



# Forsikringsvindel i Norge

Svikstatistikk for avdekkede saker i 2021

## Innhold

1. Innledning .....	4
2. Avdekket svindel i 2021 – overordnede tall .....	5
3. Avdekket svindel i skadeforsikring privat .....	6
4. Avdekket svindel i syke- og uføreforsikring .....	10
5. Avdekkede svindel i skadeforsikring næringsliv og landbruk .....	15
6. Hvem begår forsikringssvindel? .....	17
7. Forsikringssekskapenes forebyggende arbeid .....	19
8. Definisjoner .....	21

## 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.»

**Frode Bjeglerud, avdelingsdirektør**  
Person og kriminalitet forsikring

## 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 2021. 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.

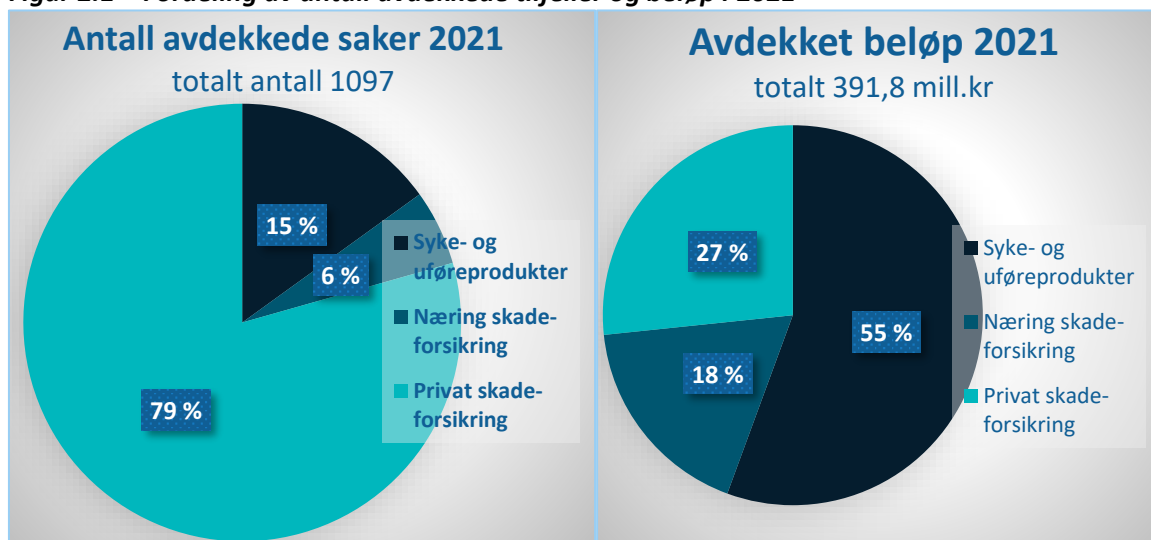
Avslag hjemlet i FAL utgjør omtrent halvparten av selskapenes avslagssaker. Eksempel på øvrige saker hvor selskapene avslår erstatningsutbetaling er hvor kunden har utvist grov uaktsomhet, ved brudd på forsikringsvilkår eller hvor man mistenker hvitvasking. Eksempel på sistnevnte er når kunden ikke kan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

## 2. Avdekket svindel i 2021 – overordnede tall

Myndighetene innførte en rekke restriksjoner fra 12.mars 2020 som følge av Covid-19-pandemien. Disse restriksjonene resulterte i avbrudd i produksjon, brutte leveranselinjer og mindre utenlandsreise, og førte til en rask og kraftig økonomisk oppbremsing. Forsikringsselskapene erfarer dessverre at endring i økonomisk status kan øke motivasjonen til å svindle forsikringsselskapet sitt. Sosial distansering og stengte grenser begrenset folks reisemuligheter. Reiserestriksjoner til utlandet har medført færre forsikringssaker på reisesykdom og tyveri, og også mindre reisesvindel. Reiserestriksjoner som følge av Covid-19-pandemien varte også i store deler av 2021.

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 2021**



I 2021 har forsikringsbransjen, med henvisning til FAL, avslått 1097 saker til sammen. Det totale kravet for de avslåtte sakene var på 391,8 millioner kr.

**Tabell 2.1 oversikt 2021 og 2020**

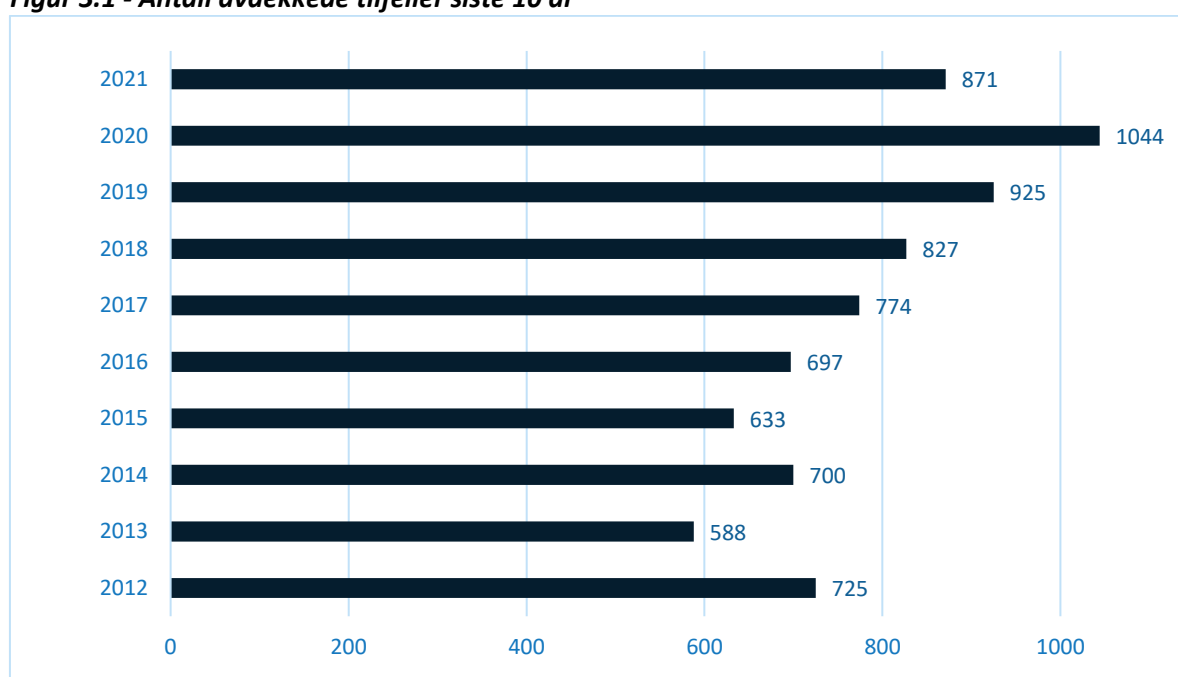
	Antall saker 2021	Antall saker 2020	Avdekket beløp 2021 mill.kr	Avdekket beløp 2020 mill.kr
Skadeforsikring privat	871	1044	104,4	152,3
Skadeforsikring næring	61	40	69,5*	36,6
Syke- og uføreprodukter	165	276	217,9	277,6
<b>Totalt</b>	<b>1097</b>	<b>1360</b>	<b>391,8</b>	<b>466,5</b>

