



Forsikringsvindel i Norge

Svikstatistikk for avdekkede saker i 2020

Innhold

1. Innledning	4
2. Avdekket svindel i 2020 – 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 forsikringsbedragerier?	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 2020. 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 innhentet 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.

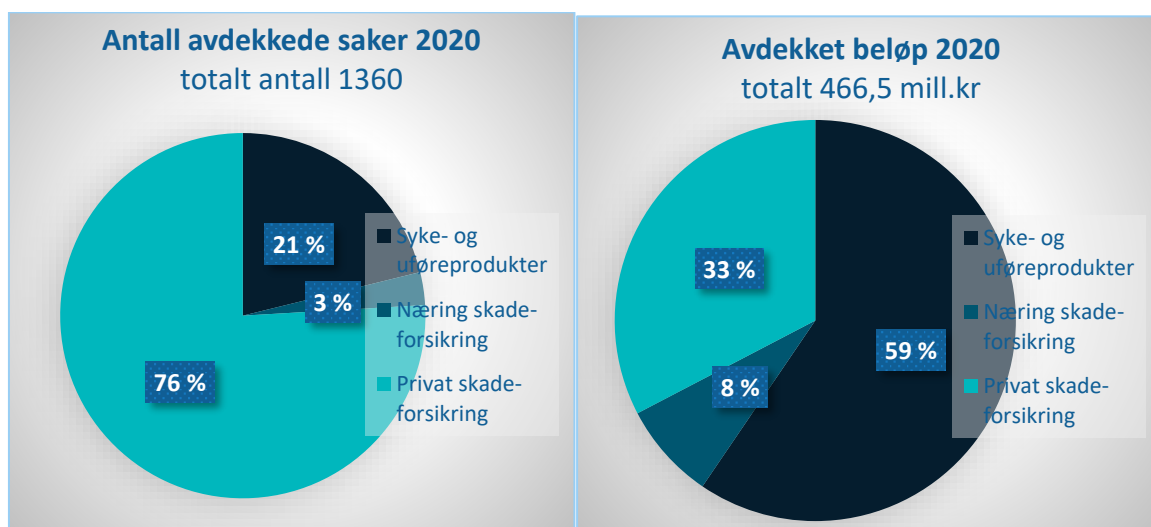
2. Avdekket svindel i 2020 – overordnede tall

En rekke restriksjoner ble innført 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 ofte øker motivasjonen til å svindle forsikringsselskapet sitt.

Sosial distansering og stengte grenser har begrenset folks reisemuligheter. Reiserestriksjoner til utlandet har medført færre forsikringssaker på reisesykdom og tyveri, og også mindre reisesvindler. Derimot benytter langt flere personbil som framkomstmiddel, og sammenholdt med mulig endret økonomisk status, kan dette ha medført flere avdekkede svindler med bil.

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

Figur 2.1 – Fordeling av antall avdekkede tilfeller og beløp i 2020



I 2020 har forsikringsbransjen, med henvisning til FAL, avslått 1360 saker til sammen. Det totale kravet for de avslåtte sakene var på 466,5 millioner kr i 2020.

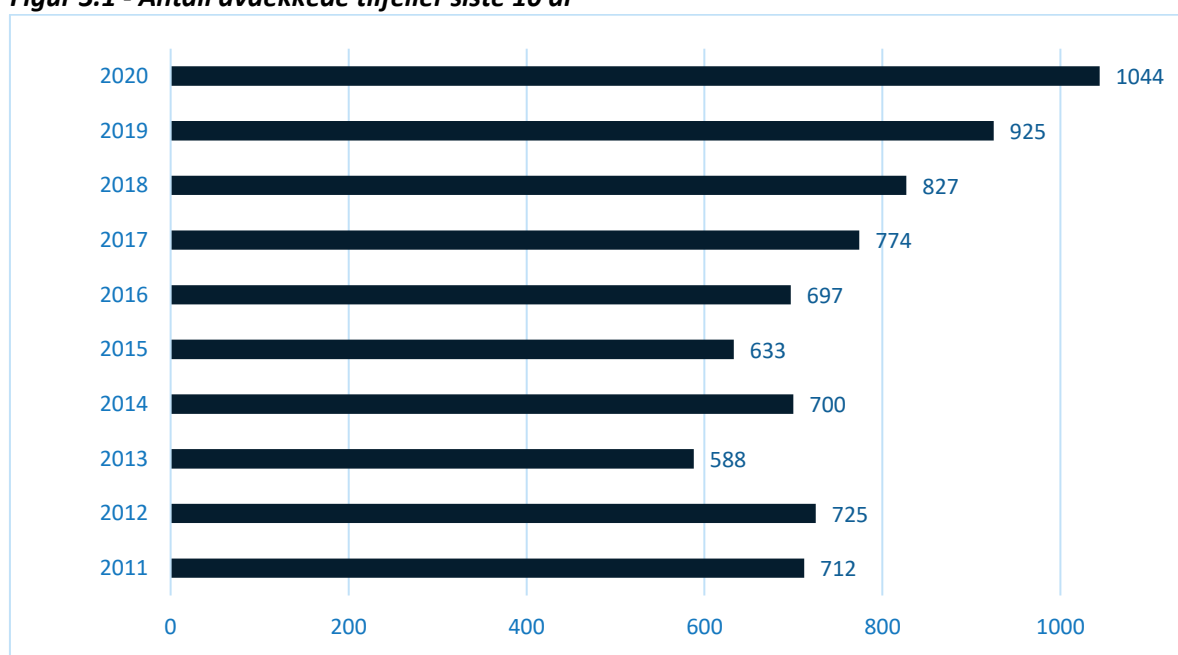
Tabell 2.1 oversikt 2020 og 2019

	Antall saker 2020	Antall saker 2019	Avdekket beløp 2020 mill.kr	Avdekket beløp 2019 mill.kr
Skadeforsikring privat	1044	958	152,3	123,3
Skadeforsikring næring	40	32	36,6	29,7*
Syke- og uføreprodukter	276	260	277,6	249,3
Totalt	1360	1217	466,5	402,3+92,9* enkeltsak næring

I syke- og uføreproduktene er det skille mellom antall personer der det er avdekket svindel, og antall saker. I 2020 var det 276 personer som i alt hadde 291 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



