



Forsikringssvindler i Norge

Svikstatistikk for avdekkede saker i 2022

Innhold

1. Innledning.....	3
2. Avdekket svindel i 2022 – overordnede tall	4
3. Avdekket svindel i skadeforsikring privat.....	5
4. Avdekket svindel i syke- og uføreforsikring.....	9
5. Avdekkede svindel i skadeforsikring næringsliv og landbruk.....	14
6. Hvem begår forsikringssvindel?	16
7. Forsikringsselskapenes forebyggende arbeid	18
8. Definisjoner	20

Forord

Forsikring bygger på et gjensidig tillitsforhold mellom kunde og selskap, der det legges til grunn at kunden oppgir korrekte og ærlige opplysninger både ved kjøp av forsikring og ved skadeoppgjør. Erfaring fra konkrete saker, samt publikumsundersøkelser, viser imidlertid at dette ikke alltid er tilfelle.

Hvert år svindles forsikringsnæringen for betydelige beløp, samtidig er mørketallene store. Med økende oppmerksomhet på forebyggende arbeid, avdekkes stadig flere sviktilfeller ved avtaleinngåelse. Dette medfører store besparelser for selskapene, som også kommer kunden til gode ved reduserte priser.

1. Innledning

Finans Norge sin statistikk gir et bilde av den avdekkede forsikringssvindelen, og hvilke produkter det svindles på. Hensikten med rapporten er å synliggjøre omfanget av forsikringssvindelen og kostnadene rundt dette.

Forsikringsselskapene avdekker årlig en rekke tilfeller av forsikringssvindelen. Det holdes tilbake betydelige erstatningsbeløp, penger som er tiltenkt ærlige forsikringskunder. De som svindler forsikringsselskapene, svindler fellesskapet.

Rapporten er delt inn i 8 kapitler. Kapittel 2 inneholder en generell oversikt over det totale antall avdekkede saker i 2022. Kapittel 3-5 omhandler forsikringssvindelen innen skadeforsikring privat, syke- og uføreforsikring og skadeforsikring næringsliv og landbruk. Kapittel 6 gir en beskrivelse av hvem som svindler og hvor det avdekkes mest svindelen. Kriminalitetsutviklingen og avdekking av nye trender innen forsikringsbedrageri krever kontinuerlig oppmerksomhet. Både for å kunne forebygge denne kriminaliteten og for å forhindre at næringen skal kunne bli benyttet som et redskap for kriminelle. Kapittel 7 gir et innblikk i dette arbeidet. Kapittel 8 gir informasjon om begreper og definisjoner.

Tallmaterialet i rapporten er hentet fra forsikringsselskaper som er medlem i Finans Norge. Det er bare saker som er avdekket som svik i henhold til forsikringsavtaleloven (FAL) som presenteres i rapporten. «Svik» er den juridiske betegnelsen, men omtales i denne rapporten som svindelen.

Avslag hjemlet i FAL utgjør omtrent halvparten av selskapenes avslagssaker. Eksempel på øvrige saker hvor selskapene avslår erstatningsutbetaling er hvor kunden har utvist grov uaktsomhet, ved brudd på forsikringsvilkår eller hvor man mistenker hvitvasking. Eksempel på sistnevnte er når kunden ikke kan sannsynliggjøre midlenes opphav. Denne type avslag behandles ikke i denne rapporten.

2. Avdekket svindel i 2022 – overordnede tall

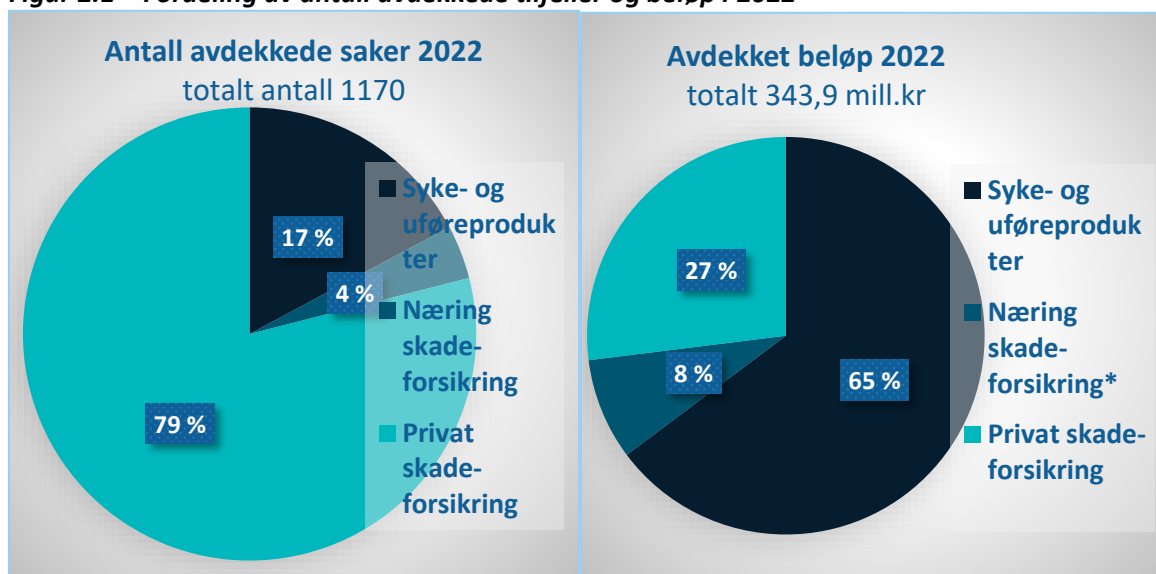
Myndighetene innførte en rekke restriksjoner fra 12.mars 2020 som følge av Covid-19-pandemien. Disse restriksjonene resulterte i avbrudd i produksjon og brutte leveranselinjer.

Sosial distansering og stengte grenser begrenset folks reisemuligheter. Reiserestriksjoner som følge av Covid-19-pandemien varte i store deler av 2021, og i noe grad i begynnelsen av 2022, og bidro blant annet til færre sviksaker innen reise.

Under pandemien har forsikringsselskapene hatt ekstra oppmerksomhet på å avdekke og straffeforfølge de som utnyttet situasjonen og forsøkte å svindle forsikringsselskapene. Nå som pandemien ikke påvirker samfunnet i tilsvarende grad som foregående år, ser vi at en del utviklingstrekk og trender nå er mer sammenfallende med 2019.

Forsikringsselskapene tar samfunnsansvar og vurderer særlig hensynet til kunders behov under pandemien, men har også satt søkelys på å avdekke og straffeforfølge de som utnytter situasjonen og svindler forsikringsselskapet sitt.

Figur 2.1 – Fordeling av antall avdekkede tilfeller og beløp i 2022



I 2022 har forsikringsbransjen, med henvisning til FAL, avslått 1170 saker til sammen, som er en økning på 7 prosent fra 2021. Det totale kravet for de avslåtte sakene var på 343,9 millioner kr.

Tabell 2.1 oversikt 2022 og 2021

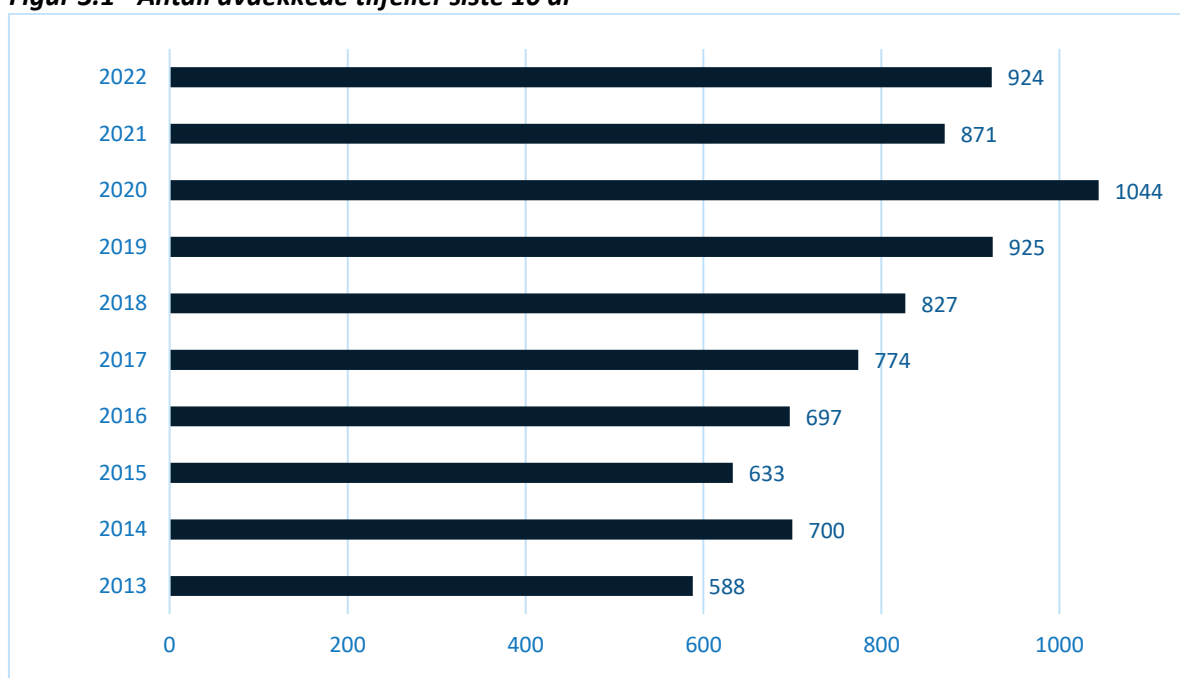
	Antall saker 2022	Antall saker 2021	Avdekket beløp 2022 mill.kr	Avdekket beløp 2021 mill.kr
Skadeforsikring privat	924	871	92,8	104,4
Skadeforsikring næring	45	61	28,4*	69,5*
Syke- og uføreprodukter	201	165	228,8	217,9
Totalt	1170	1097	343,9	391,8