*\*) Av totalsummen på næring i 2021 er det et enkeltbeløp på 26 millioner kroner.*

I syke- og uføreproduktene er det skille mellom antall personer der det er avdekket svindel, og antall saker. I 2021 var det 165 personer som i alt hadde 176 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**



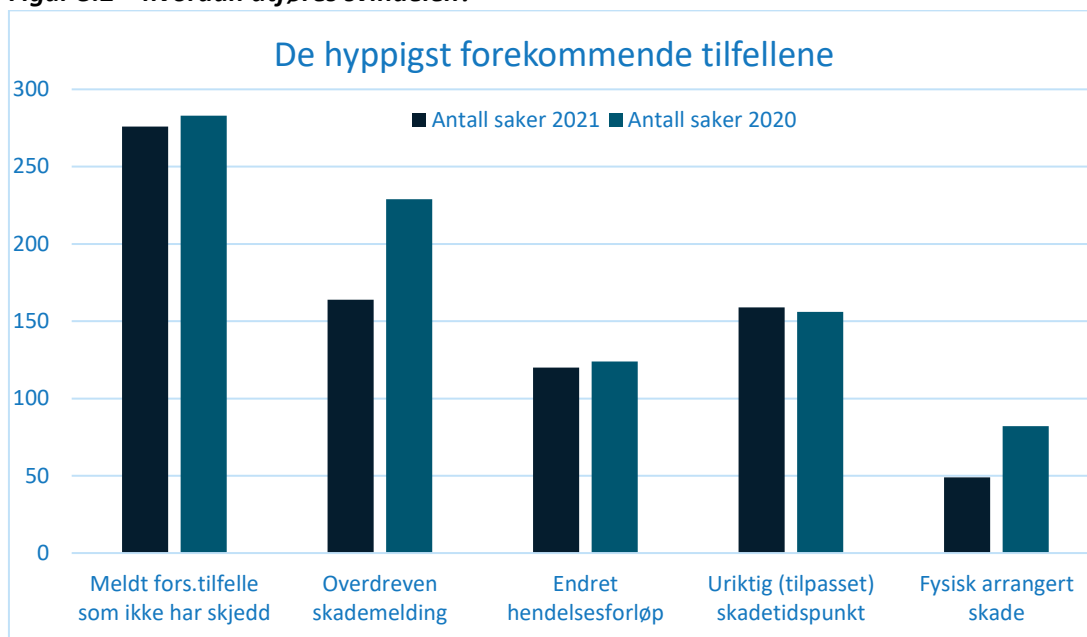
I 2021 var det i alt 871 saker der det ble avdekket svindel i privatforsikring med til sammen 104,4 millioner kr i avslått beløp. I 2020 var det en del flere saker, men i 2021 har nok blant annet hjemmekontor og mindre reiseaktivitet medført noe færre avdekkede saker.

I gjennomsnitt ble det svindlet for 120 000 kroner per sak i 2021, mot 146 000 kroner i 2020. Det er stor spredning i beløpene, hvorav det største beløpet i 2021 er på 8 millioner kroner og medianbeløpet er på 33 000 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 kan det også ha en sammenheng med korona-tiltakene som rammet mange arbeidstakere og også mange bedrifter. Hovedsakelig ble svindelen avdekket internt i selskapet. Et viktig redskap i denne sammenheng er [FOSS-registeret](#)<sup>1</sup> som er et sentralt skaderegister.

<sup>1</sup> Se definisjon i kapittel 8.

Figur 3.2 – hvordan utføres svindelen?



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. I figuren over er det sammenligning av tilsvarende for 2020, og «fiktivt» meldte er den desidert største både i 2020 og 2021. Siden antall saker i 2021 er færre enn i 2020, betyr det at andelen av fiktive saker har økt, fra 32 prosent i 2020 til 36 prosent i 2021. Dette kan ha sammenheng med hvilke forsikringsprodukter som det ble avdekket svindel på i 2021 i forhold til 2020. Se figur 3.3. og tabell 3.1. nedenfor

Figur 3.3 – bransjefordelte saker i 2021



Andelen av avdekkede saker i bil- og innboforsikring vil være stor ettersom det er flest meldte skader her. Beløpsmessig er det bygningsforsikringer som er størst da det ofte kan dreie seg om

påsatte branner. Både i 2020 og i 2021 var det et spesielt år med koronatiltak som blant annet begrenset reiser til utlandet. Fra mars 2020 ble det innført tiltak som medførte mange avbestillinger av reiser, mens det i 2021 stort sett har vært «forbud» om unødvendige fritidsreiser til utlandet. Det er derfor naturlig at andel reisesvindel ble redusert i 2021 i forhold til tidligere år. I 2020 var andelen reisesaker på 17 prosent mot 12 prosent i 2021.

**Tabell 3.1 - Bransjefordeling avdekkede saker. Prosentandel.**

Bransjegruppe	2017	2018	2019	2020	2021
Personbil/varebil	32,6	36,3	34,5	40,4	40,3
Innbo/løsøre	24,9	28,3	31,1	31,8	37,3
Reiseforsikring	32,3	25,9	25,9	17,4	12,3
Bygning	4,8	3,9	3,7	5,2	4,8
Fritidsbåt	3,5	2,5	2,4	2,5	1,7
Spesielle verdigjenstander	1,6	3,0	2,2	1,5	2,6
Annet/ukjent	0,4	0,1	0,2	1,1	0,9

Tabell 3.1 viser til at forsikringsvindel med bil og innbo er de mest utbredte. Av de totalt 871 sakene i 2021, var det 351 saker knyttet til motorkjøretøy, 325 på innbo og 107 (182 i 2020) på reise.