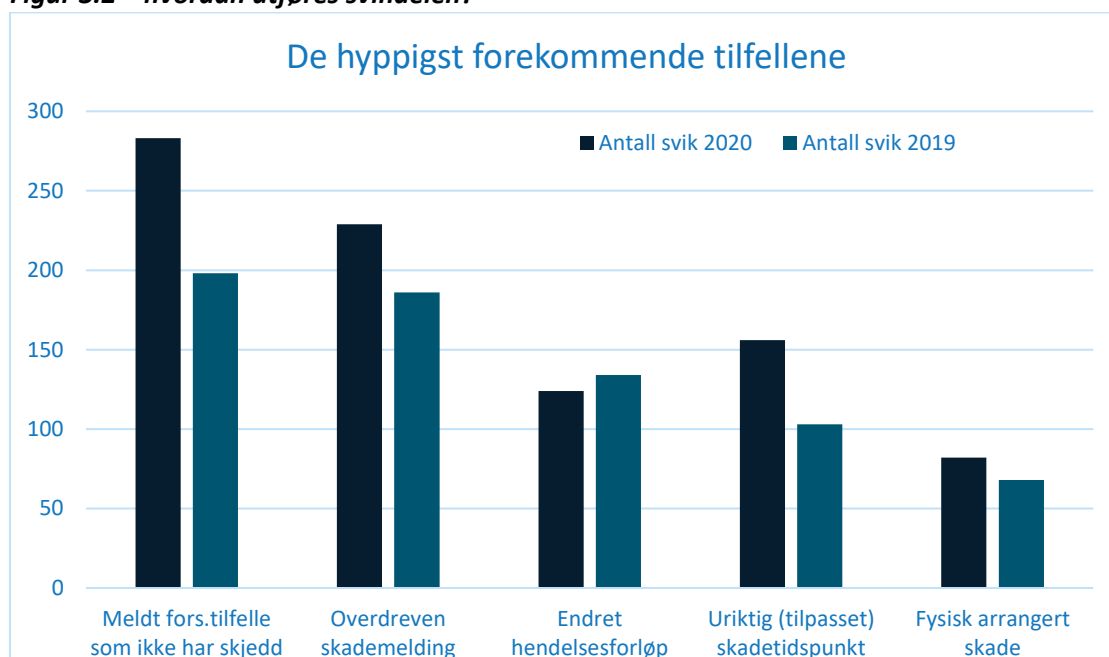
I 2020 var det i alt 1044 saker der det ble avdekket svindel i privatforsikring med til sammen 152,3 millioner kr i avslått beløp. Det er lenge siden at antall saker har økt så mye fra ett år til et annet. I gjennomsnitt ble det svindlet for 146 000 kroner per sak i 2020, mot 133 000 kroner i 2019. Det er stor spredning i beløpene, hvorav det største beløpet i 2020 er på 8,5 millioner kroner og medianbeløpet er på 39 000 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 volum bransjen eller dekningen utgjør. I 2020 kan det også ha en sammenheng med korona-tiltakene som rammet mange arbeidstakere – både med permitteringer og arbeidsløshet.

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

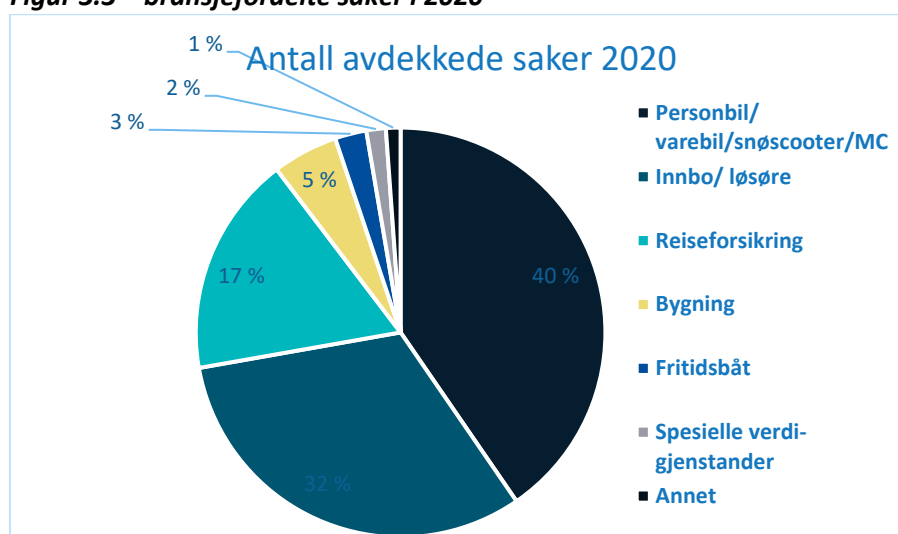
¹ Se definisjon i kapittel 8.

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. I figuren over er det sammenligning av tilsvarende for 2019, og «fiktivt» meldte er den desidert største i 2020 – og betyr relativt mer i 2020 enn i 2019; 32 prosent mot 29 prosent. Endret hendelsesforløp er redusert fra 2019 til 2020. Dette kan ha sammenheng med hvilke forsikringsprodukter som det ble avdekket svindel på i 2020. Se figur 3.3. og tabell 3.1. nedenfor

Figur 3.3 – bransjefordelte saker i 2020



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 dreier seg om

påsatte branner. I 2020 var det et spesielt år med koronatiltak som blant annet begrenset reiser til utlandet. Det er derfor naturlig at andel reisesvindel ble redusert i 2020 i forhold til tidligere år.

Tabell 3.1 - Bransjefordeling avdekkede saker. Prosentandel.

Bransjegruppe	2016	2017	2018	2019	2020
Personbil/varebil	35,0	32,6	36,3	34,5	40,4
Innbo/løsøre	27,7	24,9	28,3	31,1	31,8
Reiseforsikring	28,1	32,3	25,9	25,9	17,4
Bygning	6,0	4,8	3,9	3,7	5,2
Fritidsbåt	1,3	3,5	2,5	2,4	2,5
Spesielle verdigjenstander	1,4	1,6	3,0	2,2	1,5
Annet/ukjent	0,4	0,4	0,1	0,2	1,1

Tabell 3.1 viser til at forsikringsvindel med bil og innbo er de mest utbredte. Av de totalt 1044 sakene i 2020, var det hele 422 saker knyttet til motorkjøretøy, 322 på innbo og 182 (240 i 2019) på reise. Økningen er størst på antall motor-saker; 32 prosent fra 2019 til 2020.

