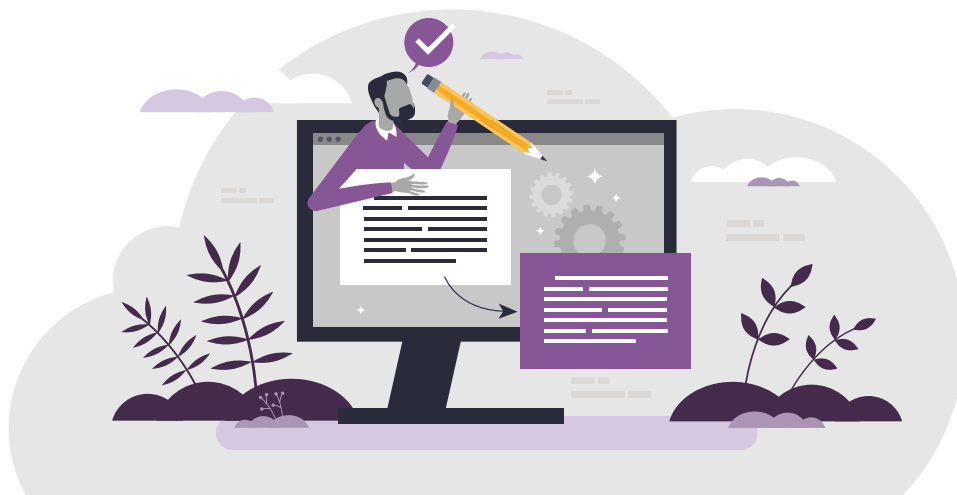


## PRZYKŁAD 2 – UMOWY NA SKRADZONE DANE

**UBEZPIECZYCIEL ODKRYŁ W PORTFELU AGENTA SZEREG BUDZĄCYCH PODEJRZENIE INDYWIDUALNYCH UMÓW UBEZPIECZENIA NA ŻYCIĘ.**

Umowy zawarto w ostatnich dniach miesiąca, a pierwsze składki wpłacono anonimowo. Ponadto nie można było nawiązać kontaktu z klientami w ramach realizacji tzw. telefonów powitalnych. Pośrednik poproszony o wyjaśnienia nie był w stanie podać podstawowych informacji dotyczących klientów oraz szczegółowych okoliczności zawarcia umów, pomimo że nastąpiło to dwa tygodnie wcześniej. Okazało się, że umowy zostały zawarte z osobami, które nie miały świadomości użycia ich danych lub z osobami, których dane zostały spreparowane. Celem działania pośrednika było wyłudzenie prowizji. Okazało się również, że agent zrobił to jednocześnie w kilku zakładach ubezpieczeń.

Umowy o świadczenie usług z pośrednikiem zostały rozwiązane ze skutkiem natychmiastowym.



## PRZYKŁAD 3 – ZAAWANSOWANE STADIUM CHOROBY

**KLIENT PRZYSTĄPIŁ DO UMOWY UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO. PO KILKU MIESIĄCACH ZGŁOSIŁ ROSZCZENIE Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU.**

Przyczyną hospitalizacji był przerost mięśnia sercowego w zaawansowanym stadium. Ubezpieczony znajdował się w grupie obserwacyjnej do transplantacji serca. Zakład ubezpieczeń zapytał pracodawcę Klienta o jego zdolność ubezpieczeniową w dniu podpisania deklaracji. Wątpliwości wzbudził krótki okres trwania ubezpieczenia oraz zaawansowane stadium choroby. Okazało się, że Klient cały czas przebywał na zwolnieniu lekarskim, a następnie na świadczeniu rehabilitacyjnym. Podał więc nieprawdziwe oświadczenia w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia i nie powinien do niego przystąpić.

Zakład ubezpieczeń odmówił wypłaty świadczenia.

#### PRZYKŁAD 4 – NIEPRAWDZIWE OKOLICZNOŚCI ZDARZENIA

**3 TYGODNIE PO ZAWARCIU UMOWY UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO KLIENTKA POINFORMOWAŁA ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ O URAZIE BARKU.**

W dokumentacji medycznej znajdowało się rozpoznanie wskazujące na zmiany zwyrodnieniowe. Zakład ubezpieczeń wystąpił do Ubezpieczonej o pełną dokumentację medyczną. Okazało się, że już kilka miesięcy wcześniej kobieta skarżyła się na dolegliwości bólowe barku i wykonała wówczas badanie obrazowe (RTG). Ubezpieczona próbowała więc wyłudzić świadczenie podając nieprawdziwe okoliczności zdarzenia.

Zakład Ubezpieczeń odmówił wypłaty świadczenia, wskazując na brak zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością.

#### PRZYKŁAD 5 – POWAŻNY USZCZERBEK PRZY PRÓBIE SAMOBÓJCZEJ

**UBEZPIECZONY DOZNAŁ POWAŻNYCH OPARZEŃ OK. 80% POWIERZCHNI CIAŁA W WYNIKU ZAPŁONU OPARÓW BENZyny.**

Ubezpieczyciel wystąpił do Prokuratury o dokumenty z przeprowadzonego postępowania wyjaśniającego zdarzenie. Okazało się, że przyczyną była próba samobójcza Ubezpieczonego. Zatem oparzenie nastąpiło na skutek działania umyślnego, a nie na skutek nieszczęśliwego wypadku. Ubezpieczony próbował wyłudzić świadczenie podając nieprawdziwe okoliczności zdarzenia. Zakład Ubezpieczeń odmówił wypłaty świadczenia.



#### PRZYKŁAD 6 – FAŁSZYWA DOKUMENTACJA MEDYCZNA

**KLIENT ZGŁOSIŁ WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA ZA POBYT W SZPITALU W JEDNYM Z PAŃSTW AFRYKI.**

Hospitalizacja miała być spowodowana poważnym zachorowaniem i niezdolnością do pracy z powodu ciężkiego przebiegu choroby tropikalnej z powikłaniami. W toku weryfikacji okazało się, że lekarz, który rzekomo sporządził dokumentację, nie żyje od kilku lat. Zakład ubezpieczeń udaremnił wypłatę kilku świadczeń ujawniając fałszerstwa dokumentów.

