



Forsikringssvindel i Norge

Svikstatistikk for avdekkede saker i 2023

Innhold

1. Innledning	4
2. Avdekket svindel i 2023 – overordnede tall	5
3. Avdekket svindel i skadeforsikring privat	7
4. Avdekket svindel i syke- og uføreforsikring	12
5. Avdekkede svindel i skadeforsikring næringsliv og landbruk	16
6. Hvem begår forsikringssvindel?	18
7. Forsikringssekskapenes forebyggende arbeid	21
8. Definisjoner	23

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 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 2023. Kapittel 3-5 omhandler forsikringssvindel i 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 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 svindel.

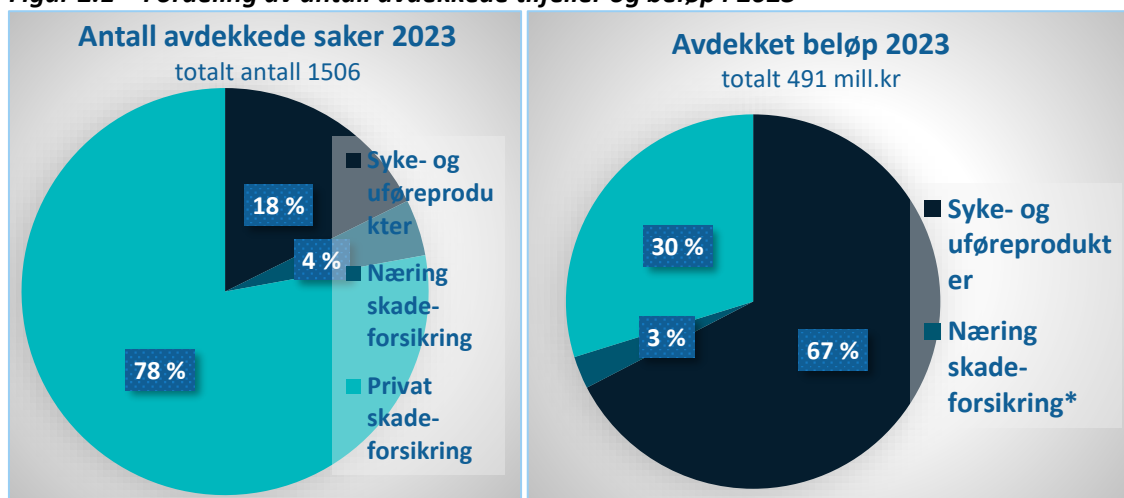
Avslag hjemlet i FAL utgjør omtrent halvparten av selskapenes avslagssaker. Eksempel på øvrige saker hvor selskapene avslår erstatningsutbetaling er hvor kunden har utvist grov uaktsomhet, ved brudd på forsikringsvilkår eller hvor man mistenker hvitvasking. Eksempel på sistnevnte er når kunden ikke kan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

2. Avdekket svindel i 2023 – 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. Dessuten var det stengte grenser som også begrenset utenlendingers adgang til Norge. Under pandemien har forsikringsselskapene hatt ekstra oppmerksomhet med å avdekke og straffeforfølge de som utnyttet situasjonen og forsøkte å svindle forsikringsselskapene. Nå som pandemien ikke påvirker samfunnet lenger, ser vi at en del utviklingstrekk og trender i 2023, kan være mer sammenfallende med 2019. Men selv om korona-restriksjonene borte, kan kanskje andre økonomiske forhold ha gjort seg gjeldende i 2023, slik som høy inflasjon og økende renter. For enkelte grupper kan dårligere økonomi trigge økonomisk utroskap.

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 2023



I 2023 har forsikringsbransjen, med henvisning til FAL, avslått 1 473 saker til sammen, som er en økning på 26 prosent fra 2022. Det totale kravet for de avslåtte sakene var på 491 millioner kroner.

Tabell 2.1 oversikt 2023 og 2022

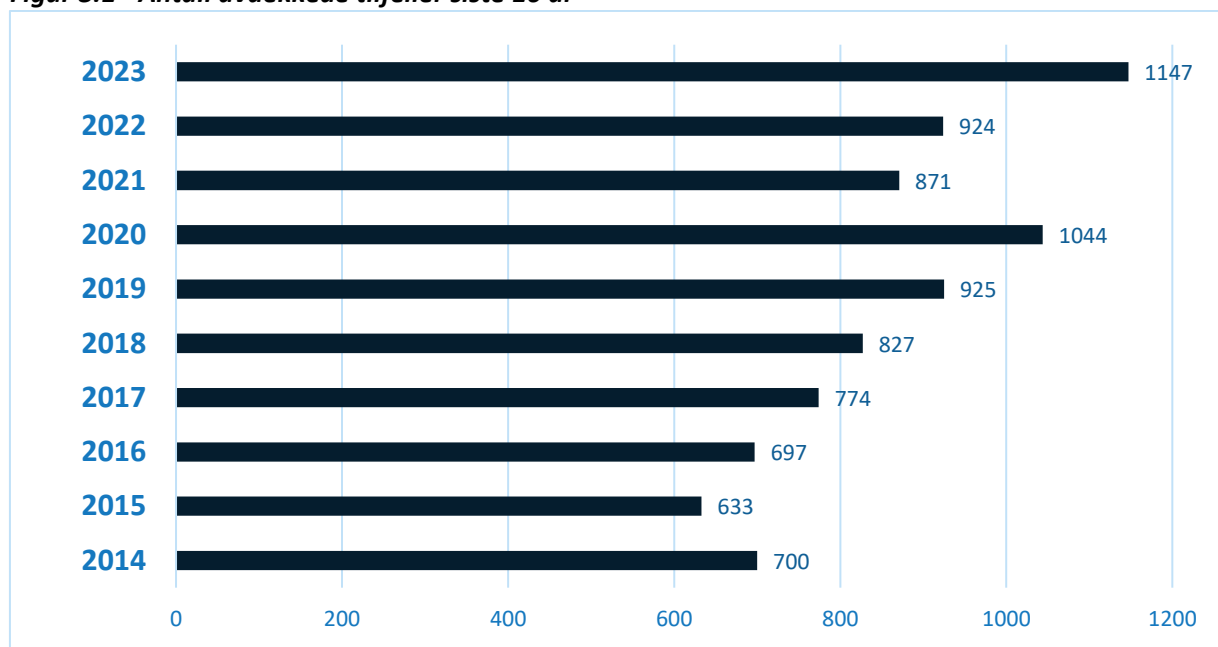
	Antall saker 2023	Antall saker 2022	Avdekket beløp 2023 mill.kr	Avdekket beløp 2022 mill.kr
Skadeforsikring privat	1147	924	146,1	92,8
Skadeforsikring næring	66	45	13,8	28,4*
Syke- og uføreprodukter	260	201	330,6	228,8
Totalt	1473	1170	490,5	343,9

