



PRZESTĘPSTWA UBEZPIECZENIOWE UJAWNIONE W 2025 ROKU

— analiza danych

dr Piotr Majewski
Polska Izba Ubezpieczeń
Komisja ds. przeciwdziałania przestępczości ubezpieczeniowej

Warszawa 2026 r.



SPIS TREŚCI

	WPROWADZENIE	3
1	PRZESTĘPCZOŚĆ UBEZPIECZENIOWA W POLSCE W LICZBACH	4
2	NOWE OBLCIE PRZESTĘPCZOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ	7
3	PRZESTĘPCZOŚĆ W UBEZPIECZENIACH NA ŻYCIE PRZYKŁADY SZKÓD	21
4	PRZESTĘPCZOŚĆ W UBEZPIECZENIACH MAJĄTKOWYCH UBEZPIECZENIA KOMUNIKACYJNE UBEZPIECZENIA DLA OSÓB FIZYCZNYCH UBEZPIECZENIA DLA BIZNESU UBEZPIECZENIA ROLNE PRZYKŁADY SZKÓD	32
5	WYJAŚNIENIE POJĘĆ I DEFINICJI	51



WPROWADZENIE

Polska Izba Ubezpieczeń po raz szesnasty publikuje kompleksową analizę dotyczącą przestępczości ubezpieczeniowej. To jedyne takie opracowanie na polskim rynku ubezpieczeń - ukazuje się co roku i zawiera dane o skali oraz strukturze tego zjawiska. Jest to także unikatowe wydawnictwo w skali rynku europejskiego.

Świat wokół nas zmienia się dynamicznie. Prowadzimy nieustannie prace badawcze, by zauważyć nowe trendy i metody wyłudzeń. Coraz większą rolę odgrywają technologie cyfrowe i sztuczna inteligencja. Za tym trendem podążają także przestępcy. Do popełniania przestępstw masowo wykorzystują manipulacje tożsamością poprzez fikcyjne lub nielegalnie pozyskane dane osobowe. Podobnie jak na rynku bankowym często stosowana jest socjotechnika. Przestępcy podstępem zachęcają nieświadomych klientów do udostępnienia danych pod pozorem uzyskania korzyści finansowych, w tym obniżenia składki. Wysokie tempo życia oraz dynamika zmian technologicznych sprzyjają obniżeniu czujności po stronie klientów, utrudniając identyfikację tego rodzaju schematów. W konsekwencji każdy może stać się ofiarą takiego przestępstwa. Podnoszenie świadomości zagrożeń stanowi kluczowy element skutecznej ochrony. W związku z tym w tej edycji raportu szczególną uwagę poświęcono temu obszarowi. Celem jest zwiększanie świadomości uczestników rynku – klientów, pracowników zakładów ubezpieczeń, jak i organów ścigania.

Co roku rośnie wartość ujawnianych przestępstw ubezpieczeniowych. Jest to efekt coraz skuteczniejszych działań oraz systematycznych analiz, które pozwalają sprawniej identyfikować nowe mechanizmy i obszary nadużyć. Jednym z takich obszarów są ubezpieczenia rolne, dotychczas pozostające poza głównym nurtem analiz, a coraz częściej wykorzystywane przez sprawców. Z tego względu w tegorocznej edycji raportu poświęcamy im więcej uwagi.

PREZENTOWANY PRZEZ NAS RAPORT OBEJMUJE PRZESTĘPSTWA ZWIĄZANE Z LIKWIDACJĄ SZKÓD I UJAWNIONE W 2025 ROKU PRZEZ ZAKŁADY UBEZPIECZEŃ DZIAŁAJĄCE NA POLSKIM RYNKU. ZAPREZENTOWANE DANE OBEJMUJĄ ZARÓWNO PRZYPADKI WYŁUDZEŃ, JAK I ICH USIŁOWANIA.

ROZDZIAŁ

1



PRZESTĘPCZOŚĆ UBEZPIECZENIOWA W POLSCE W LICZBACH

PRZESTĘPCZOŚĆ UBEZPIECZENIOWA W LICZBACH

W 2025 roku zakłady ubezpieczeń ujawniły 40 tys. przestępstw ubezpieczeniowych. To o 24% więcej niż rok wcześniej. Wzrost liczby przestępstw nie jest zjawiskiem jednowymiarowym, stanowi on wypadkową wielu zmiennych. Jedną z nich jest poprawa skuteczności ich wykrywania.



Wartość ujawnionych przestępstw znacznie lepiej odzwierciedla trendy w skuteczności wykrywania przestępczości ubezpieczeniowej.

**W 2025 ROKU WARTOŚĆ UJAWNIONYCH PRZESTĘPSTW
WYNIOSŁA PONAD 798 MLN ZŁ I WZROSŁA
O 18% W STOSUNKU DO UBIEGŁEGO ROKU,
KIEDY BYŁO TO 675 MLN ZŁ.**

TABELA 1
PRZESTĘPCZOŚĆ
UBEZPIECZENIOWA W POLSCE
W LATACH 2018-2025

ROK	UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE		UBEZPIECZENIA MAJĄTKOWE		CAŁY RYNEK	
	LICZBA	WARTOŚĆ [MLN ZŁ]	LICZBA	WARTOŚĆ [MLN ZŁ]	LICZBA	WARTOŚĆ [MLN ZŁ]
2018	1 115	18	11 125	215	12 240	233
2019	2 429	43	14 680	351	17 109	394
2020	6 994	47	16 231	354	23 225	401
2021	4 681	34	20 879	408	25 560	442
2022	8 633	52	23 352	357	31 985	409
2023	9 848	63	27 967	389	37 815	452
2024	8 508	77	23 738	598	32 246	675
2025	10 051	101	30 033	697	40 084	798

Źródło: Opracowanie na podstawie wyników badań.

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

TABELA 2
PRZESTĘPSTWA
UBEZPIECZENIOWE
W 2025 ROKU – RODZAJ
KWALIFIKACJI CZYNU

KATEGORIA	LICZBA	WARTOŚĆ (MLN ZŁ)	LICZBA [%]	WARTOŚĆ [%]
USIŁOWANIE	38 527	759	96%	95%
WYŁUDZENIE	1 557	39	4%	5%

Źródło: Opracowanie na podstawie wyników badań.

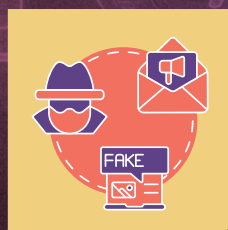


WYKRES 1
PRZESTĘPSTWA
UBEZPIECZENIOWE W 2025
ROKU – RODZAJ KWALIFIKACJI
CZYNU



Źródło: Opracowanie na podstawie wyników badań.

ROZDZIAŁ 2



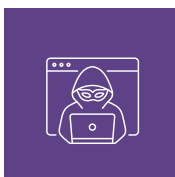
NOWE OBLICZE PRZESTĘPCZOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ

NOWE OBLCZE PRZESTĘPCZOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ



Tradycyjne wyłudzenia odszkodowań nadal stanowią istotny problem, jednak coraz częściej ujawniane są przypadki oszustw popełnianych już na etapie zawierania umowy. Szczególnie dynamicznie rozwijają się przestępstwa związane z wykorzystaniem danych osobowych - zarówno dotyczące danych ubezpieczonego, jak i danych pośrednika.

Przestępcy podszywają się pod prawdziwe osoby, używają skradzionych tożsamości lub tworzą tożsamości syntetyczne - łączące prawdziwe dane z danymi fałszywymi. Oznacza to, że oszustwa przy zawieraniu polis stają się coraz bardziej wyrafinowane i trudniejsze do wykrycia.



ANALIZA ZJAWISK OBSERWOWANYCH W 2025 ROKU POZWALA STWIERDZIĆ, ŻE PRZESTĘPCZOŚĆ UBEZPIECZENIOWA WCHODZI W NOWĄ, CYFROWĄ FAZĘ.

FORMY OSZUSTW I MOTYWACJE SPRAWCÓW

Przestępcy działają na różne sposoby. Często podszywają się pod pośredników ubezpieczeniowych, ale zdarzają się też sytuacje, w których otwarcie oferują „pomoc” w obejściu systemu taryfikacji zakładu ubezpieczeń.



W pierwszym wariantcie oszust wyłudza składkę od nieświadomego klienta; w drugim pobiera wynagrodzenie za „załatwienie” taniego ubezpieczenia. Motywacje i schematy działania są zróżnicowane – od prostego zysku w zamian za „pomoc”, po zorganizowane, wieloetapowe operacje prowadzące do wyłudzeń odszkodowań.

Cyfrowe formy komunikacji są dziś oczywistością. Niestety wszelkie treści wprowadzone do Internetu stają się łatwym łupem i narzędziem do wykorzystania dla przestępców.

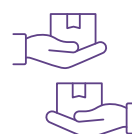
DANE DO FIKCYJNYCH ROSZCZEŃ POZYSKIWANE SĄ NP.:



z mediów
społecznościowych



z ogłoszeń
na portalach



z platform handlowych

Poza tożsamościami sprawcy przywłaszczają także zdjęcia i opisy wystawionych na aukcjach przedmiotów, treści z udostępnionych dokumentów, a także dane biometryczne – wizerunek i próbki głosu przypadkowych osób. Mogą one zostać wykorzystane do preparowania dokumentów i do fikcyjnego dokumentowania roszczeń, czy prób nielegalnego przejęcia odszkodowań i świadczeń.

NOWE NARZĘDZIA PRZESTĘPCÓW



ZDALNE KANAŁY SPRZEDAŻY, PORÓWNYWARKI, KOMUNIKATORY, MEDIA SPOŁECZNOŚCIOWE, NOWE FORMY PŁATNOŚCI ORAZ ROZWÓJ NARZĘDZI AI SPRAWIAJĄ, ŻE **LICZBA I DOSTĘPNOŚĆ WYRAFINOWANYCH METOD OSZUSTW TOŻSAMOŚCI ROŚNIE.**

Nowe technologie ułatwiają transgraniczną współpracę przestępców, a wzorce działania rozprzestrzeniają się błyskawicznie między rynkami, adaptując się do lokalnych warunków. **Prowadzi to do szybkiego wzrostu liczby możliwych scenariuszy przestępstw.**



Warto zauważyć, że współczesny sprawca posiada dostęp do bezpłatnego know-how. Internet dostarcza gotowych scenariuszy i narzędzi. Stanowi to dodatkowe zagrożenie. Dotychczas zastosowanie klasycznych metod wyłudzeń wymagało określonej wiedzy i umiejętności. Powszechność i bezpłatny dostęp do narzędzi AI pozwala na podejmowanie prób oszustw przez znacznie większą liczbę potencjalnych sprawców.

FRAUD JAKO USŁUGA (FaaS) I IDENTITY FRAUD JAKO USŁUGA (IFaaS)



MIĘDZYNARODOWY RYNEK PRZESTĘPCZY OFERUJE GOTOWE NARZĘDZIA I USŁUGI, KTÓRE UŁATWIAJĄ POPEŁNIANIE OSZUSTW:



Wynajem botów do masowego wypełniania wniosków o zawarcie umowy – celem jest znalezienie luk w algorytmach wyceny i oceny ryzyka; usługa często zawiera instrukcję manipulacji danymi, by system nie odrzucił wniosku o ubezpieczenie.



Generatory fałszywych stron – klonowanie stron ubezpieczycieli, wsparcie SEO i hosting poza europejską jurysdykcją; po zablokowaniu domeny szybko powstaje nowy klon.



Zautomatyzowane fałszerstwa (Deepfake & AI Tools) – generatory fałszywych zdjęć szkód, dokumentów i polis.



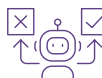
Farmy szablonów – gotowe wzory paragonów, rachunków, raportów policyjnych, zaświadczeń.



Ataki głosowe i wideo – klonowanie głosu i tworzenie syntetycznych nagrań z miejsca zdarzenia, wykorzystywanie ich jako „dowodów”.



Gotowe tożsamości i paczki danych – sprzedaż danych osobowych z wycieków lub tworzenie syntetycznych profili.