## PRZYKŁAD 7— FAŁSZERSTWO PODPISU UBEZPIECZONEGO

**UPOSAŻONY ZGŁOSIŁ  
ROSZCZENIE Z TYTUŁU  
ZGONU.**

Nastąpił on tuż po zawarciu umowy ubezpieczenia, a ubezpieczony był osobą bezdomną i nadużywającą alkoholu.

Zakład ubezpieczeń ujawnił fałszerstwo podpisu Ubezpieczonego w dokumentach o objęcie ochroną ubezpieczeniową.

## PRZYKŁAD 8— UPOZOROWANIE WYPADKU I ŚMIERCI

**KLIENT ZGŁOSIŁ  
ROSZCZENIE NA WYSOKĄ  
KWOTĘ Z TYTUŁU  
ŚMIERCI PARTNERKI  
W WYNIKU WYPADKU  
KOMUNIKACYJNEGO  
NA TERENIE  
DEMOKRATYCZNEJ  
REPUBLICKI KONGA.**

Sam doznał poważnych obrażeń ciała. Według opinii grafologa dokumenty dołączone do akt szkodowych zostały podrobione. Podejrzewano upozorowanie wypadku oraz śmierci ubezpieczonej. Zakład ubezpieczeń nie potwierdził zgłoszonych okoliczności. Wydał decyzję odmowną oraz złożył zawiadomienie o próbie wyłudzenia odszkodowania.

## PRZYKŁAD 9 — KREATYWNE MAŁŻEŃSTWO I SERIA SZKÓD Z UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO

**UBEZPIECZONE  
MAŁŻEŃSTWO ZGŁOSIŁO  
W KRÓTKIM CZASIE  
SERIĘ RÓŻNYCH SZKÓD  
Z UBEZPIECZENIA  
GRUPOWEGO.**

Były to: trwałe uszczerbki na zdrowiu (np. złamanie kości udowej, złamanie kości nadgarstka, wstrząs mózgu) oraz urodzenie i zgon dziecka. Łącznie było to 13 roszczeń, które - jak się okazało - bazowały na sfałszowanej dokumentacji medycznej. Ubezpieczyciel złożył zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa do organów ścigania.



## PRZYKŁAD 10— SFAŁSZOWANY AKT ZGONU

**UPOSAŻONA STARSZA  
KOBIETA ZŁOŻYŁA  
ROSZCZENIE Z TYTUŁU  
ŚMIERCI UBEZPIECZONEJ  
W WYNIKU WYPADKU  
KOMUNIKACYJNEGO NA  
TERENIE USA.**

Suma ubezpieczenia wynosiła 800 000 zł, a uposażona nie była spokrewniona z poszkodowaną.

Okazało się, że sprawczyni pozyskała oryginalny dokument potwierdzający zgon w USA i sfałszowała go, podstawiając dane ubezpieczonej osoby. Następnie na podstawie tego sfałszowanego aktu zgonu uzyskała akt zgonu wystawiony przez USC w Polsce.

Wypłacono odszkodowanie, jednak Ubezpieczyciel dowiedział się o przestępstwie i zawiadomił bank, że środki pochodzą z wypłaty nienależnego świadczenia. Bank zablokował środki. Złożono też zawiadomienie do Prokuratury. W tym przypadku, przestępstwo wykrył drugi zakład ubezpieczeń, w którym sprawczyni także próbowała wyłudzić świadczenie.



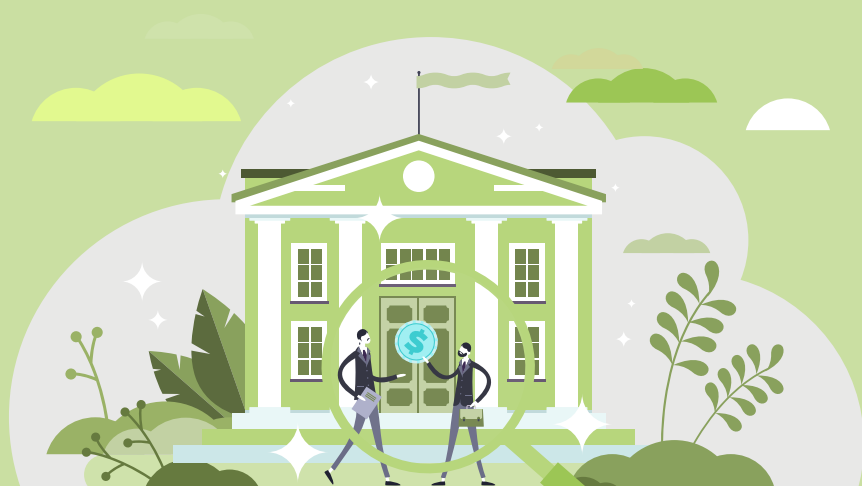
## PRZYKŁAD 11— FAŁSZERSTWA PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH

**UBEZPIECZYCIEL ODKRYŁ  
PROCEDER ZAWIERANIA  
UMÓW UBEZPIECZENIA  
NA ŻYCIE OBEJMUJĄCYCH  
WYSOKIE USZCZERBKI NA  
ZDROWIU.**

Wśród sprawców byli pracownicy placówek medycznych, którzy fałszowali dokumentację medyczną, służącą składaniu roszczeń. Sprawa została zgłoszona do Prokuratury i zakończona wyrokiem skazującym, dotyczącym m.in. byłego reprezentanta Polski w piłce nożnej.



# 3 ROZDZIAŁ PRZESTĘPCZOŚĆ UBEZPIECZENIOWA W UBEZPIECZENIACH MAJĄTKOWYCH



W PORÓWNANIU Z 2023 ROKIEM NAJBARDZIEJ ZNACZĄCO, BO AŻ O

## 54%

WZROSŁA WARTOŚĆ PRZESTĘPSTW WYKRYTYCH W UBEZPIECZENIACH MAJĄTKOWYCH.

Od lat, dominują wśród nich – zarówno pod względem liczby, jak i wartości – przestępstwa związane z ubezpieczeniami komunikacyjnymi. Oszustwa w ramach szkód z ubezpieczeń OC i Autocasco, to łącznie niemal 65% liczby i ponad 65% wartości wszystkich przestępstw w ubezpieczeniach majątkowych. W porównaniu z poprzednim rokiem udziały te jednak istotnie się zmniejszyły. Zakłady ubezpieczeń ujawniają coraz więcej przestępstw z innych rodzajów ubezpieczeń. Gwałtownie rośnie liczba i wartość wykrytych oszustw w ubezpieczeniach mieszkaniowych oraz OC rolników i pozostałych ubezpieczeniach OC.

