



Forsikringssvindel i Norge

Svikstatistikk for avdekkede saker i 2024

Innhold

1. Innledning	4
2. Avdekket svindel i 2024 – 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. Forsikringsselskapenes forebyggende arbeid	20
8. Definisjoner.....	22

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 2024. 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.

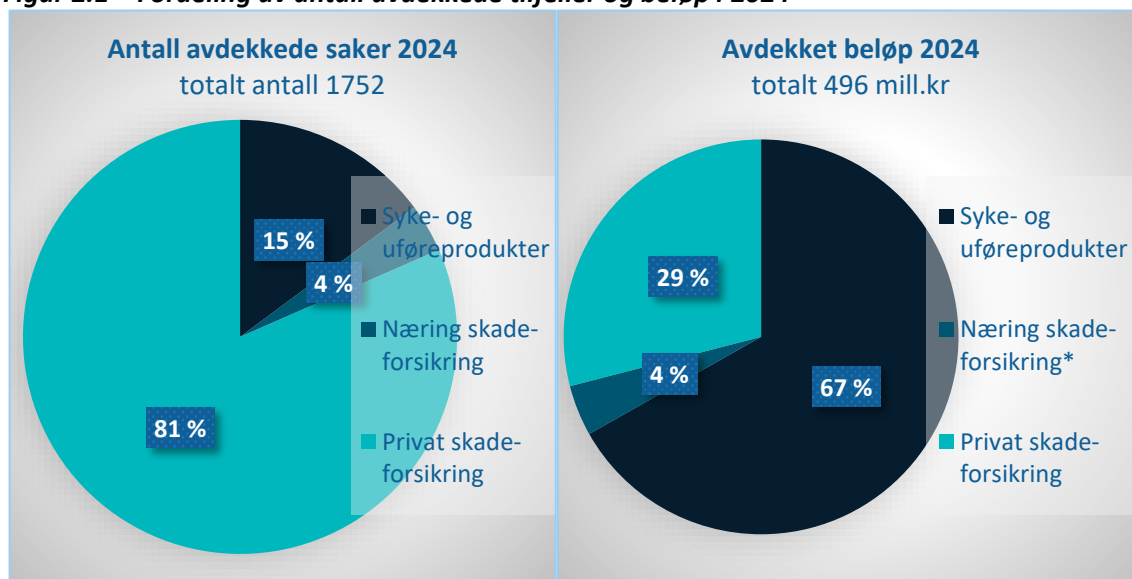
Tallmaterialet i rapporten er hentet fra forsikringsselskaper som er medlem i Finans Norge. Det er bare saker som er avdekket som svik i henhold til forsikringsavtaleloven (FAL) som presenteres i rapporten. «Svik» er den juridiske betegnelsen, men omtales i denne rapporten som svindel.

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 2024 – overordnede tall

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

Figur 2.1 – Fordeling av antall avdekkede tilfeller og beløp i 2024



I 2024 har forsikringsbransjen, med henvisning til FAL, avslått 1 752 saker til sammen, som er en økning på 19 prosent fra 2023. Det totale kravet for de avslåtte sakene var på 496 millioner kroner.

