



Forsikringssvindel i Norge

– svikstatistikk 2020

Rapport med tall for 2019

Innhold

FORORD

1. Innledning	3
2. Avdekket svindel i 2019 - overordnede tall	4
3. Avdekket svindel i skadeforsikring privat	5
4. Avdekkede svindel i syke- og uføreforsikring	9
5. Avdekkede svindel i skadeforsikring næringsliv og landbruk	14
6. Hvem begår forsikringsbedragerier?	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.»

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 forsikringssvindel og kostnadene rundt dette.

Forsikringsselskapene avdekker årlig en rekke tilfeller av forsikringssvindel. 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 2019. Kapittel 3-5 omhandler forsikringssvindel 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 svindel. 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.

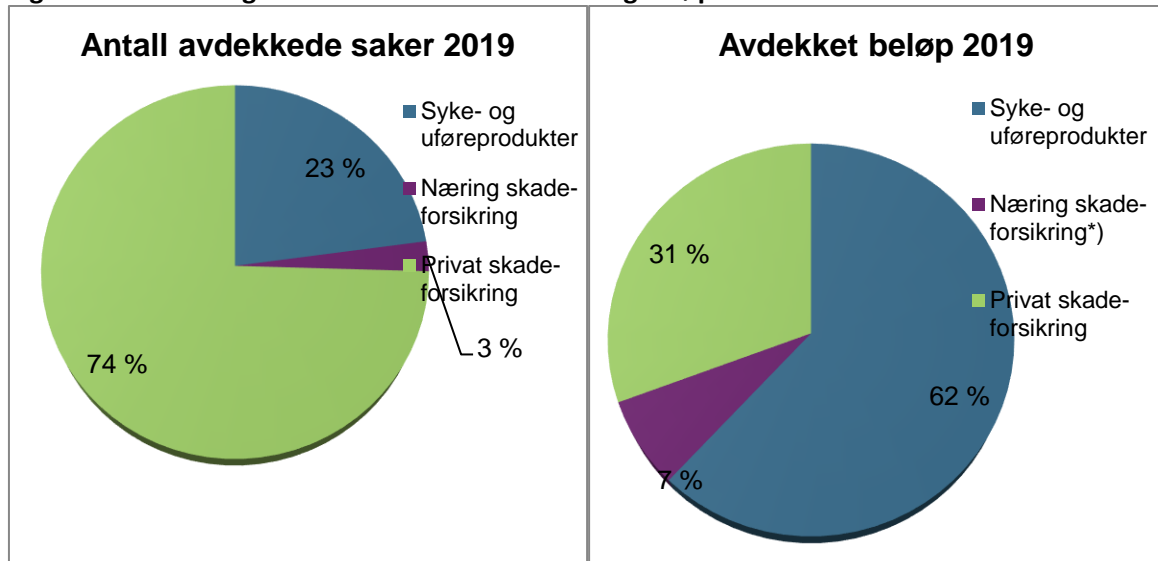
Tallmaterialet i rapporten er innhentet fra forsikringsselskaper som er medlem i Finans Norge. Det er kun saker som er avdekket som svik i henhold til forsikringsavtaleloven (FAL) som presenteres i rapporten. «Svik» er den juridiske betegnelsen, men omtales i denne rapporten som svindel.

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 2019 – overordnede tall

Figur 2.1 – Fordeling av antall avdekkede tilfeller og beløp i 2019

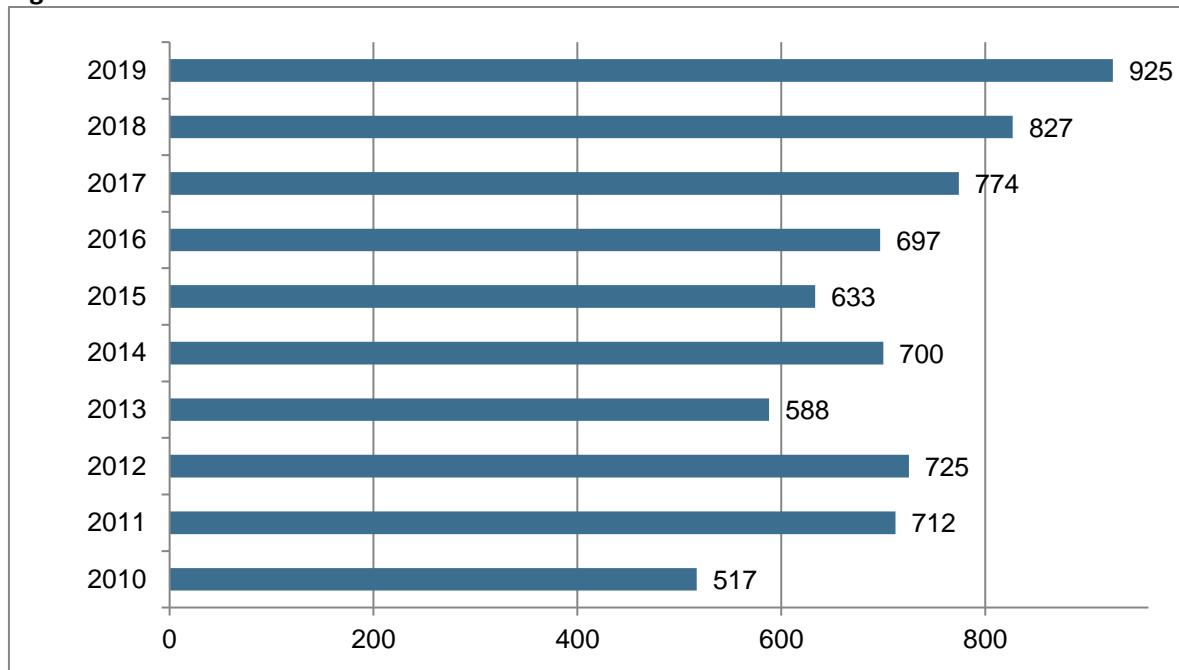


Forsikringsbransjen har, med henvisning til FAL, avslått 958 saker som gjelder skadeforsikring og 284 saker som gjelder syke- og uføreprodukter i 2019. Det totale kravet for de avslåtte sakene var på 402,3 millioner kroner. I tillegg er det en stor sak på næring på 92,8 millioner kr, slik at det til sammen ble avdekket svindel for 495,1 millioner kroner i 2019.