**TABELA 4. PRZESTĘPCZOŚĆ UBEZPIECZENIOWA WG RODZAJU WYŁUDZENIA (UBEZPIECZENIA MAJĄTKOWE W 2024 ROKU)**

PRODUKT/RYZYKO	LICZBA	LICZBA(%)	WARTOŚĆ (MLN ZŁ)	WARTOŚĆ (%)
OC KOMUNIKACYJNE (SZKODY MAJĄTKOWE)	8175	34,4%	115,69	19,3%
OC KOMUNIKACYJNE (SZKODY OSOBOWE)	1976	8,3%	133,41	22,3%
AUTOCASCO	5215	22,0%	142,93	23,9%
OC ROLNIKÓW	368	1,6%	16,68	2,8%
OD KRADZIEŻY Z WŁAMANIEM (BIZNES)	93	0,4%	11,30	1,9%
OD OGNI A I INNYCH ŻYWIOŁÓW (BIZNES)	276	1,2%	58,92	9,9%
UBEZPIECZENIA MIESZKAŃ I DOMÓW	3909	16,5%	30,97	5,2%
TURYSTYCZNE I ASSISTANCE	548	2,3%	1,80	0,3%
NNW	420	1,8%	2,24	0,4%
INNE OC	2188	9,2%	49,60	8,3%
KREDYTU, FINANSOWE, D&O	41	0,2%	2,95	0,5%
INNE (GŁÓWNIENIE CARGO I KORPO)	529	2,2%	31,46	5,3%
<b>RAZEM</b>	<b>23738</b>	<b>-</b>	<b>597,96</b>	<b>-</b>

Źródło: Opracowanie na podstawie wyników badań.

Na przestrzeni lat widoczna jest też ewolucja metod popełniania przestępstw. Z roku na rok sprawcy coraz częściej próbują uwiarygodnić szkodę zdjęciami zaczerpniętymi z Internetu, zdjęciami przerabianymi przez narzędzia AI, stosując zdalne kanały kontaktu i posługując się płatnościami on-line. W oszukańczych roszczeniach pojawiają się też nowe kategorie mienia np. drogie rowery czy komputery służące do wydobywania kryptowalut.

## UBEZPIECZENIA KOMUNIKACYJNE

WARTOŚĆ PRZESTĘPSTW  
W UBEZPIECZENIACH  
KOMUNIKACYJNYCH W



W 2024  
ROKU WYNIOSŁA OKOŁO  
**392MLN**

I WZROSŁA W PORÓWNANIU DO  
ROKU 2023 O  
**30%**

Popularność wyłudzeń z tytułu szkód komunikacyjnych wynika z:

- powszechności OC komunikacyjnego,
- dużego ryzyka uszkodzenia pojazdu,
- wysokich kosztów napraw pojazdów oraz leczenia i rehabilitacji,
- silnego przyzwolenia społecznego na tego typu działania.

Ubezpieczyciele coraz skuteczniej weryfikują przypadki fikcyjnych zgłoszeń kradzieży pojazdów, w tym tych o bardzo wysokiej wartości. Dzięki dostępowi do danych gromadzonych przez pojazdy i systemy teleinformatyczne upozorowanie kradzieży staje się coraz trudniejsze.



W 2024  
ROKU ZAKŁADY UBEZPIECZEŃ  
POWSZECHNIE STOSOWAŁY JUŻ METODY  
ODCZYTU DANYCH ZE STEROWNIKÓW  
POJAZDÓW TRAKTUJĄC JE JAKO ELEMENT  
PROCEDURY LIKWIDACJI SZKÓD.

Nowe samochody, wyposażone w wiele modułów elektronicznych, rejestrują dane dotyczące parametrów ruchu pojazdu tuż przed wypadkiem (CDR) oraz w sytuacjach aktywowania systemów zapobiegających kolizjom (EDR). Dane te są przechowywane trwale w pamięci sterowników i pozwalają precyzyjnie odtworzyć parametry ruchu oraz stan pojazdu w chwili zdarzenia. Umożliwia to ustalenie czy do szkody doszło w okolicznościach podawanych przez Klienta, a tym samym pozwala oddalać fikcyjne i oszukańcze roszczenia.



Metody przestępstw w ubezpieczeniach komunikacyjnych są dobrze znane ubezpieczycielom. Do najbardziej popularnych schematów działań należą m.in.:

- **Nieprzypadkowe zdarzenia drogowe z udziałem ubezpieczonych** – polegające na wykorzystywaniu nieuwagi innych kierujących lub prowokowaniu kolizji, za które winę ponoszą inni uczestnicy ruchu. Dotyczy to np. sytuacji zmiany pasa ruchu na autostradach, rondach itp.;
- **Naprawy pojazdów udokumentowane fałszywymi fakturami** – deklaracja naprawy pojazdu z użyciem nowych, oryginalnych części, podczas gdy faktycznie zastosowane zostały części używane lub zamienniki.

**CZĘŚĆ PRZESTĘPSTW MOŻE ZAISTNIEĆ DZIĘKI WPLĄTANIU W PROCEDER WYŁUDZEŃ I FAŁSZERSTW PRZYPADKOWYCH POSIADACZY I UŻYTKOWNIKÓW POJAZDÓW.**

### PROCEDER FRANCUSKI

**WE FRANCJI OBOWIĄZUJĄ BARDZO RESTRYKCYJNE PRZEPISY DOTYCZĄCE EMISJI SPALIN. ZAREJESTROWANIE LUKSUSOWYCH I SPORTOWYCH SAMOCHODÓW, KTÓRE PRZEKRACZAJĄ DOZWOLONĄ EMISJĘ, WIĄŻE SIĘ Z KONIECZNOŚCIĄ ZAPŁACENIA OGROMNYCH PODATKÓW.**

Aby tego uniknąć, pojazdy kupowane są w Polsce i użytkowane później na terenie Francji. Proceder polega na tym, że sprawca kontaktuje się z przedsiębiorcą o wysokich dochodach i nakłania go do zakupu luksusowego

## PROCEDER FRANCUSKI

pojazdu z wykorzystaniem umowy leasingu oferując mu atrakcyjne wynagrodzenie w zamian za wynajem pojazdu.