**Tabell 3.2 – Skadetype for personbil/varebil. Prosentandel.**

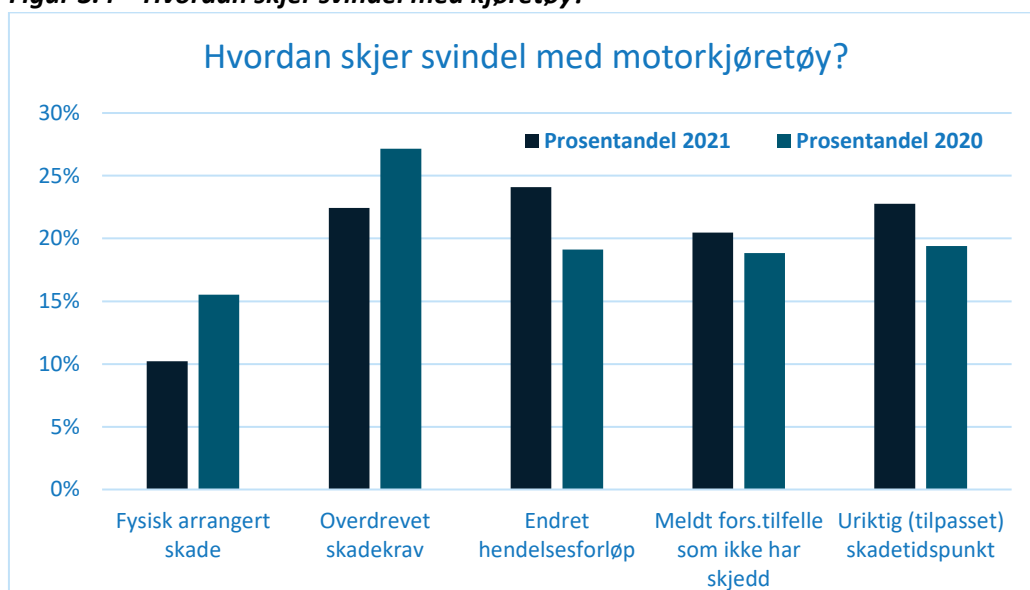
	2017	2018	2019	2020	2021
Tyveri av	20,6	13,7	13,8	11,6	10,8
Materiell skade og kasko (ytre påvirkning, kollisjon)	57,1	62,9	61,1	65,9	73,1
Brann	3,2	6,8	5,3	3,8	4,7
Tyveri fra	4,0	3,2	5,0	7,1	0,6
Dokumentfalsk	-	1,1	0,6	0,5	0,3
Ulykke m/personskade	-	-	-	-	-
Annet	9,9	8,6	7,8	3,8	6,1
Hærverk	3,2	2,9	4,4	3,3	2,6
Redning	-	-	-	0,5	0,3
Ansvar	2,0	0,7	1,9	3,6	1,5

I 2021 ble det avdekket 351 saker (422 i 2020) med motorkjøretøy og med et samlet krav for disse sakene på 42,5 millioner kroner. I snitt ble det svindlet for rundt 121 000 kroner per sak. Det største beløpet i 2021 var på 3,5 millioner kroner og alle de største sakene gjelder personskade.

De fleste sakene gjelder kasko og materielle skader, men også tyveri av og fra kjøretøy utgjør en stor andel med drøyt 11 prosent og med gjennomsnittsbetrag på 119 000 kroner.



**Figur 3.4 – Hvordan skjer svindel med kjøretøy?**



Figur 3.4 viser at de fleste tilfellene av svindel med motorkjøretøy skjer ved at det er et overdrevet skadekrav eller endret hendelsesforløp. Figuren viser også at det er noe mer «endret hendelsesforløp» i 2021 enn i 2020.

Forsikringsnæringen ser fortsatt at det er en del arrangerte skader, men andelen ser ut til å avta.

**Tabell 3.3 – Skadetype for innbo/løsøre. Prosentandel.**

	2017	2018	2019	2020	2021
Tyveri/innbrudd	35,4	42,9	28,9	35,2	34,2
Brann	8,3	5,0	7,5	3,9	4,6
Materiell skade	30,2	27,4	34,0	42,5	35,7
Vannskade	4,7	3,7	4,7	4,2	4,0
Ytre påvirkninger	10,4	6,8	12,3	6,9	8,0
Annet inkl. dokumentfalsk	9,9	12,3	11,5	5,7	12,0
Ran	0,5	0,9	0,8	0,6	0,9
Hærverk	0,5	0,9	0,4	0,9	0,6

Forsikringssvindel med innbo/løsøre skjer hyppigst i forbindelse med tyveri/innbrudd og materielle skader. Totalt ble det avdekket 325 saker (332 i 2020) på innbo og løsøre i 2021, og med avslått beløp på 30,6 millioner kroner. I snitt ble det svindlet for 94 100 kroner per sak, og det er fem saker på 1 million kroner eller mer, hvor den største er på drøyt 3 millioner kroner.

Hovedtyngden av tilfellene er at allerede oppståtte skader blir påplusset, mens de største er der hvor en skade er fysisk arrangert.

**Tabell 3.4 - Skadetype for reiseforsikring. Prosentandel.**

	2017	2018	2019	2020	2021
Tap/tyveri av reisegods	66,4	65,9	60,4	68,1	70,1
Ulykke/sykdom	21,2	18,2	21,7	14,3	15,0
Materiell skade	4,0	3,3	3,8	7,1	5,6
Ran	3,2	2,3	4,2	2,2	3,7
Innbrudd	-	-	-	-	-
Dokumentfalsk	-	3,3	0,8	0,5	0,9
Annet	5,2	7,0	9,2	7,7	4,7

På reiseforsikring er det hyppigst svindel i forbindelse med tyveri/tap av reisegods. Av i alt 107 saker i 2021 var 75 i tilknytning til tap/tyveri av reisegods. I tillegg var det 16 saker i forbindelse med ulykke/sykdom. Siden det ble innført reiserestriksjoner til utlandet fra mars 2020 og som fortsatte inn i 2021, har nok dette hatt innvirkning på muligheten for reisesvindel. I gjennomsnitt ble det svindlet for nesten 40 000 kroner per sak i 2021 og hvor det er størst avdekket beløp på ulykke/sykdom.

Nesten halvparten av reisesakene gjelder et fiktivt skadetilfelle i 2021. Drøye 20 prosent av sakene er påplussing/juks med en allerede oppstått skade.