*) Av totalsummen på næring i 2021 var det et enkeltbeløp på 26 mill.kr. I 2022 var største sak på næring 13,3 mill.kr.

I syke- og uføreproduktene er det skille mellom antall personer der det er avdekket svindel, og antall saker. I 2022 var det 201 personer som i alt hadde 216 saker (dekninger i syke- og uføreprodukter). Det er ikke foretatt tilsvarende oppsplitting for skadeforsikring, selv om det også her kan være tilfeller der en enkelt person kan ha fått avslag om erstatning på flere områder.

3. Avdekket svindel i skadeforsikring privat

Figur 3.1 - Antall avdekkede tilfeller siste 10 år



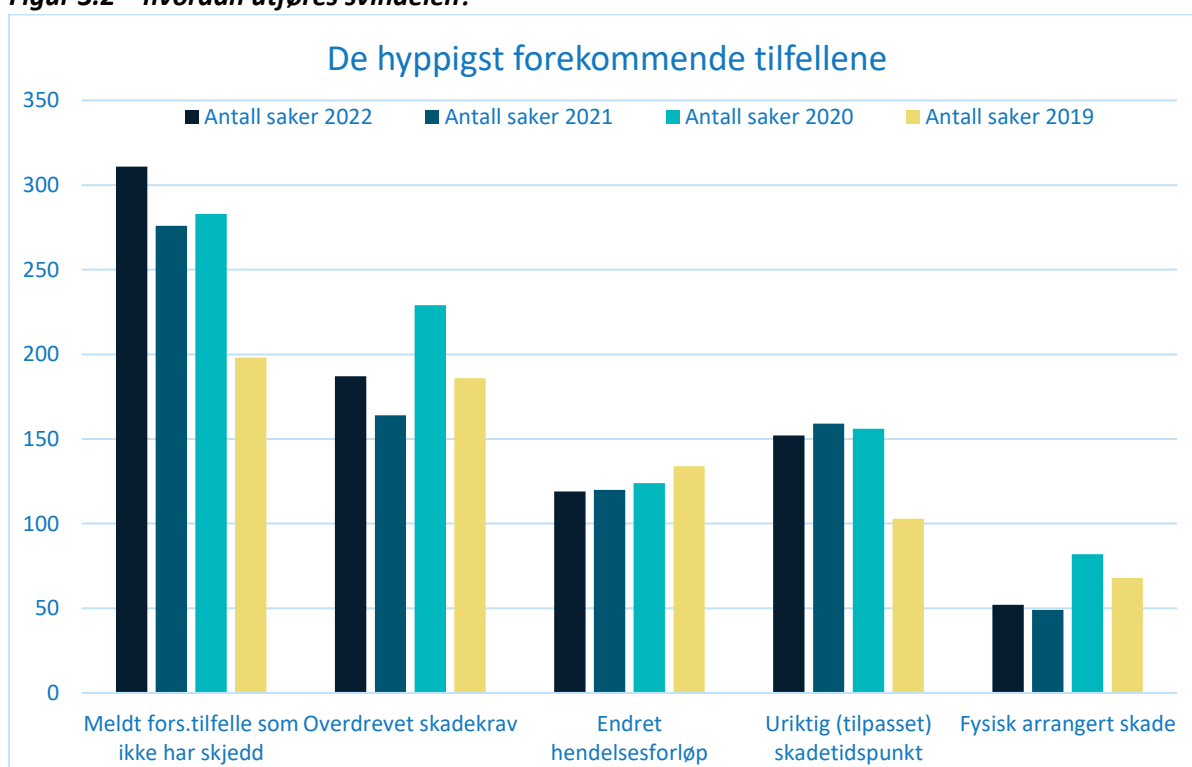
I 2022 var det i alt 924 saker der det ble avdekket svindel i privatforsikring med til sammen 92,8 millioner kr i avslått beløp. I 2021 var det 871 saker, og da betydde nok koronarestriksjonene mer enn de har gjort i 2022. I 2020 var det et spesielt år, med store reiserestriksjoner som ble innført i løpet av mars og som medførte mange avbestillingssaker under reiseforsikring, noe som kanskje ga større mulighet for svindel.

I gjennomsnitt ble det svindlet for drøye 100 000 kroner per sak i 2022, mot 120 000 kroner i 2021. Det er stor spredning i beløpene, hvorav det største beløpet i 2022 er på 5 millioner kroner og medianbeløpet er på 30 000 kroner. Medianbeløpet betyr at det er like mange saker under dette beløpet, som det er over.

Antall avdekkede saker vil ofte gjenspeile hvilken innsats forsikringsselskapene har på et område og hvor stort volum bransjen eller dekningen utgjør. Både i 2020 og i 2021, og delvis inn i 2022, kan korona-tiltakene som rammet mange arbeidstakere og også mange bedrifter, ha betydning.

Hovedsakelig ble svindelen avdekket internt i selskapet. Et viktig redskap i denne sammenheng er [FOSS-registeret](#)¹ som er et sentralt skaderegister.

Figur 3.2 – hvordan utføres svindelen?



I figur 3.2. er det sammenligning fra 2019, siden 2019 kan sies å representere «normalåret» uten korona-tiltak.

De fleste avdekkede sakene er tilfeller der kunden melder et «fiktivt» skadetilfelle, eller har utnyttet et eksisterende skadetilfelle. De største beløpene er på de arrangerte skadene. Måten å utføre svindelen på, avhenger av type produkt. På reiseforsikring vil forsikringssvindelen ofte være annerledes enn på bygning og motor. På motor er det flest på overdrevne skadekrav, mens det på reise er mest fiktive skadetilfeller.

Særlig i 2021 var det få reisesaker, mens det er mer tilbake til normalen i 2022; men fortsatt noe færre enn i 2019. I 2021 var det 107 reisesaker og i 2022 er det 175, mens det i 2019 var 240 saker.

¹ Se definisjon i kapittel 8.

Tabell 3.1 - Bransjefordeling avdekkede saker. Prosentandel.