Tabell 3.2 – Skadetype for personbil/varebil. Prosentandel.

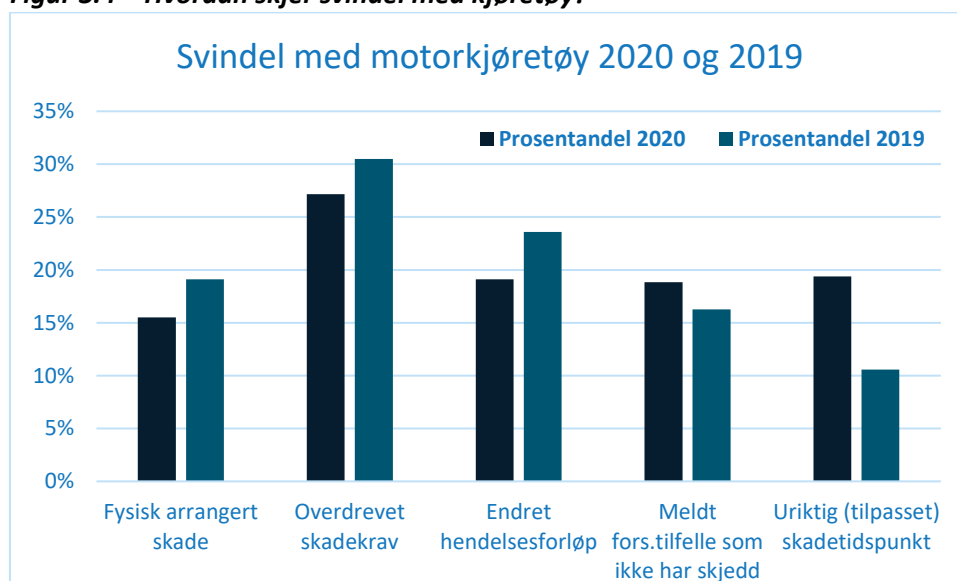
	2016	2017	2018	2019	2020
Tyveri av	22,5	20,6	13,7	13,8	11,6
Materiell skade og kasko (ytre påvirkning, kollisjon)	54,5	57,1	62,9	61,1	65,9
Brann	6,1	3,2	6,8	5,3	3,8
Tyveri fra	7,8	4,0	3,2	5,0	7,1
Dokumentfalsk	0,4	-	1,1	0,6	0,5
Ulykke m/personskade	-	-	-	-	-
Annet	4,5	9,9	8,6	7,8	3,8
Hærverk	1,6	3,2	2,9	4,4	3,3
Redning	-	-	-	-	0,5
Ansvar	2,5	2,0	0,7	1,9	3,6

I 2020 ble det avdekket 422 saker innen motorkjøretøy og med et samlet krav for disse sakene på 51,8 millioner kroner. I snitt ble det svindlet for rundt 123 000 kroner per sak. Medianbeløpet er på 60 000 kroner. Og det største beløpet i 2020 var på nesten 1,7 millioner 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 i 2020 er 155 000 kroner på tyveri av og fra kjøretøy, mens kaskoskadene har et gjennomsnitt på 115 500 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 «utnytting av en allerede oppstått skade» i 2020 enn i 2019.

Forsikringsnæringen ser fortsatt at det er en del arrangerte skader. Der er det også de største tilfellene. 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.

	2016	2017	2018	2019	2020
Tyveri/innbrudd	45,1	35,4	42,9	28,9	35,2
Brann	10,4	8,3	5,0	7,5	3,9
Materiell skade	23,3	30,2	27,4	34,0	42,5
Vannskade	5,2	4,7	3,7	4,7	4,2
Ytre påvirkninger	7,3	10,4	6,8	12,3	6,9
Annet	8,8	9,9	12,3	11,5	5,7
Ran	-	0,5	0,9	0,8	0,6
Hærverk	-	0,5	0,9	0,4	0,9

Forsikringssvindel med innbo/løsøre skjer hyppigst i forbindelse med tyveri/innbrudd og materielle skader. Totalt ble det avdekket 332 saker på innbo og løsøre i 2020, og med et krav på 29,4 millioner kroner. I snitt ble det svindlet for 89 700 kroner per sak. Hovedtyngden av tilfellene er at allerede oppståtte skader blir påplussset.

Tabell 3.4 - Skadetype for reiseforsikring. Prosentandel.

	2016	2017	2018	2019	2020
Tap/tyveri av reisegods	70,9	66,4	65,9	60,4	68,1
Ulykke/sykdom	15,8	21,2	18,2	21,7	14,3
Materiell skade	4,1	4,0	3,3	3,8	7,1
Ran	4,6	3,2	2,3	4,2	2,2
Innbrudd	-	-	-	-	-
Dokumentfalsk	0,5	-	3,3	0,8	0,5
Annet	4,1	5,2	7,0	9,2	7,7

På reiseforsikring var det hyppigst svindel i forbindelse med tyveri/tap av reisegods i 2020. Av i alt 182 tilfeller var 124 i tilknytning til tap/tyveri av reisegods. I tillegg var det 26 saker i forbindelse med ulykke/sykdom. Siden det ble innført reiserestriksjoner til utlandet fra mars 2020, kan dette ha innvirket på muligheten, særlig på svindel med ulykke/sykdom. I gjennomsnitt ble det svindlet for 38 000 kroner per tilfelle på ulykke/sykdom, mens det for tyveri/tap av reisegods var 31 000 kroner per tilfelle.

Til tross for reiserestriksjonene som ble innført, skjedde faktisk 46 saker i utlandet, av totalt 182. Ikke noe land utpekte seg spesielt, men av de 46 sakene var 30 i land utenfor Europa. En del av sakene ble avdekket før restriksjonene ble innført, men langt fra alle.

Halvparten av reisesakene gjelder et fiktivt skadetilfelle i 2020. En tredjedel av sakene er påplussing/juks med en allerede oppstått skade.