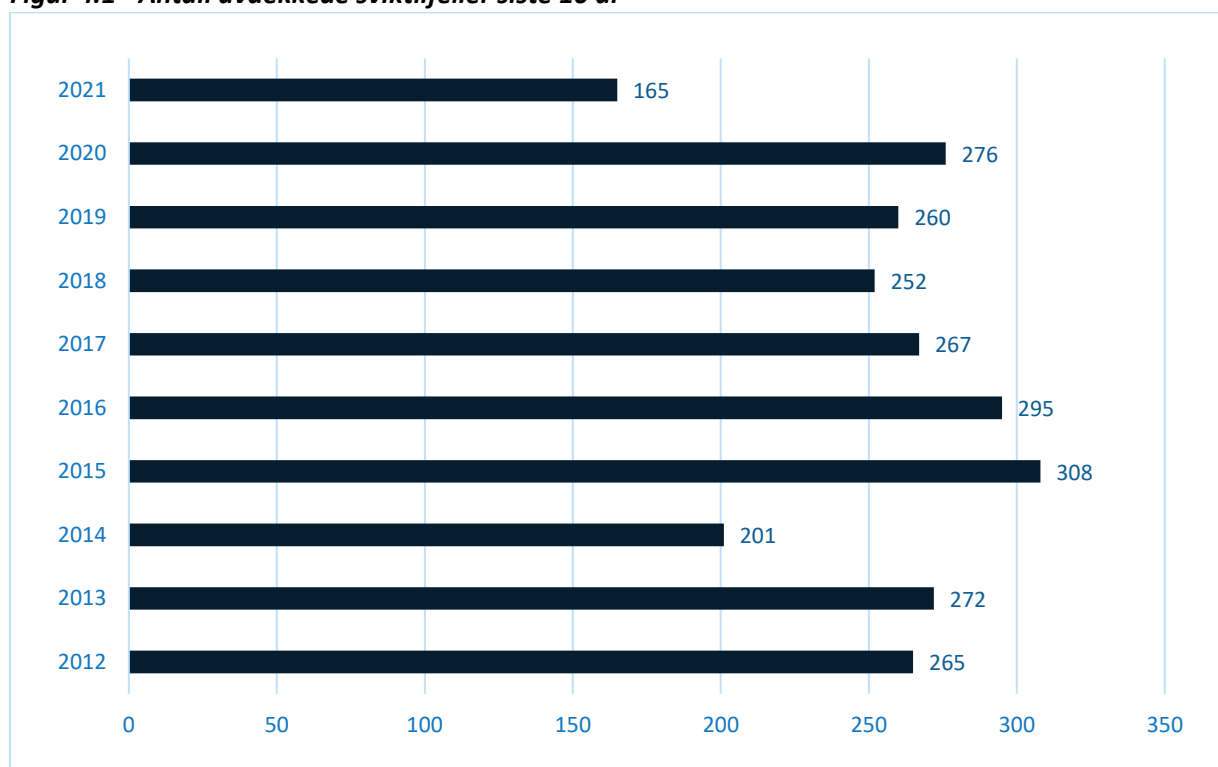
#### 4. Avdekket svindel i syke- og uføreforsikring

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

Selskapene rapporterer syke- og uføreforsikringssaker 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.

Ved sammenligning med tidligere års statistikker gjøres det også oppmerksom på at det er flere selskap som inngår i rapporteringen for årene 2008 og senere enn for de tidligere år. 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 2012-2021. I 2021 ble det avdekket 165 personer for svindel av syke- og uføreprodukter, mot 276 i 2020. Disse tilfellene omfattet 176 deknninger (291 i 2020), ettersom en sak kan omfatte flere deknninger innenfor syke- og uføreprodukter.

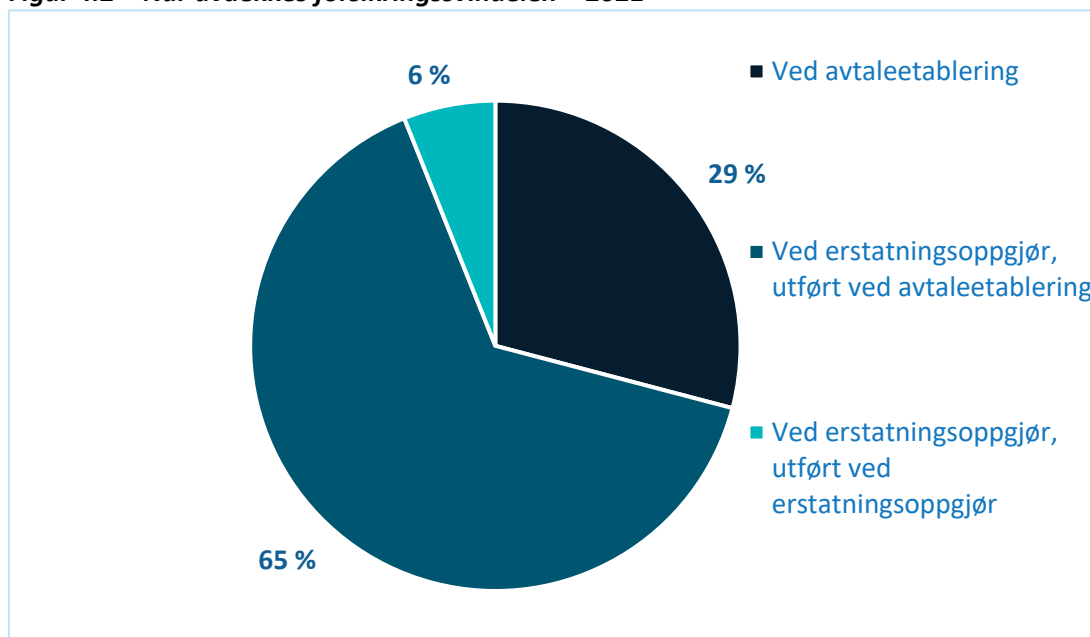
Den totale kroneverdien av saker avdekket i 2021 er 217,9 millioner kroner. I dette beløpet inngår ikke beløp knyttet til svindel avdekket ved avtaleetablering. Til sammenligning ble det i 2020 avdekket svindel ved erstatningsoppgjør for 277,6 millioner kroner og i 2019 for 249,3 millioner kroner. I gjennomsnitt ble det avdekket svindel ved erstatningsoppgjør for 1,86 millioner kroner i 2021, 1,59 millioner kroner per tilfelle i 2020 og 1,68 millioner kroner i 2019.

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

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

<sup>2</sup> Se definisjon i kapittel 8.