Bransjegruppe	2018	2019	2020	2021	2022
Personbil/varebil	36,3	34,5	40,4	40,3	31,3
Innbo/løsøre	28,3	31,1	31,8	37,3	41,3
Reiseforsikring	25,9	25,9	17,4	12,3	18,9
Bygning	3,9	3,7	5,2	4,8	5,0
Fritidsbåt	2,5	2,4	2,5	1,7	1,7
Spesielle verdigjenstander	3,0	2,2	1,5	2,6	1,3
Annet/ukjent	0,1	0,2	1,1	0,9	0,9

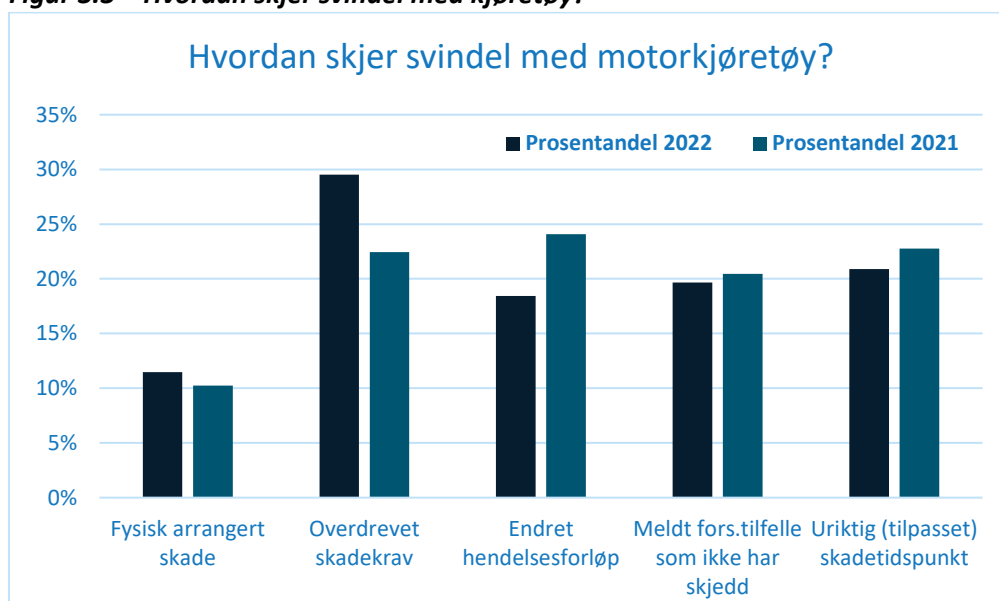
Tabell 3.1 viser at forsikringssvindel med bil og innbo er de mest utbredte. Av de totalt 924 sakene i 2022, var det 289 saker knyttet til motorkjøretøy, 382 på innbo og 175 (107 i 2021) på reise. Fra 2021 til 2022 er det merkbart færre saker på motorkjøretøy; i 2021 var det 342 saker av totalt 871, mens det i 2022 er 280 saker av totalt 924. På innbo og løsøre er avdekket svindel i 2022 på 382 saker som er en økning på 18 prosent fra 2021.

Tabell 3.2 – Skadetype for personbil/varebil. Prosentandel.

	2018	2019	2020	2021	2022
Tyveri av	13,7	13,8	11,6	10,8	7,3
Materiell skade og kasko (ytre påvirkning, kollisjon)	62,9	61,1	65,9	73,1	77,9
Brann	6,8	5,3	3,8	4,7	1,4
Tyveri fra	3,2	5,0	7,1	0,6	4,2
Dokumentfalsk	1,1	0,6	0,5	0,3	0,3
Ulykke m/personskade	-	-	-	-	-
Annet	8,6	7,8	3,8	6,1	5,5
Hærverk	2,9	4,4	3,3	2,6	1,7
Redning	-	-	0,5	0,3	0,7
Ansvar	0,7	1,9	3,6	1,5	1,0

I 2022 ble det avdekket 289 saker (351 i 2021) med motorkjøretøy og med et samlet krav for disse sakene på 34,8 millioner kroner. I snitt ble det svindlet for nesten 121 000 kroner per sak. Medianbeløpet er 65 000 kr og det største beløpet i 2022 var på 4,3 millioner kroner. De fleste sakene gjelder kasko og materielle skader, med nesten 78 prosent, og med gjennomsnittsbetøp på 123 000 kr. Tyveri av og fra kjøretøy utgjør til sammen en andel på drøye 11 prosent og har et gjennomsnittsbetøp på 109 000 kroner.

Figur 3.3 – Hvordan skjer svindel med kjøretøy?



Figur 3.3 viser at de fleste tilfellene av svindel med motorkjøretøy skjer ved at det framsettes et overdrevet skadekrav eller gis et tilpasset skadetidspunkt. Figuren viser også at det er noe mer overdrevne skadekrav i 2022 enn i 2021.

Forsikringsnæringen ser fortsatt at det er en del arrangerte skader, men over tid har andelen avtatt; i 2018 var andelen på 23 prosent mot 11 prosent i 2022.

Tabell 3.3 – Skadetype for innbo/løsøre. Prosentandel.

	2018	2019	2020	2021	2022
Tyveri/innbrudd	42,9	28,9	35,2	34,2	29,8
Brann	5,0	7,5	3,9	4,6	2,6
Materiell skade	27,4	34,0	42,5	35,7	37,2
Vannskade	3,7	4,7	4,2	4,0	2,4
Ytre påvirkninger	6,8	12,3	6,9	8,0	13,1
Annet inkl. dokumentfalsk	12,3	11,5	5,7	12,0	13,4
Ran	0,9	0,8	0,6	0,9	1,3
Hærverk	0,9	0,4	0,9	0,6	0,3

Forsikringssvindel med innbo/løsøre skjer hyppigst i forbindelse med tyveri/innbrudd og materielle skader. Totalt ble det avdekket 382 saker på innbo og løsøre i 2022 (325 i 2021), og med avslått beløp på 18,5 millioner kroner. I snitt ble det svindlet for 48 500 kroner per sak, og den største saken er på nesten 2 millioner kroner, og hvor medianbeløpet er på 15 000 kr.

Hovedtyngden av tilfellene er at det meldes skader som ikke har skjedd, mens de største er der hvor en skade er fysisk arrangert.

Tabell 3.4 - Skadetype for reiseforsikring. Prosentandel.

	2018	2019	2020	2021	2022
Tap/tyveri av reisegods	65,9	60,4	68,1	70,1	61,1
Ulykke/sykdom	18,2	21,7	14,3	15,0	14,9
Materiell skade	3,3	3,8	7,1	5,6	5,1
Ran	2,3	4,2	2,2	3,7	3,4
Innbrudd	-	-	-	-	-
Dokumentfalsk	3,3	0,8	0,5	0,9	5,1
Annet	7,0	9,2	7,7	4,7	10,3

På reiseforsikring er det hyppigst svindel i forbindelse med tyveri/tap av reisegods. Av i alt 175 saker i 2022 var 107 i tilknytning til tap/tyveri av reisegods. I tillegg var det 26 saker i forbindelse med ulykke/sykdom. I gjennomsnitt ble det svindlet for nesten 45 000 kroner per sak i 2022 og hvor det er størst avdekket beløp på ulykke/sykdom.

Av de 175 reisesakene i 2022 er 40 prosent et fiktivt skadetilfelle. Nesten 30 prosent av sakene er påplussing/juks med en allerede oppstått skade.

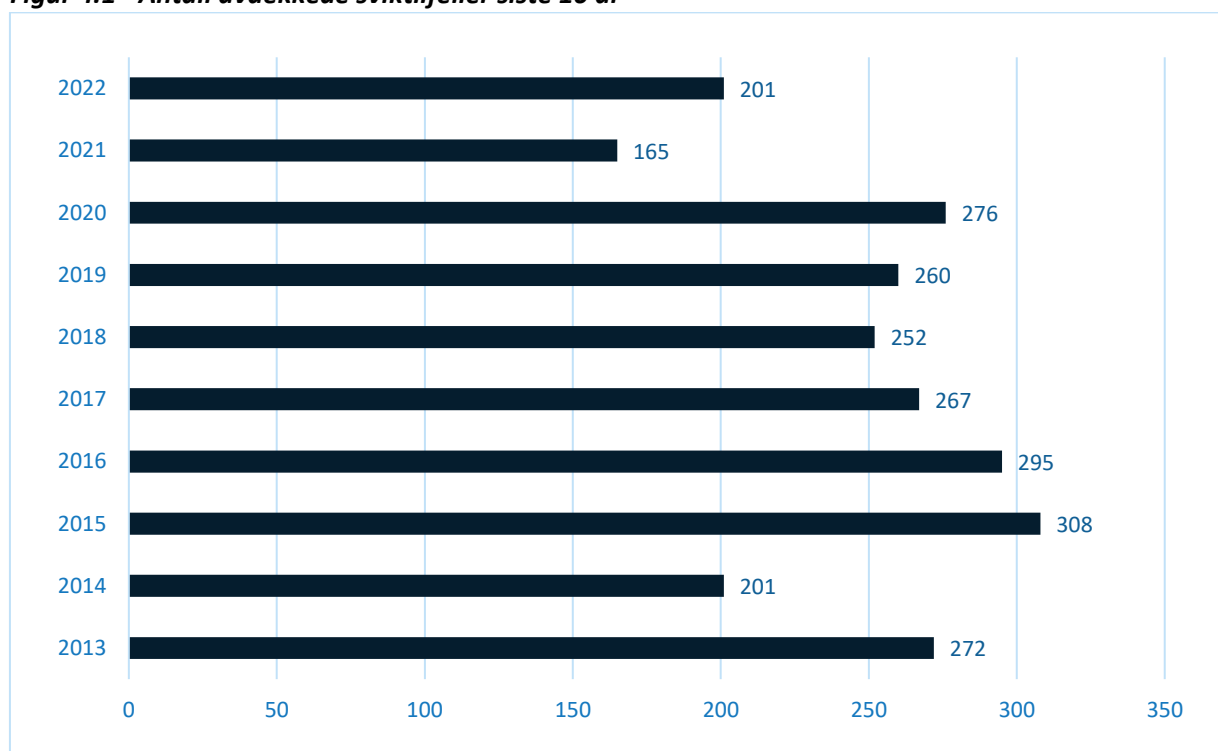
4. Avdekket svindel i syke- og uføreforsikring

Denne delen av rapporten omhandler syke- og uføreforsikringer. Se FAL § 10-1, lovens del B.