I syke- og uføreproduktene er det skille mellom antall personer der det er avdekket svindel, og antall saker. I 2019 var det 260 personer som i alt hadde 284 sviksaker (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



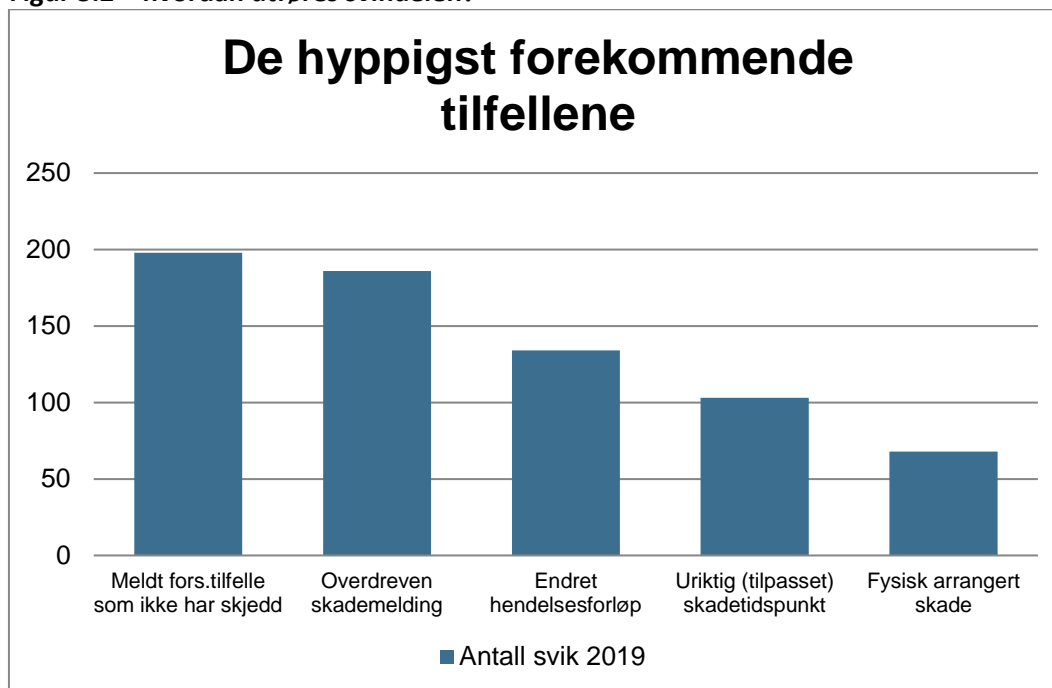
I 2019 var det i alt 925 saker der det ble avdekket svindel innen privatforsikring med til sammen 123,3 millioner kr i avslått beløp. I gjennomsnitt ble det svindlet for 133 000 kroner per sak. Det er stor spredning i beløpene, hvorav det største beløpet er på 6,6 millioner kroner og medianbeløpet er på 35 000 kroner. Medianbeløpet betyr at det er like mange saker under dette beløpet, som det er over dette beløpet.

Antall avdekkede saker vil ofte gjenspeile hvilket fokus forsikringsselskapene har på et område og hvor stort potensielt volum bransjen eller dekningen utgjør.

Hovedsakelig ble svindelen avdekket internt i selskapet. Et viktig redskap i denne sammenheng er FOSS-registeret¹ som er et sentralt skaderegister.

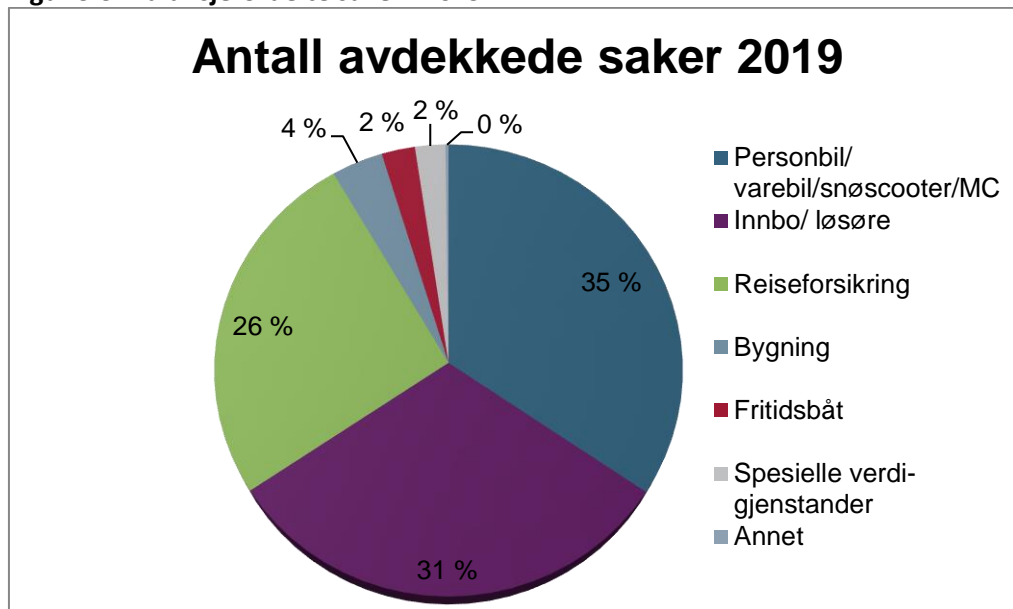
¹ Se definisjon i kapittel 8.

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.

Figur 3.3 – bransjefordelte saker i 2019



Andelen av avdekkede saker i bil- og reiseforsikring vil være stor ettersom det er flest meldte skader her. Beløpsmessig er det bygningsforsikringer som er størst da det ofte dreier seg om påsatte branner.

Tabell 3.1 - Bransjefordeling avdekkede saker. Prosentandel.

Bransjegruppe	2015	2016	2017	2018	2019
Personbil/varebil	36,3	35,0	32,6	36,3	34,5
Innbo/løsøre	24,6	27,7	24,9	28,3	31,1
Reiseforsikring	24,3	28,1	32,3	25,9	25,9
Bygning	7,3	6,0	4,8	3,9	3,7
Fritidsbåt	2,7	1,3	3,5	2,5	2,4
Spesielle verdigjenstander	2,4	1,4	1,6	3,0	2,2
Annet/ukjent	2,4	0,4	0,4	0,1	0,2

Tabell 3.1 viser til at forsikringsvindel med bil og innbo er de mest utbredte. Av de totalt 925 sakene i 2019, var det 319 saker knyttet til motorkjøretøy, 288 på innbo og 240 på reise.