Tabell 2.1 oversikt 2024 og 2023

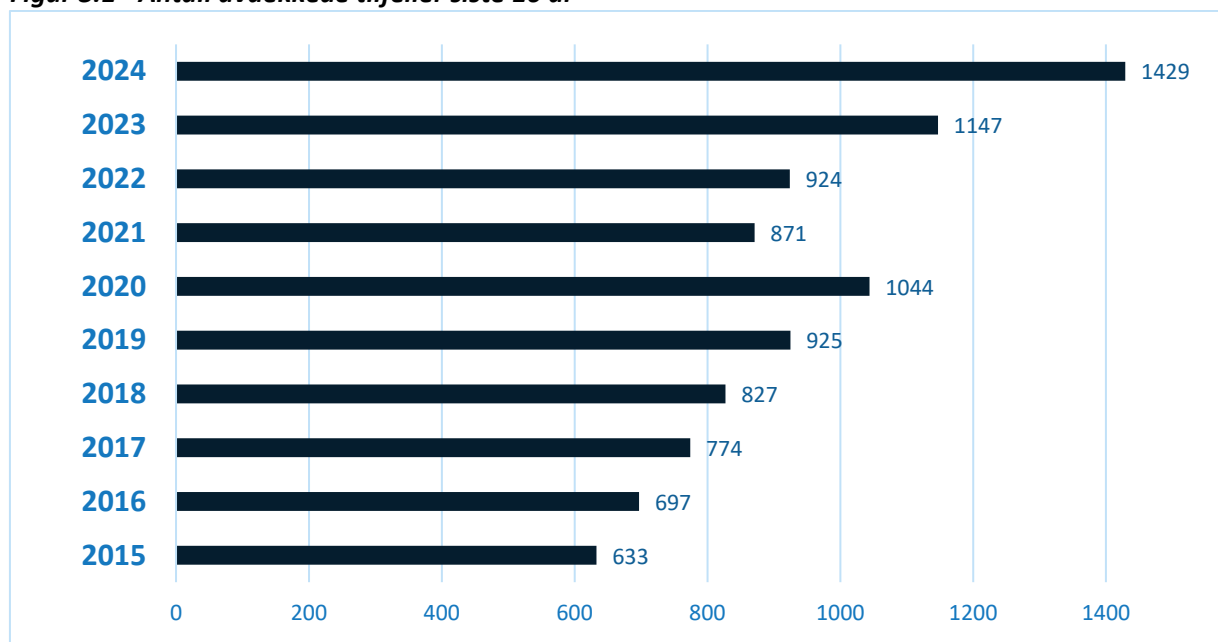
	Antall saker 2024	Antall saker 2023	Avdekket beløp 2024 mill.kr	Avdekket beløp 2023 mill.kr
Skadeforsikring privat	1429	1147	143,9	146,1
Skadeforsikring næring	63	66	20,7	13,8
Syke- og uføreprodukter	260	260	331,3	330,6
Totalt	1752	1473	495,9	490,5

I syke- og uføreproduktene er det skille mellom antall saker, der det er avdekket svindel, og antall dekninger. I 2024 var det avdekket 260 saker som i alt omfattet 293 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.

Husk at det gjennom 2020, 2021 og i starten av 2022, var det koronarestriksjoner i Norge, noe som medførte lavere reiseaktivitet, særlig til utlandet, og nedstengt og redusert virksomhet i næringslivet. Men selv om koronarestriksjonene nå er borte, kan andre økonomiske forhold ha gjort seg gjeldende gjennom 2023 og 2024; slik som høy inflasjon, dårlig valutakurs for norske kroner og økende renter. For enkelte grupper kan dårligere økonomi trigge økonomisk utroskap.

3. Avdekket svindel i skadeforsikring privat

Figur 3.1 - Antall avdekkede tilfeller siste 10 år



I 2024 ble det avdekket hele 1429 svindelsaker, mot 1147 saker i 2023, med totalt beløp på 143,9 millioner kr i 2024 mot 146,1 millioner kr i 2023. Særlig i 2021 var det relativt få saker, 871, men den gang betydde nok koronarestriksjonene en god del. Gjennom 2022 ble de fleste koronarestriksjonene opphevet, selv om det helt i starten av året fortsatt var enkelte restriksjoner. I 2020 var det et spesielt år, med store reiserestriksjoner som ble innført i løpet av mars og som medførte mange avbestillingsaker under reiseforsikring, noe som kanskje ga større mulighet for svindel.