*) Av totalsummen på næring i 2022 var største sak 13,3 mill.kr. I 2023 var det ingen spesielt store enkeltsaker.

I syke- og uføreproduktene er det skille mellom antall saker, der det er avdekket svindel, og antall dekninger. I 2023 var det avdekket 260 saker som i alt omfattet 296 dekninger innenfor syke- og uføreproduktene. 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 2023 ble det avdekket hele 1147 svindelsaker mot 924 saker i 2022 i privatforsikring, med totalt beløp på 146,1 millioner kr i 2023 mot 92,8 millioner kr i 2022.

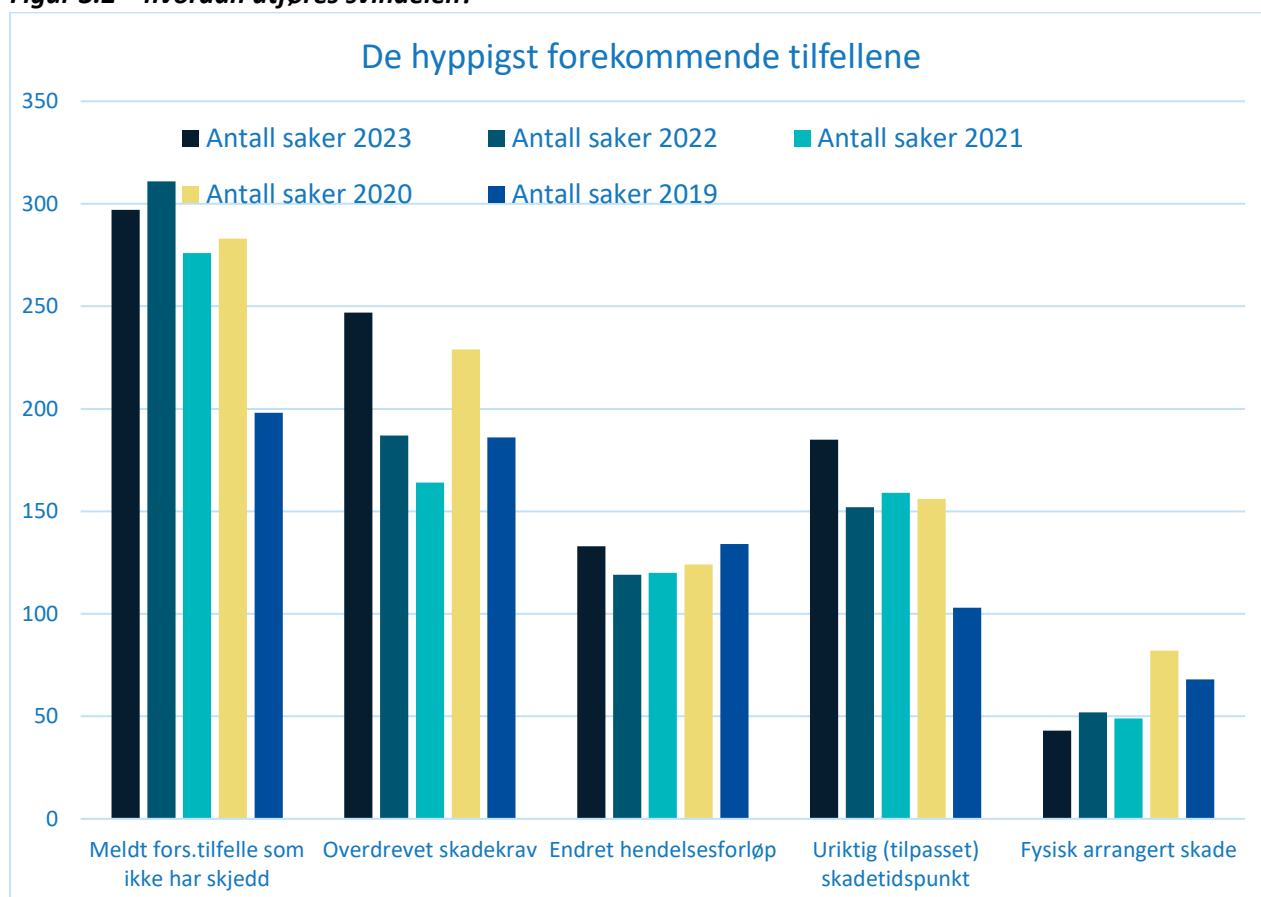
I 2021 var det relativt få saker – 871, men den gang betydde nok koronarestriksjonene en god del. I 2022 var de fleste koronarestriksjonene opphevet, men helt i starten av året var det fortsatt enkelte restriksjoner. I 2020 var det et spesielt år, med store reiserestriksjoner som ble innført i løpet av mars og som medførte mange avbestillingssaker under reiseforsikring, noe som kanskje ga større mulighet for svindel.