Tabell 3.2 – Skadetype for personbil/varebil. Prosentandel.

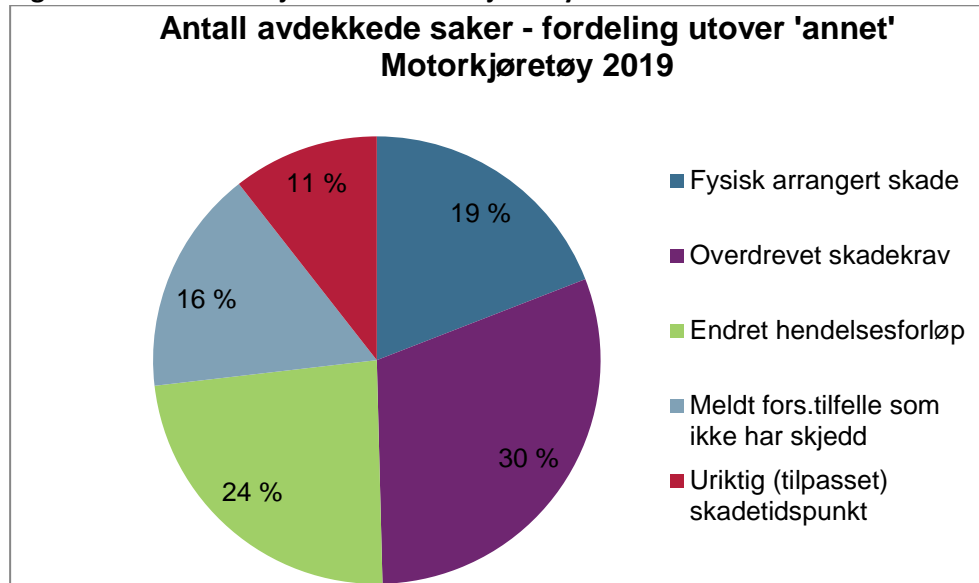
	2015	2016	2017	2018	2019
Tyveri av	27,4	22,5	20,6	13,7	13,8
Materiell skade og kasko (ytre påvirkning, kollisjon)	50,0	54,5	57,1	62,9	61,1
Brann	10,0	6,1	3,2	6,8	5,3
Tyveri fra	3,9	7,8	4,0	3,2	5,0
Dokumentfalsk	-	0,4	-	1,1	0,6
Ulykke m/personskade	-	-	-	-	-
Annet	3,0	4,5	9,9	8,6	7,8
Hærverk	1,7	1,6	3,2	2,9	4,4
Redning	0,9	-	-	-	-
Ansvar	2,5	2,5	2,0	0,7	1,9

I 2019 ble det avdekket 319 saker innen motorkjøretøy og med et samlet krav for disse sakene på 36,1 millioner kroner. I snitt ble det svindlet for rundt 113 000 kroner per sak. Medianbeløpet er på 60 000 kroner.

De fleste sakene gjelder kasko og materielle skader, men også tyveri av og fra kjøretøy utgjør en stor andel med nesten 19 prosent.

Gjennomsnittsbetøpet er 126 000 kroner på tyveri av og fra kjøretøy, mens kaskoskadene har et gjennomsnitt på 101 000 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. Forsikringsnæringen ser fortsatt at det er en del arrangerte skader. Den samlede summen slike saker genererer er stor. Dette er saker som er krevende å utrede, samt at det er vanskelig å definere det totale omfanget og hvor organisert denne virksomheten er.

Tabell 3.3 – Skadetype for innbo/løsøre. Prosentandel.

	2015	2016	2017	2018	2019
Tyveri/innbrudd	54,5	45,1	35,4	42,9	28,9
Brann	4,5	10,4	8,3	5,0	7,5
Materiell skade	21,2	23,3	30,2	27,4	34,0
Vannskade	5,8	5,2	4,7	3,7	4,7
Ytre påvirkninger	3,2	7,3	10,4	6,8	12,3
Annet	5,8	8,8	9,9	12,3	11,5
Ran	3,8	-	0,5	0,9	0,8
Hærverk	1,2	-	0,5	0,9	0,4

Forsikringssvindel med innbo/løsøre skjer hyppigst i forbindelse med tyveri/innbrudd og materielle skader. Totalt ble det avdekket 288 saker på innbo og løsøre, og med et krav på 33,5 millioner kroner. I snitt ble det svindlet for 116 000 kroner per sak. Hovedtyngden av tilfellene er at allerede oppståtte skader blir påplussset.

Tabell 3.4 - Skadetype for reiseforsikring. Prosentandel.

	2015	2016	2017	2018	2019
Tap/tyveri av reisegods	66,2	70,9	66,4	65,9	60,4
Ulykke/sykdom	18,8	15,8	21,2	18,2	21,7
Materiell skade	1,9	4,1	4,0	3,3	3,8
Ran	4,6	4,6	3,2	2,3	4,2
Innbrudd	-	-	-	-	-
Dokumentfalsk	1,9	0,5	-	3,3	0,8
Annet	6,5	4,1	5,2	7,0	9,2

På reiseforsikring var det hyppigst svindel i forbindelse med tyveri/tap av reisegods i 2019. Av i alt 240 tilfeller var 145 i tilknytning til tap/tyveri av reisegods. I tillegg var det 52 saker i forbindelse med ulykke/sykdom. Dette kan f. eks. dreie seg om personer som var syke før selve reisen ble påbegynt. I snitt ble det svindlet for 32 000 kroner per tilfelle på ulykke/sykdom, mens det for tyveri/tap av reisegods var 37 500 kroner per tilfelle.

Hovedtyngden av svindel med reiseforsikring skjer i Norge (65 prosent), mens det som skjer i utlandet er ganske jevnt fordelt mellom Europa og verden for øvrig. Det er ingen land som utpeker seg spesielt. De fleste av sakene oppstår fordi det meldes et fiktivt skadetilfelle.