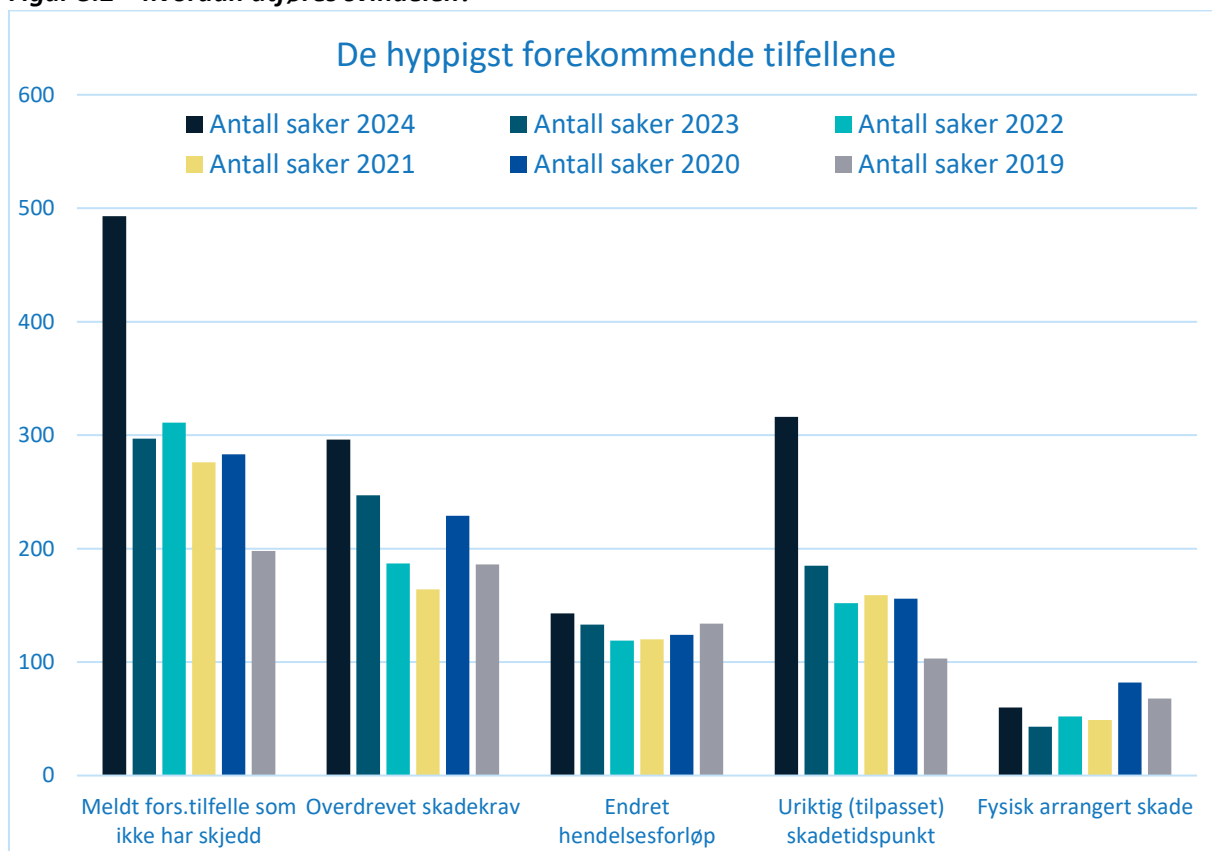
I gjennomsnitt ble det svindlet for rundt 101 000 kroner per sak i 2024, mot 127 000 kroner i 2023. Det er stor spredning i beløpene, hvorav det største beløpet i 2024 er på 5,5 millioner kroner. Medianbeløpet er på 31 000 kroner. Medianbeløpet betyr at det er like mange saker under dette beløpet, som det er over.

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

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 fordelingen fra og med 2019. 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	2020	2021	2022	2023	2024
Personbil/varebil	40,4	40,3	31,3	31,7	32,0
Innbo/løsøre	31,8	37,3	41,3	39,8	38,7
Reiseforsikring	17,4	12,3	18,9	22,1	23,7
Bygning	5,2	4,8	5,0	3,4	3,3
Fritidsbåt	2,5	1,7	1,7	1,3	1,2
Spesielle verdigjenstander	1,5	2,6	1,3	0,5	0,3
Annet/ukjent	1,1	0,9	0,9	1,0	0,8

Tabell 3.1 viser at forsikringssvindelen med motorkjøretøy og innbo er de mest utbredte. Av de totalt 1 429 sakene i 2024, var det 444 saker knyttet til motorkjøretøy, 553 på innbo og 339 på