Miesięczna opłata za wynajem jest wielokrotnie większa niż rata leasingu. Sprawca przekonuje przedsiębiorcę, że taki układ będzie wyjątkowo korzystny.

Po zawarciu umowy leasingu przedsiębiorca udostępnia pojazd sprawcy i otrzymuje przez pewien czas obiecane wynagrodzenie. Służy to nakłanianiu kolejnych osób do podobnych działań.

W tym czasie pojazd jest użytkowany niezgodnie z przeznaczeniem i służy np. do nielegalnych wyścigów, popełniania przestępstw, bądź też jest rozbierany na części. Po pewnym czasie przedsiębiorca otrzymuje informację o kradzieży lub zniszczeniu pojazdu i przestaje otrzymywać wynagrodzenie za wynajem pojazdu. Przedsiębiorca, nie chcąc płacić rat leasingu, zgłasza kradzież pojazdu podając nieprawdziwe okoliczności. Sprawca pozostaje nieuchwytny, a przedsiębiorca ponosi odpowiedzialność za złożenie fałszywego zawiadomienia o kradzieży pojazdu.

## PROCEDER WŁOSKI

**W NIKTÓRYCH REGIONACH WŁOCH, KOSZTY UBEZPIECZENIA OC POSIADACZY POJAZDÓW MECHANICZNYCH SĄ WIELOKROTNIE WYŻSZE NIŻ W POLSCE. TAK POWSTAŁ DYNAMICZNIE ROZWIJAJĄCY SIĘ BIZNES WŁOSKO - POLSKI.**

Włoski pośrednik, w zamian za odpowiednie wynagrodzenie, organizuje transakcję sprzedaży pojazdu pomiędzy jego właścicielem a jedną z wielu włosko polskich spółek zarejestrowanych w tym celu w Polsce. Pojazd jest rejestrowany w Polsce i jest udostępniany w formie umowy użyczenia lub najmu faktycznemu włoskiemu właścicielowi. Wszystko odbywa się



## PROCEDER WŁOSKI

korespondencyjnie. Spółka, formalny i nowy właściciel pojazdu, zawiera w Polsce umowę ubezpieczenia OC. Składka jest naliczana jak dla zwykłego pojazdu użytkowanego na terenie Polski. Do zawarcia umowy, jako dane posiadacza pojazdu, podawane są dane polskiej spółki lub skradzione dane obywateli polskich lub fikcyjne dane nieistniejących osób.

Składki ubezpieczeniowe nie są opłacane w całości, a spółka po jakimś czasie kończy działalność.

Z części tak zawartych polis zgłaszane są szkody. Niektóre są prawdziwe, a niektóre fikcyjne. Z uczestnikami tych zdarzeń trudno się skontaktować, a weryfikacja tych zdarzeń jest bardzo kosztowna.

## FOTO

Rynek ubezpieczeń zyskał nowe narzędzie pozwalające na skuteczne zwalczanie przestępstw dotyczących ubezpieczeń komunikacyjnych. System FOTO UFG analizuje zdjęcia uszkodzeń pojazdów i części używanych do napraw. Działanie systemu opiera się na sztucznej inteligencji i technologii automatycznego rozpoznawania obrazów. Jego zadaniem jest wykrywanie tych samych lub powiększonych uszkodzeń poszczególnych elementów zgłaszanych do różnych ubezpieczycieli.



## UFG

Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny zgodnie z art. 102 ustawy z 22 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK gromadzi dane dotyczące ubezpieczeń OC posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz AC w zakresie obejmującym umowy ubezpieczenia, zdarzenia oraz wypłacone lub odmówione odszkodowania. Dane te są następnie udostępniane uprawnionym do tego podmiotom wskazanym w art. 104 ustawy, w tym zakładom ubezpieczeń i organom ścigania. Jednocześnie zgodnie z art. 102 ust. 7 Fundusz przetwarza dane w celu identyfikacji i weryfikacji zjawisk związanych z przestępczością ubezpieczeniową.

W celu usprawnienia realizacji tych zadań ustawowych w 2019 roku została uruchomiona Zintegrowana Platforma Identyfikacji i Weryfikacji Zjawisk Przemysłowej Ubezpieczeniowej (Platforma), za pomocą której zakłady ubezpieczeń mogą uzyskać statystyczną ocenę ryzyka wystąpienia zjawiska przestępczego dla każdej polisy lub szkody przekazanej do bazy UFG. Dodatkowo istnieje możliwość wizualizacji danych zgromadzonych w UFG w postaci sieci powiązań (grafów) oraz uzyskania wyników weryfikacji danych przekazanych do bazy UFG z rejestrami państwowymi (PESEL, CEP i REGON). Z kolei pozostałe instytucje korzystające z Platformy otrzymały możliwość samodzielnego kierowania zapytań do bazy UFG w celach, o których mowa w art. 104 ust. 1, co znacznie przyspieszyło ten proces i pozwoliło ograniczyć tradycyjną korespondencję.

## DANE UFG

Analiza danych z Ośrodka Informacji UFG pozwala zaobserwować anomalie świadczące o możliwości popełnienia przestępstw. Taką anomalią jest np. podwyższona częstość szkód przypadających na polisę, pojazd lub osobę. Zdecydowana większość klientów nie ma szkód.

### DOTYCZY TO AŻ

**98,32% z 32,5 MLN**  
ZAWARTYCH W 2024 POLIS OC

**94,79% z 8,2 MLN**  
ZAWARTYCH W 2024 POLIS AC

**JEDNA SZKODA W ROKU ZGŁASZANA JEST Z  
1,52% POLIS OC ORAZ 4,68% POLIS AC.**

Jednak pewna grupa klientów legitymuje się rekordowo wysoką szkodowością – w latach 2022-2024 wytypowano:

- 9,4 tys. polis OC, z których zgłoszono po 4 szkody, a z blisko 6,2 tys. zgłoszono 5 i więcej szkód;
- 8,7 tys. polis AC z których zgłoszono po 4 szkody, a z blisko 7,6 tys. zgłoszono 5 i więcej szkód;
- ponad 1,5 tys. pojazdów, które uległy 2 lub więcej szkodom całkowitym z ubezpieczenia OC;
- około 2,8 tys. pojazdów o wartości ponad 200 tys. zł., które uległo szkodzie całkowitej lub zostało zgłoszonych jako skradzione w ciągu pierwszych 30 dni po zawarciu umowy ubezpieczenia AC;
- 8,8 tys. osób poszkodowanych w 6 do 10 szkodach z ubezpieczeń komunikacyjnych;
- ponadto 1 tys. osób, które były poszkodowane w 11 do 20 szkodach.