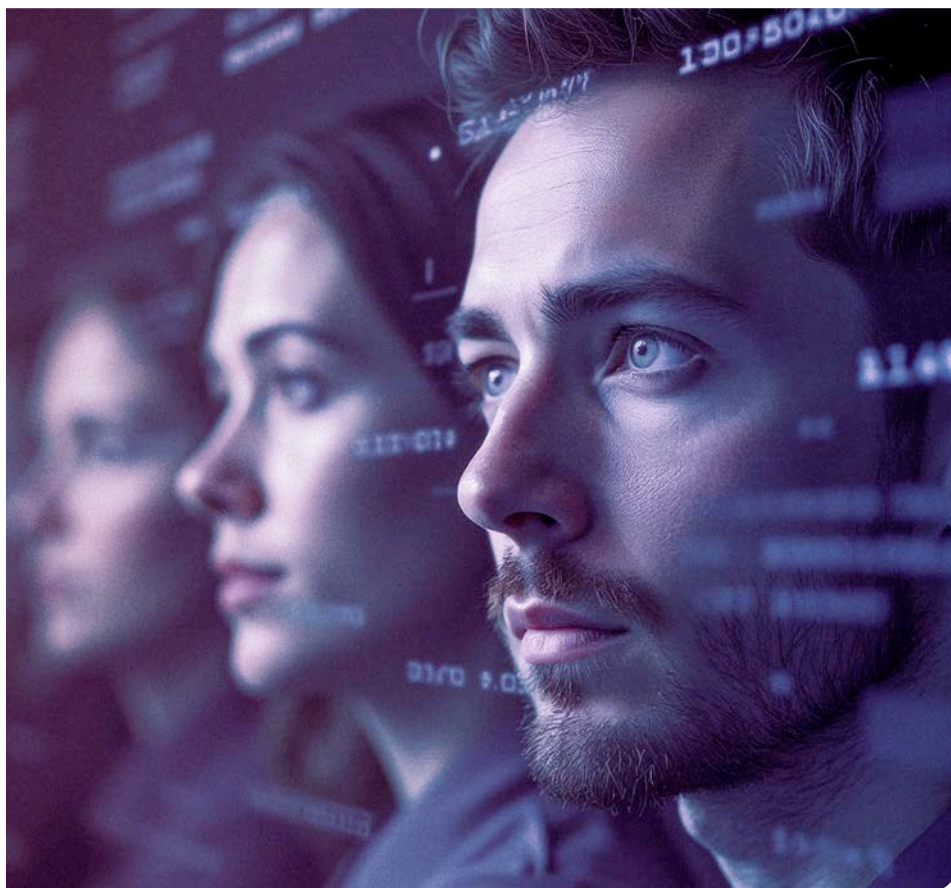
Tutoriale i schematy działania pokazujące, jak oszukiwać systemy taryfikacji.



Kultura Internetu i social mediów w połączeniu z łatwym dostępem do gotowych rozwiązań oraz niską świadomością konsekwencji prawnych, może sprzyjać traktowaniu cyberwyludzeń jako formy patologicznego wyzwania. W ubezpieczeniach na życie sukcesy w wykrywaniu przestępstw wynikają z umiejętności dostrzegania zmian w metodach działania sprawców. W ubiegłych latach dominowały metody bazujące na podawaniu nieprawdziwych okoliczności zaistnienia szkody i przedstawianiu sfalszowanej lub fikcyjnej dokumentacji medycznej. **Obecnie coraz częściej do oszustwa dochodzi już na etapie sprzedaży produktu ubezpieczeniowego, na przykład podczas podawania danych do oceny ryzyka i zawarcia umowy ubezpieczenia. Sprzyja temu łatwy dostęp do narzędzi sztucznej inteligencji.**

W UBEZPIECZENIACH NA ŻYCIE JEDEN KLIENT MOŻE ZAWIERAĆ WIELE UMÓW, CO BYWA WYKORZYSTYWANE PRZEZ SPRAWCÓW DO SKALOWANIA DZIAŁAŃ PRZESTĘPCZYCH.





Dotychczas zorganizowane grupy przestępcze wykorzystywały zwykle realne tożsamości tzw. słupów – czyli osób, które przeważnie odpłatnie decydowały się na udostępnienie swoich danych osobowych i odgrywały rolę osób ubezpieczonych, lub uposażonych do wypłaty świadczenia.

Syntetyczne tożsamości – łączenie prawdziwych i fałszywych danych – są wykorzystywane do wyłudzeń prowizji i świadczeń. Prawdziwe dane pochodzą z wycieków, kradzieży lub celowo zorganizowanych wyłudzeń. Rodzi to zupełnie nowe wyzwania przed ubezpieczycielami.



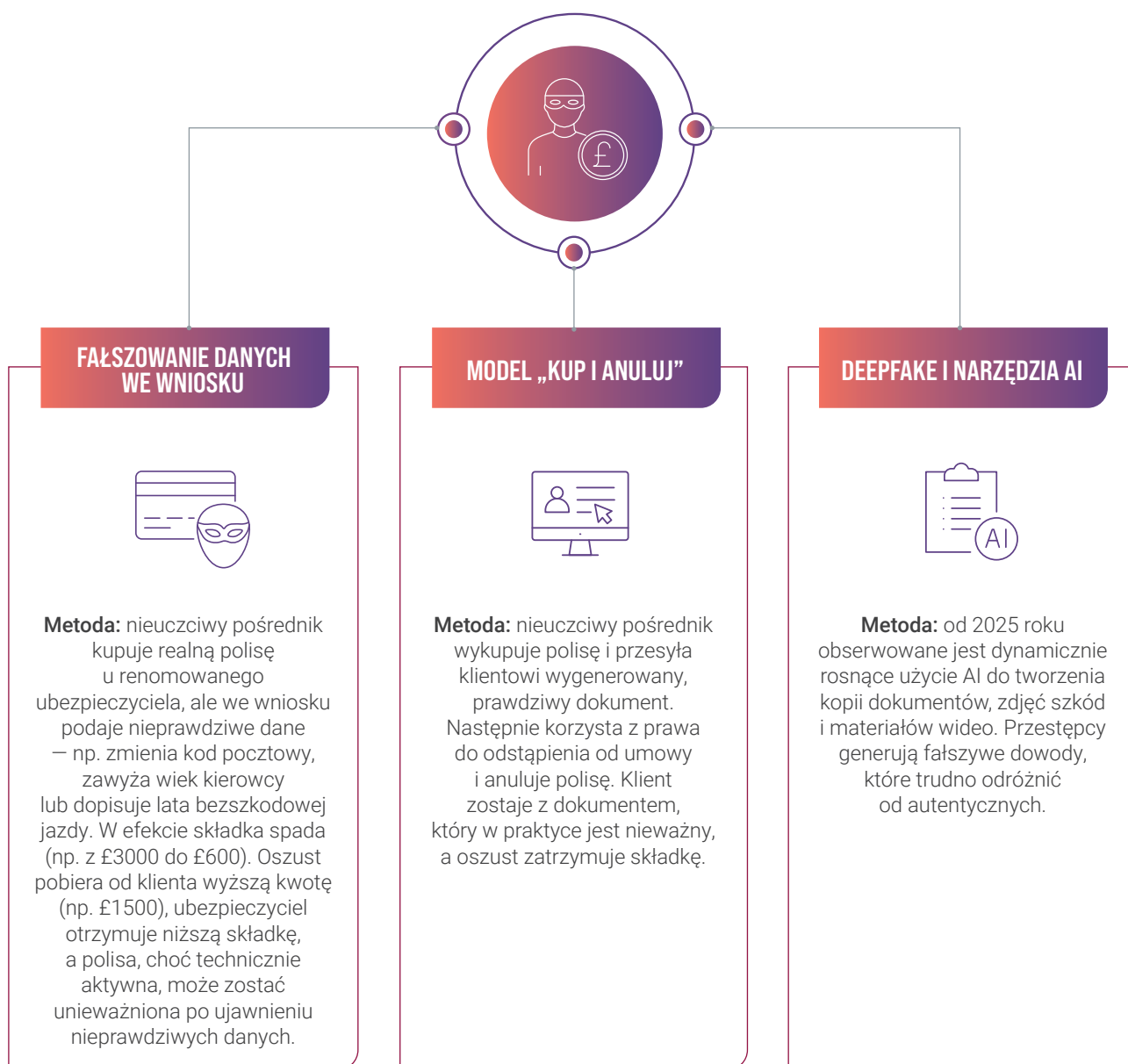
WALKA Z PRZESTĘPCZOŚCIĄ UBEZPIECZENIOWĄ MIERZY SIĘ DZIŚ Z NOWYMI CYFROWYMI WYZWANIAM TAKŻE W UBEZPIECZENIACH KOMUNIKACYJNYCH.

Do najważniejszych obszarów należą oszustwa związane z dystrybucją ubezpieczeń komunikacyjnych, w tym wykorzystywanie syntetycznych tożsamości do zawierania umów OC.

BRYTYJSKI „PACJENT ZERO” – GHOST BROKERING

Wielka Brytania stała się poligonem dla ghost brokerów. Przyczyną jest specyfika rynku: bardzo wysokie składki dla młodych kierowców (często £2500–£4000 rocznie) oraz duży udział sprzedaży polis online. Porównywarki odpowiadają za około 50% sprzedaży bezpośredniej polis komunikacyjnych. To połączenie wysokich kosztów ochrony ubezpieczeniowej i łatwej dostępności kanałów online stworzyło atrakcyjne warunki dla oszustów.

TRZY GŁÓWNE SCHEMATY DZIAŁANIA SPRAWCÓW ZIDENTYFIKOWANE W WIELKIEJ BRYTANII:



PRZYKŁAD NIEMIECKI – WYKORZYSTANIE KODU eVB

W Niemczech system rejestracji polis opiera się na kodzie eVB (elektronische Versicherungsbestätigung) – siedmioznakowym kodzie pozwalającym na zarejestrowanie auta w urzędzie. Istnieją obawy, że oszuści uczą się manipulować tym kodem: generują eVB u legalnego ubezpieczyciela, podając spreparowane dane lub atakując system pośrednika. Jeśli składka nie została opłacona, kod jest „pusty” – oszust sprzedaje taki kod osobie potrzebującej pilnej rejestracji. Urząd rejestruje auto, ale po kilku tygodniach ubezpieczyciel unieważnia kod i powiadamia urząd, co oznacza problemy dla nieświadomego właściciela pojazdu oraz zakładu ubezpieczeń.

FAŁSZYWI POŚREDNICY I KLONY CYFROWE

W dobie cyfryzacji oszuści nie tylko podrabiają dokumenty, ale tworzą całą „obecność cyfrową” legalnych pośredników: kopiują dane z oficjalnych rejestrów, tworzą klony stron internetowych używając autentycznych numerów licencji i danych prawdziwych agentów. Budują narrację: „Jesteśmy nowoczesnym brokerem cyfrowym, Twoje dane pojawią się w centralnej bazie ubezpieczeń w ciągu 72 h”. Wykorzystują ten czas, by zniknąć z pieniędzmi, zanim klient zorientuje się, że auto nie zostało zgłoszone do systemu. **Problem jest szczególnie widoczny we Włoszech i Francji, gdzie zidentyfikowano setki witryn podszywających się pod prawdziwych pośredników.**

NA RYNKU POLSKIM OSZUSTWA BAZUJĄCE NA FAŁSZYWYCH TOŻSAMOŚCIACH POSIADAJĄ WIELE ODMIAN.

Proceder DAWCY POLIS

Sprawcy – przeważnie obcokrajowcy sprzedają jawnie w Internecie, głównie w mediach społecznościowych, autentyczne pakiety zawierające dokumenty pojazdu

i tablice rejestracyjne. Dane do takich zestawów są zdobywane z różnych źródeł, np. z ogłoszeń sprzedaży samochodów lub z wycieków danych.

Na podstawie tych informacji tworzą umowy sprzedaży, a następnie pojazd jest faktycznie rejestrowany i ubezpieczany.

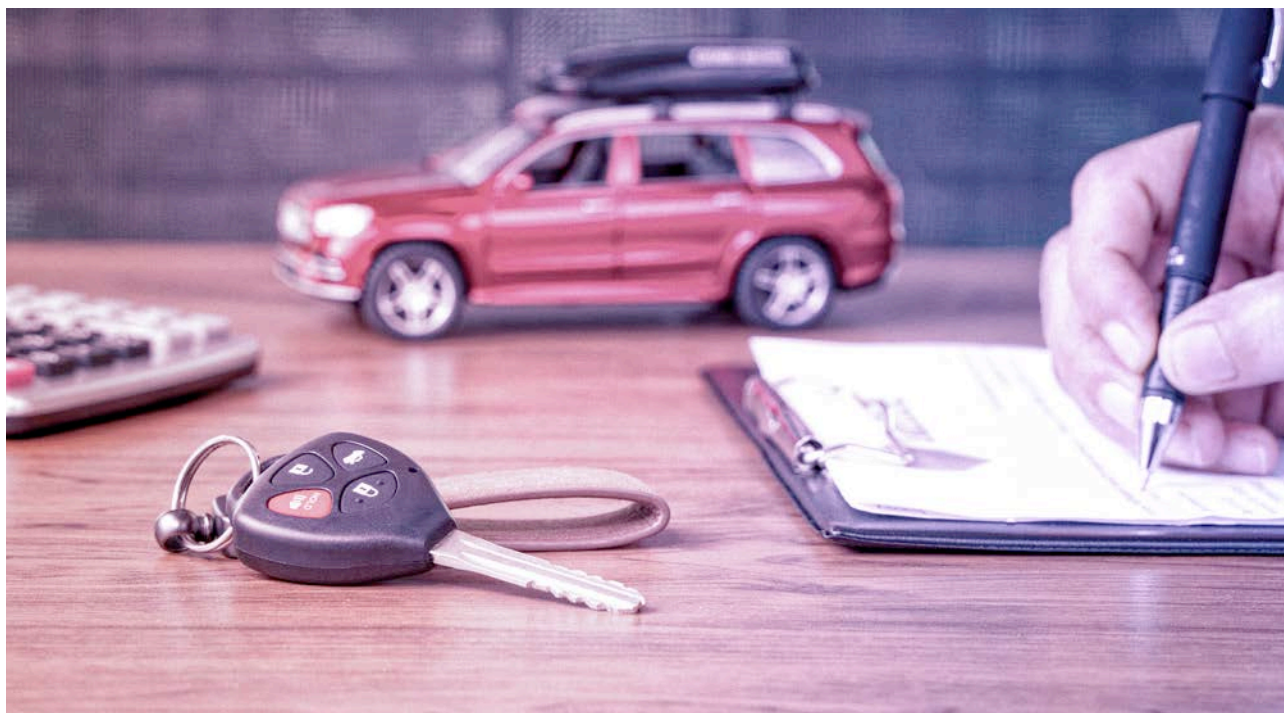


Dane „nowego” właściciela i ubezpieczającego są autentyczne, kradzione lub całkowicie zmyślone. Takie pakiety najczęściej dotyczą popularnych marek i modeli samochodów. Sprzedaż odbywa się po atrakcyjnych cenach, często hurtowo.