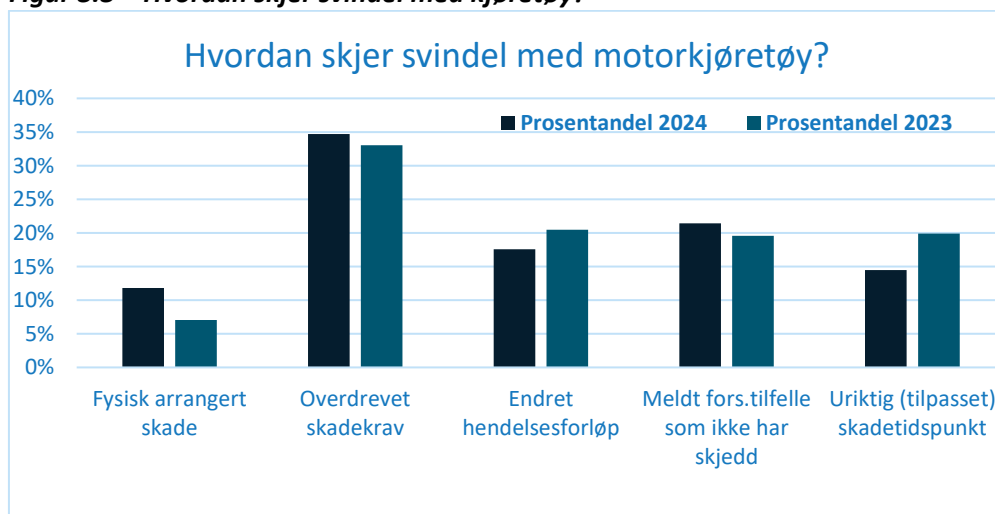
reise. I 2021 var det få saker på reise siden reistrestriksjonene var omfattende den gang. Forsikringssvindel med innboforsikring har økt mye; fra 382 saker i 2022, 457 saker i 2023 og til 553 saker i 2024. Dette kan både ha sammenheng med det enkelte selskaps innsats og prioriteringer, men også med metoden for forsikringssvindel. I de seneste årene har «digital svindel» økt i utbredelse, siden manipulering av digitale kvitteringer og svindel med kopierte kvitteringer.

Tabell 3.2 – Skadetype for personbil/varebil. Prosentandel.

	2020	2021	2022	2023	2024
Tyveri av og fra	18,7	11,4	11,5	12,0	12,8
Materiell skade og kasko (ytre påvirkning, kollisjon)	65,9	73,1	77,9	73,9	71,4
Brann	3,8	4,7	1,4	4,2	1,8
Dokumentfalsk	0,5	0,3	0,3	1,7	0,2
Ulykke m/personskade	-	-	-	-	-
Annet	3,8	6,1	5,5	4,8	5,4
Hærverk	3,3	2,6	1,7	3,1	3,6
Redning	0,5	0,3	0,7	0,0	1,1
Ansvar	3,6	1,5	1,0	0,3	3,8

I 2024 ble det avdekket 444 saker (350 i 2023) med motorkjøretøy og med et samlet krav for disse sakene på 58,9 millioner kroner. I snitt ble det svindlet for 133 000 kroner per sak. Medianbeløpet er 67 000 kr og det største beløpet i 2024 var på 5,5 millioner kroner. De fleste sakene gjelder kasko og materielle skader, med 71 prosent, og hvor gjennomsnittsbeløpet er på 110 000 kr. Tyveri av og fra kjøretøy utgjør en andel på 13 prosent av alle sakene, og har et gjennomsnittsbeløp på nesten 190 000 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 fysisk arrangert i 2024 enn i 2023. For en del år siden var det mer utbredt å arrangere skader, men over tid har andelen avtatt; i 2018 var andelen på 23 prosent, 7 prosent i 2023, mens nå i 2024 har andelen økt noe til 12 prosent.

Tabell 3.3 – Skadetype for innbo/løsøre. Prosentandel.

	2020	2021	2022	2023	2024
Tyveri/innbrudd	35,2	34,2	29,8	30,2	27,6
Brann	3,9	4,6	2,6	2,6	1,6
Materiell skade	42,5	35,7	37,2	38,6	37,6
Vannskade	4,2	4,0	2,4	2,4	3,2
Ytre påvirkninger	6,9	8,0	13,1	14,0	17,7
Annet inkl. dokumentfalsk	5,7	12,0	13,4	11,2	11,2
Ran	0,6	0,9	1,3	0,9	1,1
Hærverk	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 553 saker på innbo og løsøre i 2024 (457 i 2023), og med avslått beløp i 2024 er på 32,7 millioner kroner. I snitt ble det svindlet for nesten 59 000 kroner per sak, og den største saken er på 5 millioner kroner, og hvor medianbeløpet er på 15 200 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.