I gjennomsnitt ble det svindlet for rundt 127 000 kroner per sak i 2023, mot 100 000 kroner i 2022. Det er stor spredning i beløpene, hvorav det største beløpet i 2023 er på nesten 8 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. I 2020, 2021, og delvis inn i 2022, kan korona-tiltakene som rammet mange arbeidstakere og også mange bedrifter, ha hatt betydning. 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?



I figur 3.2. er det sammenligning fra 2019 hvor det vi kan si at det var et «normalår» 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.

Tabell 3.1 - Bransjefordeling avdekkede saker. Prosentandel.

Bransjegruppe	2019	2020	2021	2022	2023
Personbil/varebil	34,5	40,4	40,3	31,3	31,7
Innbo/løsøre	31,1	31,8	37,3	41,3	39,8
Reiseforsikring	25,9	17,4	12,3	18,9	22,1
Bygning	3,7	5,2	4,8	5,0	3,4
Fritidsbåt	2,4	2,5	1,7	1,7	1,3
Spesielle verdigjenstander	2,2	1,5	2,6	1,3	0,5
Annet/ukjent	0,2	1,1	0,9	0,9	1,0

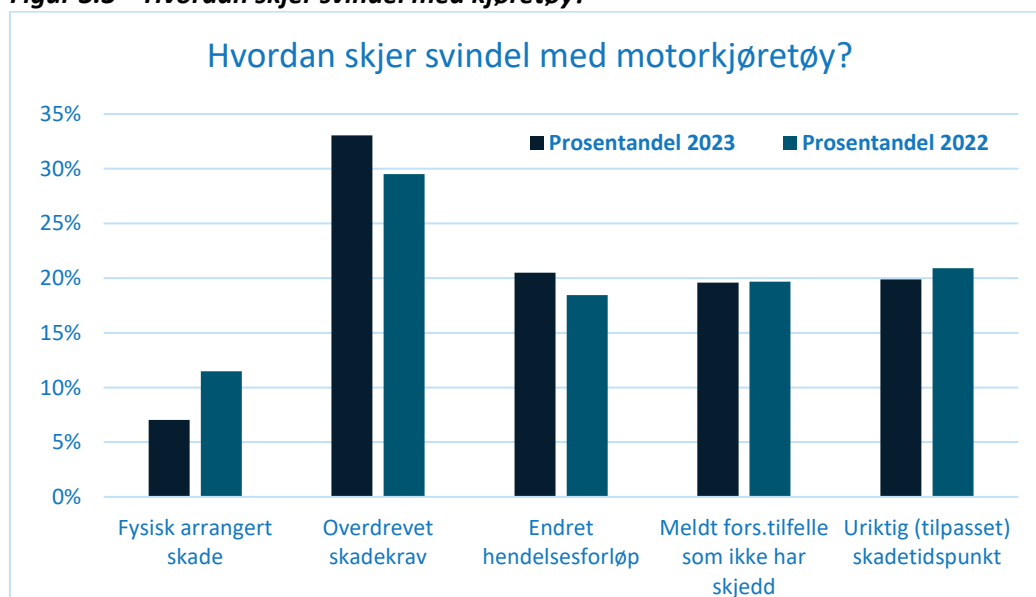
Tabell 3.1 viser at forsikringsvindel med bil og innbo er de mest utbredte. Av de totalt 1 147 sakene i 2023, var det 350 saker knyttet til motorkjøretøy, 457 på innbo og 254 på reise. Fra 2022 til 2023 var det merkbart flere saker på reise enn i 2021. I 2021 var spesielt få reisesaker siden reistrestriksjonene var omfattende den gang. I 2023 var det stor økning av forsikringsvindel med innbo; fra 382 saker i 2022 til 457 saker i 2023.

Tabell 3.2 – Skadetype for personbil/varebil. Prosentandel.

	2019	2020	2021	2022	2023
Tyveri av og fra	18,8	18,7	11,4	11,5	12,0
Materiell skade og kasko (ytre påvirkning, kollisjon)	61,1	65,9	73,1	77,9	73,9
Brann	5,3	3,8	4,7	1,4	4,2
Dokumentfalsk	0,6	0,5	0,3	0,3	1,7
Ulykke m/personskade	-	-	-	-	-
Annet	7,8	3,8	6,1	5,5	4,8
Hærverk	4,4	3,3	2,6	1,7	3,1
Redning	-	0,5	0,3	0,7	0,0
Ansvar	1,9	3,6	1,5	1,0	0,3

I 2023 ble det avdekket 350 saker (289 i 2022) med motorkjøretøy og med et samlet krav for disse sakene på 54,4 millioner kroner. I snitt ble det svindlet for 155 500 kroner per sak. Medianbeløpet er 57 000 kr og det største beløpet i 2023 var på nesten 7 millioner kroner. De fleste sakene gjelder kasko og materielle skader, med 74 prosent, og hvor gjennomsnittsbetøpet er på 140 000 kr. Tyveri av og fra kjøretøy utgjør en andel på 12 prosent av alle sakene, og har et gjennomsnittsbetøpet på nesten 143 000 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 endret hendelsesforløp. Figuren viser også at det er noe mer overdrevne skadekrav i 2023 enn i 2022.

Forsikringsnæringen ser fortsatt at det er en del arrangerte skader, men over tid har andelen avtatt; i 2018 var andelen på 23 prosent mot 7 prosent i 2023.

Tabell 3.3 – Skadetype for innbo/løsøre. Prosentandel.

	2019	2020	2021	2022	2023
Tyveri/innbrudd	28,9	35,2	34,2	29,8	30,2
Brann	7,5	3,9	4,6	2,6	2,6
Materiell skade	34,0	42,5	35,7	37,2	38,6
Vannskade	4,7	4,2	4,0	2,4	2,4
Ytre påvirkninger	12,3	6,9	8,0	13,1	14,0
Annet inkl. dokumentfalsk	11,5	5,7	12,0	13,4	11,2
Ran	0,8	0,6	0,9	1,3	0,9
Hærverk	0,4	0,9	0,6	0,3	0,2

Forsikringssvindel med innbo/løsøre skjer hyppigst i forbindelse med tyveri/innbrudd og materiell skade. Totalt ble det avdekket 457 saker på innbo og løsøre i 2023 (382 i 2022), og med avslått beløp på 31,8 millioner kroner. I snitt ble det svindlet for nesten 70 000 kroner per sak, og den største saken er på 4,4 millioner kroner, og hvor medianbeløpet er på 16 000 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.