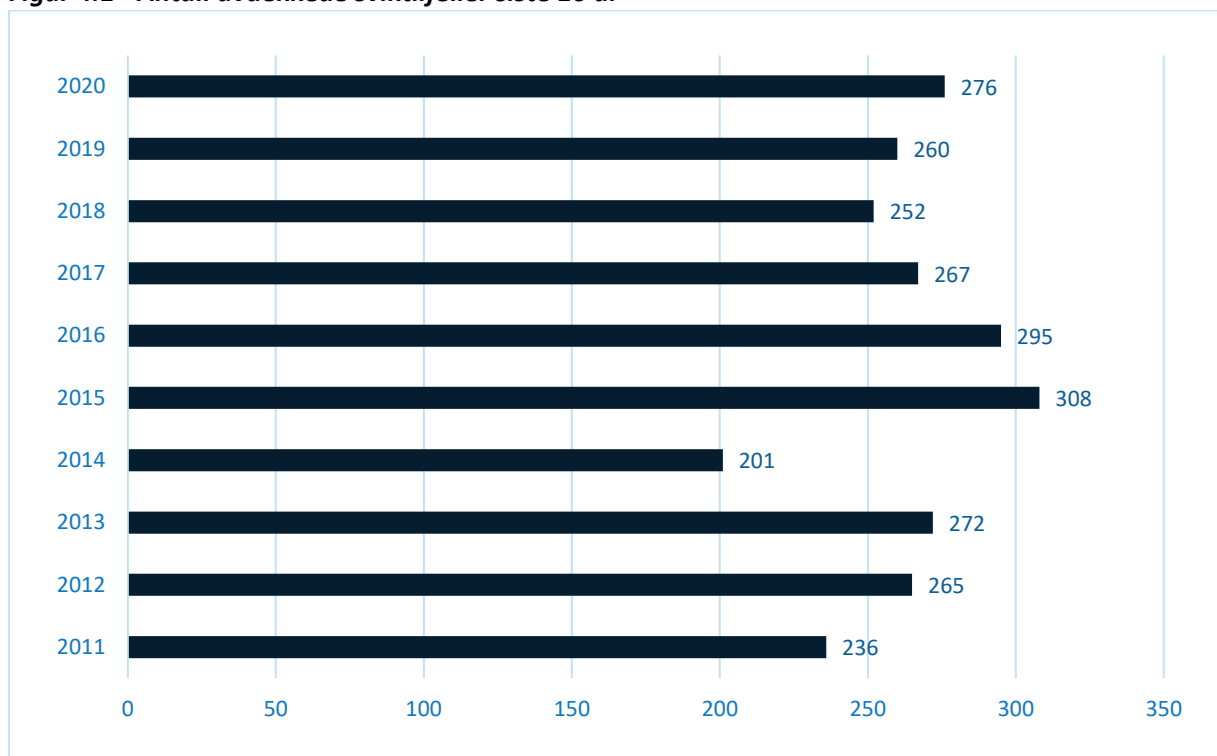
4. Avdekket svindel i syke- og uføreforsikring

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

Selskapene rapporterer syke- og 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



Figur 4.1 viser totalt antall tilfeller i perioden 2011-2020. I 2020 ble det avdekket 276 tilfeller av svindel i syke- og uføreprodukter, mot 260 i 2019. Disse tilfellene omfattet 291 dekninger, ettersom en sak kan omfatte flere dekninger innenfor syke- og uføreprodukter. Til sammenligning omfattet de 260 tilfellene som ble avdekket i 2019 totalt 284 dekninger.

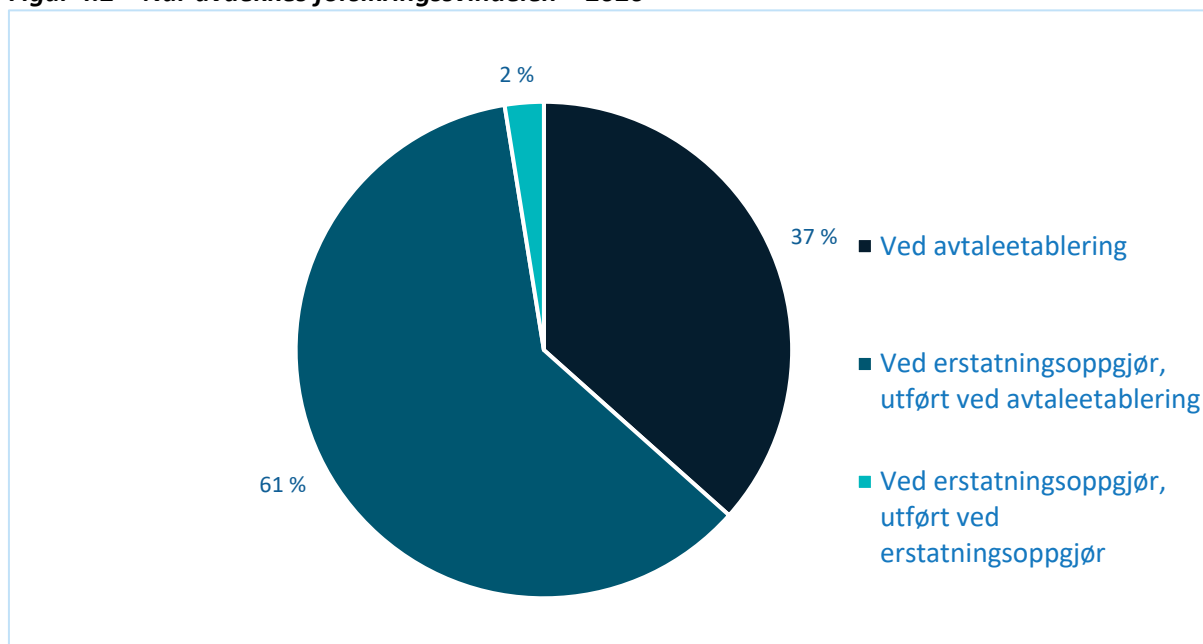
Den totale kroneverdien av saker avdekket i 2020 er 278 millioner kroner. I dette beløpet inngår ikke beløp knyttet til svindel avdekket ved avtaleetablering. Til sammenligning ble det i 2019 avdekket svindel ved erstatningsoppgjør for 249 millioner kroner og i 2018 for 179 millioner kroner. I gjennomsnitt ble det avdekket svindel ved erstatningsoppgjør for 1,59 millioner kroner per tilfelle i 2020 mot 1,68 millioner kroner i 2019.