Selskapene rapporterer syke- og uføreforsikrings saker som er avslått med begrunnelse i svik. Registreringene gjelder avslag både ved avtaleetablering (tegning) og ved oppgjør, jf. FAL §§ 12-12 og 18-1. «Svik» er den juridiske betegnelsen, men omtales i denne rapporten som svindel.

Fra og med 2015 inngår ikke beløp for tilfeller av svik avdekket ved avtaleetablering i oppgitte svikbeløp. Tall for tidligere år er ikke sammenlignbare på detaljnivå.

Figur 4.1 - Antall avdekkede sviktilfeller siste 10 år



Figur 4.1 viser totalt antall tilfeller i perioden 2013-2022. I 2022 ble det avdekket 201 personer for svindel av syke- og uføreprodukter, mot 165 i 2021 og 276 i 2020. Disse tilfellene omfattet 216 dekninger i 2022, mot 176 i 2021 og 291 i 2020. Dette følger av at en sak kan omfatte flere dekninger innenfor syke- og uføreprodukter.

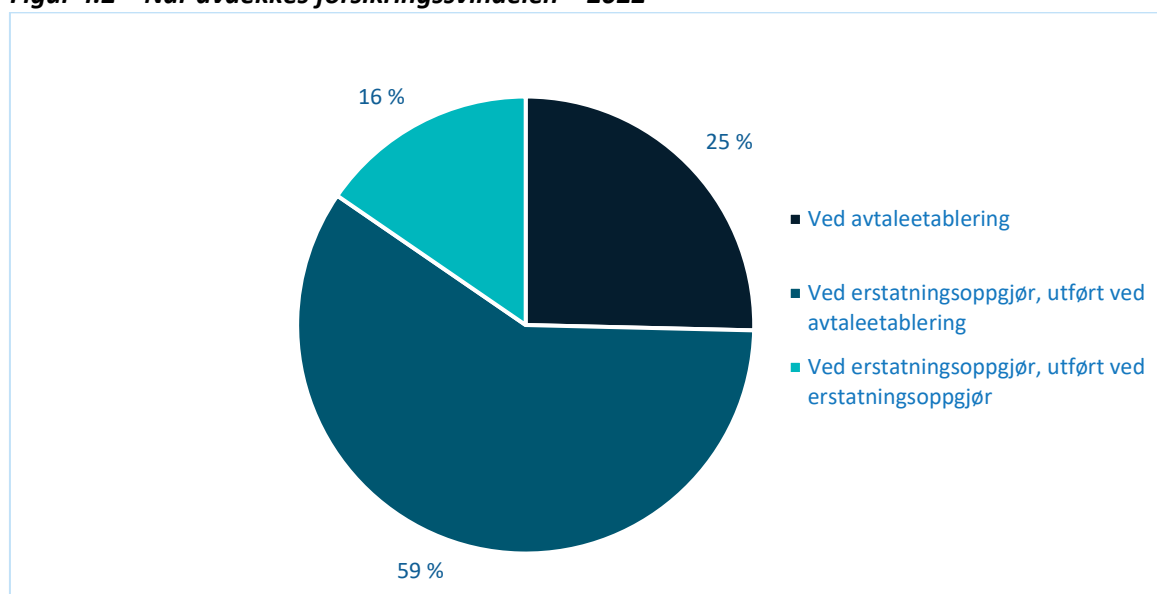
Den totale kroneverdien av saker avdekket i 2022 er 223 millioner kroner. I dette beløpet inngår ikke beløp knyttet til svindel avdekket ved avtaleetablering. Til sammenligning ble det i 2021 avdekket svindel ved erstatningsoppgjørstidspunktet for 218 millioner kroner og i 2020 for 278 millioner kroner. I 2022 utgjorde gjennomsnittlig beløp for avdekket svindel ved erstatningsoppgjør 1,5 millioner kroner, mens det i 2021 var 1,9 og i 2020 1,6 millioner kroner.

Selskapene legger ned store ressurser for å forebygge og avdekke forsikringssvindel.

[ROFF-registeret](#)², som administreres av Finans Norge, er et viktig verktøy i selskapenes arbeid for å avdekke forsikringssvindel.

² Se definisjon i kapittel 8.

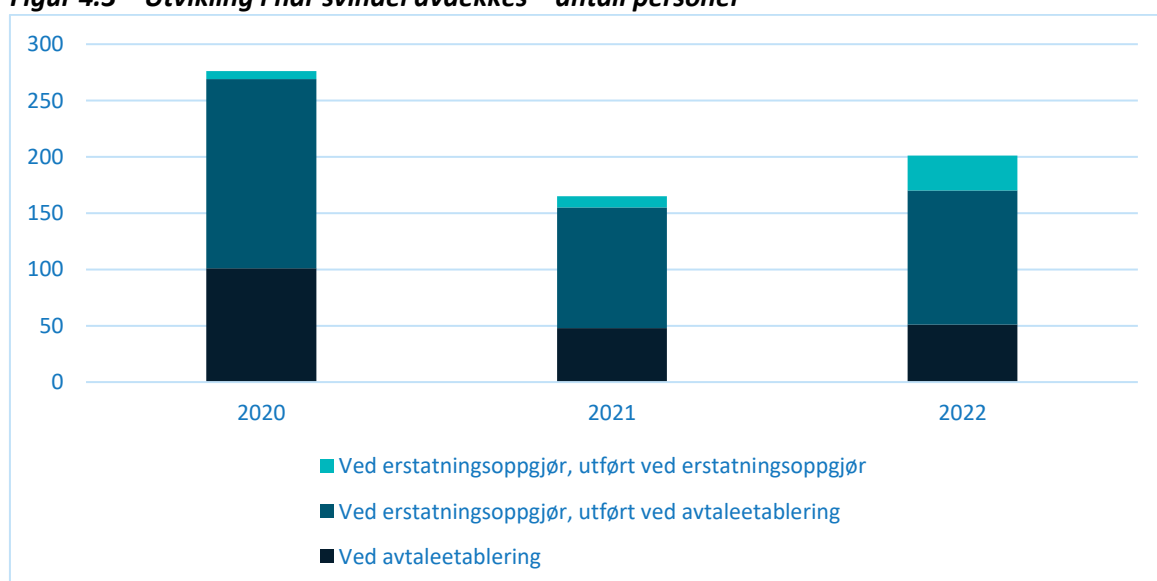
Figur 4.2 – Når avdekkes forsikringsvindelen – 2022