**POWYŻSZE KONCENTRACJE SZKÓD PODLEGAJĄ SZCZEGÓŁOWEJ WERYFIKACJI POD KĄTEM ZASADNOŚCI ZŁOŻONEGO ROSZCZENIA ALBO EWENTUALNEGO PRZESTĘPSTWA WYŁUDZENIA.**

## UBEZPIECZENIA DLA OSÓB FIZYCZNYCH

Coraz więcej przestępstw związanych jest z ubezpieczeniami mieszkań.



WARTOŚĆ TAKICH PRZYPADKÓW WZROSŁA W  
2024 ROKU O **60%**  
W PORÓWNANIU  
DO ROKU  
2023

Pod względem liczby ten rodzaj przestępstw osiąga wartości porównywalne z ubezpieczeniem Autocasco. Wzrost liczby przestępstw w ubezpieczeniach mieszkaniowych może wynikać ze zwiększonego zainteresowania sprawców ubezpieczeniami poza komunikacyjnymi oraz z coraz lepszej zdolności ubezpieczycieli do wykrywania tego typu przypadków.

Przeważnie sprawcy zgłaszają utratę lub zniszczenie mienia. Na przestrzeni lat obserwowana jest tendencja wzrostu wartości rzekomo utraconych przedmiotów. Najczęściej są to drogie rowery oraz urządzenia RTV i AGD. Zwykle podawane są nieprawdziwe okoliczności

zaistnienia szkody, a dokumentacja fotograficzna i dowody zakupu przedmiotów są fałszywe lub zmodyfikowane.

Obserwowany jest również trend wzrostu przestępstw związanych z niekomunikacyjnym ubezpieczeniem OC.



Wzrost o blisko 90% do wartości 49 mln zł dotyczy także pozostałych ubezpieczeń OC. W pozostałych, niekomunikacyjnych ubezpieczeniach OC, jest to już wartość ponad 49 mln zł.

Ochrona oferowana przez te produkty wykorzystywana jest przez sprawców do pokrywania zarówno kosztów uszkodzeń mienia, jak i uszczerbków na zdrowiu.

## UBEZPIECZENIA DLA BIZNESU





REKORDOWE WARTOŚCI ZARAPORTOWANE ZOSTAŁY W PRZYPADKU SZKÓD POŻAROWYCH.  
WYNIOSŁY ONE BLISKO

**59 MLN ZŁ**

Są to szkody związane z dużymi pożarami obiektów przemysłowych, o wartości jednostkowej wielu milionów złotych. Przeważnie zdarzenia te zaistniały w rzeczywistości, jednak przestępcy zataili fakt celowego podpalenia. Ponadto zakres roszczenia zwykle wielokrotnie przewyższał wartość poniesionych strat. Służyła temu sfałszowana dokumentacja księgowa i ewidencja przedmiotów przechowywanych w miejscu pożaru.

Dzięki opartym na metodach naukowych procedurom ustalania przyczyn i zakresu pożaru zakłady ubezpieczeń skutecznie wykrywają tego typu przypadki.

Wiele spośród zgłaszanych szkód dotyczy także ubezpieczeń maszyn rolniczych i budowlanych. Sprawcy przestępstw próbują wykorzystywać to, że tego typu tego typu maszyny i szkody nie podlegają ewidencji w bazie CEPiK i UFG. Ubezpieczyciele bez problemu rozpoznają jednak, typowe schematy działań sprawców, które polegają na:

- przenoszeniu ubezpieczonego sprzętu z firmy do firmy oraz zatajaniu wcześniejszej historii ubezpieczenia i szkodowości;
- przedstawianiu tych samych, uszkodzonych elementów maszyn u różnych ubezpieczycieli;
- sytuacjach, gdy sprawca dysponuje kilkoma identycznymi sprzętami, a ubezpiecza tylko jeden. Do oględzin po szkodzie udostępniany jest sprzęt uszkodzony, a tabliczka znamionowa jest zmieniana.

## STOSUNEK WARTOŚCI PRZESTĘPSTW DO WARTOŚCI ŚWIADCZEŃ

**W 2024**  
ROKU ZAKŁADY UBEZPIECZEŃ  
WYPŁACIŁY  
**33,9 MLN ZŁ**  
ŚWIADCZEŃ.

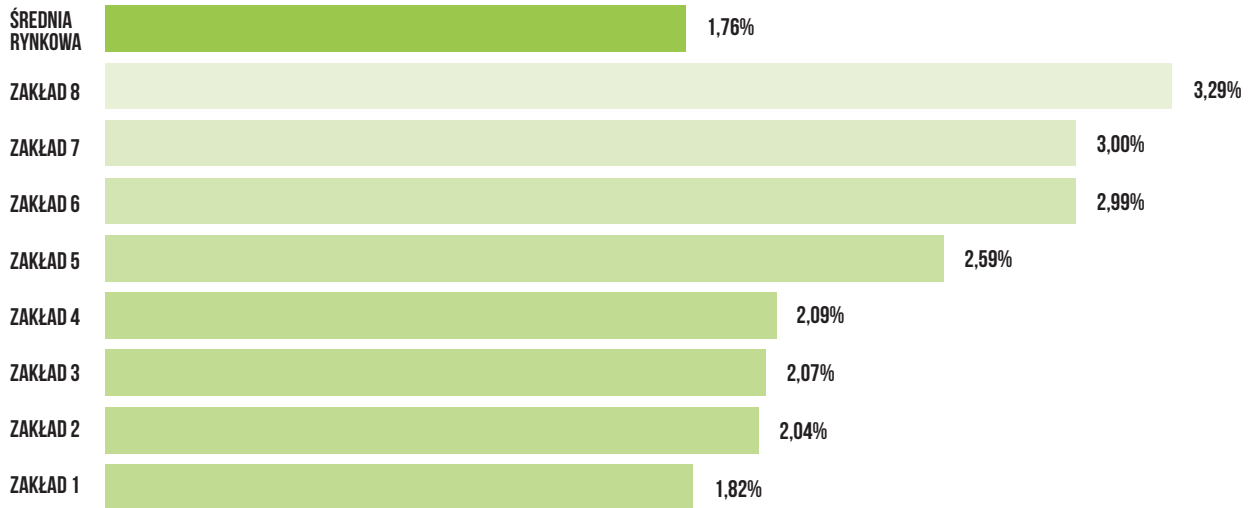
WYKRYTE  
PRZESTĘPSTWA  
STANOWIĄ  
**1,76%**  
TEJ KWOTY.