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

[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.

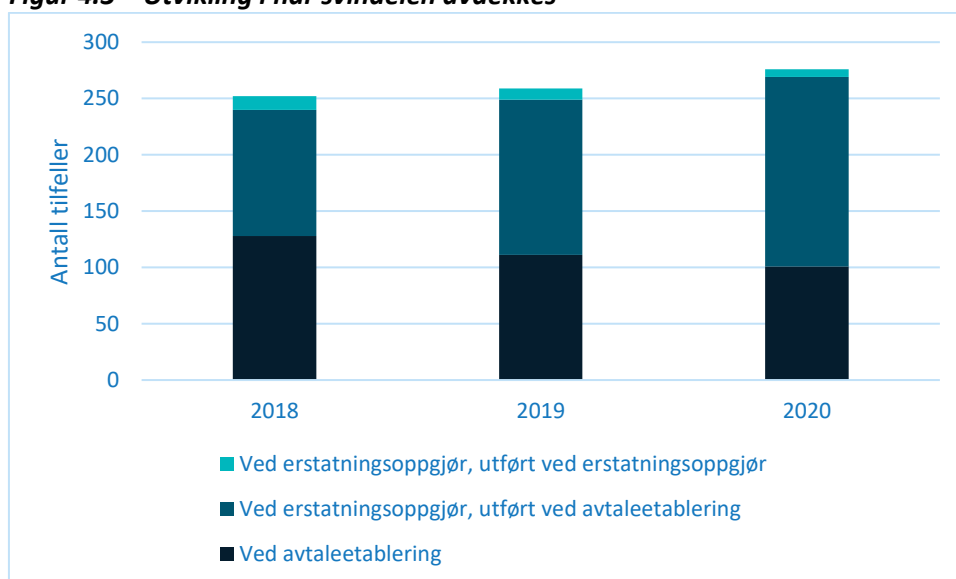
Figur 4.2 – Når avdekkes forsikringssvindelen – 2020



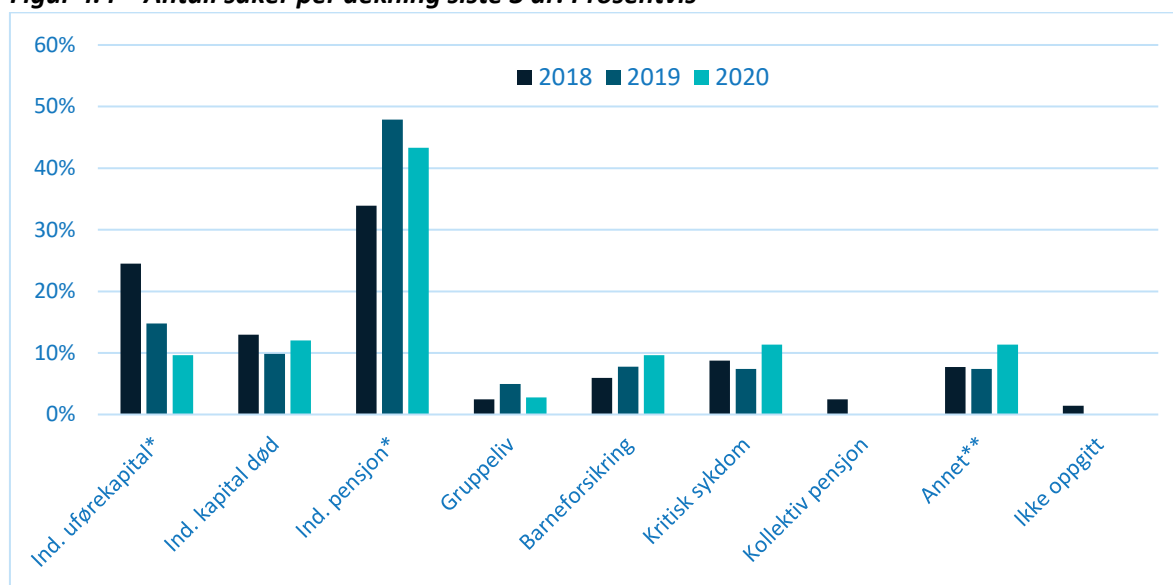
Selskapene har stor oppmerksomhet på å avdekke tilfeller av svindel allerede ved inngåelse av forsikringen. Erfaring tilsier at de som bevisst oppgir feil informasjon ved inngåelse, ofte har en hensikt med dette. Sannsynligheten for at de kommer til å benytte forsikringsdekningen på ett eller annet tidspunkt er høy. Figur 4.2 viser at 37 prosent av avdekkede tilfeller i 2020 var avdekket ved tidspunktet for tegning av forsikring. I 2019 utgjorde slike tilfeller 43 prosent av alle tilfellene. I samme periode har antall tilfeller avdekket ved erstatningstilfellet, men utført ved avtaleetablering, økt fra 53 prosent i 2019 til 61 prosent i 2020.

Totalt ble 98 prosent av svikttilfellene i 2020 utført ved inngåelse av forsikringsavtalen.