	2020	2021	2022	2023	2024
Tap/tyveri av reisegods	68,1	70,1	61,1	66,1	65,5
Ulykke/sykdom	14,3	15,0	14,9	19,5	10,9
Materiell skade	7,1	5,6	5,1	2,0	5,6
Ran	2,2	3,7	3,4	5,1	7,1
Innbrudd	-	-	-	-	-
Dokumentfalsk	0,5	0,9	5,1	0,4	0,3
Annet	7,7	4,7	10,3	4,3	10,6

På reiseforsikring er det hyppigst svindel i forbindelse med tyveri/tap av reisegods. Av i alt 339 saker i 2024, var 222 i tilknytning til tap/tyveri av reisegods. I tillegg var det 37 saker i forbindelse med ulykke/sykdom. I gjennomsnitt ble det svindlet for 41 000 kroner per sak i 2024, og største enkeltsak er ulykke/sykdom med 900 000 kr.

Av de 339 reisesakene i 2024 er 43 prosent fiktive skadetilfeller og 20 prosent av sakene er uriktig eller tilpasset skadetidspunkt, og 18 prosent har plusset på med en allerede oppstått skade.

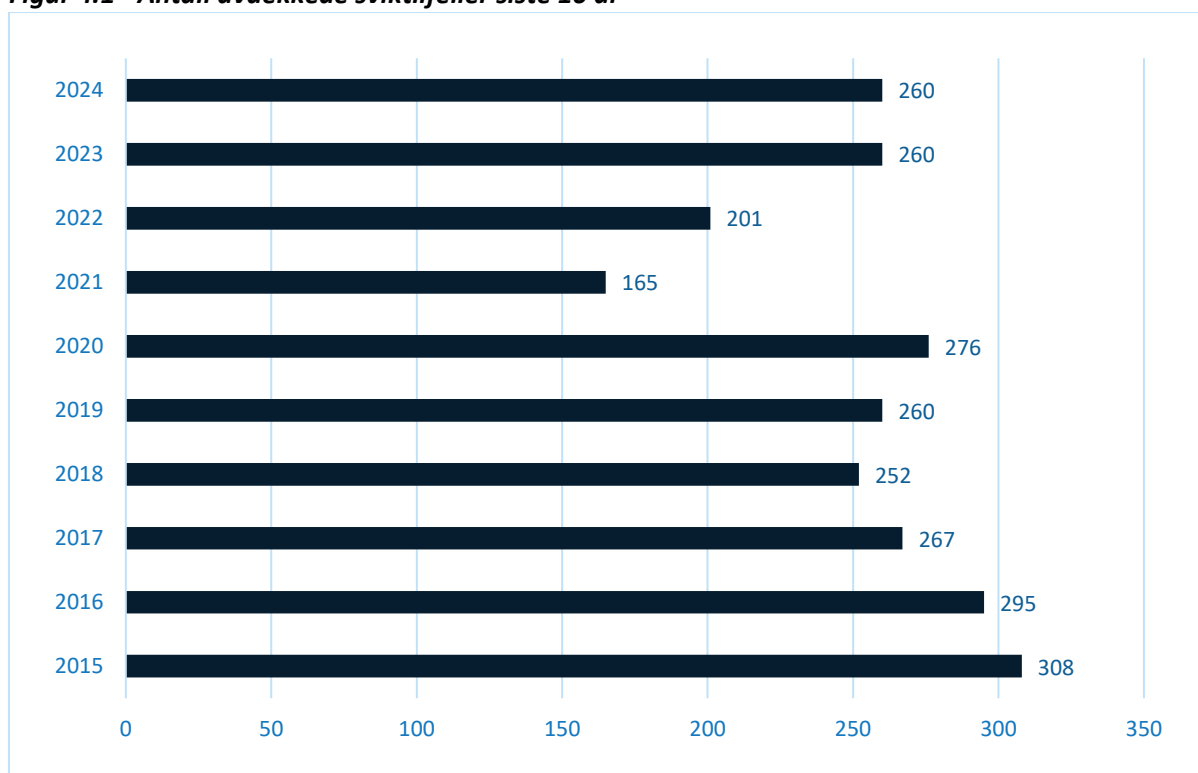
4. Avdekket svindel i syke- og uføreforsikring

Denne delen av rapporten omhandler syke- og uføreforsikringer, jf. FAL § 10-1.

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

Beløp for tilfeller av svik avdekket ved avtaleetablering inngår ikke i oppgitte svikbeløp.