Wartość ta jest na porównywalnym poziomie w ostatnich latach.

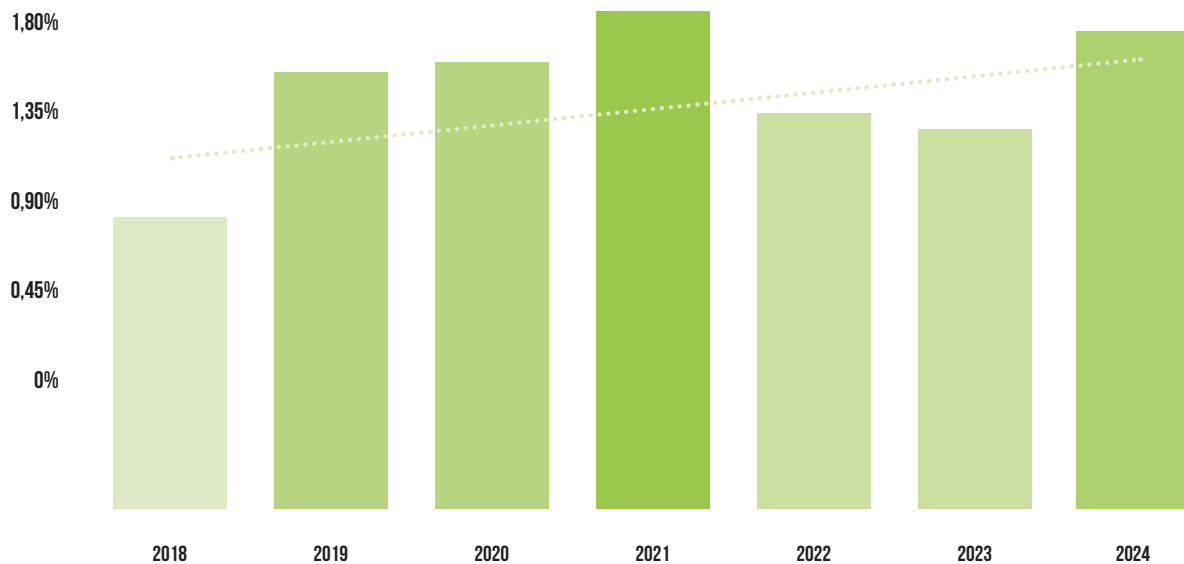
Poszczególne zakłady ubezpieczeń mają różny poziom skuteczności w ujawnianiu przestępstw. Wynika to głównie ze struktury sprzedawanych produktów i udziału ubezpieczeń komunikacyjnych w portfelach.

**WYKRES 4. STOSUNEK WARTOŚCI PRZESTĘPSTW DO WARTOŚCI WYPŁACANYCH ŚWIADCZEŃ W UBEZPIECZENIACH MAJĄTKOWYCH W 2024 W WYBRANYCH WIODĄCYCH POD WZGLĘDEM SKUTECZNOŚCI WYKRYWANIA ZAKŁADACH UBEZPIECZEŃ (KOLEJNOŚĆ ROSNĄCA WG WARTOŚCI, GDZIE 9 TO ŚREDNIA RYNKU)**



Źródło: Opracowanie na podstawie wyników badań.

**WYKRES 5. STOSUNEK WARTOŚCI PRZESTĘPSTW DO WARTOŚCI WYPŁACANYCH ŚWIADCZEŃ W UBEZPIECZENIACH MAJĄTKOWYCH W LATACH 2018 - 2024**



Źródło: Opracowanie na podstawie wyników badań.

## PRZYKŁADY SZKÓD W UBEZPIECZENIACH MAJĄTKOWYCH

Poniższe przykłady dotyczą przestępstw wykrytych przez zakłady ubezpieczeń w ubezpieczeniach majątkowych. Ilustrują one popularne i nowe metody działania sprawców.

### PRZYKŁAD 1 – FIKCYJNE ZALANIE MIESZKANIA

#### KLIENT ZGŁOSIŁ SZKODĘ POLEGAJĄCĄ NA ZALANIU MIESZKANIA.

Ubezpieczyciel podejrzewał, że do zawarcia umowy ubezpieczenia mieszkania doszło po szkodzie, która faktycznie miała miejsce. Klient zawarł umowę ubezpieczenia a następnie podał nieprawdziwą datę powstania szkody w celu uzyskania nienależnego odszkodowania. Potwierdziła to informacja od administracji budynku oraz metadane zdjęć dostarczone przez Klienta.

Zakład ubezpieczeń odmówił wypłaty odszkodowania.

### PRZYKŁAD 2 – FIKCYJNE KOSZTY LECZENIA W NIEISTNIEJĄCEJ KLINICE

#### KLIENT WYSTĄPIŁ Z ROSZCZENIEM NA KILKA TYSIĘCY DOLARÓW O ZWROT KOSZTÓW LECZENIA W USA W RAMACH UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA ZA GRANICĄ

Ustalono, że posługiwał się fałszywymi dokumentami tożsamości. Przedstawił także fałszywe dowody zdarzenia w postaci dokumentacji medycznej z nieistniejącej w USA placówki CROWDON HEALTHCARE. Sprawcy spreparowali stronę internetową kliniki, która dla zmylenia wskazywała adresy istniejących placówek medycznych w USA. Do wypłaty odszkodowania podany został belgijski numer konta bankowego. Zdjęcia użyte na stronie www pochodziły z różnych źródeł internetowych.