	2019	2020	2021	2022	2023
Tap/tyveri av reisegods	60,4	68,1	70,1	61,1	66,1
Ulykke/sykdom	21,7	14,3	15,0	14,9	19,5
Materiell skade	3,8	7,1	5,6	5,1	2,0
Ran	4,2	2,2	3,7	3,4	5,1
Innbrudd	-	-	-	-	-
Dokumentfalsk	0,8	0,5	0,9	5,1	0,4
Annet	9,2	7,7	4,7	10,3	4,3

På reiseforsikring er det hyppigst svindel i forbindelse med tyveri/tap av reisegods. Av i alt 254 saker i 2023 var 168 i tilknytning til tap/tyveri av reisegods. I tillegg var det 47 saker i forbindelse med ulykke/sykdom. I gjennomsnitt ble det svindlet for 38 400 kroner per sak i 2023 og hvor det

er størst gjennomsnittsbetrag på reisegods; største enkeltsak er også på reisegods med litt over 500 000 kr.

Av de 254 reisesakene i 2023 er 46 prosent fiktive skadetilfeller og 22 prosent av sakene er påplussing/juks med en allerede oppstått skade.

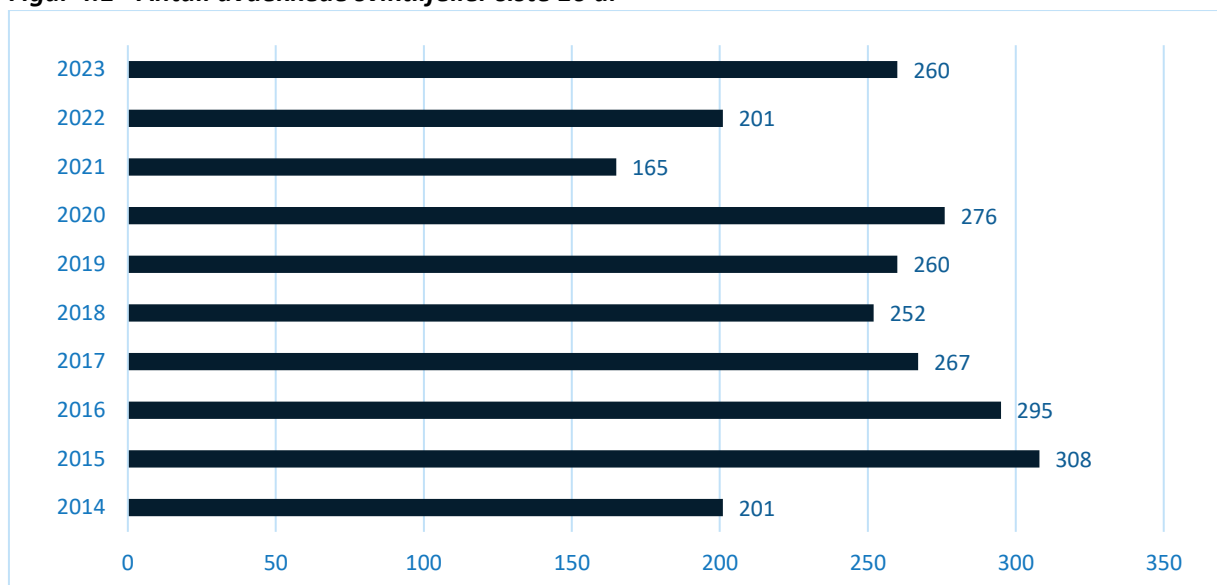
4. Avdekket svindel i syke- og uføreforsikring

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



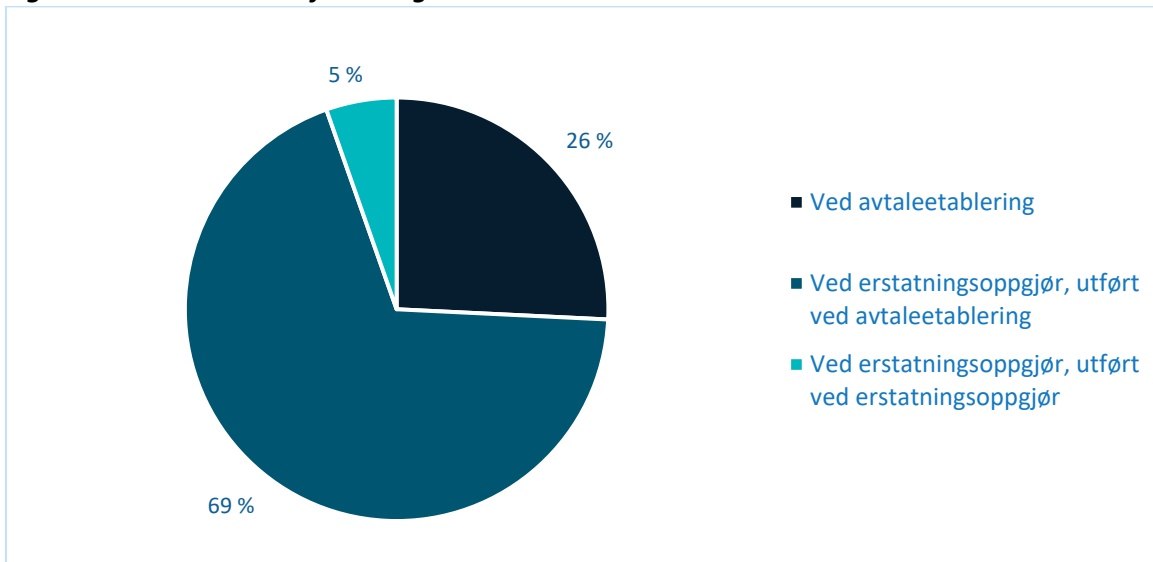
Figur 4.1 viser totalt antall sviksaker i perioden 2014-2023. I 2023 ble det avdekket 260 personer for svindel av syke- og uføreprodukter, mot 201 i 2022 og 165 i 2021. Disse tilfellene omfattet 296 dekninger i 2023, mot 216 i 2021 og 176 i 2021. Dette følger av at en sak kan omfatte flere dekninger innenfor syke- og uføreprodukter.