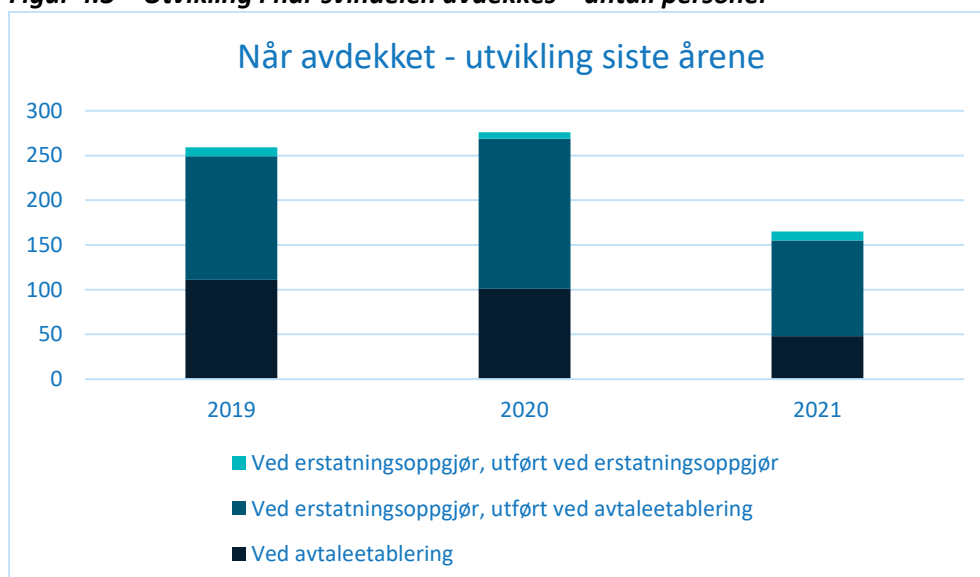
**Figur 4.2 – Når avdekkes forsikringssvindelen – 2021**



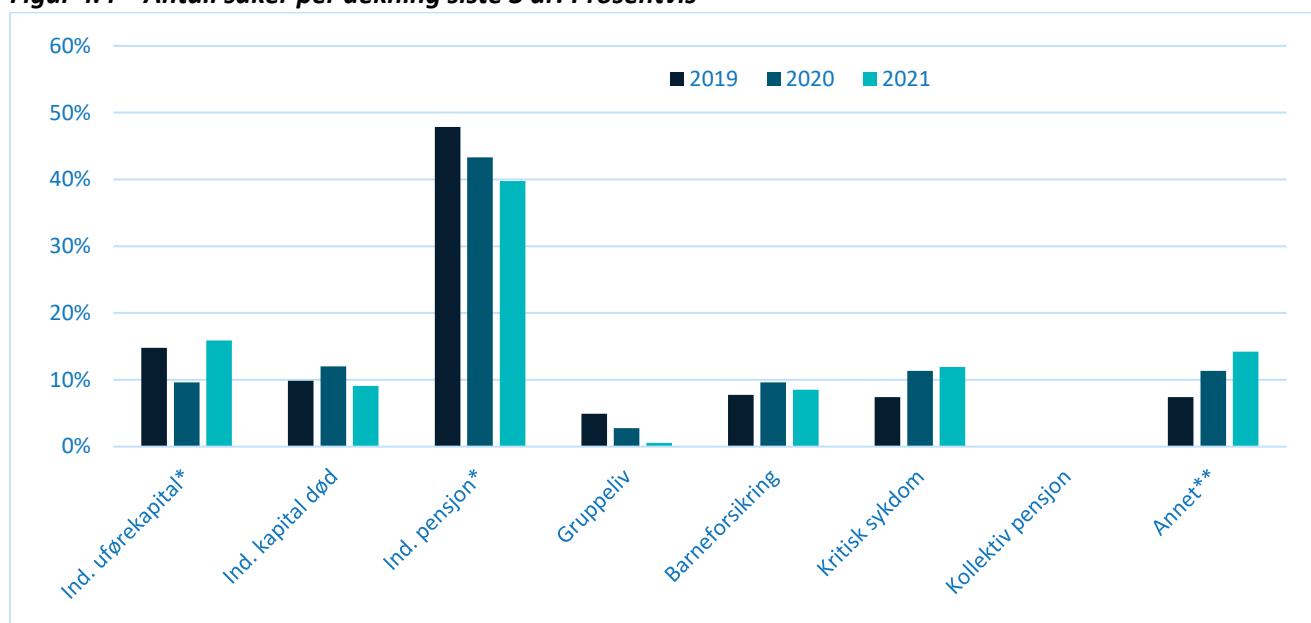
Selskapene har stor oppmerksomhet på å avdekke tilfeller av svindel allerede ved inngåelse av forsikringen. Erfaring tilsier at de som bevisst oppgir feil informasjon ved inngåelse, ofte har en hensikt med dette. Sannsynligheten er høy for at de kommer til å benytte forsikringsdekningen på ett eller annet tidspunkt. Figur 4.2 viser at 29 prosent av avdekkede tilfeller i 2021 var avdekket ved tidspunktet for tegning av forsikring. I 2020 utgjorde slike tilfeller 37 prosent av alle tilfellene. I samme periode har antall tilfeller avdekket ved erstatningstilfellet, men utført ved avtaleetablering, økt fra 61 prosent i 2020 til 65 prosent i 2021.

Totalt ble 94 prosent av svikttilfellene i 2021 utført ved inngåelse av forsikringsavtalen.