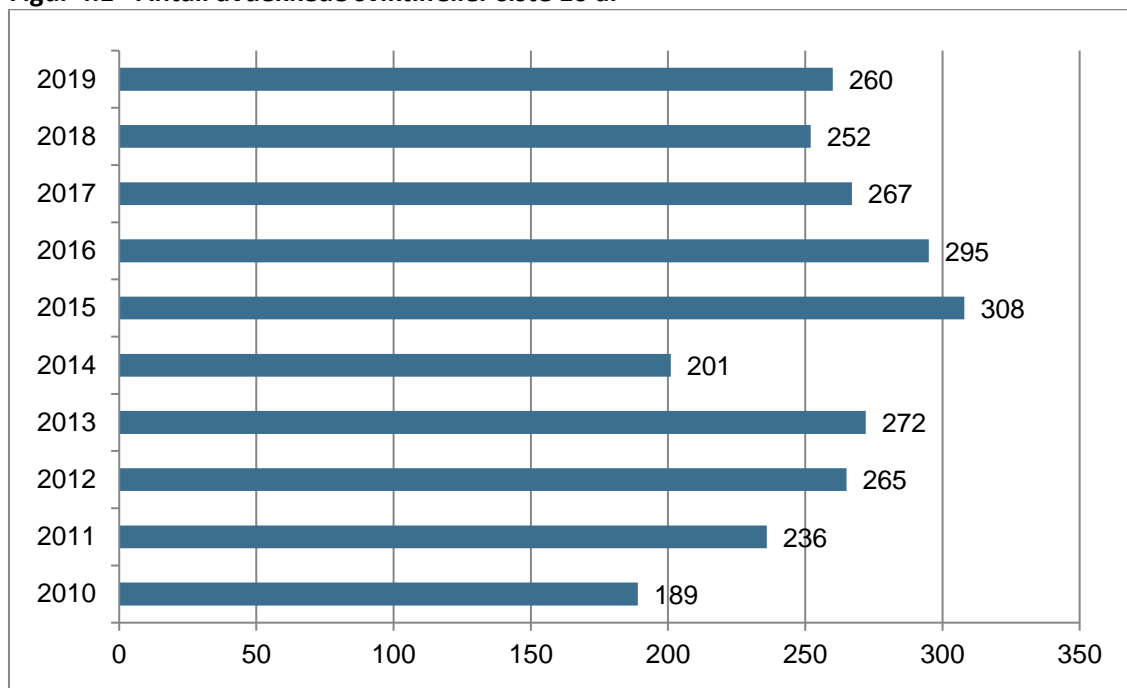
4. Avdekkede svindel i syke- og uføreforsikring

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

Selskapene rapporterer syke- og uføreforsikringsaker 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



Figuren over viser totalt antall tilfeller i perioden 2010-2019. I 2019 ble det avdekket 260 tilfeller av svindel i syke- og uføreprodukter, en økning på 8 stykker fra 2018. Disse tilfellene omfattet 284 dekninger, ettersom en sak kan omfatte flere dekninger innenfor syke- og uføreprodukter. Til sammenligning omfattet de 252 tilfellene som ble avdekket i 2018 totalt 286 dekninger.

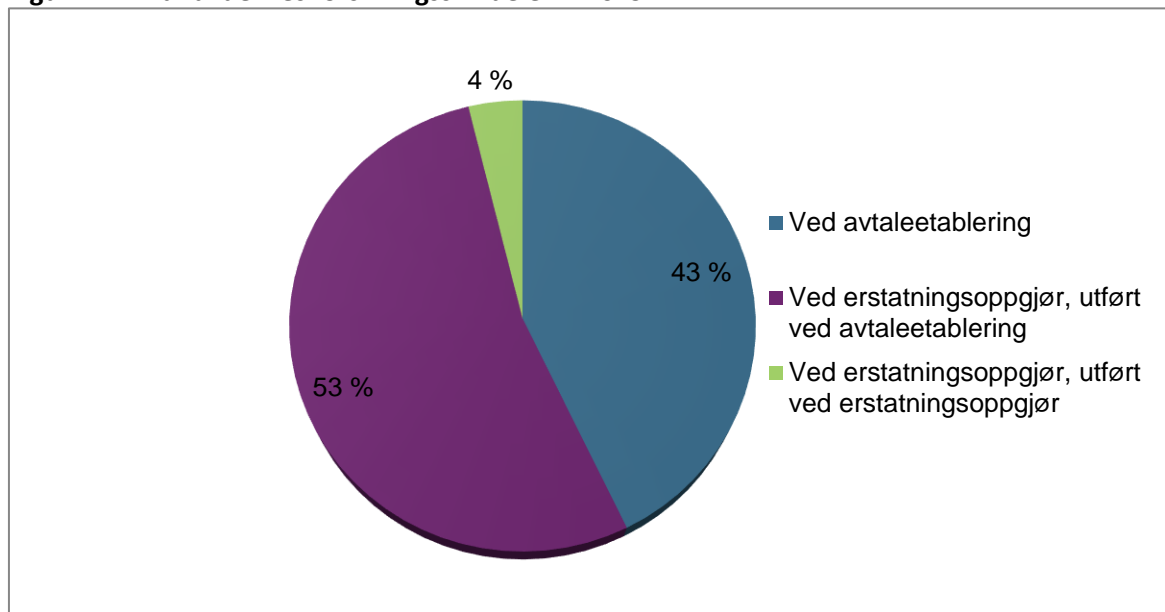
Den totale kroneverdien av saker avdekket i 2019 er 249,3 millioner kroner. I dette beløpet inngår ikke beløp knyttet til svindel avdekket ved avtaleetablering. Til sammenligning ble det i både 2018 og 2017 avdekket svindel ved erstatningsoppgjør for 179,2 millioner kroner. I gjennomsnitt ble det avdekket svindel ved erstatningsoppgjør for 1,68 millioner kroner per tilfelle i 2019 mot 1,44 millioner kroner i 2018.

Selskapene legger ned store ressurser for å forebygge og avdekke forsikringssvindel. Det er kun unntaksvis at saker avdekkes ved hjelp av tips fra eksterne.

ROFF², som administreres av Finans Norge, er et viktig verktøy i selskapenes arbeid for å avdekke forsikringssvindel.

² Se definisjon i kapittel 8.