### PRZYKŁAD 3 – KRADZIEŻE UBEZPIECZONYCH SPRZĘTÓW

**SPRAWCY WYŁUDZALI ODSZKODOWANIA Z UBEZPIECZENIA PRZEZNACZONEGO DLA ROWERÓW I HULAJNÓG ELEKTRYCZNYCH.**

Roszczenia opiewały na kwoty od 8 do 14 tys. zł. Dane osobowe oraz dane sprzętu, podane przez sprawców na etapie zakupu polisy, były najprawdopodobniej fikcyjne. W okresie od 1 do 3 miesięcy po zakupie polisy sprawcy zgłaszali szkodę polegającą na kradzieży ubezpieczonego sprzętu. Następnie przesyłali do ubezpieczyciela potwierdzenie złożenia zawiadomienia na Policji. Zdjęcia dokumentu były jednak kadrowane tak, aby sygnatura sprawy nie była widoczna. Podejrzenia wzbudziły także dane osobowe policjanta, którego podpis widniał na dokumentach. Był to komendant posterunku, którego dane osobowe są dostępne na stronie internetowej Policji. Okazało się, że dokument został podrobiony.

Kwota wyłudzona przez sprawców wyniosła 75 tys. zł. Kwota usiłowania wyłudzenia to 90 tys. zł.

### PRZYKŁAD 4 – RZEKOME USZKODZENIA ROWERÓW

**SPRAWCA ZGŁASZAŁ SZKODY Z OC KOMUNIKACYJNEGO W ZWIĄZKU Z USZKODZENIEM ROWERÓW O WYSOKIEJ WARTOŚCI WYKORZYSTYWANYCH DO STARTÓW W ZAWODACH SZOSOWYCH I PRZEŁAJOWYCH.**

Poszkodowany właściciel rowerów miał jednak niewielką wiedzę o zakupionych rowerach, sposobach ich użytkowania i eksploatacji. Nie posiadał też wymaganego obuwia zatraskowego niezbędnego do jazdy. Ujawniono także - u innego ubezpieczyciela - zgłoszenie innej szkody dotyczącej uszkodzenia trzech kolejnych rowerów zakupionych w podobnym czasie w tym samym sklepie. Szkody okazały się fikcyjne.



## PRZYKŁAD 5— CELOWE PODPALENIE HALI MAGAZYNOWEJ

**ZGŁOSZONO ROSZCZENIE NA OK. 2,5 MLN ZŁ DOTYCZĄCE POŻARU HALI MAGAZYNOWEJ, W KTÓREJ SKŁADOWANO OK. 10 TYS. PAR OBUWIA.**

Ubezpieczony wynajmował halę płacąc za nią jedynie niewielką zaliczkę. W czasie oględzin miejsca zdarzenia ustalono, że w magazynie znajdowało się ok. 9 tys. par butów, a 2/3 z nich nie nosiło śladów zniszczenia. Zalecono poszkodowanemu restytucję mienia, jednak całość towaru została zutylizowana.

Biegły z zakresu pożarnictwa stwierdził, że bezpośrednią przyczyną pożaru było celowe podpalenie. Ponadto wskazano niezgodności w wykazanych przez Ubezpieczonego markach obuwia, błędy w dokumentach (fakturach) zakupu oraz błędny numer konta bankowego dostawcy.

Ubezpieczyciel odmówił wypłaty odszkodowania, a sprawę skierowano do organów ścigania.

## PRZYKŁAD 6 — LUKSUSOWE ROWERY

**DO UBEZPIECZYCIELA ZGŁOSZONO 11 SZKÓD POLEGAJĄCYCH NA KRADZIEŻY DROGICH ROWERÓW, KAŻDY O WARTOŚCI OK. 19 TYS. ZŁ.**

Polisy zawierano on-line i opłacano Blikiem. Ustalono, że płatności były dokonywane z różnych państw np. Hiszpanii, Szeszeli bądź USA. W zgłoszeniach internetowych szkód dane poszkodowanych były fikcyjne lub dotyczyły przypadkowych osób. Do każdego zgłoszenia dołączany był wymagany komplet dokumentów: faktura zakupu roweru, potwierdzenie złożenia zawiadomienia o przestępstwie z Policji, fotografie z miejsca kradzieży np. zdjęcia przeciętych zabezpieczeń rowerowych.

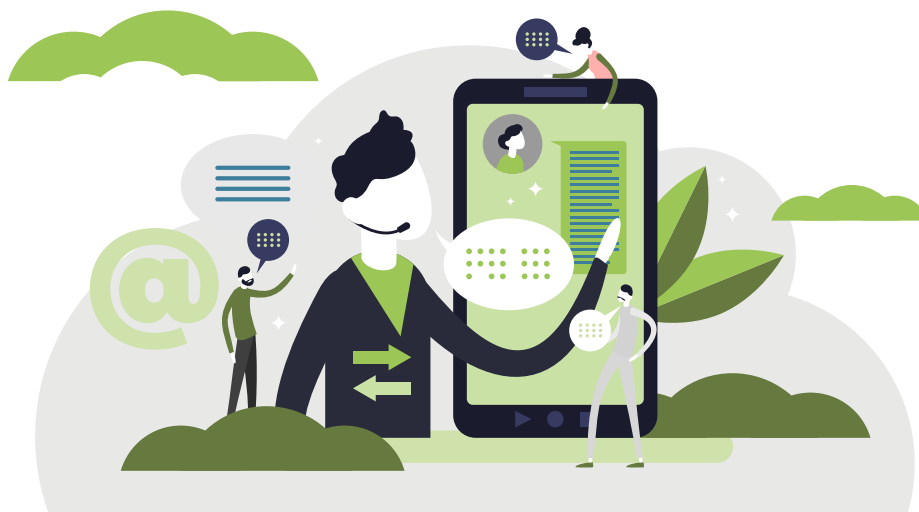
Ustalono że, część faktur była jedynie fakturami „pro forma” ze złożonych uprzednio internetowo rzekomych ofert zakupu danego roweru. Inne faktury były sfałszowane, z prawdziwymi danymi nieistniejących już sklepów. Fikcyjne były także niektóre spośród Część wskazanych miejsc kradzieży. Ponadto wszystkie dokumenty z Policji okazały się fałszywe.