Figur 4.3 – Utvikling i når svindelen avdekkes



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

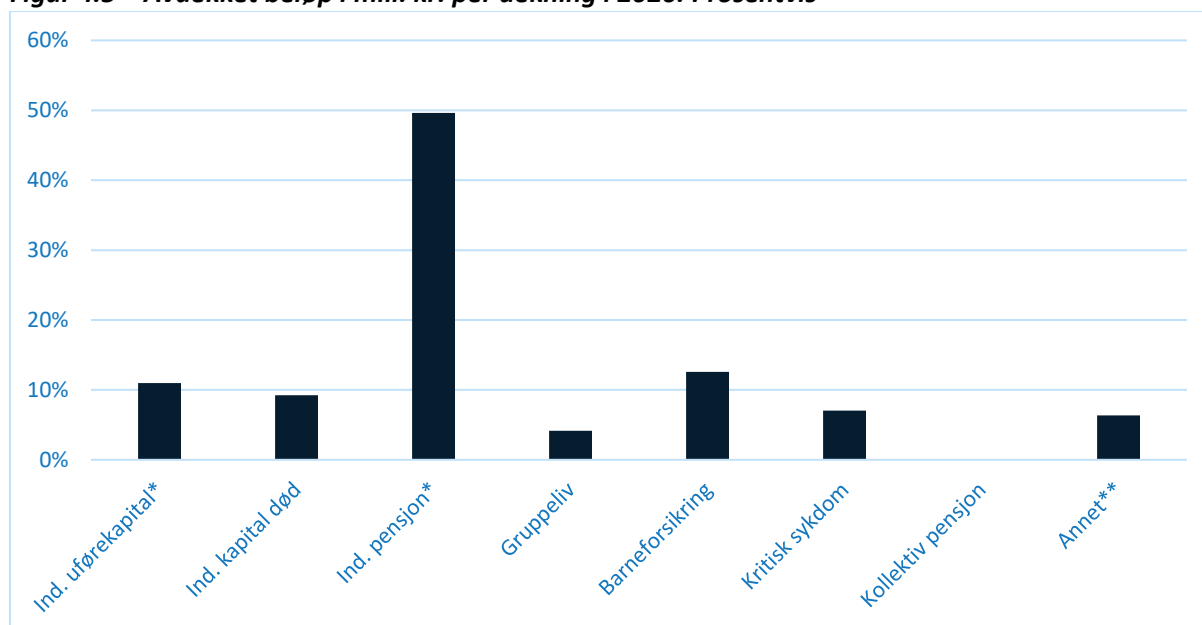


*inkludert premiefritak

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

De siste årene har det vært avdekket flest tilfeller på produktet individuell pensjon. Som det framkommer av figur 4.4, gjelder dette også for 2020. I 2020 representerte denne dekningstypen halvparten av alle svindeltilfeller i syke- og uføreforsikring.

Figur 4.5 – Avdekket beløp i mill. kr. per dekning i 2020. 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 erstatningsoppjøret, da utført enten ved tegning eller under erstatningsoppjøret.

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

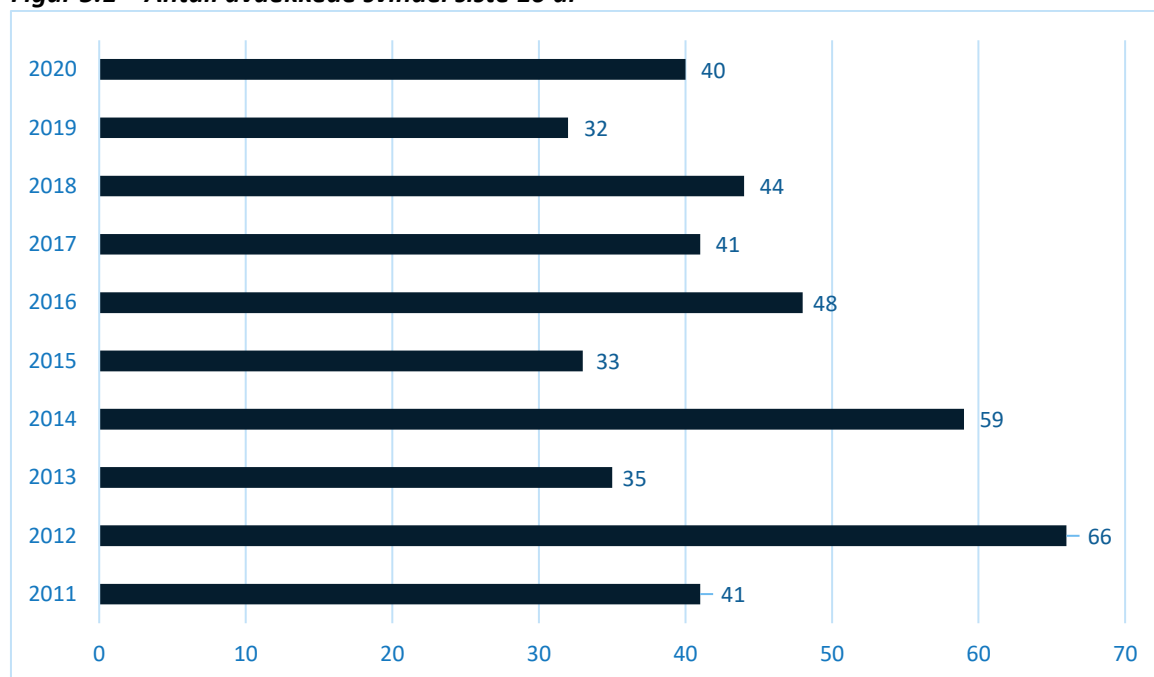
	2018	2019	2020
Ind. uførekapital*	36,63	31,40	30,50
Ind. kapital død	3,94	11,62	25,62
Ind. pensjon*	104,76	140,21	137,81
Gruppeliv	4,53	11,93	11,57
Barneforsikring	14,57	26,82	34,88
Kritisk sykdom	5,45	15,31	19,57
Kollektiv pensjon	1,92	0,00	0,00
Annen personforsikring	2,68	0,00	2,10
Annet	1,95	0,30	0,38
Ulykke	2,61	8,82	14,24
Helseforsikring	0,10	2,88	0,96

*inkludert premiefritak

Individuell pensjon er den dekningstypen der det ble avdekket størst svindel i 2020, både sett i forhold til antall saker og i beløp. Avdekket beløp under erstatningsoppgjøret for denne dekningstypen omfattet 138 millioner kroner og utgjorde om lag 50 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