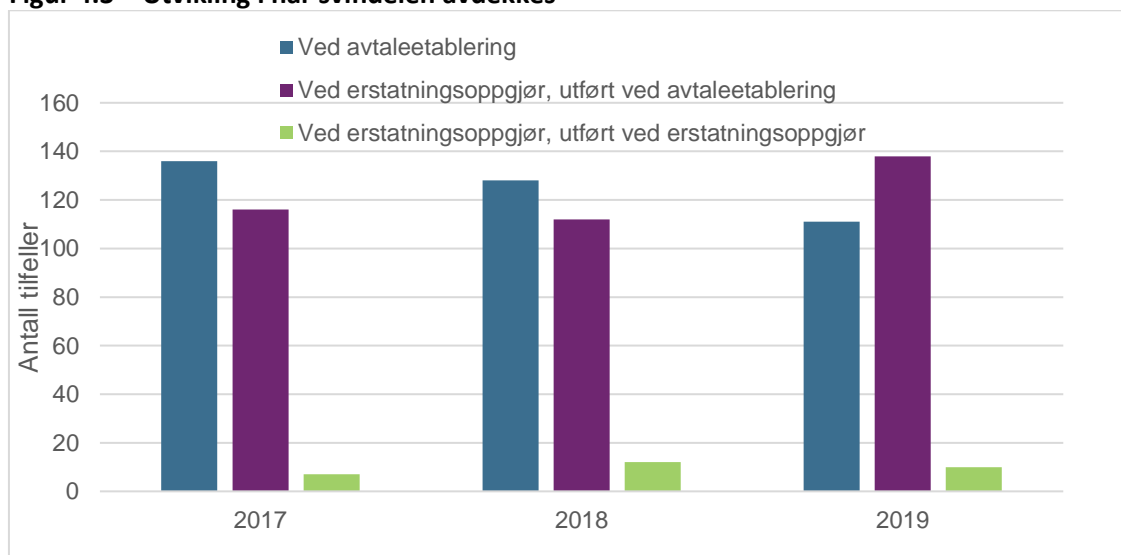
Figur 4.2 – Når avdekkes forsikringsvindelen – 2019



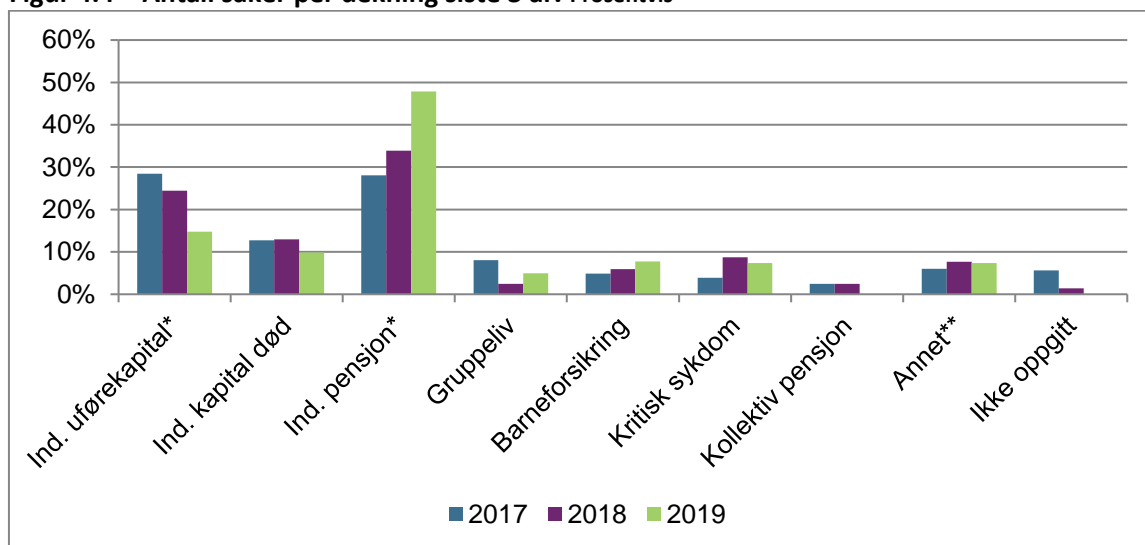
Selskapene har stor oppmerksomhet på å avdekke tilfeller av svindel allerede ved tegning. Erfaring tilsier at de som bevisst oppgir feil informasjon ved tegning av forsikringer, ofte har en hensikt med dette. Sannsynligheten for at de kommer til å benytte forsikringsdekningen på ett eller annet tidspunkt er høy. Figur 4.2 viser at 43 prosent av avdekkede tilfeller i 2019 var avdekket ved tidspunktet for tegning av forsikring. I 2018 utgjorde disse tilfellene 51 prosent av alle tilfeller. I samme periode har antall tilfeller avdekket ved erstatningstilfellet, men utført ved avtaleetablering, økt fra 44 prosent i 2018 til 53 prosent i 2019.

Totalt ble 96 prosent av svikttilfellene i 2019 utført ved tegningstidspunktet.

Figur 4.3 – Utvikling i når svindelen avdekkes



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

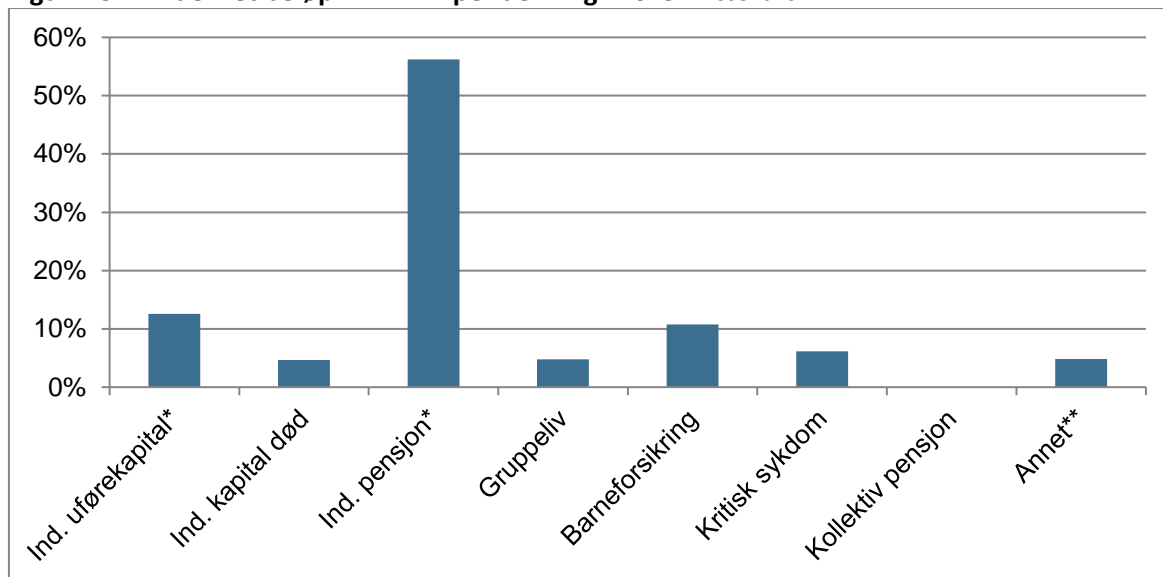


*inkludert premiefritak

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

De siste årene har det vært avdekket flest tilfeller på produkter som individuell pensjon og individuell uførekapital. Som det fremkommer av figur 4.4, gjelder dette også for 2019. I 2019 representerte de to dekningstypene hele 69 prosent av alle svindeltilfeller i syke- og uføreforsikring.