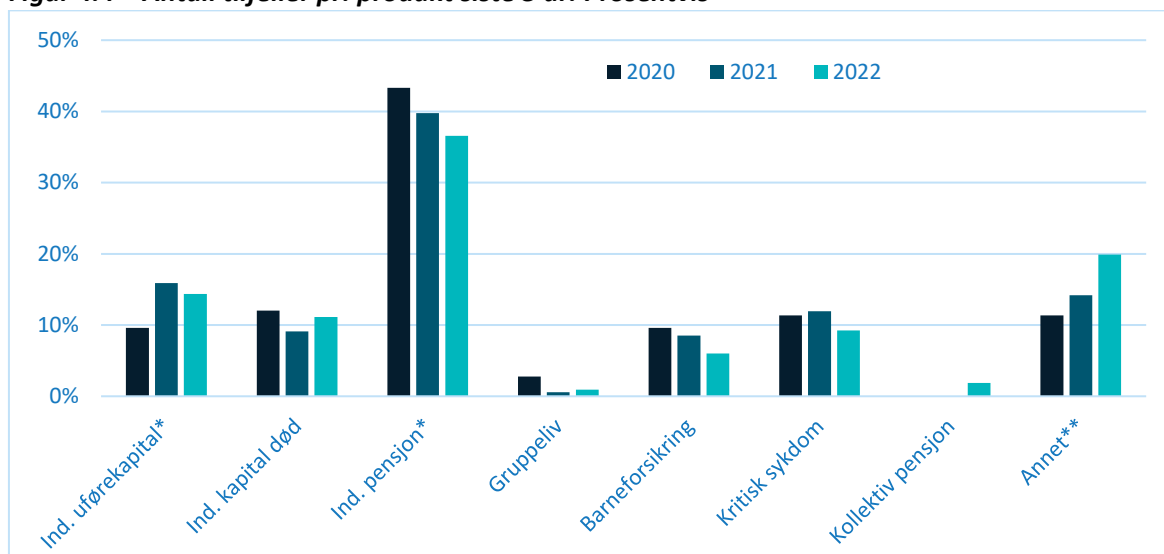
Selskapene har stor oppmerksomhet på å avdekke tilfeller av svindel allerede ved inngåelse av forsikringen. Erfaring tilsier at de som bevisst oppgir feil informasjon ved inngåelse, ofte har en hensikt med dette. Sannsynligheten er høy for at de kommer til å benytte forsikringsdekningen på ett eller annet tidspunkt. Figur 4.2 viser at 25 prosent av avdekkede tilfeller i 2022 var avdekket ved tidspunktet for tegning av forsikring. I 2021 utgjorde slike tilfeller 29 prosent av alle tilfellene. I samme periode er antall tilfeller avdekket ved erstatningstilfellet, men utført ved avtaleetablering, redusert fra 65 prosent i 2021 til 59 prosent i 2022.

Totalt ble 84 prosent av sviktilfellene i 2022 utført ved inngåelse av forsikringsavtalen.

Figur 4.3 – Utvikling i når svindel avdekkes – antall personer



Figur 4.4 – Antall tilfeller pr. produkt siste 3 år. Prosentvis

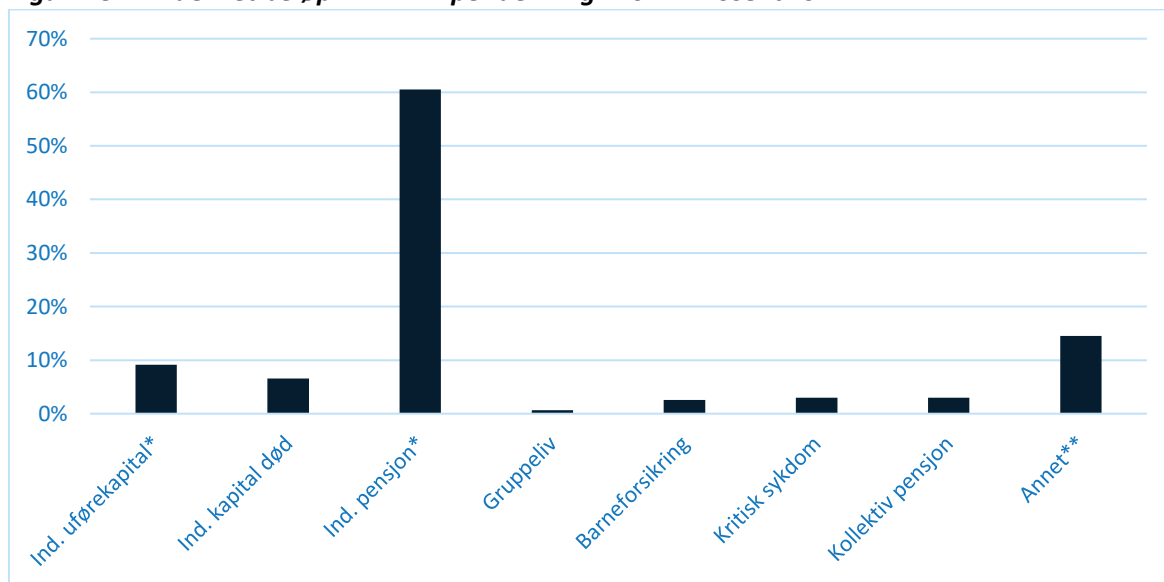


*inkludert premiefritak

**inkl. ulykke-, helse-, behandlings- og livsforsikring samt Annen ulykke/sykdom, herunder yrkesskade (kollektiv)

De siste årene har det vært avdekket flest tilfeller på individuell pensjon. Dette gjelder også for 2022, jf. figur 4.4 over. I 2022 representerte denne dekningsstypen 37 prosent av alle svindeltilfeller i syke- og uføreforsikring, mot 40 prosent i 2021 og 43 prosent i 2020.

Figur 4.5 – Avdekket beløp i mill. kr. per dekning i 2022. Prosentvis



*inkludert premiefritak

**inkl. ulykke-, helse-, behandlings- og livsforsikring samt Annen ulykke/sykdom, herunder yrkesskade (kollektiv)

Figur 4.5 viser fordelingen av avdekket beløp for de tilfeller som er oppdaget i forbindelse med erstatningsoppgjøret og utført enten ved tegning eller under erstatningsoppgjøret.

Omfanget av avdekket svindel i hver bransje kan variere fra år til år, både i antall og i beløp. Det

kan være flere årsaker til disse variasjonene, men en av faktorene som spiller inn er at selskapene kan ha spesiell oppmerksomhet på enkelte områder.

Tabell 4.1 – Avdekket beløp i mill. kr. per dekning siste tre år

	2020	2021	2022
Individuell uførekapital*	30,50	23,50	20,38
Individuell kapital død	25,62	14,77	14,63
Individuell pensjon*	137,81	100,04	134,87
Gruppeliv	11,57	0,25	1,52
Barneforsikring	34,88	35,55	5,68
Kritisk sykdom	19,57	33,97	6,64
Kollektiv pensjon	0,00	0,00	6,64
Annen personforsikring	2,10	4,30	1,37
Annet**	0,38	3,21	0,00
Ulykke	14,24	1,18	0,12
Helseforsikring	0,96	1,10	5,37
Annen ulykke/sykdom, herunder yrkesskade (kollektiv)			25,52

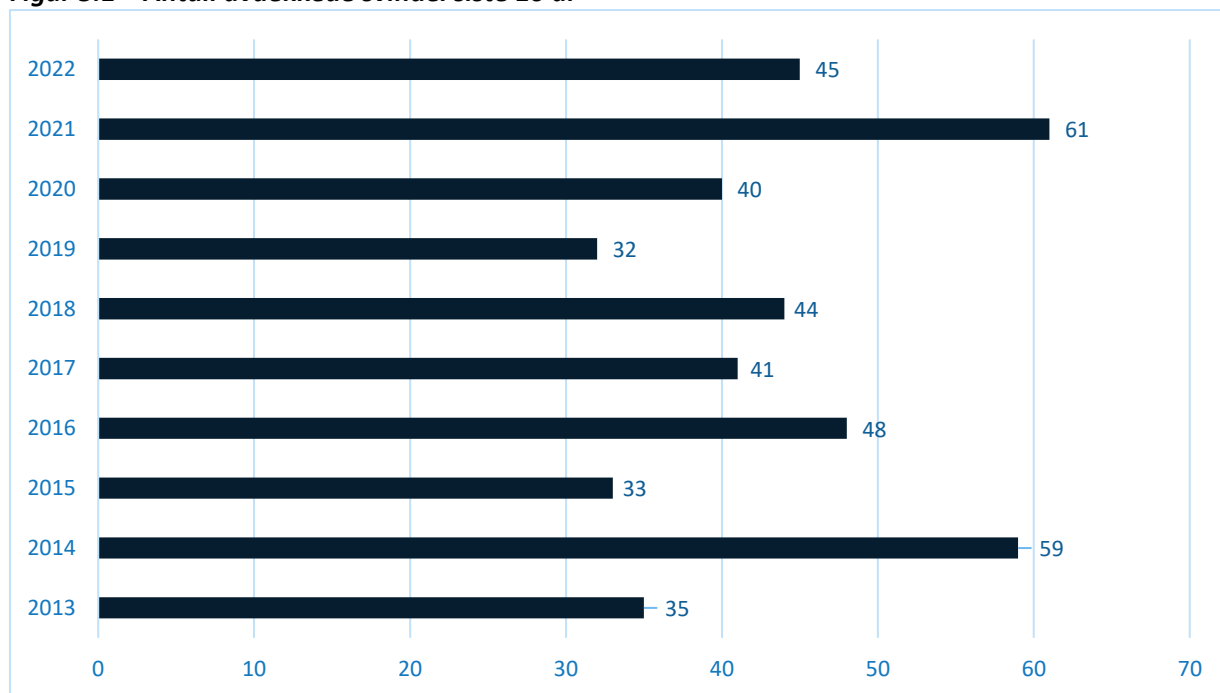
*inkludert premiefritak

** inkl. Annen ulykke/sykdom, herunder yrkesskade (kollektiv) for 2020 og 2021

Individuell pensjon er den dekningstypen der det ble avdekket størst omfang av svindel i 2022, både sett i forhold til antall saker og i kronebeløp. Avdekket beløp i forbindelse med erstatningsoppgjøret for denne type dekning omfattet 135 millioner kroner, som tilsvarer 61 prosent av totalt avdekket svikbeløp for syke- og uføredekninger. Tabell 4.1 viser utviklingen i avdekkede beløp fordelt per dekningstype de siste tre årene for tilfeller avdekket ved erstatningsoppgjøret, utført enten ved avtaleetablering eller i forbindelse med erstatningsoppgjøret.