Pakiety służą do wyłudzeń odszkodowań oraz używania pojazdów do innych przestępstw.

Kupują je osoby z różnych krajów Europy, które nie mają ubezpieczenia OC albo spowodowały szkodę i chcą uniknąć odpowiedzialności. W praktyce polega to na podmianie tablic rejestracyjnych w samochodzie sprawcy, przez co szkoda nie jest przypisana do właściwej osoby. **W efekcie poszkodowany jest ubezpieczyciel oraz właściciel danych wykorzystanych bez jego wiedzy.**

PROCEDER NEAPOLITAŃSKI



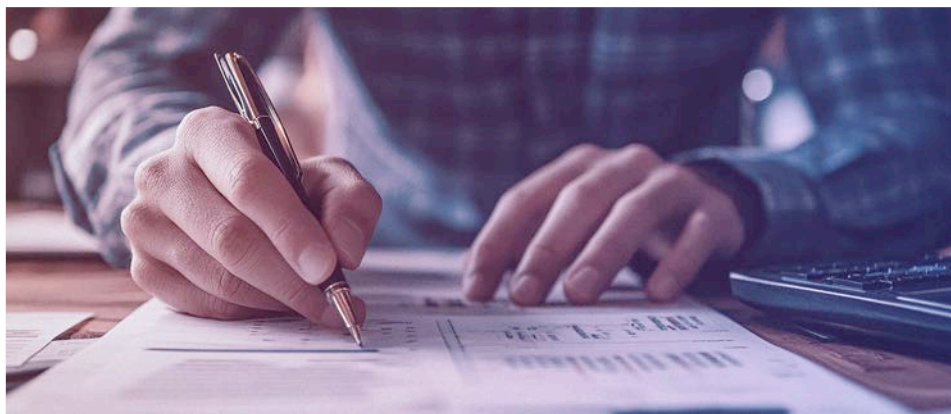
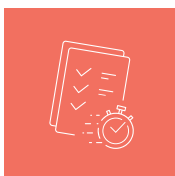
Polega na pozornym zaaranżowaniu sprzedaży pojazdu przez obywatela Włoch polskiej spółce z o.o. utworzonej specjalnie przez oszustów. Celem jest uzyskanie korzyści wynikających z różnicy składek za umowę ubezpieczenia OC oraz unikanie lokalnych opłat i mandatów. W Polsce dochodzi do rejestracji i ubezpieczenia pojazdu, po czym dokumenty i tablice rejestracyjne oraz polisa wracają do Włoch. Pojazd pozostaje w stałym posiadaniu pierwotnego użytkownika, który korzysta z niego jak ze swojego.

W procederze uczestniczą polscy diagności, którzy poświadczają wykonanie przeglądów technicznych, mimo że pojazd nie przeszedł w Polsce realnej kontroli.

Pojazdy są ubezpieczane na dane polskich spółek, członków ich władz, osoby fizyczne niepowiązane ze spółkami (słupy), skradzione dane przypadkowych osób lub fikcyjne dane firm uzyskane z publicznych baz.

W CEŁU ZAKUPU POLISY OC ZA NIŻSZĄ SKŁADKĘ I OMINIĘCIA PUNKTÓW KONTROLNYCH, OSZUŚCI FAŁSZUJĄ DANE WE WNIOSKU (NP. MODEL POJAZDU, JEDEN ZNAK W VIN).

POLISY KRÓTKOTERMINOWE



Niektórzy przestępcy specjalizują się w sprzedaży polis krótkoterminowych. Mniejsze kwoty i większa częstotliwość transakcji zmniejszają ryzyko dla oszusta. W przypadku polis kilkudniowych brak wpisu w centralnej bazie pojazdów ubezpieczonych (OI UFG) można tłumaczyć opóźnieniem w przetwarzaniu, co ułatwia działanie oszustom.

FIKCYJNE FLOTY

Oszust zakłada „firmę-krzak” lub przejmuje dane nieaktywnej spółki i wykupuje autentyczną polisę flotową.

Następnie dopisuje do floty prywatne pojazdy i sprzedaje ubezpieczenie osobom postronnym, dopisując numery rejestracyjne ich pojazdów do „swojej” polisy. Dzięki temu pojazd widnieje jako ubezpieczony w bazie OI UFG.

Oszuści korzystają też z możliwości dopisywania pojazdów do prawdziwych flot. Jest to możliwe przy tzw. polisach otwartych dla dużych flot. Oszust dopisuje do takiej floty od kilku do kilkunastu obcych pojazdów używanych np. do przewozu osób.



FRONTING

Fronting polega na rejestracji pojazdu na „słupa” lub fikcyjną firmę, by ukryć rzeczywistego użytkownika. W praktyce stosuje się to do obniżenia składek lub ukrycia sposobu użytkowania pojazdu. We Włoszech mechanizm ten przybrał formę tzw. „procederu neapolitańskiego”, gdzie słupami są fikcyjne firmy („cartiera”).

FRONTING JEST TEŻ WYKORZYSTYWANY DO WYŁUDZEŃ ODSZKODOWAŃ ZA FIKCYJNE SZKODY.

Rozpoznano również wariant frontingu, w którym wykorzystywane są dane osób z bliskiego otoczenia lub z mniejszości etnicznych, posiadających historię ubezpieczeniową.

PROCEDER „TAXI”



Polega na oferowaniu tanich polis OC ppm przez komunikatory i grupy (Facebook, Telegram, WhatsApp), głównie dla rosyjskojęzycznych obcokrajowców wykonujących przewóz osób. Pośrednik zawiera umowę OC online używając fikcyjnych lub kradzionych danych, a następnie przerabia dokument, nanosząc dane swojego klienta. Składka jest inkasowana od posiadacza pojazdu, ale nie trafia w całości do ubezpieczyciela.

JAK UNIKNĄĆ OSZUSTWA?

Przestępcy aktywnie reklamują „tanie ubezpieczenia” w social mediach. Używają profesjonalnych grafik, kupionych opinii i przekonującej narracji. Klienci często nie zdają sobie sprawy, że mają do czynienia z oszustwem.



JAK ROZPOZNAĆ FAŁSZYWEGO POŚREDNIKA? PONIŻEJ ZESTAW SYGNAŁÓW OSTRZEGAWCZYCH:



Kanał komunikacji: kontakt wyłącznie przez komunikatory internetowe.



Metoda płatności: żądanie płatności za pośrednictwem nieodwracalnych lub trudnych do zweryfikowania form (np. przelewy P2P, przekazy pieniężne, karty podarunkowe lub kryptowaluty) wskazuje na próbę zachowania anonimowości środków. Standardem powinno być opłacenie składki bezpośrednio na rachunek ubezpieczyciela lub oficjalne konto agencji zarejestrowanej w KNF (Komisja Nadzoru Finansowego).



Cena: oferta znacznie poniżej średniej rynkowej – to nie „magiczna zniżka”, lecz sygnał ostrzegawczy.



Dokumenty: szybkie PDF-y z polisą przesyłane „od ręki” – należy wówczas sprawdzić VIN, model pojazdu, dane adresowe i informacje o sposobie opłacenia składki. Każda niezgodność wymaga wyjaśnienia bezpośrednio w zakładzie ubezpieczeń. Przestępcy podmieniają dane w celu oszukania systemów weryfikacji ubezpieczyciela.



Informacja o zawarciu umowy powinna pojawić się w rejestrze OIUFG (Ośrodka Informacji Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego) w ciągu 24–48 godzin. Brak wpisu po tym czasie jest podejrzany. Sprawdzenie jest niezwykle proste, wystarczy wpisać numer rejestracyjny pojazdu w wyszukiwarkę dostępną na stronie <https://www.ufg.pl/>. Dane o nowej polisie widoczne są także po zaktualizowaniu danych w sekcji Moje Pojazdy w aplikacji mObywatel.



Numer licencji pośrednika: sprawdź dane pośrednika w rejestrze KNF. Jeżeli pośrednik twierdzi, że „zapomniał” numeru lub podał dane innego pośrednika, to jest to sygnał ostrzegawczy. Rejestr Pośredników Ubezpieczeniowych dostępny jest pod adresem <https://rpu.knf.gov.pl/>

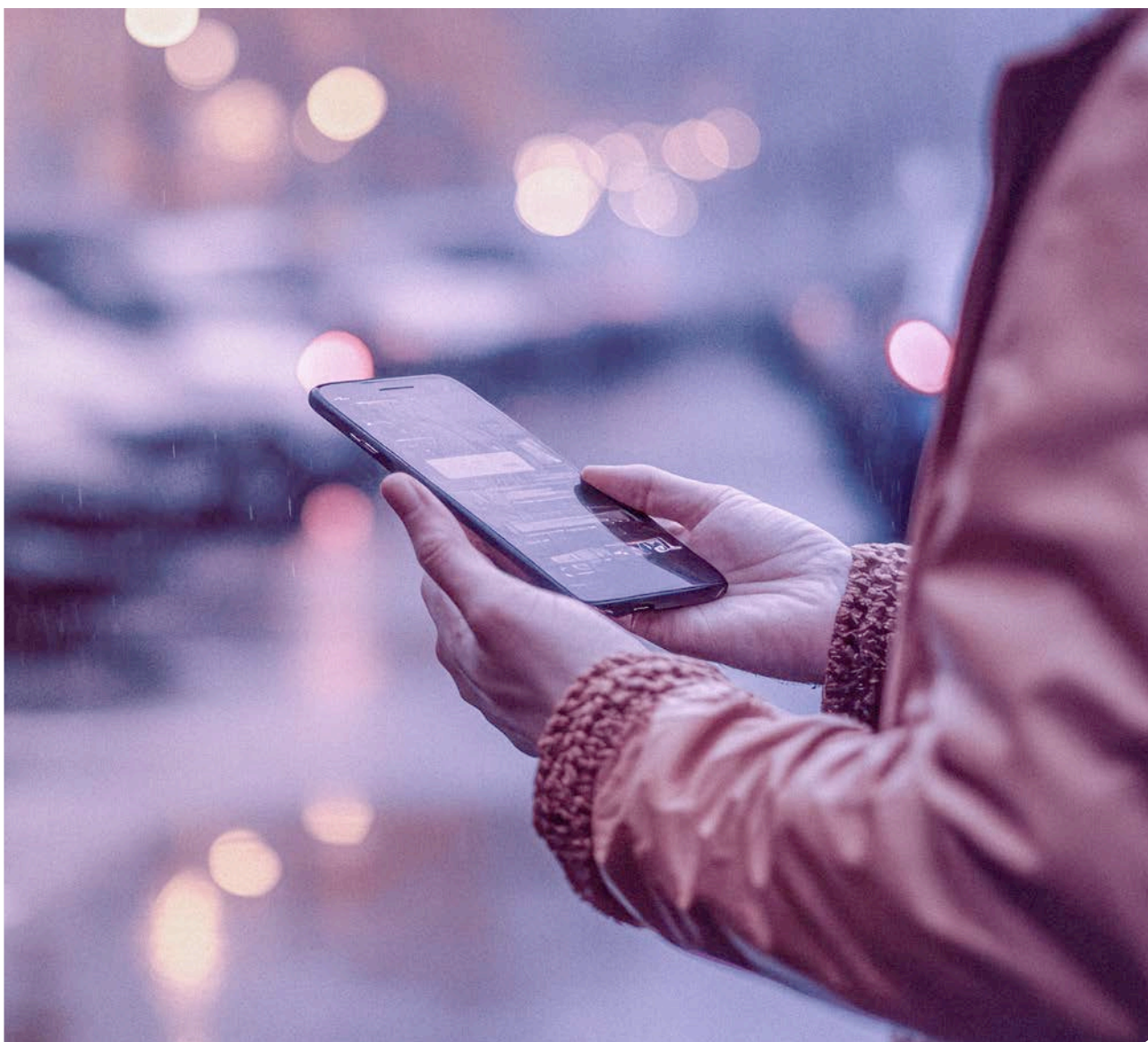


Na stronie KNF można także sprawdzić jakie polskie i zagraniczne zakłady ubezpieczeń legalnie działają w Polsce i tym samym zweryfikować, czy istnieje podmiot z którym zamierzamy zawrzeć umowę ubezpieczenia. KNF prowadzi także Rejestr Ostrzeżeń Publicznych, gdzie zgromadzone są dane podmiotów, które nielegalnie prowadzą działalność na rynku finansowym.