Figur 4.5 – Avdekket beløp i mill. kr. per dekning i 2019. 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

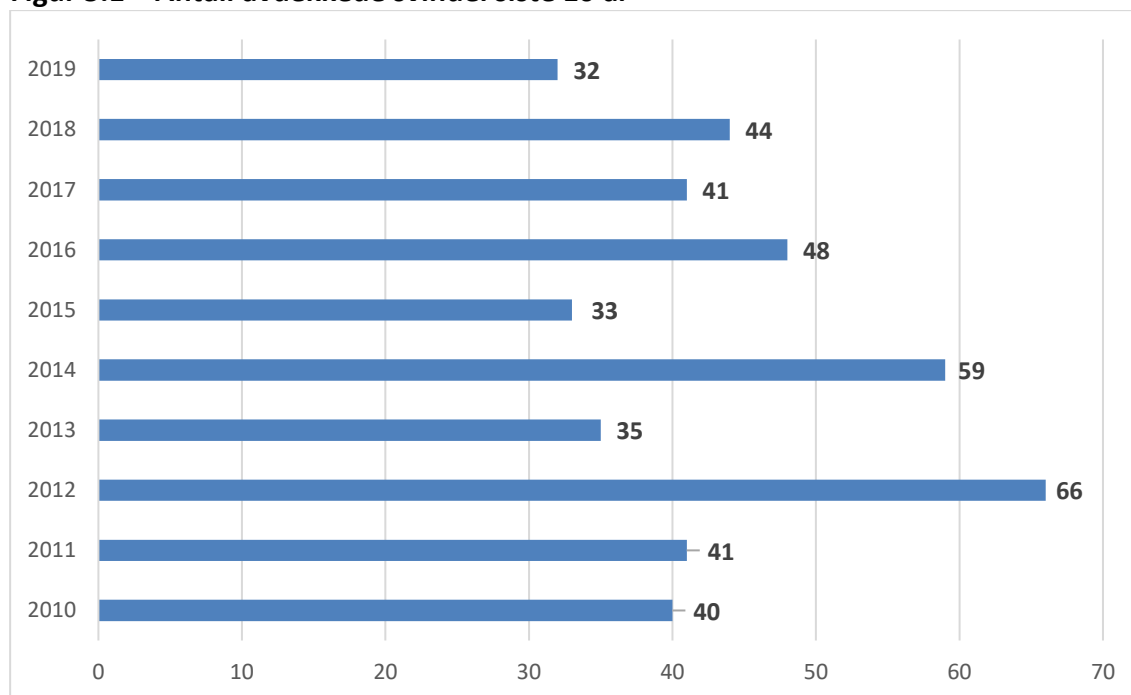
	2017	2018	2019
Ind.uførekapital*	41,37	36,63	31,40
Ind.kapital død	12,25	3,94	11,62
Ind.pensjon*	75,52	104,76	140,21
Gruppeliv	11,02	4,53	11,93
Barneforsikring	20,65	14,57	26,82
Kritisk sykdom	1,60	5,45	15,31
Kollektiv pensjon	5,15	1,92	0,00
Annen personforsikring	1,39	2,68	0,00
Annet	3,66	1,95	0,30
Ulykke	4,53	2,61	8,82
Helseforsikring	2,03	0,10	2,88

*inkludert premiefritak

Individuell pensjon og individuell uførekapital er de to dekningstypene der det ble avdekket størst svindel i 2019, både sett i forhold til antall saker og i beløp. Avdekkede beløp under erstatningsoppgjøret for disse to dekningstypene omfattet 171,6 millioner kroner og utgjorde til sammen 69 prosent av totalt avdekket svikbeløp. Tabell 4.1 viser utviklingen i avdekkede svikbeløp 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



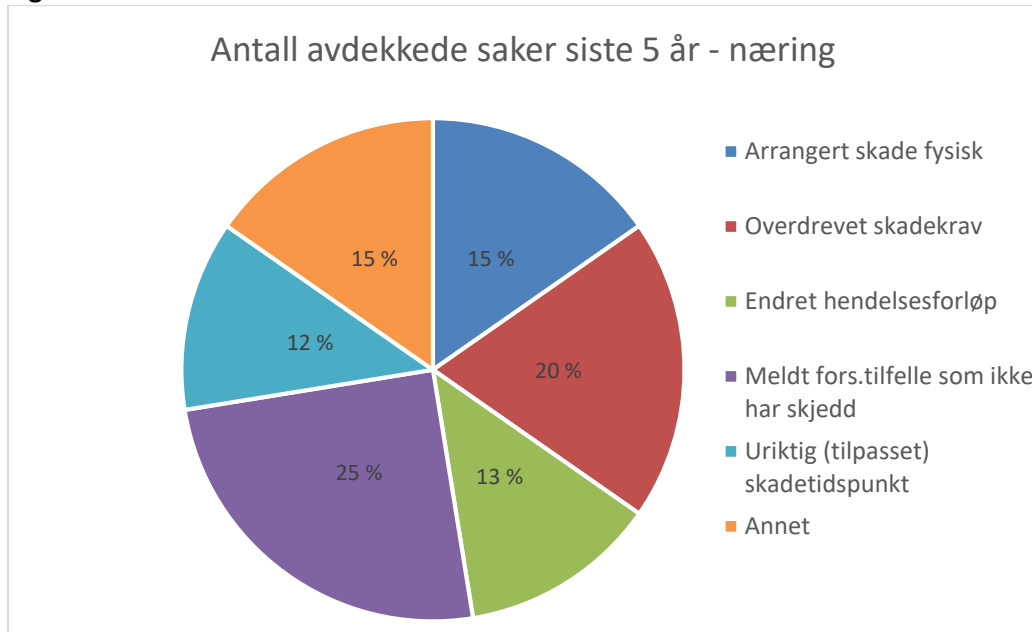
I næringsliv og landbruk ble det i 2019 avslått 32 saker med beløp på 29,7 millioner kroner og i tillegg er den en stor enkeltsak på 92,8 millioner kroner. I gjennomsnitt ble det svindlet for 958 000 kroner i 2019 uten den store enkeltsaken. Medianen er 152 000 kroner. Det vil si at variasjonen er stor, og det nest største beløpet er på 18,2 millioner kroner.