5. Avdekkede svindel i skadeforsikring næringsliv og landbruk

Figur 5.1 – Antall avdekkede svindel siste 10 år



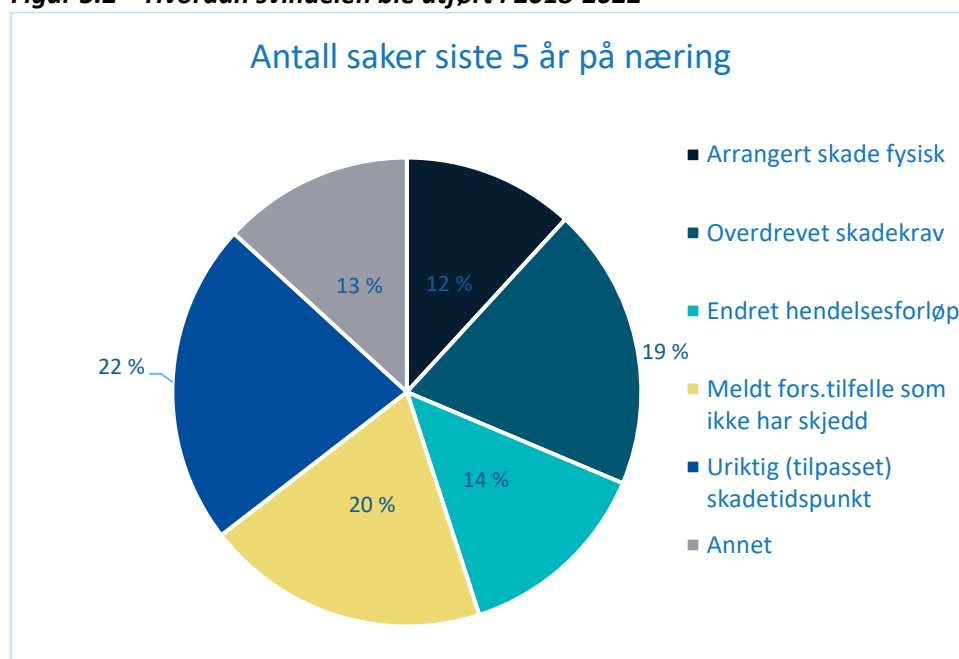
I næringsliv og landbruk ble det i 2022 avslått 45 saker med beløp på til sammen 28,4 millioner kroner, hvorav det største beløp var på 13,3 millioner kroner. I gjennomsnitt ble det svindlet for 632 000 kroner i 2022, men sett bort fra det største beløpet, var gjennomsnittsbeløpet på 345 000 kroner. Medianen er 80 000 kroner. Det vil si at det er en del store saker, men også mange små.

Tabell 5.1 - Bransjefordeling avdekkede svindel. Prosentandel.

	2018	2019	2020	2021	2022
Personbil/varebil	22,7	25,8	27,5	24,6	40,0
Næringsvirksomhet	38,6	32,3	35,0	42,6	33,3
Transport	4,5	3,2	7,5		-
Yrkesskade	6,8	16,1	7,5	3,3	4,4
Reiseforsikring	13,6	12,9	-	1,6	-
Innbo/løsøre	2,3	-	2,5	1,6	-
Landbruk	-	-	-	-	-
Traktor/arbeidsmaskin	6,8	-	2,5	1,6	8,9
Husdyr o.a.	4,5	9,7	17,5	24,6	11,1
Annet	-	-	-	-	-

Av de 45 avdekkede sakene i 2022 er de største sakene på næringsvirksomhet. De største beløpene på næringsvirksomhet gjelder påstått brannskade.

Figur 5.2 – Hvordan svindelen ble utført i 2018-2022



Siden det er få nærings saker som avdekkes hvert år, er det slått sammen saker for de siste fem årene for å vise fordelingen på hvordan svindelen ble utført; se figur 5.2 over. Her ser en at de fleste avdekkede svindlene er i forbindelse at det er uriktig (tilpasset) skadetidspunkt, men både overdrevne skadekrav og melde «fiktive» skadekrav er en vanlig måte.

De fleste av sakene blir avdekket internt i selskapet og ofte via [FOSS-registeret](#)³.

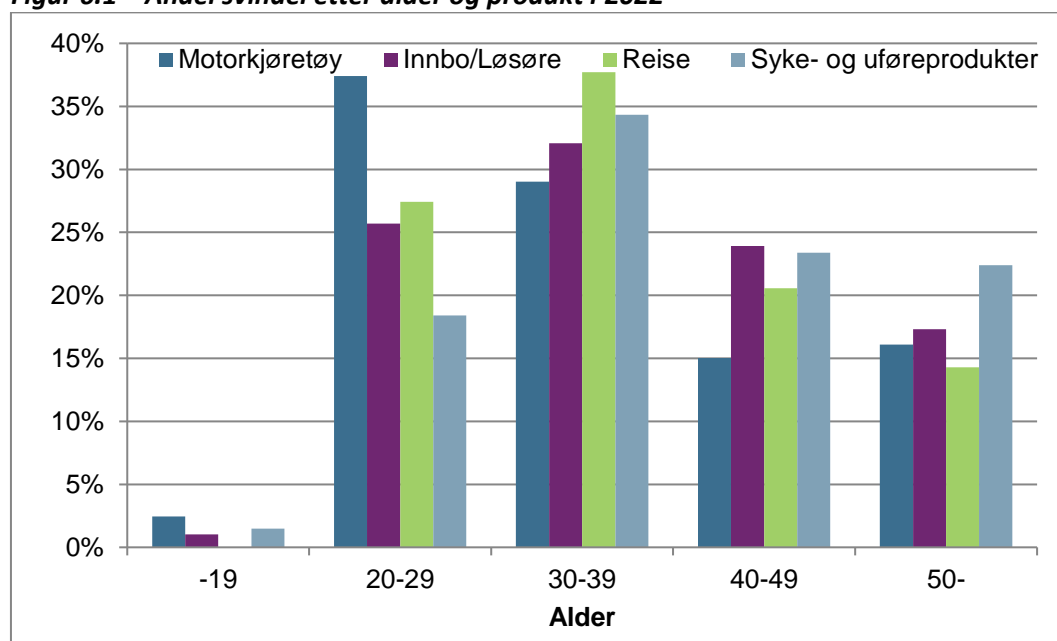
³ Se definisjon i kapittel 8.

6. Hvem begår forsikringssvindel?

I motsetning til mye annen kriminalitet, finnes det ingen standard gjerningsmannprofil innen forsikringssvindel. Forsikringssvindlere finner man i alle samfunnslag - fra suksessfulle investorer til organiserte kriminelle miljøer. I felleskap sørger de for at ærlige kunder må betale mer i forsikringspremie. Der forsikringssvindel er ledd i organisert kriminalitet, bidrar forsikringsnæringens utbetalinger til finansiering av ytterligere kriminalitet. Forsikringssvindel rammer langt flere enn næringen selv, og er et samfunnsproblem. Det er derfor viktig for forsikringsnæringen å bidra til å spre kunnskap om dette, hvor media og ulike holdningskampanjer er viktige arenaer.

Det avdekkes få saker der kunden er under 20 år. Dette henger naturlig sammen med at ungdom i stor grad fortsatt er forsikret gjennom foreldrene.