Figur 4.1 - Antall avdekkede sviktilfeller siste 10 år



Figur 4.1 viser totalt antall sviksaker i perioden 2015-2024. I 2024 ble det avdekket 260 personer for svindel av syke- og uføreprodukter, mot 260 i 2023 og 201 i 2022. Disse tilfellene omfattet 293 deknninger i 2024, mot 296 i 2023 og 216 i 2022. Dette følger av at en sak kan omfatte flere deknninger innenfor syke- og uføreprodukter.

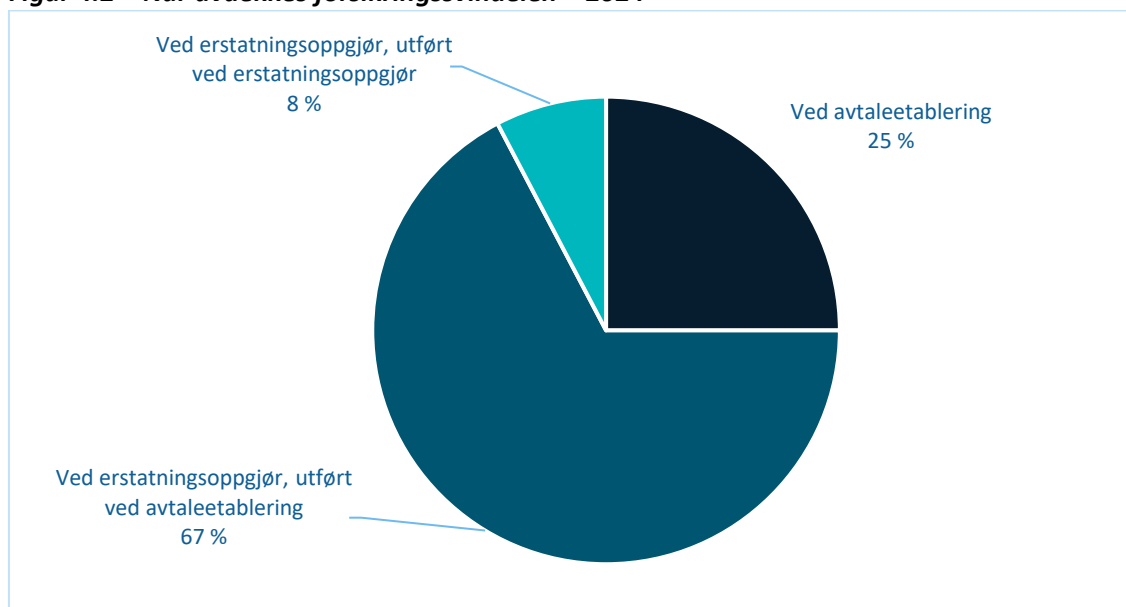
Den totale kroneverdien av syke- og uføresaker avdekket i 2024 er 331 millioner kroner. I denne summen inngår ikke beløp knyttet til svindel avdekket ved avtaleetablering. Til sammenligning ble det i 2023 avdekket svindel ved erstatningsoppgjørstidspunktet for 331 millioner kroner og i 2022 for 223 millioner kroner.

I 2024 utgjorde gjennomsnittlig beløp for svindel avdekket ved erstatningsoppgjør 1,7 millioner kroner, mens det i 2023 var på 1,7 millioner kroner og i 2022 på 1,5 millioner kroner.