Den totale kroneverdien av syke- og uføresaker avdekket i 2023 er 331 millioner kroner. I denne summen inngår ikke beløp knyttet til svindel avdekket ved avtaleetablering. Til sammenligning ble det i 2022 avdekket svindel ved erstatningsoppgjørstidspunktet for 223 millioner kroner og i 2021 for 218 millioner kroner. I 2023 utgjorde gjennomsnittlig beløp for svindel avdekket ved erstatningsoppgjør 1,7 millioner kroner, mens det i 2022 var på 1,5 millioner kroner og i 2021 på 1,9 millioner kroner.

Forsikrings selskapene legger ned store ressurser for å forebygge og avdekke forsikrings svindel. [ROFF-registeret](#)², som administreres av Finans Norge Forsikringsdrift, er et viktig verktøy i selskapenes arbeid for å avdekke forsikrings svindel.

² Se definisjon i kapittel 8.

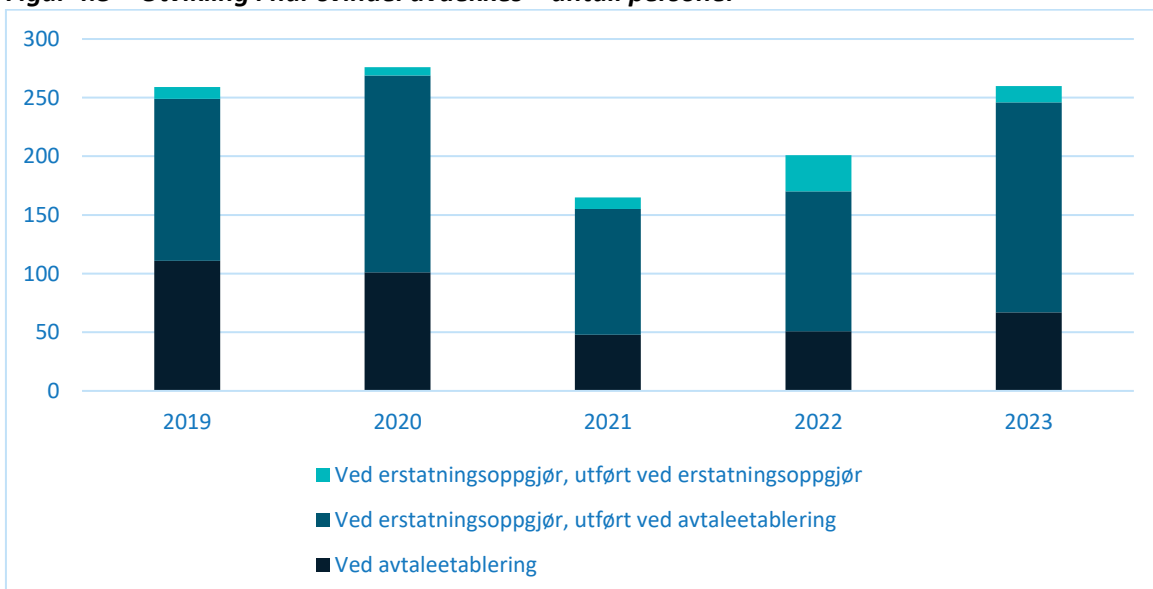
Figur 4.2 – Når avdekkes forsikringsvindelene – 2023



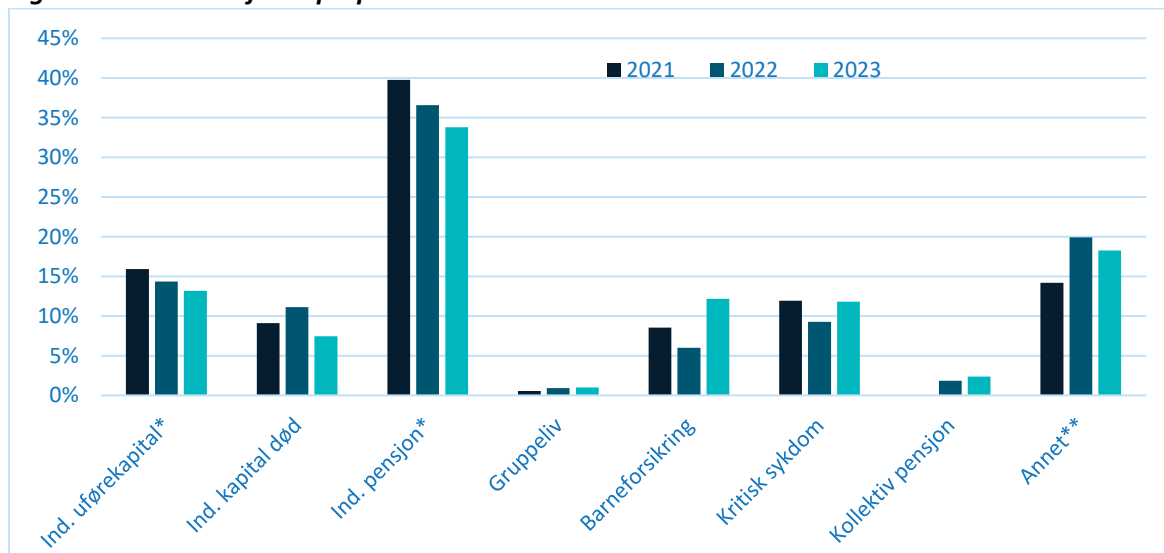
Selskapene har stor oppmerksomhet på å avdekke tilfeller av svindel allerede ved inngåelse av forsikringen. Erfaring tilsier at de som bevisst oppgir feil informasjon ved inngåelse, ofte har en hensikt med dette. Sannsynligheten er stor for at de kommer til å benytte forsikringsdekningen på ett eller annet tidspunkt. Figur 4.2 viser at 26 prosent av svindelsakene som ble avdekket i 2023, ble avdekket ved tidspunktet for tegning av forsikringen. I 2022 utgjorde slike tilfeller 25 prosent av alle tilfellene. I samme periode er antall saker avdekket ved erstatningstilfellet, men utført ved avtaleetablering, økt fra 59 prosent i 2022 til 69 prosent i 2023.