Tabell 5.1 - Bransjefordeling avdekkede svindel. Prosentandel.

	2015	2016	2017	2018	2019
Personbil/varebil	33,3	27,1	22,0	22,7	25,8
Næringsvirksomhet	45,5	37,5	34,1	38,6	32,3
Transport	-	2,1	2,4	4,5	3,2
Yrkesskade	-	8,3	7,3	6,8	16,1
Reiseforsikring	3,0	8,3	2,4	13,6	12,9
Innbo/løsøre	-	-	-	2,3	-
Landbruk	9,1	4,2	2,4	-	-
Traktor/arbeidsmaskin	9,1	8,3	4,9	6,8	-
Husdyr	-	2,1	9,8	4,5	9,7
Annet	-	2,1	14,6	-	-

Av de 32 avdekkede sakene i 2019 er de største sakene på yrkesskade og næringsvirksomhet og yrkesskade. De største sakene gjelder påstått brann.

Figur 5.2 – Hvordan svindelen ble utført i 2015-2019



Siden det er få næringssaker 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 meldt fiktive skader.

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

³ Se definisjon i kapittel 8.

6. Hvem begår forsikringsbedragerier?

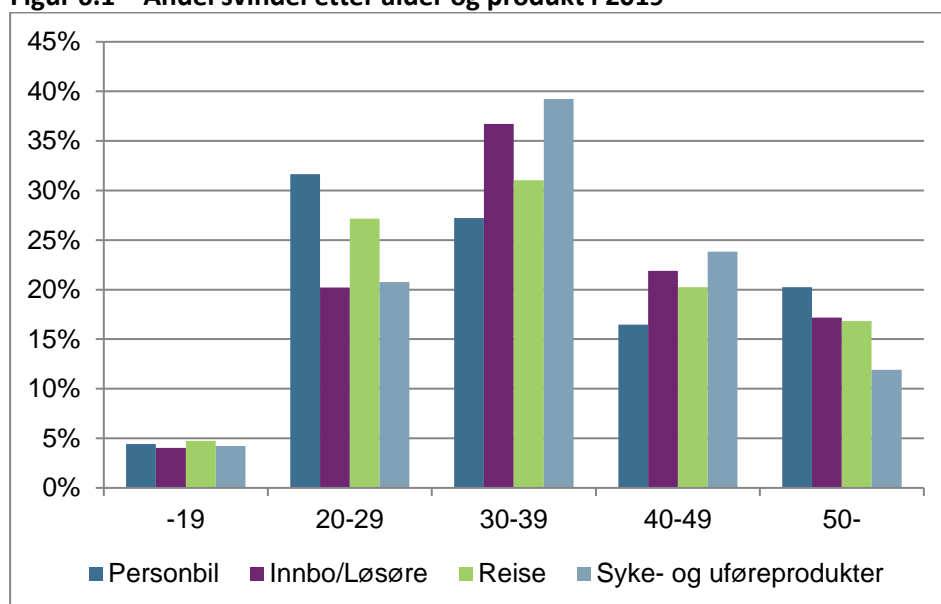
I Norge viser årlige markedsundersøkelser at forsikringssvindel er mer sosialt akseptert enn andre typer kriminalitet, spesielt blant unge. For næringen er dette et alvorlig problem.

Gjensidige gjennomfører hvert år en holdningsundersøkelse knyttet til folks holdninger til forsikringssvindel. Undersøkelsen viser at 15 prosent synes det er helt greit, eller at det ikke har noen betydning, at man svindler forsikringselskapet sitt. En av tre under 30 år svarer at det er OK å plusse på litt ekstra på skademeldingen.

Den yngre delen av befolkningen har den mest liberale holdningen til forsikringssvindel, og menn er mer tilbøyelig til slik svindel enn kvinner.

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.

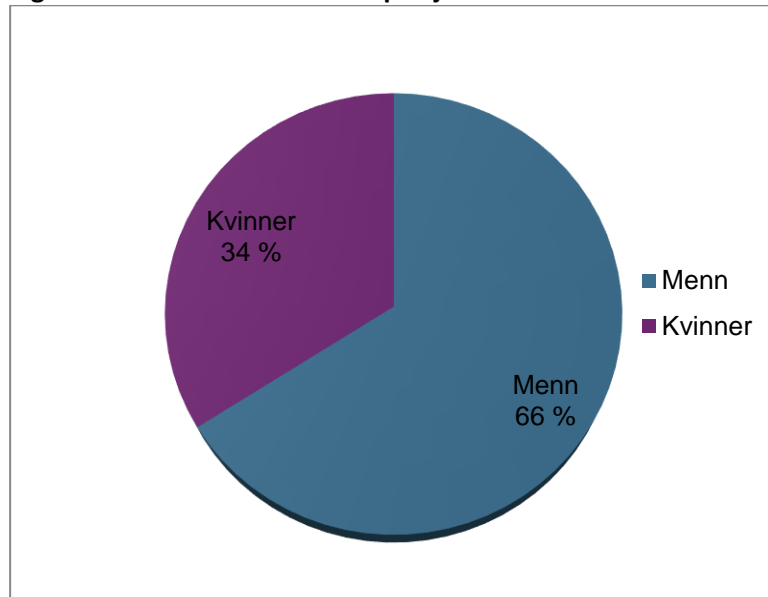
Figur 6.1 – Andel svindel etter alder og produkt i 2019