Ubezpieczyciel wypłacił tylko jedną ze zgłoszonych szkód – o wartości 14 tys. zł. Odmówił natomiast wypłaty 125 tys. zł odszkodowania. Złożono też zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa.

## PRZYKŁAD 7 – FIKCYJNE POLISY ON-LINE

**UBEZPIECZYCIEL  
UJAWNIŁ PRZYPADKI  
PODSZYWANIA  
SIĘ POD AGENTA  
UBEZPIECZENIOWEGO  
I ZAWIERANIA UMÓW  
UBEZPIECZENIA  
DLA OBYWATELI  
ZAGRANICZNYCH  
POPRAZ KANAŁY  
ON-LINE.**

Oszuści korzystali z komunikatorów internetowych i przy ich wykorzystaniu zawierali polisy. Oszukana osoba otrzymywała skan polisy, myśląc że została ona prawidłowo zawarta i płaciła pseudo agentowi Blikiem.



## PRZYKŁAD 8 – NIERÓWNY CHODNIK

**ZGŁOSZONA  
SZKODA DOTYCZYŁA  
UBEZPIECZENIA OC  
JEDNOSTKI SAMORZĄDU  
TERYTORIALNEGO (JST).**

Poszkodowany potknął się na nierównym chodniku, w wyniku czego doznał uszkodzenia barku oraz ogólnego potłuczenia. Z opinii lekarza zakładu ubezpieczeń, wynikało, że upadek na chodniku nie mógł spowodować tak poważnego urazu i że obrażenia o takim charakterze są zwykle wynikiem poważnych wypadków komunikacyjnych. Poszkodowany – za pośrednictwem pełnomocnika - wystąpił na drogę sądową.

Ubezpieczyciel skierował zawiadomienie do Prokuratury. Poszkodowany dobrowolnie poddał się karze, po skierowaniu przez Prokuraturę aktu oskarżenia do Sądu.

## PRZYKŁAD 9 – ZAWYŻONE STRATY NA SKUTEK POŻARU

**W WYNIKU ZWARCIA  
W INSTALACJI  
ELEKTRYCZNEJ WYBUCHŁ  
POŻAR PRZEZ KTÓRY  
DOSZCZĘTNIE SPŁONAŁ  
BUDYNEK GOSPODARCZY  
WRAZ ZE ZNAJDUJĄCYMI  
SIĘ WEWNĄTRZ  
KOSZTOWNYMI  
MASZYNAMI.**

Szkodę zgłoszono po upływie 5 miesięcy od daty jej powstania. Następnie roszczenia rozszerzono o duże ilości pozostałego sprzętu i spalonego drewna magazynowanego w budynku, w tym blatów roboczych wykonanych na zamówienie. Poszkodowany nie potrafił określić kto zamówił blaty i w jakiej formie było utracone drewno. Eksperti ubezpieczyciela nie dokonali oceny uszkodzonego w pożarze mienia ani potwierdzenia zakresu uszkodzeń, ponieważ utylizacja tego mienia została wykonana przed zgłoszeniem szkody.

Z protokołów Policji wynikało, że poszkodowany deklaruje straty o wartości 2 mln zł. Na podstawie przedstawionych przez poszkodowanego dokumentów ustalono, że wysokość faktycznie poniesionych przez poszkodowanego strat wyniosła 8 tys. zł. Ubezpieczyciel ustalił, że kubatura deklarowanych sprzętów i materiałów, przekraczała znacznie objętość spalonego budynku. Zakład ubezpieczeń odmówił wypłaty odszkodowania.

## PRZYKŁAD 10 – FIKCYJNE SZKODY U RÓŻNYCH UBEZPIECZYCIELI

**POSZKODOWANY PO  
RAZ TRZECI ZGŁOSIŁ  
USZKODZENIE TYCH  
SAMYCH SERWERÓW,  
KTÓRE SŁUŻYĆ MIAŁY  
DO WYDOBYWANIA  
KRYPTOWALUT.**

Jako przyczynę podał burzę i wywołane przez nią przepięcie w instalacji elektrycznej.

Dwie wcześniejsze szkody miały być skutkiem pożaru związanego z uszkodzeniem sieci elektrycznej przez koparkę firmy telekomunikacyjnej.

Ubezpieczyciel odkrył trzy podobne szkody zgłoszone w innym zakładzie ubezpieczeń.

Sprawa zakończyła się złożeniem zawiadomienia do Prokuratury.

# 4 ROZDZIAŁ WYJAŚNIENIE POJĘĆ I DEFINICJI



## PRZESTĘPSTWO UBEZPIECZENIOWE (FRAUD)

to żądanie nienależnego odszkodowania lub otrzymanie go w wyniku oszustwa. Według Insurance Europe są to działania polegające na:

WPROWADZANIU W BŁĄD UBEZPIECZYCIELA, NP. PODANIE NIEPRAWDZIWYCH LUB NIEKOMPLETNYCH INFORMACJI PODCZAS ZAWIERANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

SKŁADANIU ROSZCZENIA, BAZUJĄCEGO NA WPROWADZAJĄCYCH W BŁĄD LUB NIEPRAWDZIWYCH OKOLICZNOŚCIACH, W TYM NA CELOWYM SPOWODOWANIU SZKODY

OŚIĄGANIU NIENALEŻNEJ KORZYŚCI Z UMOWY UBEZPIECZENIA<sup>1</sup>.

**Wyłudzenie** - czyn z art. 286 k.k., tj. zachowanie sprawcy polegające na wprowadzeniu ubezpieczyciela w błąd na przykład poprzez podanie nieprawdziwych okoliczności szkody, 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.

**Usiłowanie wyłudzenia** - czyn z art. 13 k.k. w zw. z art. 286 k.k., tj. zachowanie sprawcy polegające na wprowadzeniu ubezpieczyciela w błąd, co do okoliczności mającej wpływ na jego odpowiedzialność z umowy ubezpieczenia, podjęte w celu uzyskania korzyści majątkowej, jeżeli nie nastąpiła wypłata świadczenia.

**Zatajenie informacji** - 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.



<sup>1</sup> Raport Insurance Europe- Insurance fraud: not a victimless crime- s.4 <https://www.insuranceeurope.eu/insurance-fraud-not-victimless-crime>