Totalt ble 95 prosent av de avdekkede svindelsakene i 2023 utført i forbindelse med inngåelse av forsikringsavtalen.

Figur 4.3 – Utvikling i når svindel avdekkes – antall personer



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

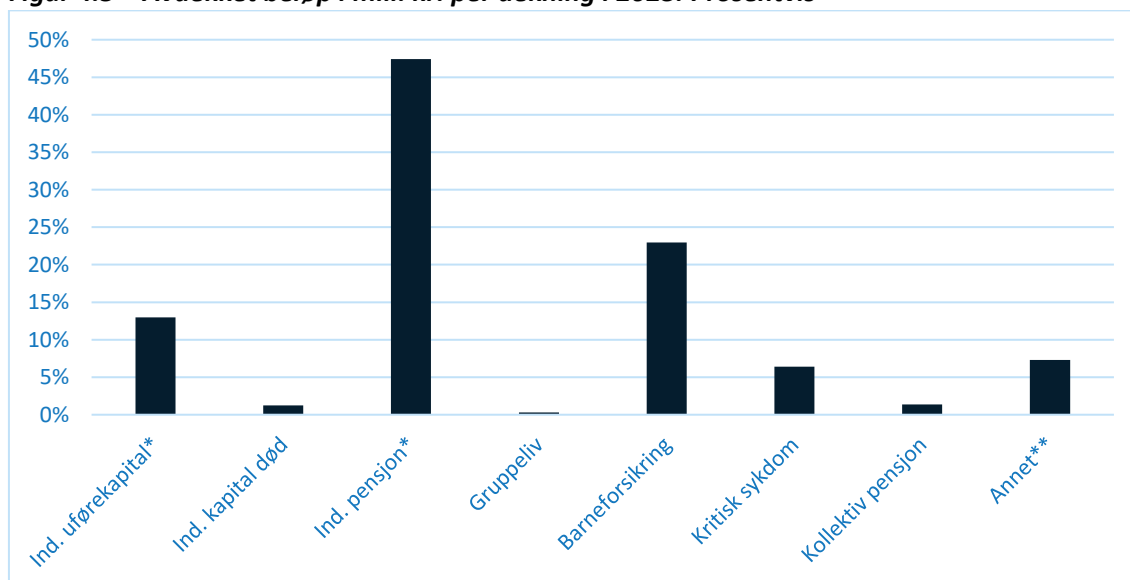


*inkludert premiefritak

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

De senere årene har det vært avdekket flest svindeltilfeller på individuell pensjon. Dette gjelder også for 2023, jf. figur 4.4 over. I 2023 representerte denne dekningstypen 34 prosent av alle svindeltilfeller i syke- og uføreforsikring, mot 37 prosent i 2022 og 40 prosent i 2021.

Figur 4.5 – Avdekket beløp i mill. kr. per dekning i 2023. 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 erstatningsoppjøret og utført enten ved tegning eller under erstatningsoppjøret.

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

	2021	2022	2023
Individuell uførekapital*	23,50	20,38	42,85
Individuell kapital død	14,77	14,63	4,08
Individuell pensjon*	100,04	134,87	156,81
Gruppeliv	0,25	1,52	1,00
Barneforsikring	35,55	5,68	75,91
Kritisk sykdom	33,97	6,64	21,19
Kollektiv pensjon		6,64	4,57
Annen personforsikring (kollektiv)	4,30	1,37	0,49
Annet	3,21		1,20
Ulykke	1,18	0,12	9,46
Helseforsikring	1,10	5,37	2,39
Annen ulykke/sykdom, herunder yrkesskade (kollektiv)		25,52	10,62