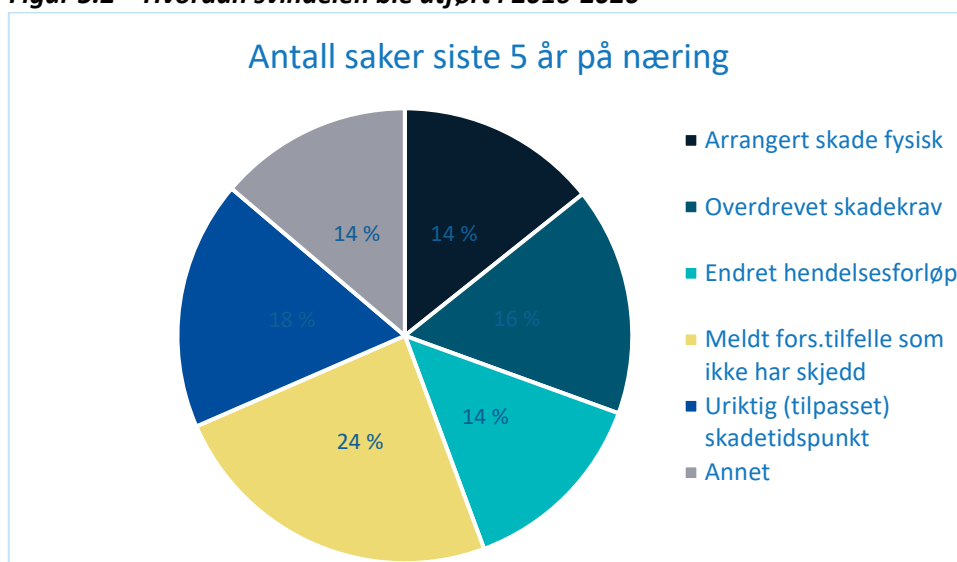
I næringsliv og landbruk ble det i 2020 avslått 40 saker med beløp på 36,6 millioner kroner. I gjennomsnitt ble det svindlet for 914 000 kroner i 2020. Medianen er 176 000 kroner. Det vil si at det er en del store saker, og det største beløpet var på 6,1 millioner kroner i 2020.

Tabell 5.1 - Bransjefordeling avdekkede svindel. Prosentandel.

	2016	2017	2018	2019	2020
Personbil/varebil	27,1	22,0	22,7	25,8	27,5
Næringsvirksomhet	37,5	34,1	38,6	32,3	35,0
Transport	2,1	2,4	4,5	3,2	7,5
Yrkesskade	8,3	7,3	6,8	16,1	7,5
Reiseforsikring	8,3	2,4	13,6	12,9	-
Innbo/løsøre	-	-	2,3	-	2,5
Landbruk	4,2	2,4	-	-	-
Traktor/arbeidsmaskin	8,3	4,9	6,8	-	2,5
Husdyr	2,1	9,8	4,5	9,7	17,5
Annet	2,1	14,6	-	-	-

Av de 40 avdekkede sakene i 2020 er de største sakene på yrkesskade og næringsvirksomhet. De største beløpene gjelder påstått brann og ansvar innen næringsvirksomhet.

Figur 5.2 – Hvordan svindelen ble utført i 2016-2020



Siden det er få nærings saker 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.

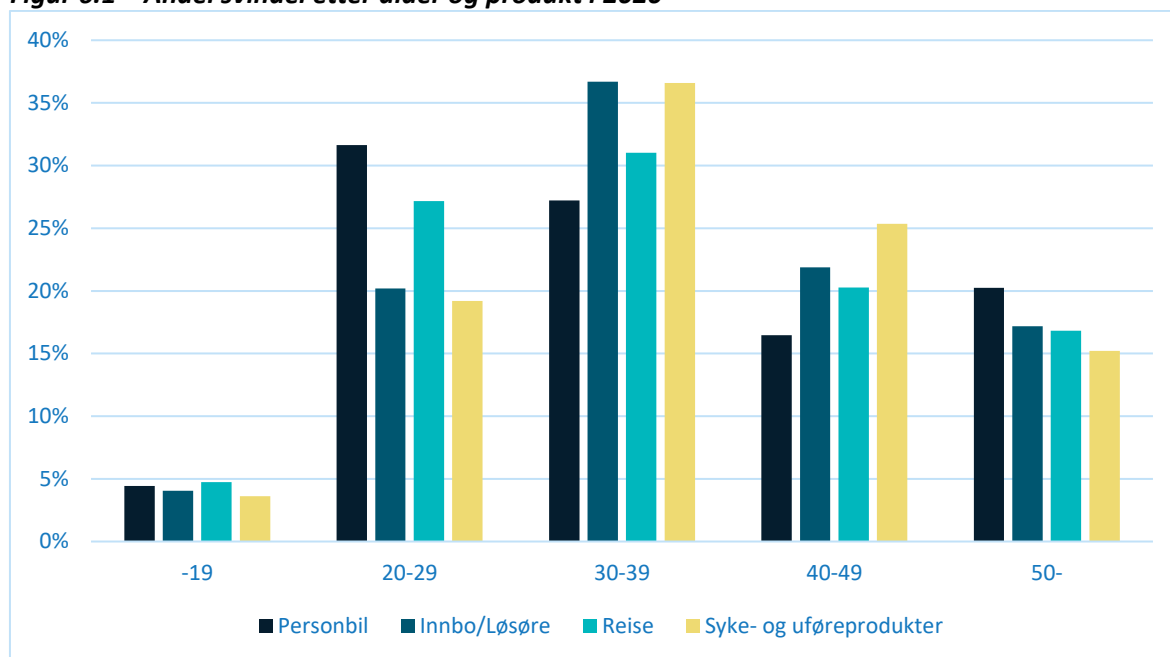
³ Se definisjon i kapittel 8.

6. Hvem begår forsikringsbedragerier?

I Norge 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 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 2020