CERT

Jak reagować na obecne w przestrzeni cyfrowej przypadki oszustw i prób wyłudzeń? Przede wszystkim należy zachować zdrowy rozsądek i nie dać się ponieść emocjom. Stosowane przez przestępców socjotechniki nakłaniają do szybkiego podjęcia określonych działań, zwykle pod pozorem okazji cenowej. Warto nie ulegać pokusie i sprawdzić legalność oferty. W przypadku podejrzenia próby oszustwa zgłosić niezwłocznie taki przypadek do CERT.

CERT Polska działa w strukturach NASK – Państwowego Instytutu Badawczego. To pierwszy powstały w Polsce zespół reagowania na incydenty. Głównym celem działalności jest obsługa incydentów bezpieczeństwa. Incydenty bezpieczeństwa należy zgłaszać do CERT za pomocą formularza na stronie <https://cert.pl/>, niezależnie od tego, z jakiego źródła pochodzą (mogą to być podejrzone treści otrzymane przez telefon, SMS-a, stronę internetową lub inny kanał komunikacji elektronicznej).





PRZESTĘPCZOŚĆ W UBEZPIECZENIACH NA ŻYCIE

PRZESTĘPCZOŚĆ W UBEZPIECZENIACH NA ŻYCIE

Wartość przestępstw wykrytych w 2025 roku w ubezpieczeniach na życie wzrosła o 31% w porównaniu do roku 2024. Tendencja wzrostowa jest od lat charakterystyczna dla rynku ubezpieczeń na życie. Ubezpieczyciele dzięki wymianie informacji i analizie danych coraz skuteczniej wychwytyują próby wyłudzeń odszkodowań i trafnie rozpoznają schematy działań stosowane przez przestępców.

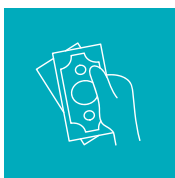


TABELA 3
PRZESTĘPCZOŚĆ
UBEZPIECZENIOWA
WEDŁUG RODZAJU RYZYKA
(UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
W 2025 ROKU)

PRODUKT/RYZYKO	LICZBA	LICZBA (%)	WARTOŚĆ (MLN ZŁ)	WARTOŚĆ (%)
Zgon ubezpieczonego	1 459	15%	55	54%
Zgon ubezpieczonego na skutek NW	50	0,5%	5	5%
Poważne zachorowanie	1 045	10%	23	23%
Trwałe inwalidztwo lub uszczerbek na skutek NW	1 127	11%	5	5%
Niezdolność do pracy	59	0,6%	2	2%
Leczenie szpitalne lub operacje	5 854	58%	8	8%
Narodziny dziecka/ narodziny martwego dziecka	75	0,7%	0,1	0,1%
Śmierć rodzica/ teścia/ współmałżonka/ dziecka	118	1%	0,6	0,6%
Pakiety zdrowotne i assistance medyczny	239	2%	2	2%
Inne	25	0,2%	0,3	0,3%
Razem	10 051	-	101	-

Źródło: Opracowanie na podstawie wyników badań.

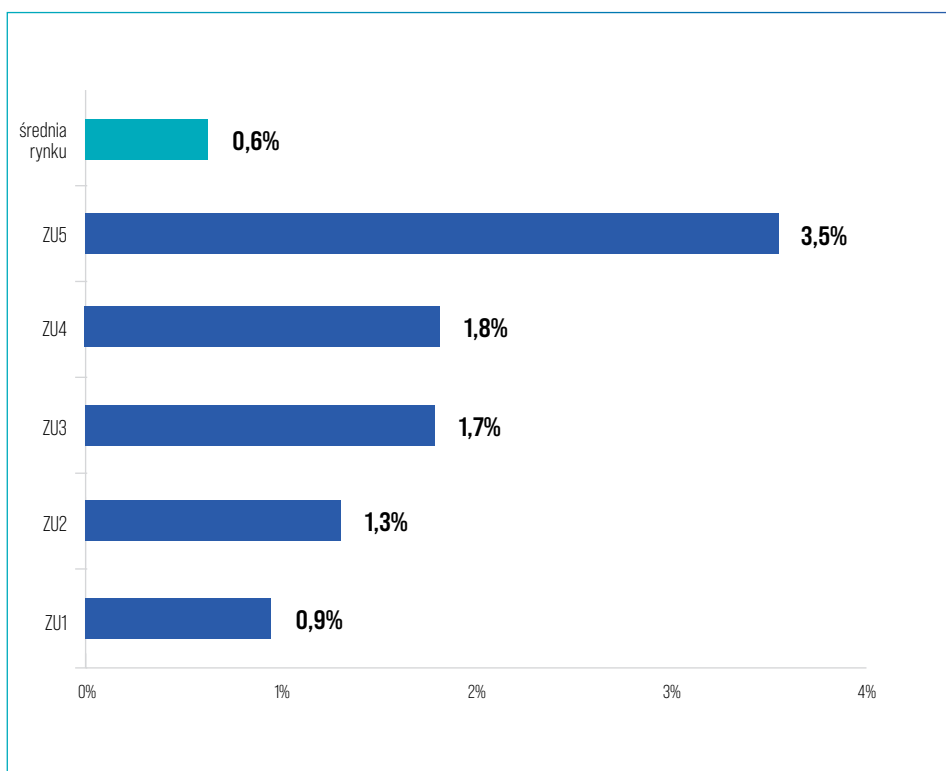
Uwaga: dane procentowe zostały zaokrąglone, dlatego suma prezentowanych udziałów może nieznacznie odbiegać od 100%.



W 2025 roku zakłady ubezpieczeń na życie wypłaciły ok. 17,5 mld zł świadczeń. Wykryte przestępstwa stanowią niespełna 0,6% tej kwoty.

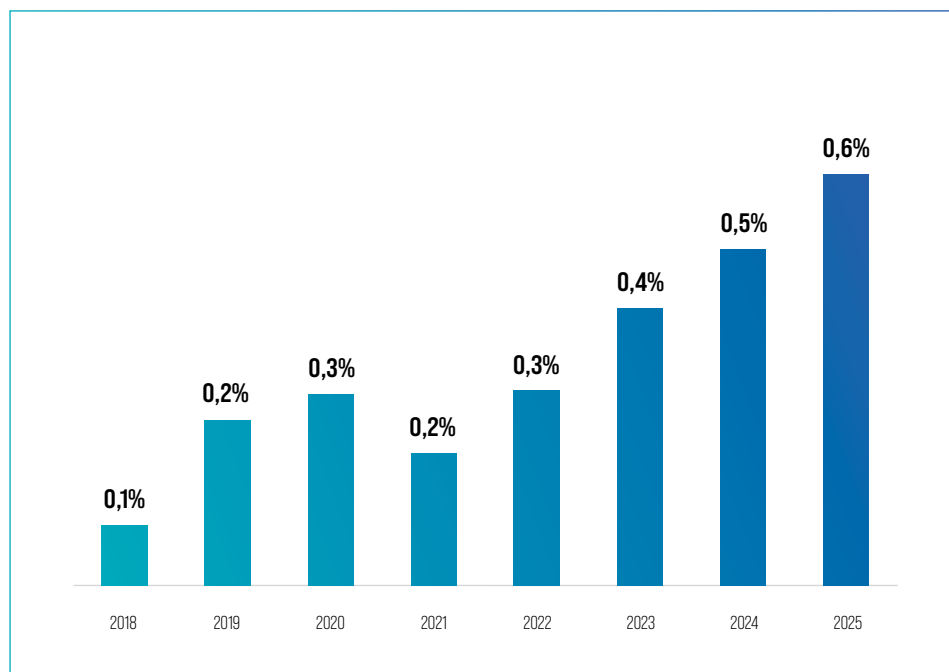
Poszczególne zakłady ubezpieczeń mają różny poziom skuteczności w ujawnianiu przestępstw. Wynika to głównie ze zróżnicowanej struktury sprzedawanych produktów i rodzajów ubezpieczeń w portfolio.

WYKRES 2
STOSUNEK WARTOŚCI
WYKRYTYCH PRZESTĘPSTW
DO WARTOŚCI WYPŁACANYCH
ŚWIADCZEŃ
W UBEZPIECZENIACH NA ŻYCIE
W 2025 ROKU W WYBRANYCH
WIODĄCYCH POD WZGLĘDEM
SKUTECZNOŚCI WYKRYWANIA
ZAKŁADACH UBEZPIECZEŃ

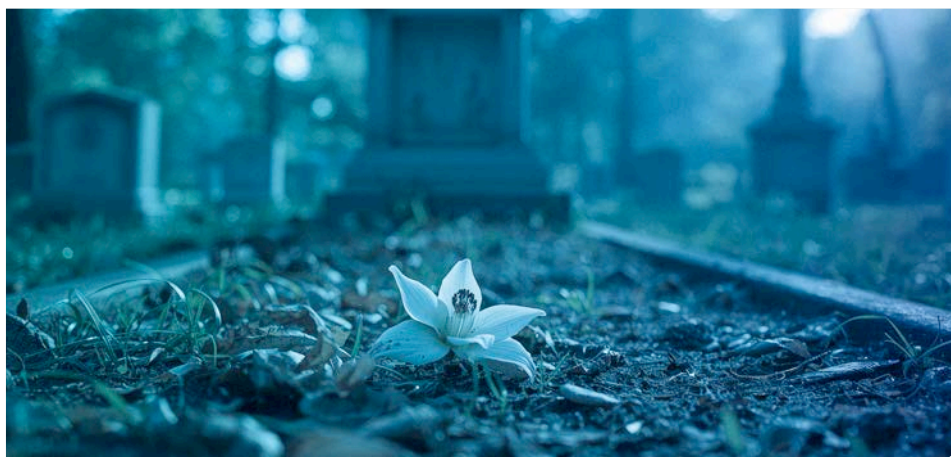


Źródło: Opracowanie na podstawie wyników badań.

WYKRES 3
STOSUNEK WARTOŚCI
WYKRYTYCH PRZESTĘPSTW
DO WARTOŚCI WYPŁACANYCH
ŚWIADCZEŃ
W UBEZPIECZENIACH NA ŻYCIE
W LATACH 2018 - 2025



Źródło: Opracowanie na podstawie wyników badań.



W 2025 ROKU PONAD POŁOWA WARTOŚCI WYKRYTYCH OSZUSTW W UBEZPIECZENIACH NA ŻYCIE - 55 MLN ZŁ - DOTYCZYŁA ZGŁOSZEŃ ZWIĄZANYCH ZE ZGONEM UBEZPIECZONEGO. OSZUSTWO DOTYCZĄCE ZGONU OD LAT BYŁO WYKORZYSTYWANE PRZEZ SPRAWCÓW.

Zwykle sprawcy próbują oszukać ubezpieczyciela, np. zawierając polisę już po śmierci danej osoby albo ubezpieczając kogoś w skrajnie złym stanie zdrowia. Historycznie schemat ten dotyczył głównie realnych osób. **Obecnie coraz częściej zauważalne są przypadki zawierania takich umów z wykorzystaniem wygenerowanych lub zmodyfikowanych danych osoby ubezpieczonej. Upozorowany zgon to średnio ok. 38 tys. zł.**



23 mln zł to wartość oszustw związanych ze zgłoszeniem poważnego zachorowania. Produkty związane z zachorowaniami, w tym na nowotwory, stają się coraz bardziej popularne. Średnio w 2025 roku takie roszczenie opiewało na 22 tys. zł i bazowało na sfałszowanej dokumentacji medycznej. Sprawcy masowo wykorzystują dostępność AI do preparowania dokumentów medycznych. Bezpłatne modele językowe rozwijają się w błyskawicznym tempie i generują coraz lepsze treści, łudząco podobne do autentycznych. Są to opinie lekarskie, wyniki badań czy inne dokumenty opisujące stan zdrowia.



W 2025 ROKU NAJCZĘŚCIEJ, TJ. W 58% PRZYPADKÓW SPRAWCY ZGŁASZALI FAŁSZYWE ROSZCZENIA ZA RZEKOMY POBYT W SZPITALU. PRZECIĘTNA WARTOŚĆ TAKIEGO OSZUSTWA JEST RELATYWNIE NISKA I WYNOŚI PRAWIE 1400 ZŁ.

W 2025 roku pojawiła się wśród raportowanych przestępstw nowa kategoria - pakiety zdrowotne i assistance medyczny. Sprawcy wykorzystują rosnącą popularność tego typu produktów w ubezpieczeniach na życie i wyłudniają refundację rzekomo poniesionych kosztów świadczeń wykorzystując fikcyjne faktury oraz nieprawdziwe dane osobowe.