Figur 6.1 – Andel svindel etter alder og produkt i 2022



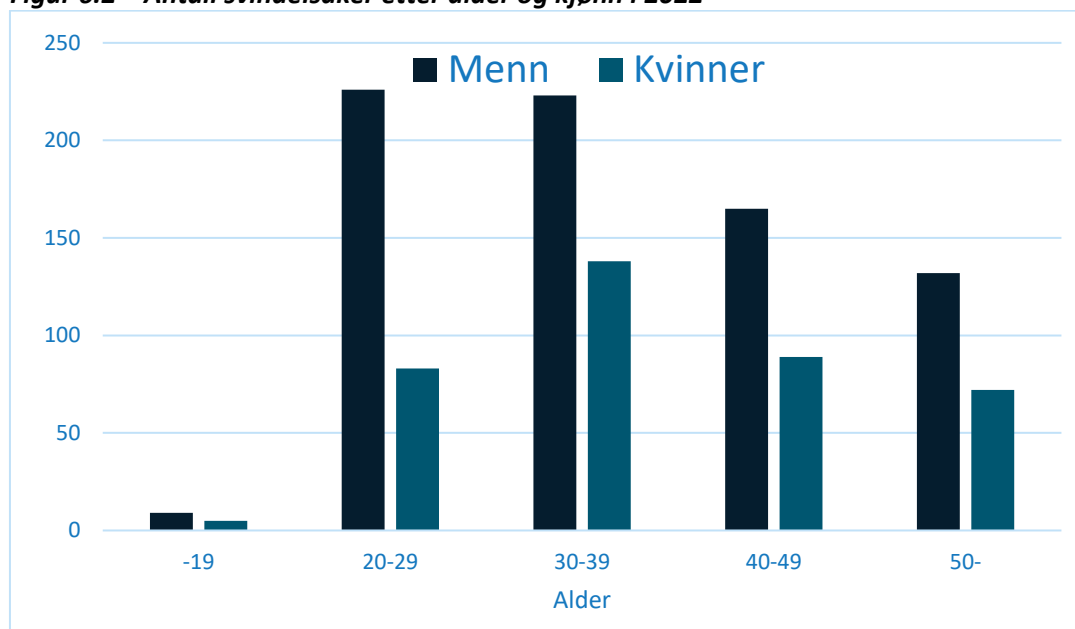
Figur 6.1 viser aldersgruppene hvor det avdekkes mest forsikringssvindel i de ulike produktene. Aldersgruppen 20 til 29 år er de som hovedsakelig utfører svindel på motorkjøretøy (personbil, MC ol). På syke- og uføreproduktene er det 30 til 39-åringene som står for de fleste tilfellene. Samme aldersgruppe står for de fleste på reise, samt på innbo.

Totalt er kjønnsfordeling 66 prosent menn mot 34 prosent kvinner når det gjelder antall saker i 2022. I syke- og uføreforsikringene er kvinneandelen på 46 prosent. Mens i skadeforsikring er kvinneandelen «bare» på 31 prosent. Kvinner er mer representative på innbo og reise, der andelen er rett over 40 prosent.

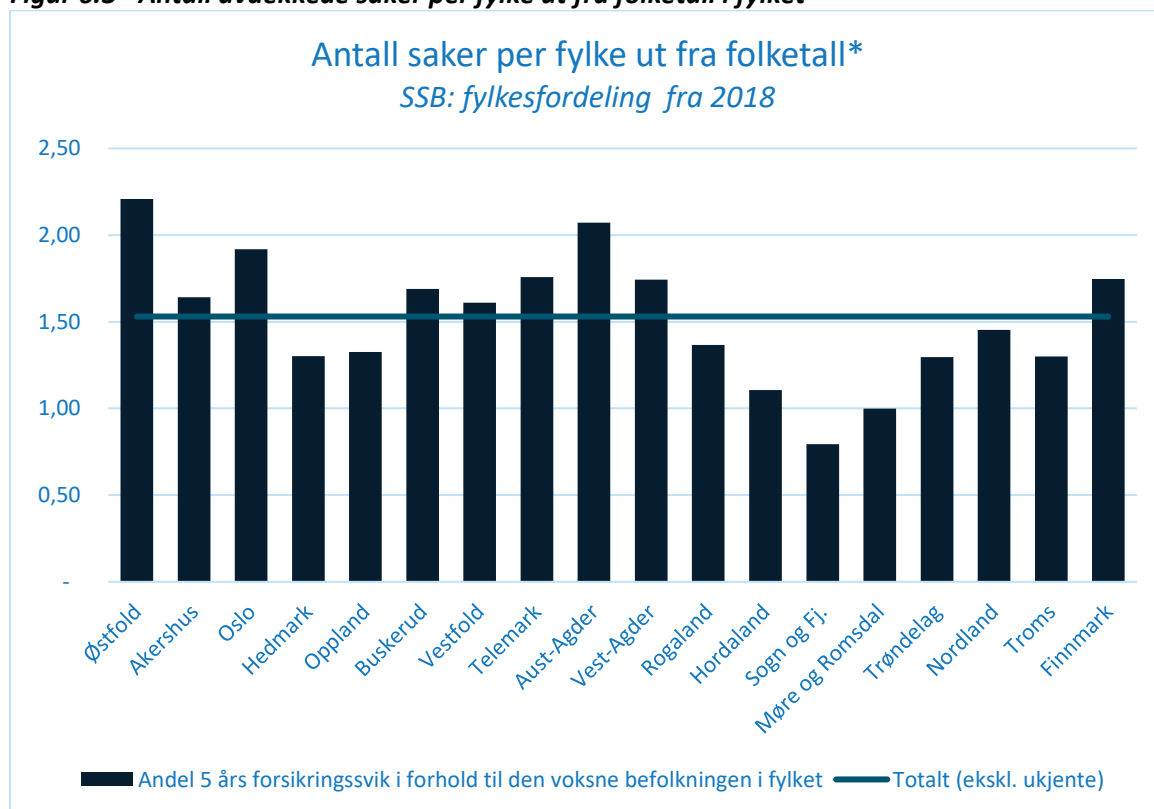
I figur 6.2 vises totalt antall saker fordelt på alder og kjønn, hvor en ser at det er overvekt av antall menn, og kvinner er mest «aktive» i alderen 30 til 39 år, mens mennene er noe yngre.

Dette skyldes at menn har mer overvekt av svindel på motorkjøretøy; noe man ser av figur 6.1.

Figur 6.2 – Antall svindelsaker etter alder og kjønn i 2022



Figur 6.3 - Antall avdekkede saker per fylke ut fra folketall i fylket



Merk at fylkesinndelingen fortsatt er den som gjaldt før 2020.

Antall avdekkede saker for skadeforsikring og syke- og uføreprodukter sett under ett i forhold til folketall⁴, er høyest i Østfold, Aust-Agder, Vest-Agder, Telemark, Finnmark og Oslo. I tillegg ligger Akershus, Buskerud, og Vestfold også noe over snittet totalt, mens de fylkene med færrest avdekkede saker er Møre og Romsdal og Sogn og Fjordane relatert til innbyggertallet. Selv om det er samlet svindel for en femårsperiode, vil det være enkelte fylker med et lavt antall avdekkede saker, slik at det må tas et visst forbehold om hvor utsagnskraftig resultatene er, likeledes kan det ha sammenheng med hva forsikringselskapene legger vekt på.

7. Forsikringselskapenes forebyggende arbeid

Samfunnsansvar

Erfaring viser at ikke alle kunder gir riktige opplysninger til selskapene. Hvert år utføres det et betydelig antall forsikringsbedragerier som medfører at selskapene uriktig utbetaler store erstatningsbeløp som igjen fører til høyere forsikringspremier for alle kundene. Det er i samfunnets interesse at selskapene foretar undersøkelser for å bekrefte eller avkrefte mistanke om forsikringssvindel.

Som det framkommer av denne rapporten, forekommer forsikringssvindel i ulike former og i alle samfunnslag. Alt fra enkeltpersoner som overdriver et innbokrav, til organiserte kriminelle hvor utbetalingene benyttes til å finansiere annen alvorlig kriminalitet. Spennet i saker er stort, og i motsetning til mye annen kriminalitet, finnes det ingen standard gjerningsmannprofil innen forsikringssvindel.