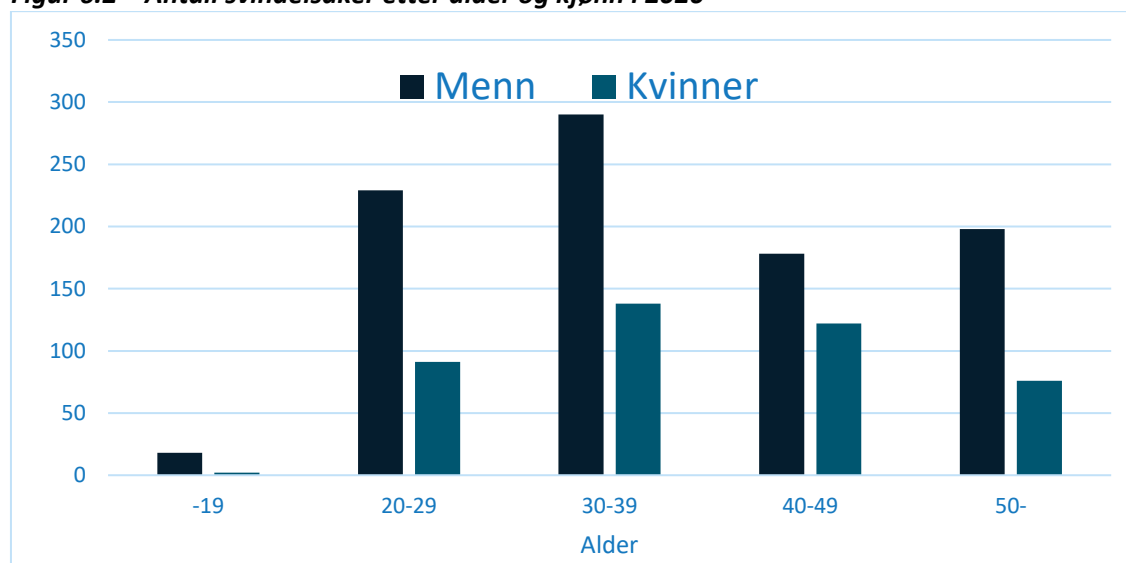


Figur 6.1 viser aldersgruppene hvor det avdekkes mest forsikringssvindel i de ulike produktene. Aldersgruppen 20 til 29 år er de som hovedsakelig utfører svindel på reise og personbil. På syke- og uføreproduktene er det 30 til 39-åringene som står for de fleste tilfellene. Tilsvarende gjelder dette innbo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

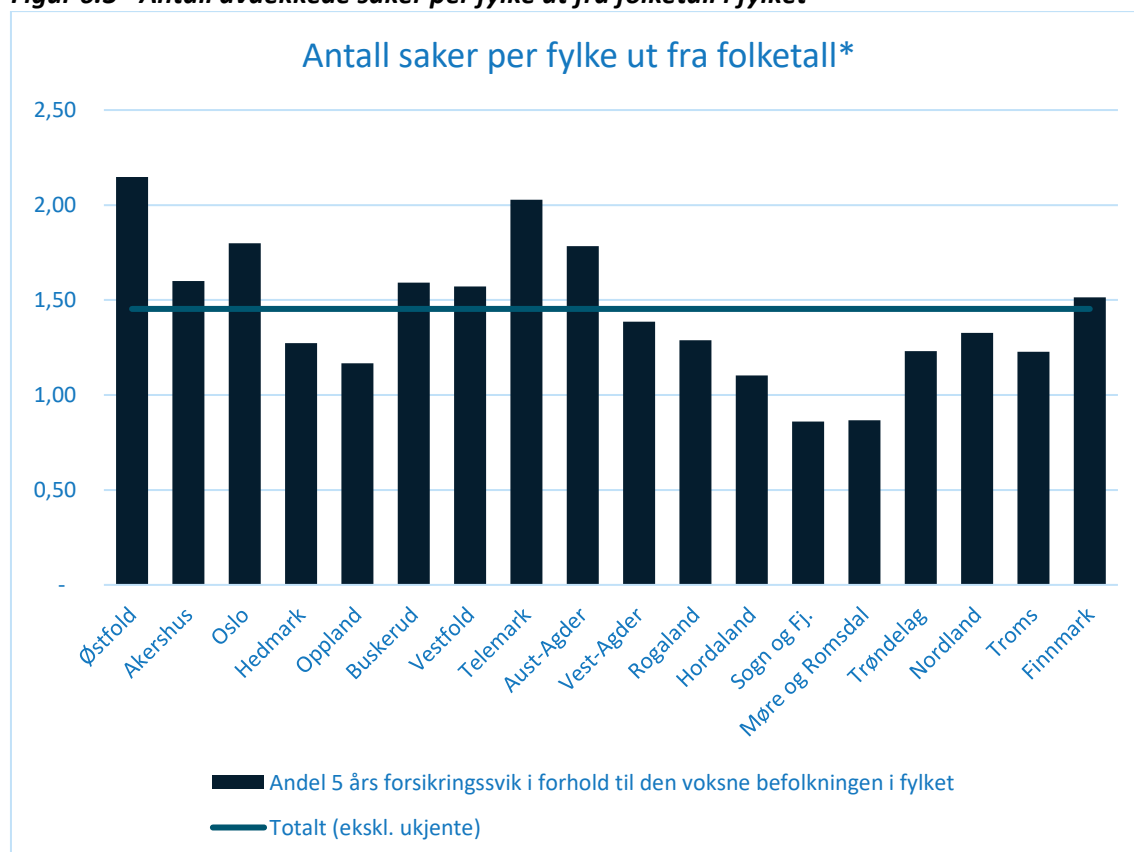
Totalt er kjønnsfordeling 68 prosent menn mot 32 prosent kvinner når det gjelder antall saker i 2020. I syke- og uføreforsikringene er kvinneandelen på 46 prosent. Mens i skadeforsikring er kvinneandelen «bare» på 28 prosent, noe som i stor grad skyldes at motorkjøretøy er det altoverskyggende produktet i 2020. Kvinner er mer representative på innbo og reise, der andelen er nesten 40 prosent.

I figur 6.2 er det alder- og kjønns-fordelt antall saker, hvor en ser at det er overvekt av antall menn, og at både menn og kvinner er mest «aktive» i alderen 30 til 39 år.

Figur 6.2 – Antall svindelsaker etter alder og kjønn i 2020



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, Telemark og Aust-Agder, samt Oslo. I tillegg ligger

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

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 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 forsikringsselskapene legger vekt på.

7. Forsikringsselskapenes 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.

Forsikringsselskapene 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 forsikringsselskapene 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 forsikringsselskapene ser alvorlig på. Dersom man begår forsikringssvindel, kan man miste sin rett til erstatning og blir uønsket som forsikringskunde. I tillegg risikerer man også politianmeldelse. Forsikringssystemet bygger på tillit mellom selskapet og forsikringskundene. Brudd tilliten er alvorlig og blir derfor ofte straffet hard av rettsvesenet. Forsikringsbedragerier har en strafferamme på inntil 6 år, med ubetinget fengsel på relativt lave svindelbeløp.

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 næring å forebygge og bekjempe denne typen kriminalitet. Med hjemmel i Folketryktdloven 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 således 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/>