**Figur 4.3 – Utvikling i når svindelen avdekkes – antall personer**



**Figur 4.4 – Antall saker per dekning siste 3 år. Prosentvis**

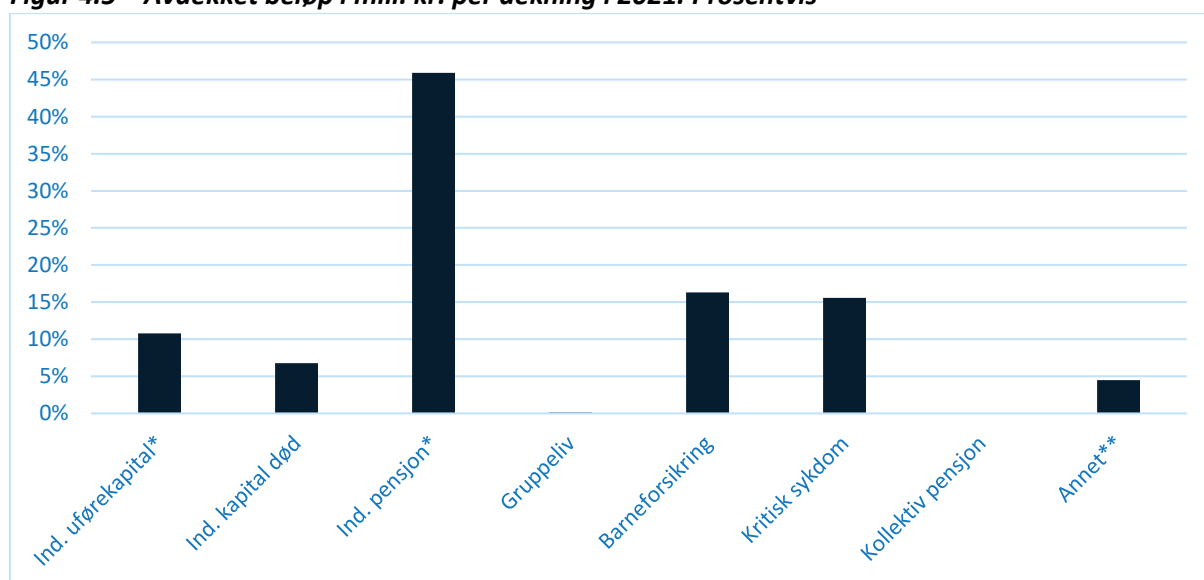


\*inkludert premiefritak

\*\* inkludert ulykke-, helse-, behandlings- og livsforsikring

De siste årene har det vært avdekket flest tilfeller på individuell pensjon. Som det framkommer av figur 4.4, gjelder dette også for 2021. I 2021 representerte denne dekningstypen 40 prosent av alle svindeltilfeller i syke- og uføreforsikring.

**Figur 4.5 – Avdekket beløp i mill. kr. per dekning i 2021. Prosentvis**



\*inkludert premiefritak

\*\* inkludert ulykke-, helse-, behandlings- og livsforsikring

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

Størrelsen på avdekket svindel i hver bransje kan variere fra år til år både i antall og 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**

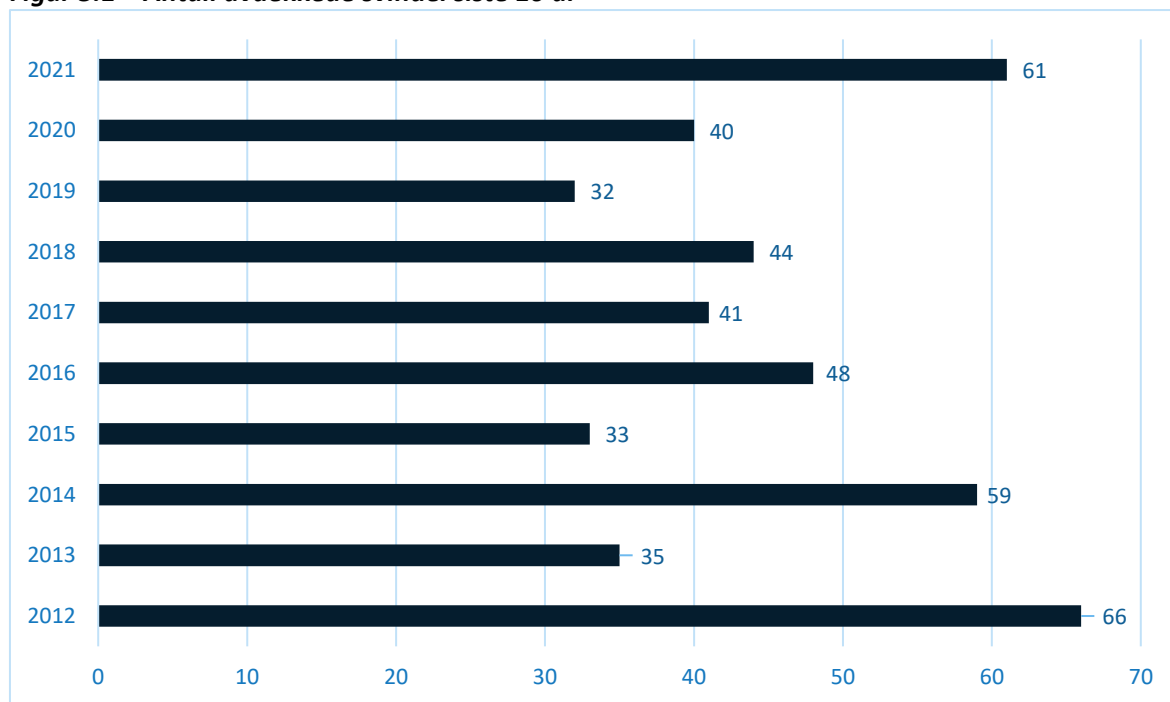
	2019	2020	2021
Ind. uførekapital*	31,40	30,50	23,50
Ind. kapital død	11,62	25,62	14,77
Ind. pensjon*	140,21	137,81	100,04
Gruppeliv	11,93	11,57	0,25
Barneforsikring	26,82	34,88	35,55
Kritisk sykdom	15,31	19,57	33,97
Annen personforsikring	0,00	2,10	4,30
Annet	0,30	0,38	3,21
Ulykke	8,82	14,24	1,18
Helseforsikring	2,88	0,96	1,10

\*inkludert premiefritak

Individuell pensjon er den dekningstypen der det ble avdekket størst svindel i 2021, både sett i forhold til antall saker og i beløp. Avdekket beløp under erstatningsoppgjøret for denne dekningstypen omfattet 100 millioner kroner og utgjorde om lag 50 prosent av totalt avdekket svikbeløp. Tabell 4.1 viser utviklingen i avdekkede beløp fordelt per dekning de siste tre årene for tilfeller avdekket ved erstatningsoppgjøret, utført enten ved avtaleetablering eller under erstatningsoppgjøret.