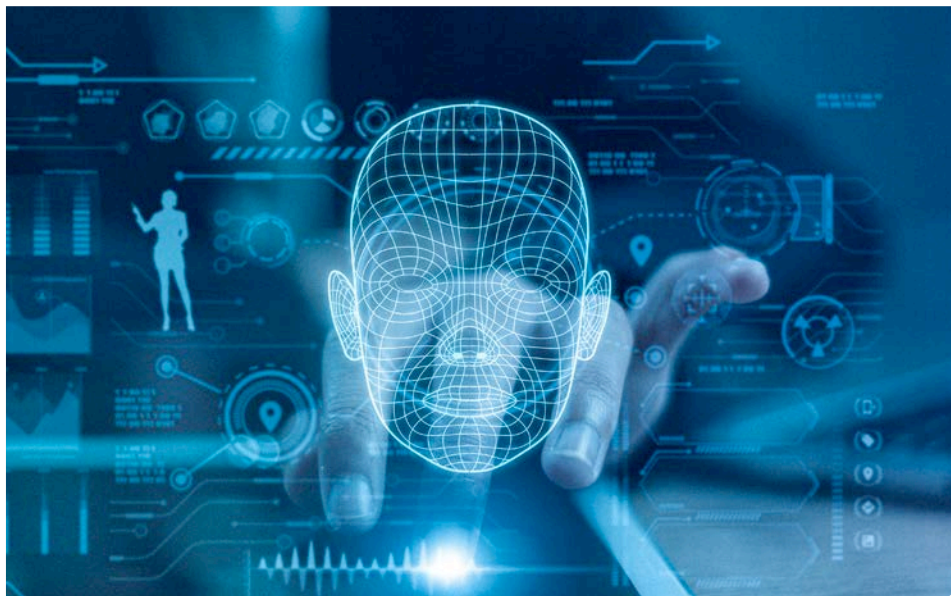
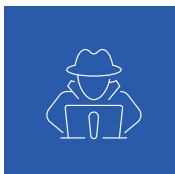


Nie wszystkie przestępstwa dotyczą bezpośrednio wypłat świadczeń za rzekome wypadki ubezpieczeniowe. Fikcyjne tożsamości stosowane są też do wyłudzenia prowizji za sprzedaż ubezpieczeń o charakterze inwestycyjnym.

Sprawca będący nieuczciwym pośrednikiem ubezpieczeniowym zawiera umowę o charakterze inwestycyjnym w imieniu klienta. Dzieje się to bez zgody zainteresowanego lub przy użyciu syntetycznej tożsamości. Zapłata składki odbywa się z użyciem systemu płatności elektronicznej. Zapewnia to anonimowość wpłacającego. Po wypłacie prowizji dalsze składki nie są wpłacane.

**W 2025 ROKU WYŁUDZENIA PROWIZJI OSIĄGNĘŁY
WARTOŚĆ 17 MLN ZŁ.**





Dzięki nowoczesnej technologii przestępcy podszywają się pod realnych klientów i przejmują ich świadczenia. Problem dotyka obecnie całą branżę finansową.

ZDALNE I ELEKTRONICZNE FORMY KONTAKTU Z INSTYTUCJAMI FINANSOWYMI ORAZ PROCEDURY CYFROWEGO ONBOARDINGU NARAŻONE SĄ NA OSZUSTWA DEEPPAKE.

Przestępcy łatwo zdobywają dane osobowe, wizerunek i próbki głosu. Mogą służyć one do podszywania się pod klienta i złożenia w jego imieniu dyspozycji wykupu polisy lub przekierowania świadczenia na własne konto.

Podobne metody w połączeniu z socjotechniką stosowane są także bezpośrednio wobec klientów. To również metoda masowo stosowana w bankowości. Sprawcy podszywają się pod pracownika zakładu ubezpieczeń i kontaktują się z klientem pod pozorem aktualizacji danych, weryfikacji zasad bezpieczeństwa, czy też prezentacji korzystnej oferty. Zmanipulowany klient nakłaniany jest do przekazania środków z polisy na inne konto.



PRZYKŁADY SZKÓD



PREZENTOWANE PRZYKŁADY ILUSTRUJĄ WYBRANE METODY DZIAŁANIA SPRAWCÓW PRZESTĘPSTW UBEZPIECZENIOWYCH. PRZEDSTAWIANE SPRAWY ZAKOŃCZYŁY SIĘ W RÓŻNY SPOSÓB - NIEKTÓRE Z NICH TRAFIŁY PRZED OBLICZE WYMIARU SPRAWIEDLIWOŚCI, W INNYCH PRZYPADKACH SĄ ONE JESZCZE ANALIZOWANE W ZAKŁADACH UBEZPIECZEŃ.



PRZYKŁAD – PRZEJĘCIE ŚRODKÓW Z POLISY

Agent, bez wiedzy klienta, złożył wniosek o wykup polisy na życie. Następnie część środków przeznaczył na zakup nowej polisy na życie tego klienta, za co otrzymał prowizję, a pozostałą kwotę przełał na konto osoby, która była z nim w zмовie. Ubezpieczyciel zgłosił sprawę do organów ścigania.



PRZYKŁAD – FIKCYJNE LECZENIE

Ubezpieczyciel zidentyfikował serię masowych wyłudzeń kosztów leczenia. Zgłoszeń dokonywała określona grupa klientów. Wykryte przypadki dotyczyły oszustw na niewielkie kwoty, zwykle od 100 do 300 zł.

Ubezpieczeni fałszowali dokumenty dotyczące szkód, głównie faktury za usługi medyczne. Na ich podstawie próbowali uzyskać zwrot kosztów, które w rzeczywistości nie zostały poniesione.



PRZYKŁAD – ZAGADKOWE URAZY

Klient zgłosił do ubezpieczyciela dwa zdarzenia: pobyt w szpitalu i uszczerbek na zdrowiu po rzekomych złamaniach nogi i barku. Przedstawił kartę leczenia, na której widniały dane podobne do danych jego żony z wcześniejszej szkody. Ubezpieczyciel poprosił o dodatkowe informacje i zwrócił się do szpitala, ale placówka poinformowała, że klient nigdy nie był tam leczony.

Następnie klient zgłosił kolejne zdarzenie – złamanie biodra. Dokumenty z pogotowia różniły się od tych przekazanych przez klienta i wskazywały, że był pod wpływem alkoholu, a część informacji została przez niego usunięta. Pojawiły się też sprzeczności w jego wyjaśnieniach dotyczących wcześniejszego leczenia.

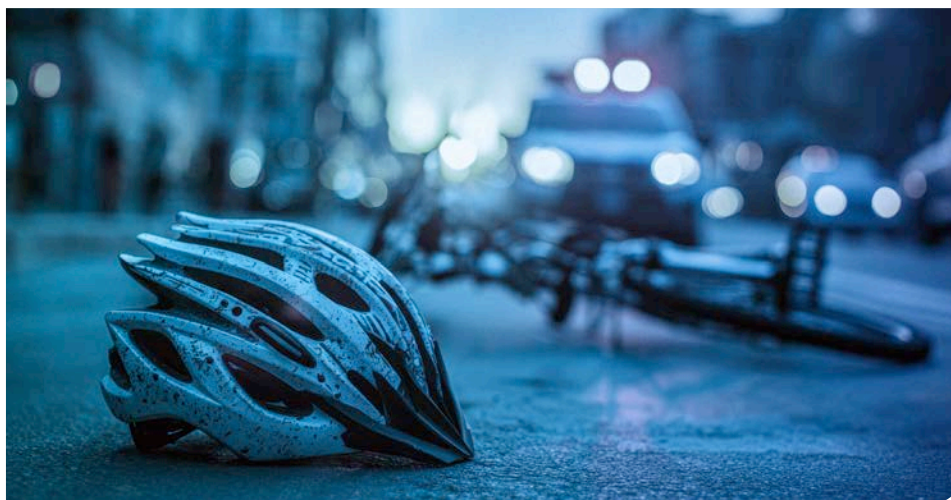
Ubezpieczyciel odmówił wypłaty świadczenia z powodu nietrzeźwości oraz nieprawidłowości w dokumentacji. Dodatkowo ustalono, że klient nie opłacał składek ubezpieczeniowych.



PRZYKŁAD – FAŁSZYWI ROWERZYŚCI

Ubezpieczeni zawierali polisy w kilku zakładach ubezpieczeń na wysokie kwoty, rozszerzając je o zwrot kosztów leczenia i rehabilitacji. Następnie zgłaszali w tych zakładach fikcyjne szkody, twierdząc, że doznali poważnych obrażeń po upadku z roweru. Urazy były poparte dokumentacją medyczną, jednak trudne do potwierdzenia podczas badania.

Sprawcy przedstawiali dokumentację medyczną oraz faktury za leczenie i rehabilitację, które składali w różnych firmach, aby uzyskać odszkodowanie. Część osób dodatkowo próbowała odzyskać składkę za niewykorzystany okres ubezpieczenia, podając wątpliwe powody.





PRZYKŁAD – ZATAJENIE CHOROBY

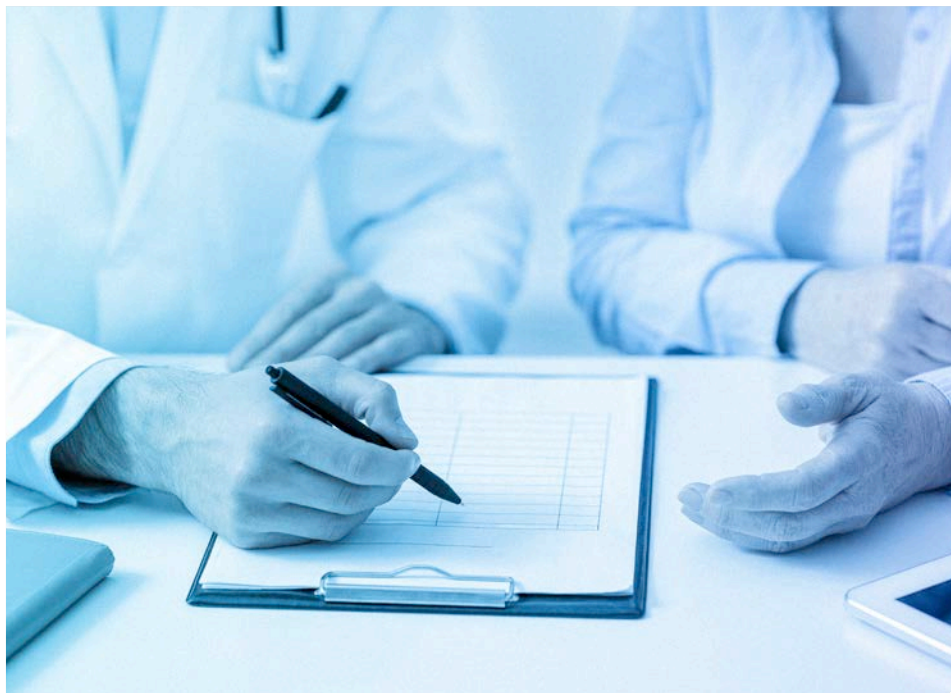
Klientka zawarła umowę na wypadek poważnego zachorowania na sumę ubezpieczenia 1 mln zł. Umowa została zawarta po zdiagnozowaniu stwardnienia rozsianego. Klientka zataiła tę informację w ankiecie medycznej. Po dwóch miesiącach złożyła wniosek o wypłatę świadczenia. Posłużyła się przy tym dokumentacją medyczną, w której sfalszowała datę diagnozy. Zakład ubezpieczeń odmówił wypłaty odszkodowania.



PRZYKŁAD – UBEZPIECZENIE TUŻ PRZED ŚMIERCIĄ

Klient zawarł umowę ubezpieczenia na życie dla osoby terminalnie chorej, zatajając jej faktyczny stan zdrowia przed zakładem ubezpieczeń. Ubezpieczana osoba nie była w stanie świadomie podjąć decyzji o ubezpieczeniu ani dopełnić formalności związanych zawarciem ubezpieczenia. Zakład ubezpieczeń wykrył oszustwo i nie wypłacił odszkodowania.





PRZYKŁAD – WYŁUDZENIA PROWIZJI

Ubezpieczyciel wykrył nieuczciwe działanie pośrednika, który nadzorował grupę agentów. Osoby te, aby uzyskać prowizję, działały w sposób zorganizowany i zawierały wiele fikcyjnych umów ubezpieczenia na życie. Dane do umów były fikcyjne lub umowy zawierane bez wiedzy klientów. Wnioski składano pod koniec miesiąca, a pierwsze składki opłacano elektronicznie tak, by ukryć dane płatnika. Nie było też kontaktu z klientami. Umowy konstruowano bez związku z potrzebami klientów, w celu maksymalizowania prowizji. Część agentów nie potrafiła wyjaśnić zasad współpracy ani okoliczności zawierania umów. Umowy agencyjne rozwiązano ze skutkiem natychmiastowym.



PRZYKŁAD – ZAOCZNIE UBEZPIECZONY

Klientka ubezpieczyła na życie szwagra. Mężczyzna krótko po tym zmarł z powodu niewydolności serca. Klientka jako uposażona złożyła roszczenie.

Z dokumentacji medycznej wynika, że mężczyzna od kilku lat chorował na nowotwór i chorobę alkoholową, a przed śmiercią był w bardzo ciężkim stanie. Przy zawieraniu ubezpieczenia pominięto informacje o jego stanie zdrowia. Dodatkowo potwierdzono, że ubezpieczony nie miał telefonu, więc nie mógł sam potwierdzić kodem SMS zawarcia umowy – zrobiła to za niego uposażona, bez jego udziału.

Uposażona zrezygnowała z dochodzenia roszczeń po ujawnieniu tych okoliczności przez zakład ubezpieczeń.