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

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

Figur 4.2 – Når avdekkes forsikringssvindelen – 2024



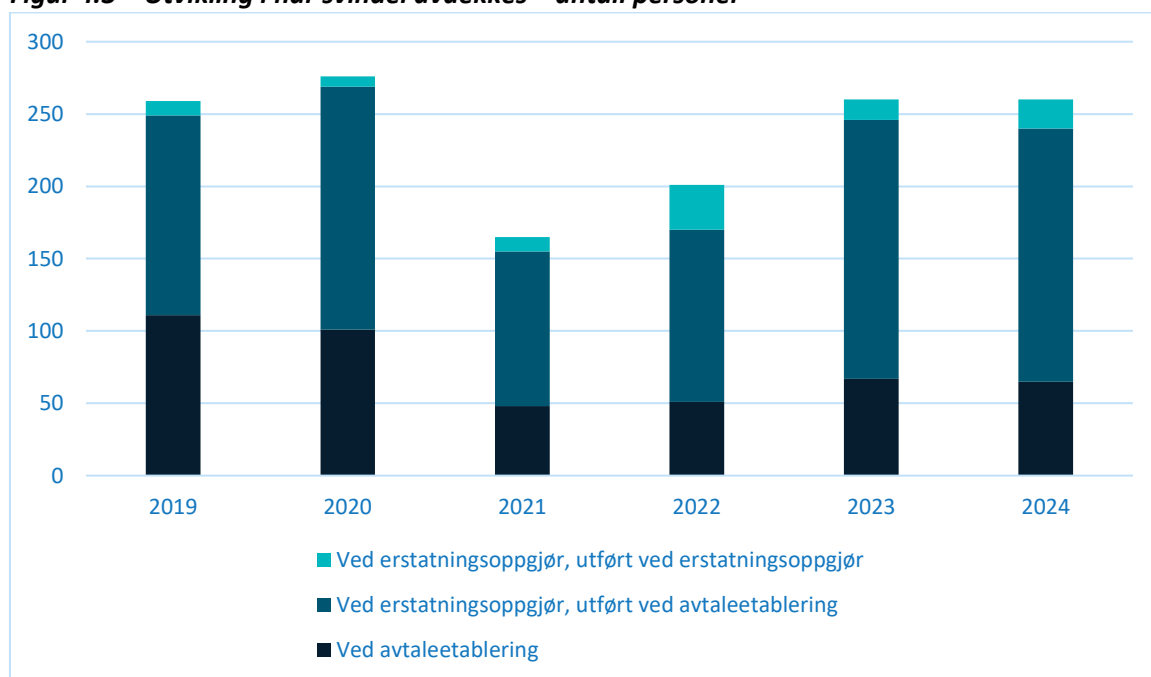
Selskapene har stor oppmerksomhet på å avdekke tilfeller av svindel allerede ved inngåelse av forsikringen. Erfaring tilsier at de som bevisst oppgir feil informasjon ved inngåelse, ofte har en hensikt med dette. Sannsynligheten er stor for at de kommer til å benytte forsikringsdekningen på ett eller annet tidspunkt.

Figur 4.2 viser at 25 prosent av svindelsakene som ble avdekket i 2024, ble avdekket ved tidspunktet for tegning av forsikringen. Dette er omtrentlig samme nivå som i 2022 og 2023. Til sammenligning var denne andelen 60 % i 2015. I denne 10 årsperioden har antall saker avdekket ved erstatningstilfellet, men utført ved avtaleetablering, økt fra 36 prosent til 67 prosent i 2024.

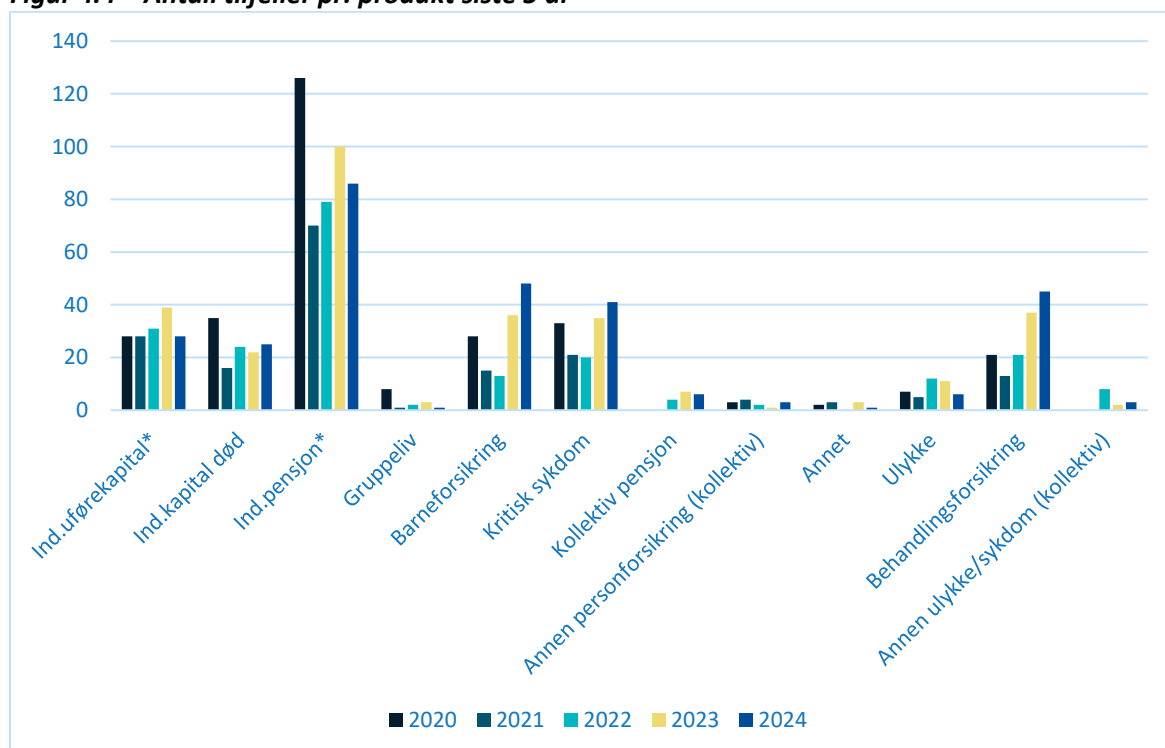
Totalt ble 92 prosent av de avdekkede svindelsakene i 2024 utført i forbindelse med inngåelse av forsikringsavtalen.