## 5. Avdekkede svindel i skadeforsikring næringsliv og landbruk

**Figur 5.1 – Antall avdekkede svindel siste 10 år**



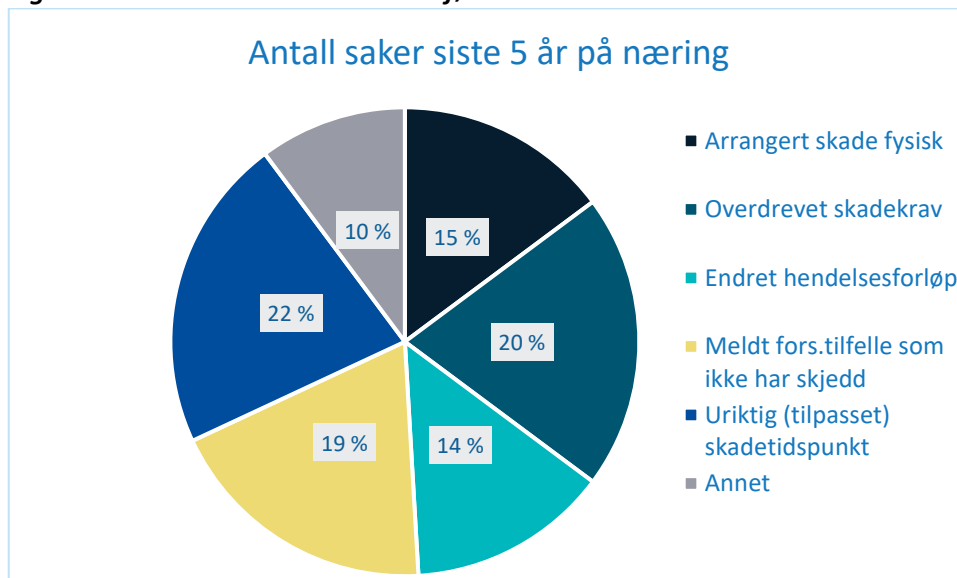
I næringsliv og landbruk ble det i 2021 avslått 61 saker med beløp på 69,5 millioner kroner, hvorav det største beløp av på 26 millioner kroner. I gjennomsnitt ble det svindlet for 1,1 millioner kroner i 2021, men sett bort fra det største beløpet var gjennomsnittsbeløpet på 725 000 kroner. Medianen er 88 000 kroner. Det vil si at det er en del riktige store saker, men også en del små.

**Tabell 5.1 - Bransjefordeling avdekkede svindel. Prosentandel.**

	2017	2018	2019	2020	2021
Personbil/varebil	22,0	22,7	25,8	27,5	24,6
Næringsvirksomhet	34,1	38,6	32,3	35,0	42,6
Transport	2,4	4,5	3,2	7,5	-
Yrkesskade	7,3	6,8	16,1	7,5	3,3
Reiseforsikring	2,4	13,6	12,9	-	1,6
Innbo/løsøre	-	2,3	-	2,5	1,6
Landbruk	2,4	-	-	-	-
Traktor/arbeidsmaskin	4,9	6,8	-	2,5	1,6
Husdyr o.a.	9,8	4,5	9,7	17,5	24,6
Annet	14,6	-	-	-	-

Av de 61 avdekkede sakene i 2021 er de største sakene på yrkesskade og næringsvirksomhet. De største beløpene på næringsvirksomhet gjelder påstått vannskade.

**Figur 5.2 – Hvordan svindelen ble utført i 2017-2021**



Siden det er få næringsaker som avdekkes hvert år, er det slått sammen saker for de fem siste 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 også overdrevne skadekrav er vanlig måte.

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

<sup>3</sup> Se definisjon i kapittel 8.

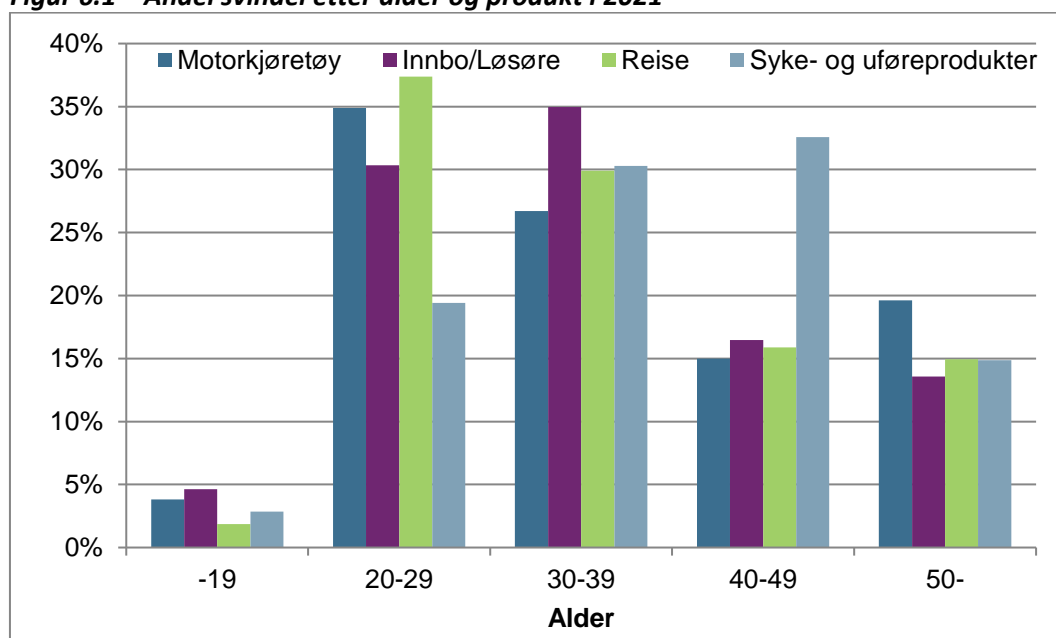


## 6. Hvem begår forsikringssvindel?

I Norge har årlige vist markedsundersøkelser at forsikringssvindel er mer sosialt akseptert enn andre typer kriminalitet, spesielt blant unge. For næringen er dette et alvorlig problem. Det er derfor viktig for forsikringsnæringen å forsøke å bidra til større kunnskap om dette. Forsikringsbedragerier er straffbart og blir politianmeldt. Dette kan få store konsekvenser for de som begår dette. For unge kan dette blant annet få konsekvenser for videre karrierevalg. Både media og ulike holdningskampanjer er blitt benyttet for å belyse dette