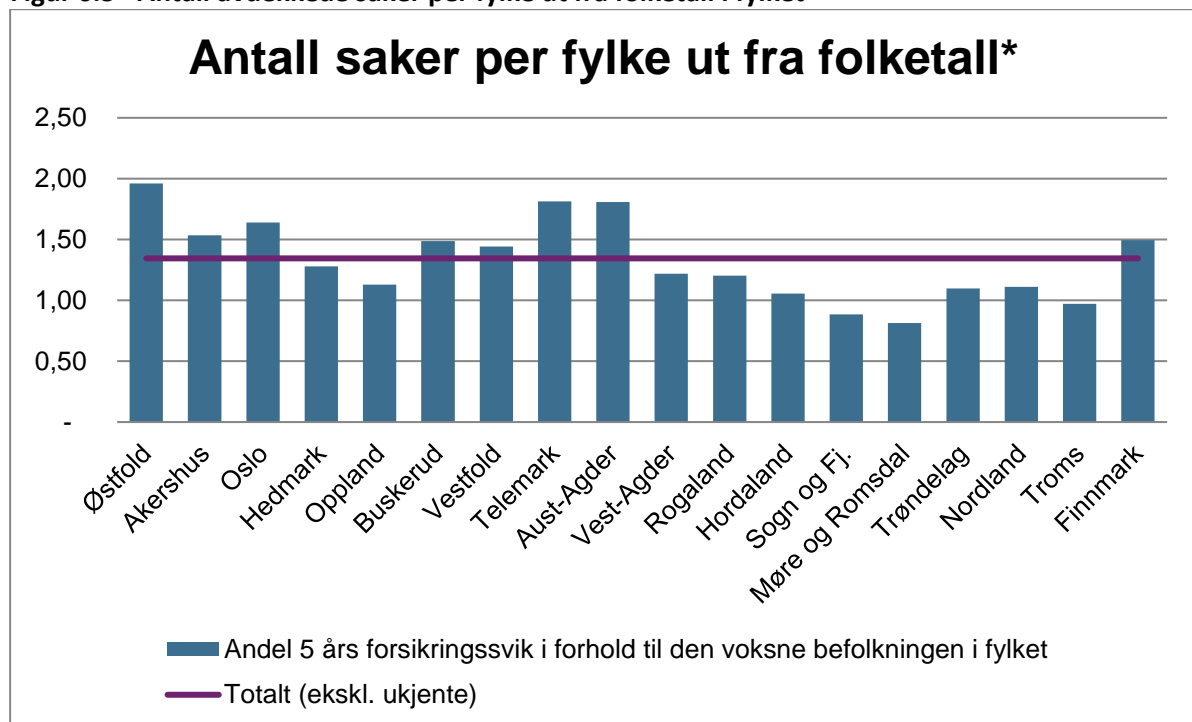
Figur 6.1 viser aldersgruppene hvor det avdekkes mest forsikringssvindel i de ulike produktene. Aldersgruppen 20 til 29 år er de som hovedsakelig utfører svindel på reise og personbil. På syke- og uføreproduktene er det 30 til 39-åringene som står for de fleste tilfellene.

Totalt er kjønnsfordeling 66 prosent menn mot 34 prosent kvinner når det gjelder antall saker i 2019. I syke- og uføreforsikringene er kvinneandelen på 49 prosent. Mens i skadeforsikring er kvinneandelen på 30 prosent.

Figur 6.2 – Andel saker fordelt på kjønn i 2019



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



Antall avdekkede saker for skadeforsikring og syke- og uføreprodukter sett under ett i forhold til folketall⁴, er høyest i Østfold, Telemark og Aust-Agder, samt Oslo. I tillegg ligger Finnmark, Akershus, Buskerud og Vestfold 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 fortsatt enkelte fylker ha 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.

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

7. Forsikringssekskapenes forebyggende arbeid

Prinsippet med forsikring er deling av risiko mellom flere forsikringstakere. Man betaler en mindre premie som sammen med andres tilsvarende premier blir til «et fond» som benyttes til å betale erstatninger til de forsikrede. Forsikringssekskapene har ansvar for å forvalte pengene på riktig måte, samt å sørge for en riktig utbetaling til kundene.

Det er også viktig for Finans Norge å drive opplysningsarbeid om forsikring, særlig for å nå fram til ungdom.

Undersøkelser viser at unge har de mest liberale holdningene til forsikringssvindel. For å nå fram til denne gruppen har Finans Norge laget tre filmer om forsikringssvindel som er publisert i sosiale medier.

Mange unge tenker ikke over at forsikringssvindel er straffbart og hvilke konsekvenser dette kan gi. Anmeldes man for forsikringssvindel kan dette begrense både framtidige karrieremuligheter og reisevirksomhet (visumnekt).

Forsikringssekskapene jobber aktivt for at det produktspekteret de tilbyr, ikke utnyttes av uærlige kunder eller blir et verktøy til å hvitvaske utbytte av kriminelle handlinger.

Finans Norge jobber fortløpende med å kartlegge problemområdene innen person- og skadeforsikring. Utvikling, trender og omfang overvåkes kontinuerlig. I samarbeid med sekskapenes utredere, tilstreber Finans Norge å sikre at eksisterende arbeids- og avdekkingsmetoder er tilpasset det reelle kriminalitetsbildet. Det er etablert gode rutiner for informasjonsutveksling og samarbeid, med både politiet, NAV, Næringslivets Sikkerhetsråd, og en rekke andre aktører innen næringslivet.

Selskapene avdekker årlig 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.

Samfunnsansvar

Det avdekkes stadig saker der forsikringsbedrageri begås i sammenheng med andre former for økonomisk kriminalitet. Denne formen for kriminalitet begås ofte av multikriminelle med stor kompetanse og mobilitet. Utbytte fra forsikringsbedragerier benyttes i disse miljøene til å finansiere andre former for kriminell aktivitet.

Erfaring tilsier at enkelte som uberettiget mottar uførestønad fra forsikringssekskapene, også mottar sykepenger og trygd fra NAV. Skatteunndragelser og misbruk av trygd og fellesgoder, er ikke bare en trussel mot finanssektoren, men mot samfunnet som helhet. Det er et felles ansvar, både innen privat og offentlig næring å forebygge og bekjempe denne typen kriminalitet.

Konsekvenser ved forsikringsbedrageri

Resultatet av forsikringsbedragerier og urettmessige utbetalinger er økte forsikringspremier, noe som går ut over forsikringskundene.

De som blir tatt for forsikringssvindel, mister sin rett til erstatning og blir tillegg uønsket som forsikringskunde. Man risikerer også erstatningskrav og politianmeldelse. Forsikringssekskapene

bygger på tillit mellom selskap og forsikringstaker. Brudd tilliten er alvorlig og blir derfor ofte straffet hard av rettsvesenet. Forsikringsbedragerier har en strafferamme på inntil 6 år.

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.

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. Forsikringselskapene kan søke om informasjon fra registeret i salgsøyeblikket og ved søknad om uføreerstatning. 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.
- **FOSS:**
Forsikringselskapenes Sentrale Skaderegister. FOSS er et fellesregister hvor innmeldte skadesaker registreres. Formålet med registeret er å effektivisere skadeforsikringselskapenes

saksbehandling i arbeidet med å forhindre og begrense forsikringsvindel. Registeret kan kun benyttes ved registrering av skader og i forbindelse med en eventuell erstatningsutbetaling.