Forsikringselskapene avdekker hvert år en rekke forsøk på svindel ved avtaleetablering, der kunder bevisst oppgir uriktige opplysninger ved kjøp av forsikring. Et typisk eksempel på dette er når en kunde kjøper en uføreforsikring, og holder tilbake opplysninger om alvorlig sykdom. Selskapene erfarer at det ved svindel i avtaleøyeblikket, før eller senere kan komme et uberettiget krav om erstatning. Det forebyggende arbeidet ved avdekking av svindel ved avtaleinngåelsen kan ikke beløpsfestes, men medfører uten tvil store besparelser for selskapene. Dette kommer kundene til gode ved reduserte premier.

Forebygging og myndighetskontakt:

Forsikringskundene forventer at både politiet og forsikringselskapene gjør en aktiv innsats for å bekjempe økonomisk kriminalitet. En konsekvent anmeldelsespolicy viser både kriminelle, politiet og samfunnet for øvrig, at forsikringssvindel er et problem forsikringselskapene ser alvorlig på. Dersom man begår forsikringssvindel, kan man miste, harsin rett til erstatning og blir uønsket som forsikringskunde. I tillegg risikerer man også politianmeldelse. Forsikringssystemet bygger på tillit mellom selskapet og forsikringskundene. Brudd på tilliten er alvorlig og blir derfor ofte straffet hardt av rettsvesenet. Forsikringsbedragerier har en strafferamme på inntil 6 år, med ubetinget fengsel selv der hvor svindlet beløp er lavt.

⁴ SSB er kilde for folketall per fylke, der den delen av befolkningen som er mellom 18 og 79 år er benyttet.

Forsikringsnæringen har de siste årene intensivert samarbeidet med blant andre politiet og NAV. NAV og forsikringsselskapene ser mange av de samme trendene innen sykdom og uførhet. Det er et felles ansvar, både innen privat og offentlig om å forebygge og bekjempe denne typen kriminalitet. Med hjemmel i Folketrygdloven har forsikringsselskapene og NAV anledning til å utveksle informasjon.

Både politiet og forsikringsselskapene erfarer at kriminaliteten de siste årene har blitt mer komplisert og organisert. Også forsikringsnæringen rammes av kriminelle gjenger og andre tilsynelatende organiserte miljøer. Verdigjenstander og luksuskjøretøy har høy status i gjengmiljøer, og det er mer vanlig enn uvanlig at disse eiendelene finansieres med utbytte fra straffbare handlinger. De fleste av disse gjenstandene forsikres. Når forsikringstaker livnærer seg på kriminalitet, er risikoen høy for at forsikringsselskapet involveres i både hvitvasking og svindel. Utredning og forebygging av forsikringssvindel er derfor en viktig del i kampen mot organisert kriminalitet.

En god kriminalitetsbekjempelse krever at man deler erfaringer, og tett samarbeid mellom det offentlige og private har ofte vist seg å være nøkkelen til suksess.

Forsikringsselskapene og Finans Norge Forsikringsdrift bidrar derfor aktivt med sine erfaringer og kompetanse på Politihøgskolen - både som en del av grunnutdanningen til politistudenter, men også på kurs og enkeltstudier.

Viktige kriminalitetsforebyggende utvalg i regi av Finans Norge

Fagutvalg kriminalitet forsikring:

Fagutvalg kriminalitet forsikring (FKF) er et rådgivende organ i saker som vedrører svindel og kriminalitet rettet mot forsikringsbransjen. Utvalgets ansvarsområde er skadeforebyggende og skadereduserende oppgaver innen svindel og kriminalitet på skade- og livsforsikring. Fagutvalget skal måle resultatet av næringens kriminalitetsreduserende arbeid og medvirke til utgivelse av årlig svikstatistikk. Utvalget skal også bidra med innspill og faktaopplysninger til bruk for informasjonsvirksomhet.

Fagutvalg økonomisk kriminalitet Hvitvasking:

Fagutvalget (FØKH) er et rådgivende organ for finansnæringen i spørsmål om felles tiltak mot hvitvasking av penger og terrorfinansiering. Dette omfatter også gjennomføring og praktisering av nasjonalt og internasjonalt regelverk på området. Utvalget skal være en aktiv «lyttepost» mot nasjonale og internasjonale regelverksinitiativer og trender. Relevant informasjon innhentes og drøftes i utvalget. Utvalget gjennomgår relevant regelverk på området og definerer felles forståelse og holdninger innad i næringen om praktisering og etterlevelse. Utvalget, som består av representanter fra både bank- og forsikringsselskaper, skal kunne gi anbefalinger til medlemsforetakene.

8. Definisjoner

- **Hva er forsikringssvindel:**
Den forsikrede forsøker å oppnå eller oppnår erstatningsutbetaling fra et forsikringselskap som vedkommende ikke har rettmessig krav på. I rapporten behandles bare saker som er avdekket som svik i henhold til FAL. «Svik» er den juridiske betegnelsen, men omtales i denne rapporten som «svindel».
- **Svik ved tegning/svik avdekket ved avtaleetablering:**
Dersom forsikringstaker bevisst oppgir uriktige opplysninger ved tegning for å få en forsikring vedkommende ikke hadde krav på.
- **Svik avdekket ved erstatningsoppgjør, utført ved avtaleetablering:**
Forsikringselskapet kan påberope seg svik dersom sikrede bevisst oppga uriktige opplysninger ved tegning for å få en forsikring vedkommende ikke hadde krav på.
- **Svik avdekket ved erstatningsoppgjør, utført ved erstatningsoppgjør:**
Forsikringselskapet kan påberope seg svik dersom sikrede bevisst har gitt gale opplysninger om forsikringstilfellet som vedkommende måtte forstå kunne føre til et bedre erstatningsoppgjør enn man hadde krav på.
- **Individuell uførekapital:**
Dekning tegnet individuelt/privat. Kapitalforsikring er livsforsikring som kommer til utbetaling som et engangsbeløp ved forsikringstilfellets inntreden uansett årsak (sykdom eller ulykke). Premiefritak er en terminvis erstatning ved uførhet som er knyttet til individuell uførekapital.
- **Individuell kapital død:**
Dekning tegnet individuelt/privat, og som kommer til utbetaling som et engangsbeløp ved død uansett årsak (sykdom eller ulykke).
- **Individuell pensjon:**
Renteforsikring som tegnes privat og som kommer til utbetaling i terminer.
- **Gruppeliv:**
Dekning tegnet privat eller av arbeidsgiver, og som kommer til utbetaling som et engangsbeløp ved død eller uførhet uansett årsak (sykdom eller ulykke).
- **Barneforsikring:**
Hovedsakelig en sykdoms- og ulykkesforsikring for barn som kommer til utbetaling etter nærmere bestemte regler fastsatt i det enkelte selskaps forsikringsvilkår.
- **Kritisk sykdom:**
Kritisk sykdom er en sykeforsikring. Forsikringen utbetales med et engangsbeløp dersom forsikrede blir rammet av en sykdom definert i det enkelte selskaps forsikringsvilkår. Tegnes som kollektiv eller individuell dekning.
- **Kollektiv pensjon:**
Tjenestepensjon for ansatte i private, kommunale eller statlige bedrifter/foretak. Kollektiv pensjon er livsforsikring som kommer til utbetaling i terminer.
- **ROFF:**
Register over forsikringssøkere og forsikrede for forsikringselskapene tilknyttet Finans Norge som selger livsforsikring eller andre personforsikringer der det er helsevurdering ved tegning/avtaleetablering. Forsikringselskapene kan søke om informasjon fra registeret i salgsøyeblikket og ved søknad om uførerstatning. Personforsikringer gitt på spesielle vilkår og avslag på søknad om forsikring registreres i ROFF. ROFF inneholder ikke helseopplysninger, men disse kan hentes fra forsikringselskapet etter fullmakt fra

forsikringssøker. Nærmere informasjon finnes på Finans Norges nettsider:

<https://www.finansnorge.no/tema/liv-og-pensjon/register-over-forsikringssokere-og-forsikrede---roff/>

- **FOSS:**

Forsikringsselskapenes Sentrale Skaderegister. FOSS er et fellesregister hvor innmeldte skadesaker registreres. Registeret gir en oversikt over antall tilfeller forsikringstakeren har brukt forsikringen. Formålet med registeret er å effektivisere skadeforsikringsselskapenes saksbehandling i arbeidet med å forhindre og begrense forsikringssvindel. Registeret kan bare benyttes ved registrering av skader og i forbindelse med en eventuell erstatningsutbetaling. Nærmere informasjon finnes på Finans Norges nettsider:

<https://www.finansnorge.no/tema/skadeforsikring/forsikringsselskapenes-sentrale-skaderegister---foss/>