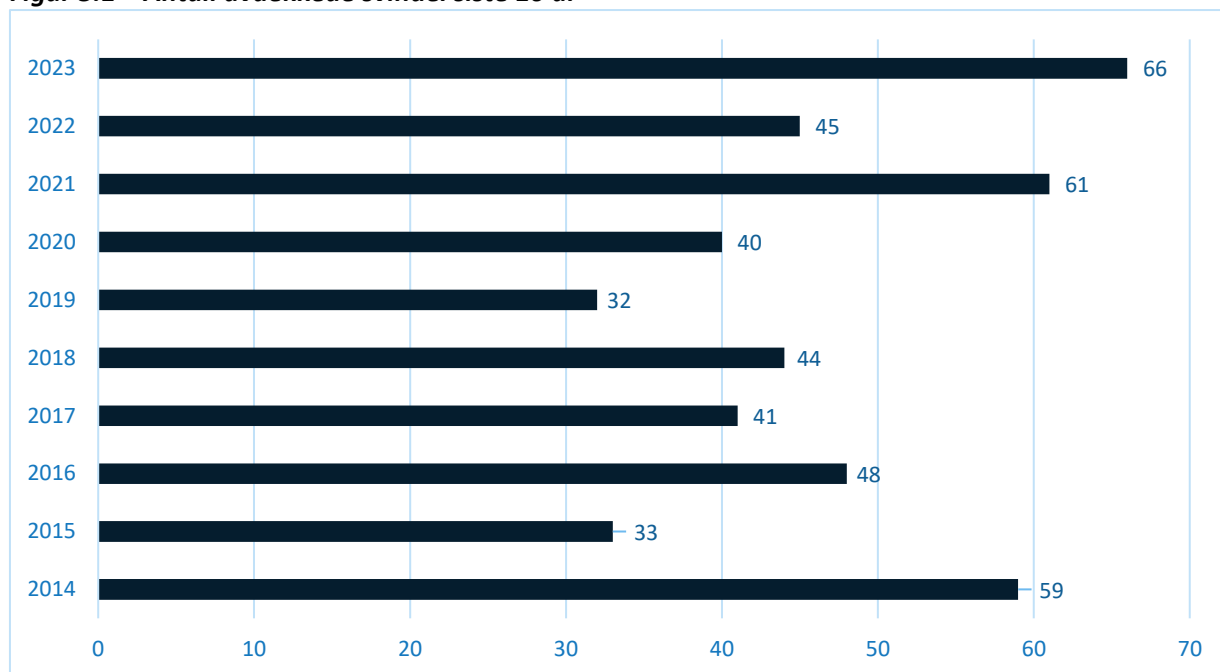
*inkludert premiefritak

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

Individuell pensjon er den dekningstypen der det ble avdekket størst omfang av svindel i 2023, både sett i forhold til antall saker og i kronebeløp. Avdekket beløp i forbindelse med erstatningsoppgjøret for denne type dekning omfattet 154 millioner kroner, som tilsvarer 47 prosent av totalt avdekket svindelbeløp for syke- og uføredeknninger. 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



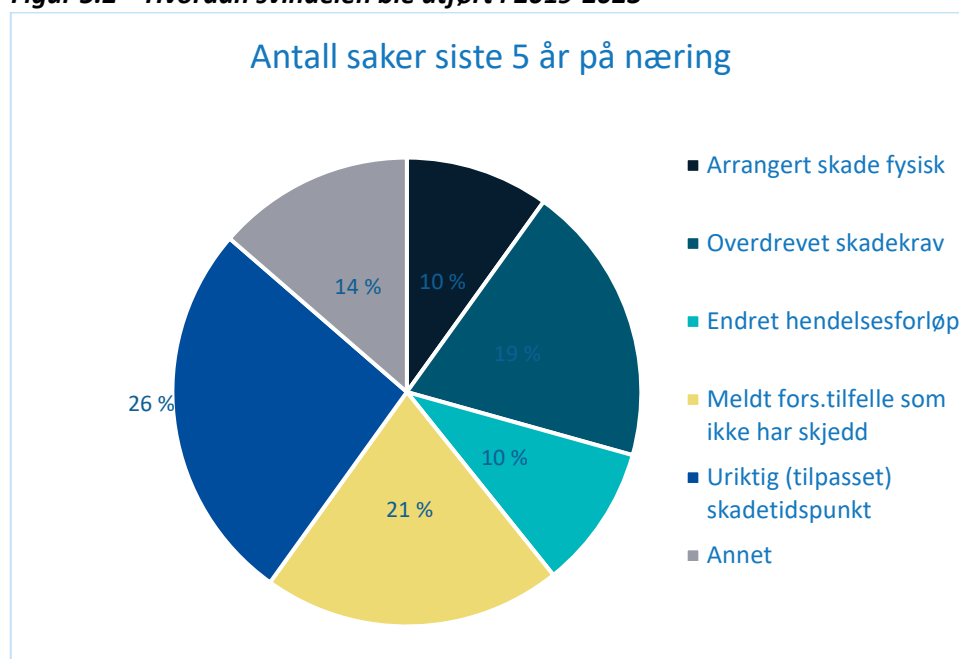
I næringsliv og landbruk ble det i 2023 avslått 66 saker med beløp på til sammen 13,8 millioner kroner, hvorav det største beløp «bare» var på 2,3 millioner kroner. I gjennomsnitt ble det svindlet for 209 000 kroner i 2023. Medianen er 55 000 kroner. Det vil si at det er en del større saker, men også mange små.

Tabell 5.1 - Bransjefordeling avdekkede svindel. Prosentandel.

	2019	2020	2021	2022	2023
Personbil/varebil	25,8	27,5	24,6	40,0	36,4
Næringsvirksomhet	32,3	35,0	42,6	33,3	25,8
Transport	3,2	7,5			1,5
Yrkesskade	16,1	7,5	3,3	4,4	1,5
Reiseforsikring	12,9	-	1,6	-	-
Innbo/løsøre	-	2,5	1,6	-	-
Landbruk	-	-	-	-	4,5
Traktor/arbeidsmaskin	-	2,5	1,6	8,9	9,1
Husdyr o.a.	9,7	17,5	24,6	11,1	7,6
Annet	-	-	-	-	-

Av de 66 avdekkede sakene i 2023, er de største sakene på næringsvirksomhet, mens det er flest saker på person-/varebil.

Figur 5.2 – Hvordan svindelen ble utført i 2019-2023



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. De fleste avdekkede svindlene er i forbindelse at det er uriktig (tilpasset) skadetidspunkt, men både overdrevne skadekrav og å melde «fiktive» skadekrav er en vanlig måte.