ROZDZIAŁ 4



PRZESTĘPCZOŚĆ W UBEZPIECZENIACH MAJĄTKOWYCH

PRZESTĘPCZOŚĆ W UBEZPIECZENIACH MAJĄTKOWYCH



W porównaniu z 2024 rokiem o 17% wzrosła wartość przestępstw wykrytych w ubezpieczeniach majątkowych. Najczęściej wykrywane są przestępstwa związane z ubezpieczeniami komunikacyjnymi. To około 64% liczby i wartości wszystkich przestępstw w ubezpieczeniach majątkowych.

W 2025 roku wprowadzono nowe kategorie raportowania przestępstw, które pozwalają dokładniej analizować nadużycia występujące w poszczególnych rodzajach ubezpieczeń. Zakłady ubezpieczeń coraz skuteczniej wykrywają wyłudzenia związane z ubezpieczeniami komunikacyjnymi, a jednocześnie identyfikują fałszywe szkody dotyczące innych rodzajów mienia. Zjawiska te są uważnie monitorowane, a ich wykrywanie często wymaga specjalistycznej wiedzy. Dotyczy to między innymi nadużyć związanych z ubezpieczeniami rolnymi.



TABELA 4
PRZESTĘPCZOŚĆ
UBEZPIECZENIOWA
WEDŁUG RODZAJU RYZYKA
(UBEZPIECZENIA MAJĄTKOWE
W 2025 ROKU)

PRODUKT/RYZYKO	LICZBA	LICZBA (%)	WARTOŚĆ (MLN ZŁ)	WARTOŚĆ (%)
OC komunikacyjne (majątkowe)	11 130	37%	144	21%
OC komunikacyjne (osobowe)	2 042	7%	134	19%
Autocasco	5 954	20%	172	25%
Assistance komunikacyjny	139	0,5%	0,4	0,1%
OC rolników	272	0,9%	11	2%
Rolne - Uprawy, Zwierzęta, Agrocasco	909	3%	21	3%
Od kradzieży z włamaniem (biznes)	51	0,2%	4	0,6%
Od ognia i innych żywiołów (biznes)	451	2%	41	6%
Mienie w transporcie i OC przewoźnika	148	0,5%	41	6%
Inne OC (działalność, zawodowe, za produkt)	2 096	7%	69	10%
Ubezpieczenie kredytu, Gwarancja ubezpieczeniowa, Finansowe, D&O, BI	23	0,1%	0,6	0,1%
Ubezpieczenia mieszkań i domów	4 905	16%	41	6%
OC w życiu prywatnym	1 203	4%	10	1%
Turystyczne (Koszty leczenia, rezygnacje, majątek, OC)	169	0,6%	2	0,3%
NNW	355	1%	2	0,3%
Inne kategorie produktów	186	0,6%	4	0,6%
Razem	30 033	-	697	-

Źródło: Opracowanie na podstawie wyników badań

Uwaga: dane procentowe zostały zaokrąglone, dlatego suma prezentowanych udziałów może nieznacznie odbiegać od 100%

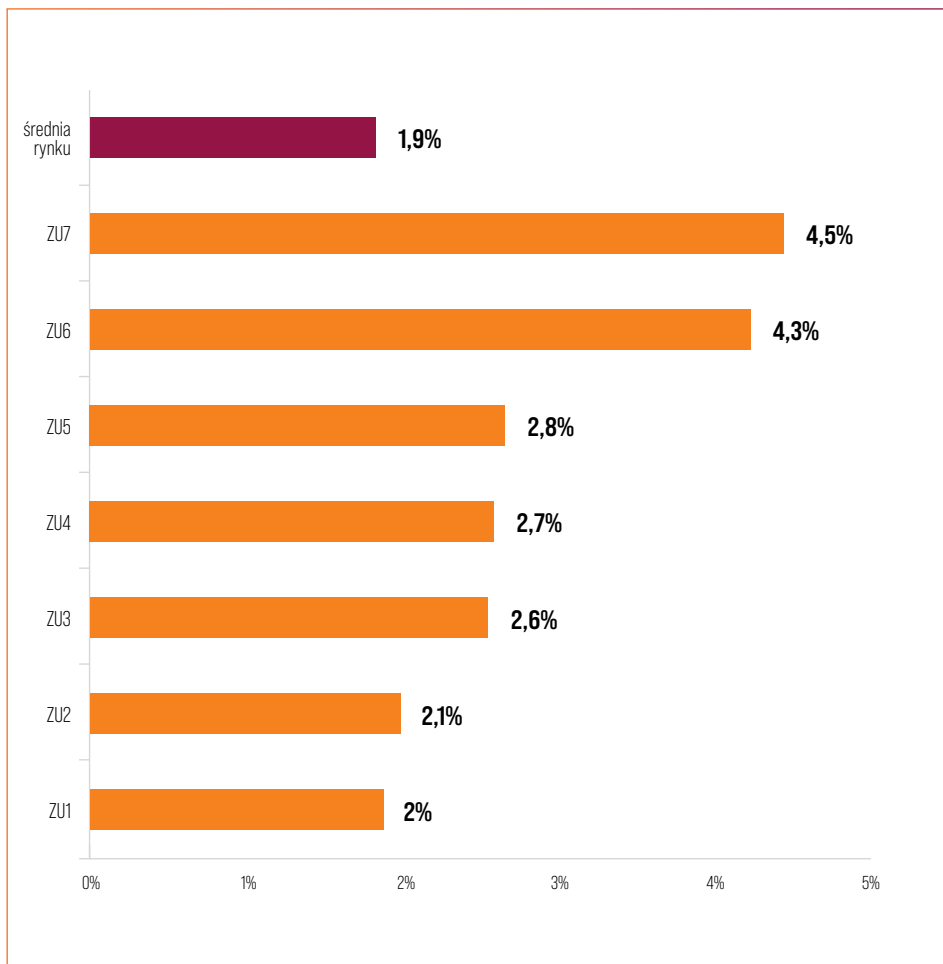
W 2025 roku zakłady ubezpieczeń wypłaciły ponad 36 mld zł świadczeń z tytułu ubezpieczeń majątkowych. Wykryte przestępstwa stanowią 1,9% tej kwoty. Odsetek ten utrzymuje się w ostatnich latach na zbliżonym poziomie.

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

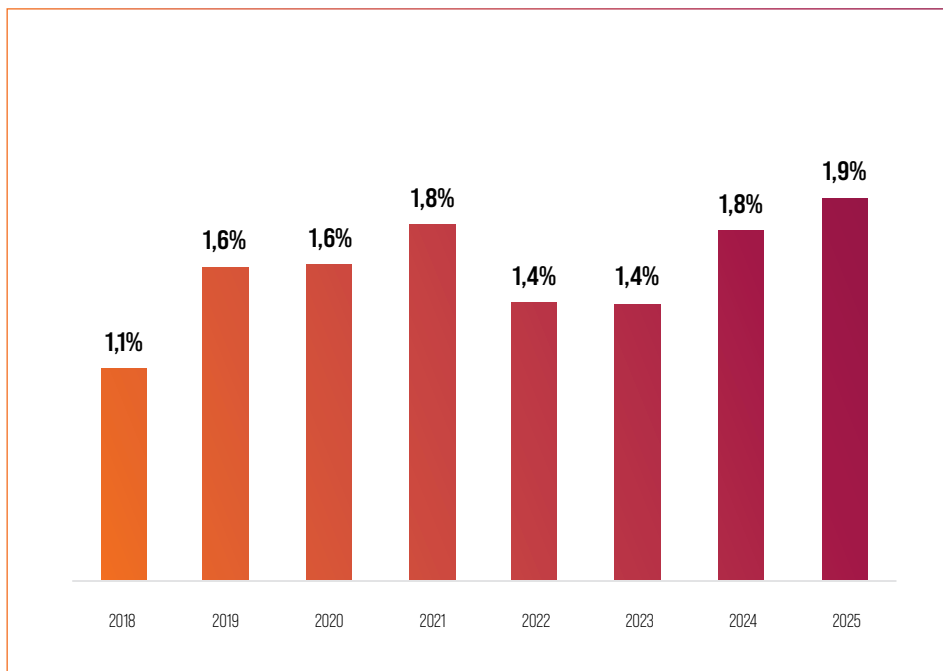
STOSUNEK WARTOŚCI
WYKRYTYCH PRZESTĘPSTW
DO WARTOŚCI
WYPŁACANYCH ŚWIADCZEŃ
W UBEZPIECZENIACH
MAJĄTKOWYCH W 2025
W WYBRANYCH WIODĄCYCH
POD WZGLĘDEM
SKUTECZNOŚCI WYKRYWANIA
ZAKŁADACH UBEZPIECZEŃ



Źródło: Opracowanie na podstawie wyników badań.

WYKRES 5

STOSUNEK WARTOŚCI
WYKRYTYCH PRZESTĘPSTW
DO WARTOŚCI WYPŁACANYCH
ŚWIADCZEŃ
W UBEZPIECZENIACH
MAJĄTKOWYCH W LATACH
2018 - 2025



Źródło: Opracowanie na podstawie wyników badań.

UBEZPIECZENIA KOMUNIKACYJNE

WARTOŚĆ WYKRYTYCH PRZESTĘPSTW W UBEZPIECZENIACH KOMUNIKACYJNYCH W 2025 ROKU WYNIOSŁA OKOŁO 450 MLN ZŁ I WZROSŁA W PORÓWNANIU DO ROKU 2024 O OK. 15%.

METODY PRZESTĘPSTW W UBEZPIECZENIACH KOMUNIKACYJNYCH WYSTĘPUJĄCE NA RYNKU OD WIELU LAT, SKUTECZNIE ROZPOZNAWANE PRZEZ UBEZPIECZYCIELI:



Upozorowanie kolizji pojazdów



Celowe spowodowanie kolizji, w tym „polowania” na innych uczestników ruchu drogowego



Upozorowanie obrażeń ciała



Fikcyjne kradzieże pojazdów



Oszustwa związane z zawyżaniem zakresu lub wartości szkód

SKUTECZNOŚĆ DZIAŁAŃ UBEZPIECZYCIELI WYNIKA Z WYMIANY DANYCH BAZUJĄCYCH NA:



Korzystaniu z danych
zawartych w bazach UFG



Dostępie do danych
w CEPIK



Powszechności odczytu
danych ze sterowników
pojazdów

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.

DANE UFG

Analiza danych z Ośrodka Informacji UFG pozwala zaobserwować rozkład szkód i 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.

STATYSTYCZNY POLAK MA 1 SZKODĘ NA KILKA LAT. JEDNAK PEWNA GRUPA KLIENTÓW LEGITYMUJE SIĘ REKORDOWO WYSOKĄ SZKODOWOŚCIĄ. W LATACH 2023-2025 WYTYPOWANO NIECHŁUBNYCH REKORDZISTÓW:

9,2 tys.

posiadaczy polis OC powoduje po **4 szkody**,
a blisko 6,1 tys. 5 i więcej szkód

9,4 tys.

posiadaczy polis AC ma po **4 szkody**,
a blisko 8,4 tys. 5 i więcej szkód

BADANE SĄ TAKŻE KONCENTRACJE SZKÓD W POJAZDACH:

1,8 tys.

pojazdów, które uległy **2 lub więcej**
szkodom całkowitym
z ubezpieczenia OC

3,5 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

PODOBNE REKORDOWE LICZBY ZDARZEŃ DOTYCZĄ TAKŻE POSZKODOWANYCH W WYPADKACH:

8,8 tys.

osób było poszkodowanych w **6 do 10**
szkodach z ubezpieczeń komunikacyjnych

1 tys.

osób było poszkodowanych w aż **11 do 20**
szkodach w badanym okresie

Powyższe koncentracje szkód stanowią punkt wyjścia do dalszych analiz pod kątem możliwości popełnienia przestępstwa ubezpieczeniowego.

Dane ukazują skalę i wyzwania z jakimi muszą mierzyć się zakłady ubezpieczeń w walce z przestępczością ubezpieczeniową. Ważny jest właściwy odbiór społeczny tych danych. Pozornie niewielki odsetek umów ubezpieczenia zawierany jest przez przestępców, którzy już na początkowym etapie kierują się zamiarem wyłudzenia. Dlatego należy właściwie rozumieć znaczenie problemu przestępczości ubezpieczeniowej i eliminować przyzwolenie społeczne na przestępstwa ubezpieczeniowe. Wartość stanowiąca nawet pozornie tylko kilka procent wypłacanych odszkodowań nie powinna być bagatelizowana. Przestępcy powodują wysokie straty, które obciążają wszystkich klientów.



UBEZPIECZENIA DLA OSÓB FIZYCZNYCH

Ubezpieczenia inne niż komunikacyjne stają się coraz bardziej popularne wśród przestępców. W 2025 roku było to blisko 5 tys. przypadków wyłudzeń na kwotę 41 mln zł w ubezpieczeniach mieszkań i domów. Wykryto także 1,2 tys. przypadków o wartości 10 mln zł w ubezpieczeniach OC w życiu prywatnym.



Wyraźnie widoczny jest trend wykorzystywania nowych technologii do udokumentowania fałszywych roszczeń. Dotyczą one przeważnie szkód w mieniu ruchomym oraz w budynkach. Sprawcy najczęściej starają się uprawdopodobnić rzekomo poniesione straty lub zawyżyć wartość odszkodowania w faktycznie zaistniałym zdarzeniu.