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 2021**

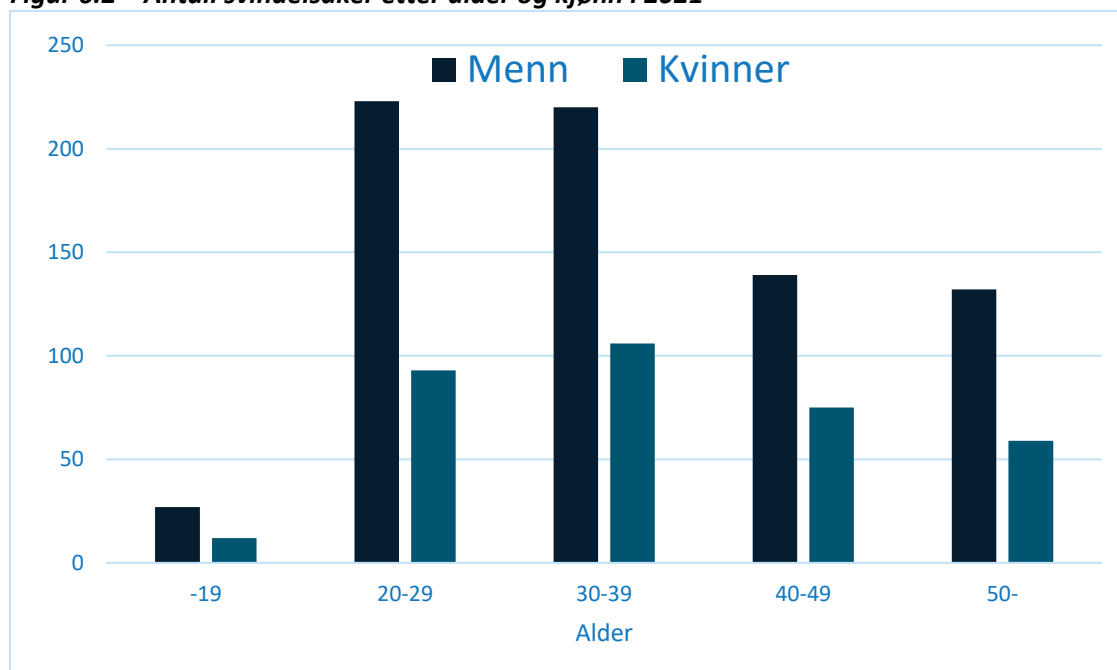


Figur 6.1 viser aldersgruppene hvor det avdekkes mest forsikringssvindel i de ulike produktene. Aldersgruppen 20 til 29 år er de som hovedsakelig utfører svindel på reise og motorkjøretøy (personbil, MC ol). På syke- og uføreproduktene er det 40 til 49-åringene som står for de fleste tilfellene. På innbo er det flest i aldersgruppen 30 til 39 år.

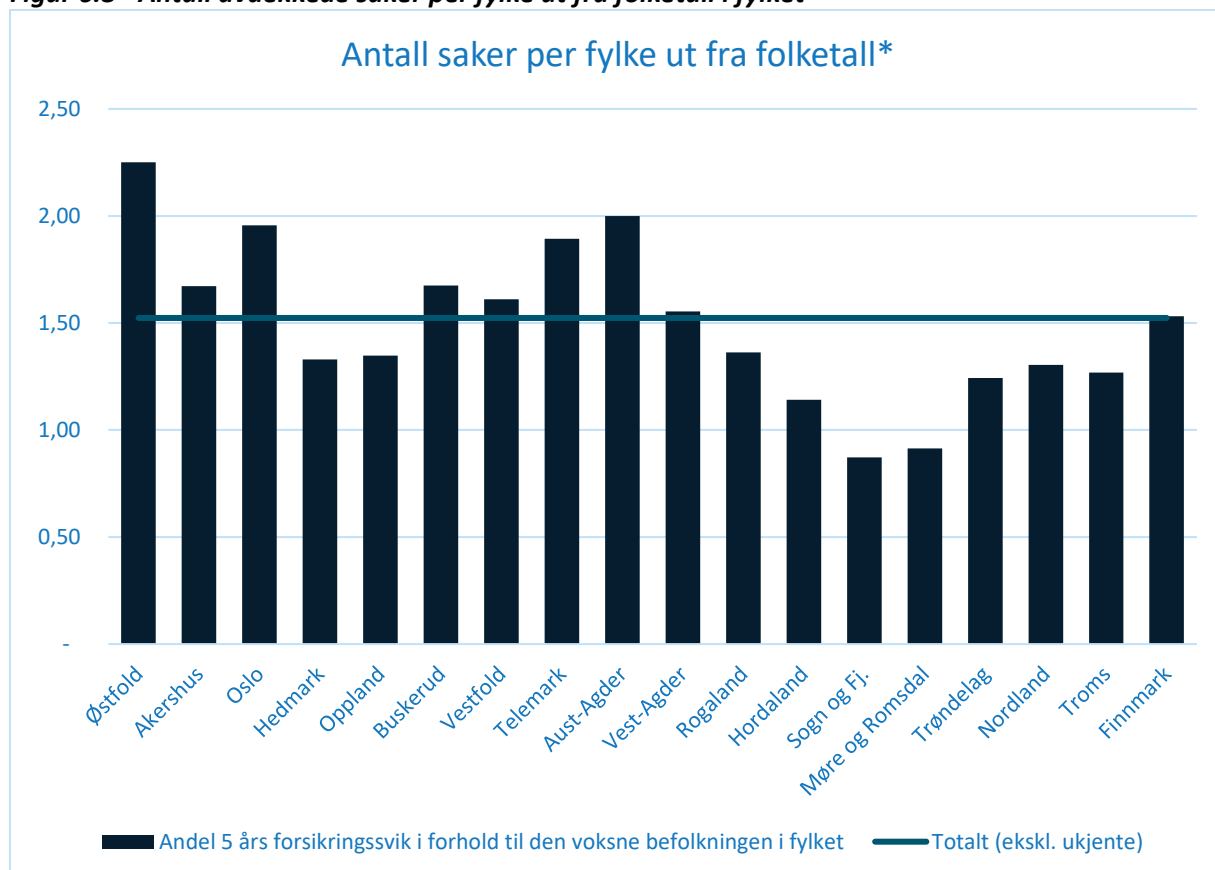
Totalt er kjønnsfordeling 68 prosent menn mot 32 prosent kvinner når det gjelder antall saker i 2021. I syke- og uføreforsikringene er kvinneandelen på 48 prosent. Mens i skadeforsikring er kvinneandelen «bare» på 29 prosent, noe som i stor grad skyldes at motorkjøretøy er det mest vanlige produktet i 2021. Kvinner er mer representative på innbo og reise, der andelen er rundt 40 prosent.

I figur 6.2 er det alder- og kjønns-fordelt totalt antall saker, 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 flest saker på motorkjøretøy noe man ser av figur 6.1. over.

**Figur 6.2 – Antall svindelsaker etter alder og kjønn i 2021**



**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 folketall<sup>4</sup>, er høyest i Østfold, Telemark og Aust-Agder, samt Oslo. I tillegg ligger Akershus, Buskerud, Vestfold og Telemark også noe over snittet totalt, mens det fylket 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 man sin 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.

---

<sup>4</sup> 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 intensivt 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 ofte har 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/>