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

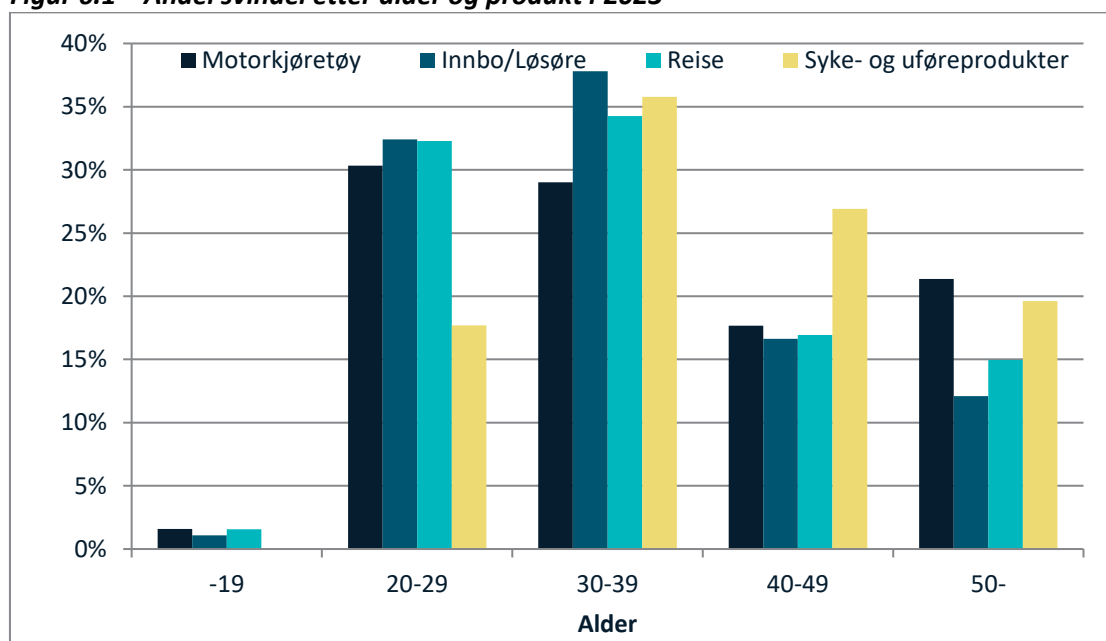
³ Se definisjon i kapittel 8.

6. Hvem begår forsikringsvindel?

I motsetning til mye annen kriminalitet, finnes det ingen standard gjerningsmannprofil innen forsikringsvindel. Forsikringsvindlere 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 forsikringsvindel er ledd i organisert kriminalitet, bidrar forsikringsnæringens utbetalinger til finansiering av ytterligere kriminalitet. Forsikringsvindel 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 2023



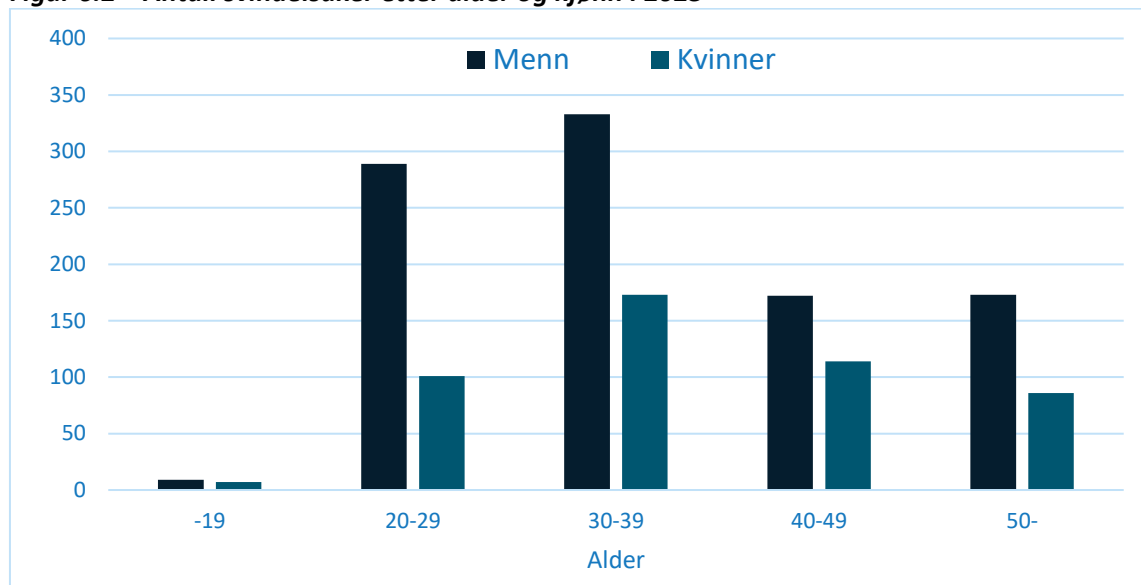
Figur 6.1 viser aldersgruppene hvor det avdekkes mest forsikringsvindel i de ulike produktene. Aldersgruppen 20 til 29 år er de som hovedsakelig utfører svindel på motorkjøretøy (personbil, MC ol). På syke- og uføreproduktene er det 30 til 39-åringene som står for de fleste tilfellene. Samme aldersgruppe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

Totalt er kjønnsfordelingen 67 prosent menn mot 32 prosent kvinner når det gjelder antall saker i 2023. I syke- og uføreforsikringene er kvinneandelen på 46 prosent, mens i skadeforsikring er kvinneandelen «bare» på 30 prosent. Kvinner er mer representative på innbo- og reiseforsikring, der andelen er på henholdsvis 34 og 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 at 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 2023



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



Fylkesinndelingen er slik den var før endringene i 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 og Buskerud også noe over snittet totalt, mens de fylkene med færrest

⁴ SSB er kilde for folketall per fylke, der den delen av befolkningen som er mellom 18 og 79 år er benyttet – og med befolkningstall for fylkesinndelingen som var i 2018.

avdekkede saker relatert til innbyggertallet, er vestlandsfylkene, samt nordover til og med Troms. 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. Det må også tas et visst forbehold om at sammenligning med befolkningsstatistikken fra 2018, kan gi et noe skjevt bilde siden enkelte fylker kan ha hatt større befolkningstilvekst enn andre.

7. Forsikringsselskaperens 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 ellers, at forsikringssvindel er et problem forsikringsselskapene ser alvorlig på. Dersom man begår forsikringssvindel, kan man miste, har 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.

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 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/forsikringsdrift/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/forsikringsdrift/foss/>