UŻYWAJĄ DO TEGO CELU WYGENEROWANYCH LUB ZMIENIONYCH PRZY POMOCY AI:



ZDJĘĆ

obrazujących skalę
poniesionych strat



EKSPERTYZ

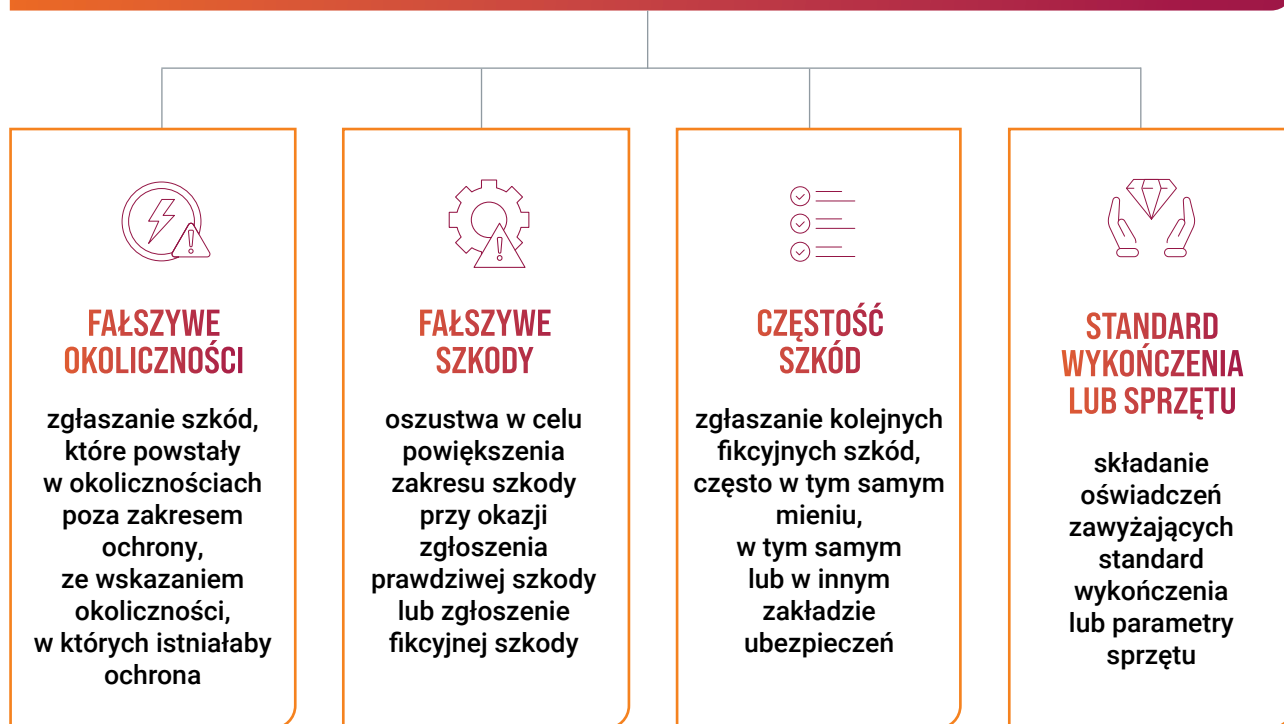
w celu
poświadczenia
nieprawdy
co do przyczyn
i zakresu
uszkodzenia
lub parametrów
sprzętu



SFAŁSZOWANEJ DOKUMENTACJI

dokumenty zakupu,
faktury, paragony,
oświadczenia

TYPOWE SCHEMATY DZIAŁAŃ TO:



Bardzo popularne staje się podawanie przepięcia w instalacji elektrycznej jako przyczyny uszkodzenia sprzętu elektronicznego. Drogie podzespoły elektroniczne występują obecnie praktycznie w każdym sprzęcie RTV i AGD, a ich uszkodzenie przez skok napięcia czyni te sprzęty nieopłacalnymi do naprawy. Przepięcie to przyczyna uszkodzeń zgłaszana często dla sprzętu nieuszkodzonego lub uszkodzonego w innych okolicznościach. Może być to sprzęt wyeksploatowany lub fikcyjny, a jego istnienie udokumentowane jest wygenerowanym zdjęciem czy dowodem zakupu.



W 2025 roku odnotowano około 200 przypadków wyłudzeń uszkodzeń sprzętu elektronicznego na ponad 620 tys. zł.

Coraz popularniejsze stają się także wyłudzenia oparte na produktach dotyczących zwierząt domowych. Wysokie ceny usług i kosztów usług weterynaryjnych sprzyjają takim oszustwom. Również w tym przypadku dokumentacja faktu posiadania zwierzęcia i poniesionych kosztów bywa całkowicie fikcyjna lub odpowiednio zmodyfikowana. Zakłady ubezpieczeń wykryły ponad 200 takich przypadków na kwotę ponad 300 tys. zł.

UBEZPIECZENIA DLA BIZNESU

Cyfryzacja metod wyłudzenia odszkodowań widoczna jest także wśród sprawców wykorzystujących ubezpieczenia dla przedsiębiorców.

Do najpopularniejszych należą przestępstwa dotyczące OC z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej.

To ponad 2 tys. przypadków na kwotę 69 mln zł. Fakt zaistnienia szkody przeważnie udokumentowany jest fikcyjną dokumentacją zdarzenia i poniesionych kosztów. Przełomem w zwalczaniu tego procederu może okazać się wprowadzony w 2026 roku Krajowy System e-Faktur.

Ta platforma powstała z inicjatywy Ministerstwa Finansów, służąca do wystawiania, przesyłania, otrzymywania i przechowywania faktur, z pewnością ograniczy możliwość generowania fikcyjnych faktur. Ponadto KSeF umożliwi natychmiastową weryfikację autentyczności każdej faktury.



Opisywany wcześniej trend syntetycznych tożsamości i podszywania się pod realnie istniejące podmioty występuje w przypadku bardzo popularnych przestępstw w ubezpieczeniach transportowych – OC Przewoźnika i Cargo.

W 2025 roku w ramach OC Przewoźnika i Cargo dokonano 148 przestępstw wartych 41 milionów zł – średnio to aż 277 tys. zł. Klasyczna wersja tego wyłudzenia to zgłoszenie napadu rabunkowego lub kradzieży w miejscu postoju środka transportu.

POPULARNE JEST TAKŻE PODSZYWANIE SIĘ POD AUTENTYCZNEGO PRZEWÓŹNIKA. PROBLEM TEN OD LAT NĘKA BRANŻĘ TRANSPORTOWĄ I BAZUJE NA:



Podszywaniu się pod legalnie działające podmioty transportowe



Przejmowaniu legalnych firm transportowych, wyłudzeniu wartościowego towaru i nagłym zakończeniu działalności



Podszywaniu się pod odbiorcę i zmianie adresu dostawy

Rynek przewozów bazuje na cyfrowych giełdach, gdzie wśród tysięcy legalnych podmiotów pojawiają się oszuści wyłudzający towary. Błąd w weryfikacji podmiotu, pośpiech i rutyna sprzyjają wydawaniu ładunku oszustom.

Taki schemat działania przyjmują też przestępcy ubezpieczeniowi i zgłaszają roszczenie za rzekomo utracony ładunek. Dokumentacja szkody – dane ładunku i przewoźnika - jest sfalszowana.

NOWOCZESNE METODY WYŁUDZEŃ NIE WYPARŁY CAŁKOWICIE METOD TRADYCYJNYCH – PODPALEŃ I UPOZOROWANYCH KRADZIEŻY. W 2025 ROKU ODNOTOWANO 451 WYŁUDZEŃ DOTYCZĄCYCH POŻARÓW MIENIA NA KWOTĘ 41 MLN ZŁ ORAZ 51 FIKCYJNYCH KRADZIEŻY NA 4 MLN ZŁ.



UBEZPIECZENIA ROLNE



**W 2025 ROKU UBEZPIECZYCIELE UJAWNILI
PONAD 900 PRZESTĘPSTW NA KWOTĘ 21 MLN ZŁ
W UBEZPIECZENIACH ROLNYCH.**

Dotyczą one szkód w uprawach, zwierzętach i maszynach rolniczych. Ponadto wykryto 272 przypadki przestępstw w ubezpieczeniu OC rolników na kwotę 11 mln zł.

Ubezpieczenia rolne to jeden z wielu niszowych obszarów, gdzie przeciwdziałanie przestępstwom jest trudniejsze niż w popularnych rodzajach ubezpieczeń majątkowych. Postęp i sukcesy w zwalczaniu przestępczości ubezpieczeniowej wymagają rozpoznawania metod działania sprawców i specyfiki branż, których dotyczą specjalistyczne ubezpieczenia.



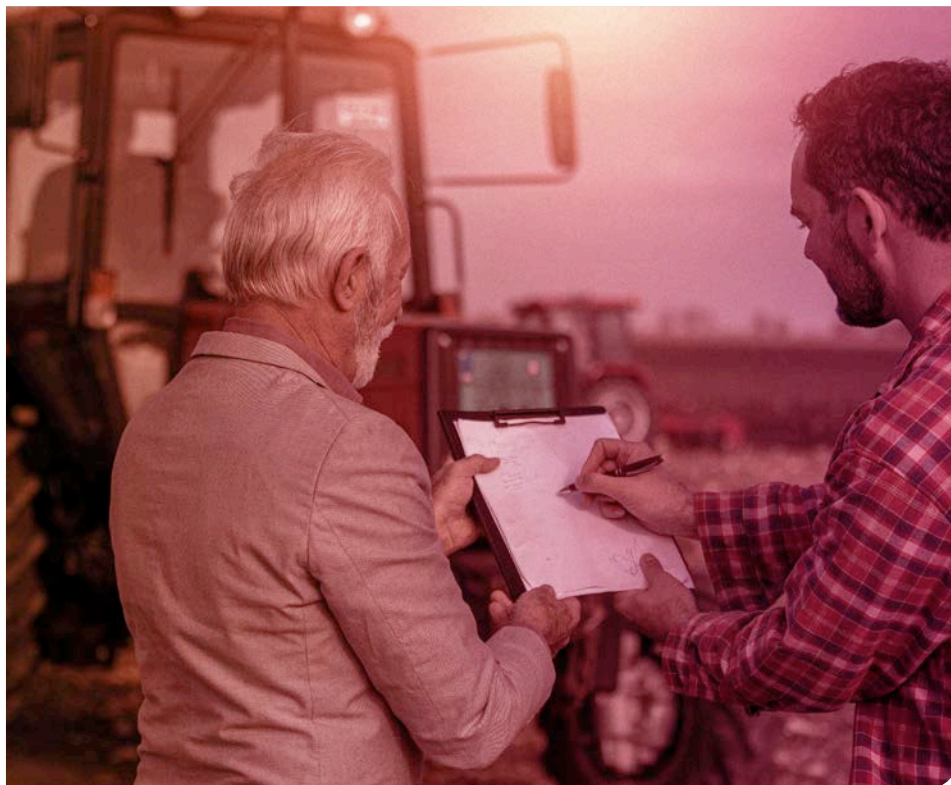
**DUŻE AREAŁY UPRAW I HODOWLE ZWIERZĄT DAJĄ SPRAWCOM
MOŻLIWOŚCI UPOZOROWANIA KOSZTOWNYCH STRAT.**

Specyfika produkcji rolnej i zależność od warunków pogodowych wymaga dużej wiedzy podczas likwidacji szkody. **Straty w plonach zwykle nie są oczywiste i nie zależą wprost od jednego czynnika.** Mogą wynikać z działania szkodników, niekorzystnych parametrów pogodowych, ale także z błędów popełnionych podczas siewu, nawożenia czy zbiorów. Tylko niektóre z nich podlegają ochronie ubezpieczeniowej, co rodzi pokusę nadużyć przy określaniu realnej przyczyny strat.



Dość często sprawcy ubezpieczają tylko część arealu upraw. W przypadku zaistnienia szkody wykorzystują niedoskonałości ewidencji gruntów. Po wystąpieniu szkody zgłaszane straty są przypisywane do tego ubezpieczonego obszaru, niezależnie od rzeczywistej lokalizacji.

Niektórzy sprawcy celowo preparują wystąpienie szkody i zakładają oszustwo już na etapie zawierania umowy ubezpieczenia. Proceder polega na ubezpieczaniu upraw o wysokiej wartości na działkach rolnych, na których wystąpienie szkody w wyniku deszczu nawalnego jest niemal pewne oraz dobór gatunków roślin wrażliwych na uszkodzenia/zanieczyszczenia części nadziemnych. Sprawcy z reguły nie posiadają zasobów pozwalających na zbiór, przygotowanie do sprzedaży i sprzedaż ubezpieczonego plonu głównego. W celu maksymalizacji korzyści często decydują się na ubezpieczenie tej samej uprawy w więcej niż jednym zakładzie ubezpieczeń lub ubezpieczenie w ciągu jednego roku więcej niż jednej uprawy. Wartość wyłudzonych w ten sposób odszkodowań może sięgać od kilkudziesięciu do nawet kilkuset tysięcy zł z jednego hektara.



NIEZWYKLE ISTOTNY JEST TAKŻE PROBLEM DOPŁAT. CZASEM SPRAWCY UBEZPIECZAJĄ TE SAME UPRAWY KILKA RAZY W RÓŻNYCH FIRMACH, KORZYSTAJĄC Z DOPŁAT PAŃSTWA DO SKŁADEK. **DOPŁATY MOGĄ POKRYWAĆ NAWET 65% KOSZTÓW.**

W praktyce jedna lub kilka osób może zawrzeć kilka polis na tę samą działkę i zakres ochrony, co może prowadzić do nieprawidłowości i wielokrotnych wypłat na bardzo wysokie kwoty. Zdarza się też, że sprawcy zgłaszają tę samą szkodę do różnych ubezpieczycieli, próbując uzyskać więcej pieniędzy niż wynosi faktyczna strata. **Wykryto również przypadki podawania nieprawdziwych informacji o wcześniejszych szkodach, co wpływa na wysokość składek i decyzję o ubezpieczeniu.**

W niektórych sytuacjach dochodziło nawet do celowego powodowania szkód w uprawach, aby uzyskać odszkodowanie. Wskazuje to na instrumentalne traktowanie ubezpieczeń oraz intencjonalne zawieranie wielu umów ubezpieczenia w zamierzonym z góry celu osiągnięcia nienależnych korzyści finansowych. Sprawcy uczestniczący w takim procederze wybierają działki np. o odpowiednim ukształtowaniu terenu, sprzyjającym powstawaniu szkód. Następnie zakładają uprawę rolną, w celu uzyskania nienależnego odszkodowania za szkodę, którą celowo powodują.



Produkty ubezpieczeń maszyn rolniczych stają się coraz częściej wykorzystywaną niszą. Szersza dostępność ekspertów o wiedzy porównywalnej do tej, jaką dysponują rzeczoznawcy w segmencie pojazdów osobowych, na przykład w zakresie odczytu danych ze sterowników, pozwoliłaby na bardziej efektywne prowadzenie analiz i ocen technicznych.

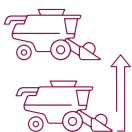
Współczesne maszyny rolnicze są bardzo kosztowne. Ich wartość, szczególnie w przypadku kombajnów rolniczych, przekracza wielokrotnie wartość luksusowych samochodów. Uszkodzenia takich maszyn w czasie prac polowych są wysoce prawdopodobne, a koszty ich napraw bardzo wysokie. Ponadto maszyny rolnicze nie są ewidencjonowane w bazie CEPiK, co utrudnia proces likwidacji szkód. Znacznym ułatwieniem dla sprawców jest też sezonowość prac polowych i koncentracja ich w krótkim czasie zbiorów, gdzie uszkodzona maszyna naprawiana jest często przed przybyciem pracownika zakładu ubezpieczeń.

SPRAWCY CZĘSTO TRAKTUJĄ POLISY AGROCASCO JAKO ŹRÓDŁO FINANSOWANIA AWARII I ZUŻYCIA EKSPLOATACYJNEGO SPRZĘTU. RODZI TO POLE DO PRZESTĘPSTW UBEZPIECZENIOWYCH.

SPRAWCY NAJCZĘŚCIEJ STOSUJĄ:



Migracje maszyn z firmy do firmy i zatajanie wcześniejszej historii szkód



Jedno ubezpieczenie na kilka takich samych maszyn - sprawca dysponuje kilkoma identycznymi maszynami, a ubezpiecza tylko jedną. W razie szkody przedstawia do oględzin uszkodzoną, nieubezpieczoną maszynę, po przełożeniu tabliczki znamionowej z maszyny ubezpieczonej



Podrabianie tabliczek znamionowych i cech identyfikacyjnych maszyn rolniczych



Wielokrotne zgłaszanie tych samych uszkodzeń - sprawcy wymieniają się między sobą podzespołami w celu późniejszego przedstawienia ich w procesie likwidacji szkód w różnych zakładach ubezpieczeń

PRZYKŁADY SZKÓD W UBEZPIECZENIACH MAJĄTKOWYCH



PONIŻSZE PRZYKŁADY DOTYCZĄ PRZESTĘPSTW WYKRYTYCH PRZEZ ZAKŁADY UBEZPIECZEŃ W UBEZPIECZENIACH MAJĄTKOWYCH. ILUSTRUJĄ ONE POPULARNE I NOWE METODY DZIAŁANIA SPRAWCÓW. PREZENTOWANE SPRAWY ZAKOŃCZYŁY SIĘ W RÓŻNY SPOSÓB - NIEKTÓRE Z NICH TRAFIŁY PRZED OBLICZE WYMIARU SPRAWIEDLIWOŚCI, W INNYCH PRZYPADKACH SĄ ONE JESZCZE ANALIZOWANE W ZAKŁADACH UBEZPIECZEŃ.



PRZYKŁAD – USTAWIONA KOLIZJA

Na pasie awaryjnym drogi szybkiego ruchu doszło do kolizji. Poszkodowany twierdził, że zatrzymał się z powodu usterki pojazdu. Po chwili inny kierowca uderzył w jego samochód i zepchnął go na bariery. Oba auta były bardzo wartościowe, a na miejsce wezwano policję.

Analiza wykazała, że poszkodowany miał wiele wcześniejszych szkód. Nagranie z miejsca zdarzenia wskazuje, że kierowcy mogli współpracować, a kolizja była zaaranżowana. Dane odczytane z rejestratora pojazdu pokazały, że sprawca nie próbował uniknąć zderzenia, mimo że miał taką możliwość. Tor jazdy i wzrost prędkości przed wypadkiem sugerują celowe działanie. Ubezpieczyciel odmówił wypłaty odszkodowania.

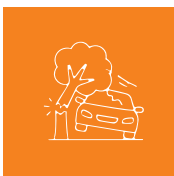


PRZYKŁAD – UBEZPIECZENIE TUŻ PO ZALANIU

Ubezpieczona zgłosiła szkodę zalaniową kilka dni po zawarciu polisy i przestała zdjęcia oraz nagrania pokazujące zniszczenia. Metadane zdjęć wskazywały na wykonanie ich w dniu zdarzenia, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Na tej podstawie wypłacono część odszkodowania.

Podczas dalszej weryfikacji ustalono jednak, że już w dniu zawarcia polisy ubezpieczona rano kontaktowała się z firmą osuszającą, pytając o koszty i terminy prac. Samą polisę zawarła tego samego dnia wieczorem, z ochroną od następnego dnia.

Oznacza to, że zalanie mogło mieć miejsce jeszcze przed zawarciem umowy. Mimo że ubezpieczona twierdziła inaczej, zebrane dowody temu przeczyły. Wstrzymano dalszą wypłatę odszkodowania i zażądano zwrotu wcześniej wypłaconej kwoty. Ubezpieczona zwróciła wcześniej wypłaconą część odszkodowania.



PRZYKŁAD – POJAZD BEZ KIEROWCY

Zgłoszenie szkody dotyczyło rzekomego wypadku drogowego, w którym kierowca auta dostawczego miał ominąć zwierzę, zjechać z drogi i uderzyć w drzewo. W pojeździe miał znajdować się także pasażer, a na miejsce wezwano służby ratunkowe.

Podczas szczegółowej analizy sprawy, z uwagi na wcześniejszą historię szkodową uczestników, sprawdzono dane ze sterowników pojazdu i tachografu. Wykazały one, że tuż przed zdarzeniem gaz był wciśnięty do końca, a kierownica była poruszana minimalnie. Parametry jazdy wskazują, że pojazd poruszał się bez kierowcy.

Na zdjęciach znaleziono but, który mógł blokować pedał przyspieszenia, co wskazuje na celowe rozpędzenie pojazdu. Charakter ruchów kierownicy odpowiadał naturalnym drganiom pojazdu poruszającego się samoczynnie po nierównej nawierzchni. Ponadto brak obrażeń u osób znajdujących się w pojeździe był nieadekwatny do siły uderzenia i faktu niezapięcia pasów. Zakres deformacji kabiny pojazdu wskazuje, że przy braku zapiętych pasów osoby znajdujące się wewnątrz powinny doznać bardzo ciężkich, potencjalnie śmiertelnych obrażeń. Dane z tachografu potwierdziły, że pojazd został rozpędzony i uderzył w przeszkodę bez wcześniejszej jazdy realizowanej przez kierującego.

Ustalono też, że pojazd nie był używany przez miesiąc przed zdarzeniem, a leasing został wcześniej rozwiązany w trybie windykacyjnym z powodu zaległości w spłacie rat.

Zebrane informacje wskazują, że zdarzenie nie było przypadkowe, lecz mogło zostać celowo zaaranżowane w celu uzyskania odszkodowania.



PRZYKŁAD – JEDNA DZIAŁKA, WIELU WŁAŚCICIELI

Ubezpieczyciel zauważył na danym obszarze rosnącą liczbę zgłoszeń szkód w uprawach rolnych, które nie zawsze odpowiadały rzeczywistym warunkom pogodowym.

W trakcie kontroli wykryto nieprawidłowości, takie jak podwójne ubezpieczenia tych samych pól, powtarzające się dane w dokumentach oraz zgłaszanie tych samych działek przez różne osoby. Wskazywało to na możliwą współpracę grupy osób w celu uzyskiwania wielu odszkodowań za te same zdarzenia.

Szczególnie problematyczne okazały się drogie uprawy, które łatwo było dzielić na mniejsze części, manipulować danymi działek i ubezpieczać wielokrotnie. Prowadziło to do częstych wypłat. W efekcie wypłacone odszkodowania sięgały milionów złotych i znacznie przewyższały zebrane składki.

W odpowiedzi ubezpieczyciel wprowadził zmiany, m.in. lepszą weryfikację klientów, ograniczenia powierzchni upraw oraz zasadę jednej polisy na jedną działkę, aby ograniczyć nadużycia.



PRZYKŁAD – SZKODY W KUKURYDZY

Zgłaszający twierdził, że w wyniku intensywnych opadów część roślin kukurydzy została połamana tuż przy powierzchni gleby. Opis sugerował typowe uszkodzenia spowodowane deszczem nawalnym – jednym z ryzyk objętych ochroną ubezpieczeniową.

Podczas sprawdzania sprawy przeprowadzono oględziny pola i rozmowę ze świadkiem. Ustalono, że część roślin była już położona wcześniej, a w pobliżu występowały podobne uszkodzenia.

Na miejscu stwierdzono obecność szkodnika – stonki kukurydzianej, która niszczy korzenie roślin i powoduje ich przewracanie się. Nie znaleziono natomiast śladów typowych dla ulewnego deszczu. Uszkodzenia były równomierne, co również wskazuje na działanie szkodnika, a nie pogody.

Ustalono, że przyczyną strat były szkodniki, a nie deszcz. Odmówiono wypłaty odszkodowania, ponieważ takie szkody nie były objęte ubezpieczeniem.



PRZYKŁAD – GRAD, KTÓREGO NIE BYŁO

Klient zgłosił szkodę (ubytek plonu) w kilku uprawach, twierdząc, że zostały one uszkodzone przez przymrozki i grad.

Sprawdzenie danych pogodowych nie potwierdziło, aby takie zjawiska wystąpiły w tym czasie i miejscu. Oględziny pól również wykazały bardzo małe straty – w części upraw około 1%, a w pozostałych brak istotnych uszkodzeń.

Opis zgłaszającego nie zgadzał się z rzeczywistymi warunkami ani wyglądem roślin, które rozwijały się normalnie.

W rzeczywistości nie doszło do szkody spowodowanej przez przymrozki lub grad. Minimalny ubytek plonu nie przekraczał wartości określonej w umowie ubezpieczenia. Wykluczało to możliwość wypłaty odszkodowania na podstawie franszyzy integralnej. Zalecono zakończenie sprawy i odmowę wypłaty odszkodowania.



PRZYKŁAD – FAŁSZYWE FAKTURY

Ubezpieczyciel przeanalizował zgłoszenia trzech szkód dotyczących uszkodzenia maszyn rolniczych. W dokumentach dołączonych do zgłoszeń widniały faktury i umowy potwierdzające zakup sprzętu za granicą. Po sprawdzeniu ich u zagranicznego kontrahenta ustalono, że dokumenty te nie zostały przez niego wystawione i są najprawdopodobniej fałszywe.

Zgłaszający utrzymywał, że otrzymał dokumenty od nieznanego obcokrajowca, z którym rozliczał się gotówką. Nie podał żadnych danych pozwalających go zidentyfikować. Dodatkowo część maszyn nie figurowała w żadnych rejestrach a transakcja nie była zgłaszana do organów skarbowych.

Zebrane informacje wskazują na próbę wyłudzenia odszkodowań. W dwóch sprawach zalecono odmowę wypłaty, a w jednej wystąpiono o zwrot już wypłaconych środków. Proceder zgłoszono także do organów ścigania.

ROZDZIAŁ 5



WYJAŚNIENIE POJĘĆ I DEFINICJI

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;
- osiągnięciu nienależnej korzyści z umowy ubezpieczenia¹.

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.

¹ Raport Insurance Europe, Insurance fraud: not a victimless crime, s.4 <https://www.insuranceeurope.eu/publications/703/insurance-fraud-not-a-victimless-crime/?inline=1>



POLSKA IZBA UBEZPIECZEŃ

Polska Izba Ubezpieczeń
ul. Twarda 18, 00-105 Warszawa
www.piu.org.pl
office@piu.org.pl
tel. +48 22 42 05 105