² Se definisjon i kapittel 8.

Figur 4.3 – Utvikling i når svindel avdekkes – antall personer



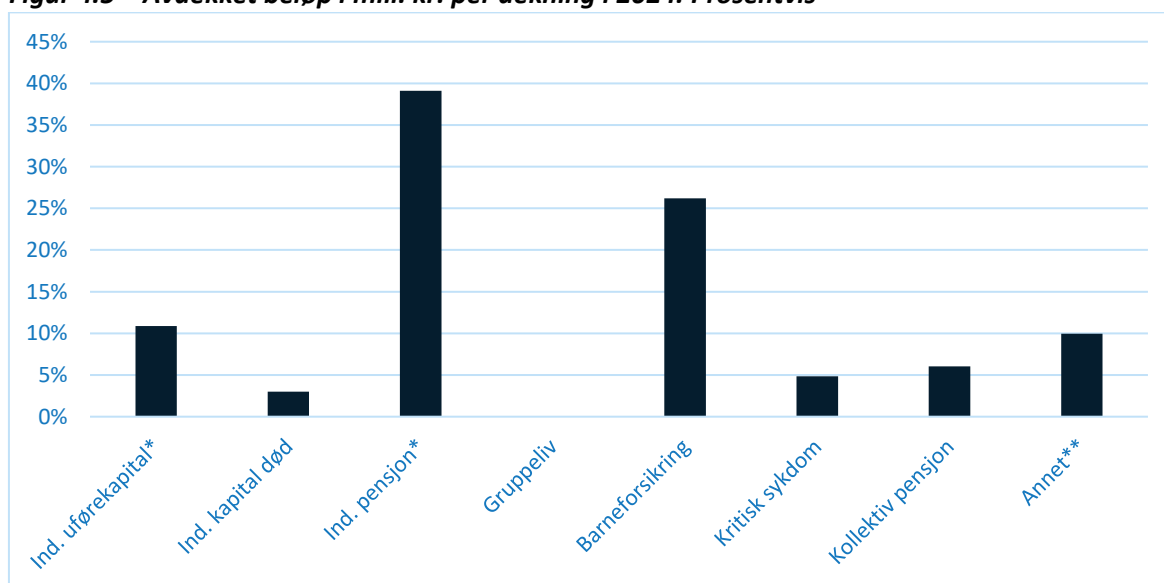
Figur 4.4 – Antall tilfeller pr. produkt siste 5 år



*inkludert premiefritak

De senere årene har det vært avdekket flest svindeltilfeller knyttet til individuell pensjon. Dette gjelder også for 2024, jf. figur 4.4. I 2024 representerte denne dekningstypen 29 prosent av alle svindeltilfeller i syke- og uføreforsikring, mot 34 prosent i 2023 og 37 prosent i 2022.

Figur 4.5 – Avdekket beløp i mill. kr. per dekning i 2024. Prosentvis



*inkludert premiefritak

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

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

Omfanget av avdekket svindel i hver bransje kan variere fra år til år, både i antall og i beløp. Det kan være flere årsaker til disse variasjonene, men en av faktorene som spiller inn er at selskapene kan ha spesiell oppmerksomhet på enkelte områder.

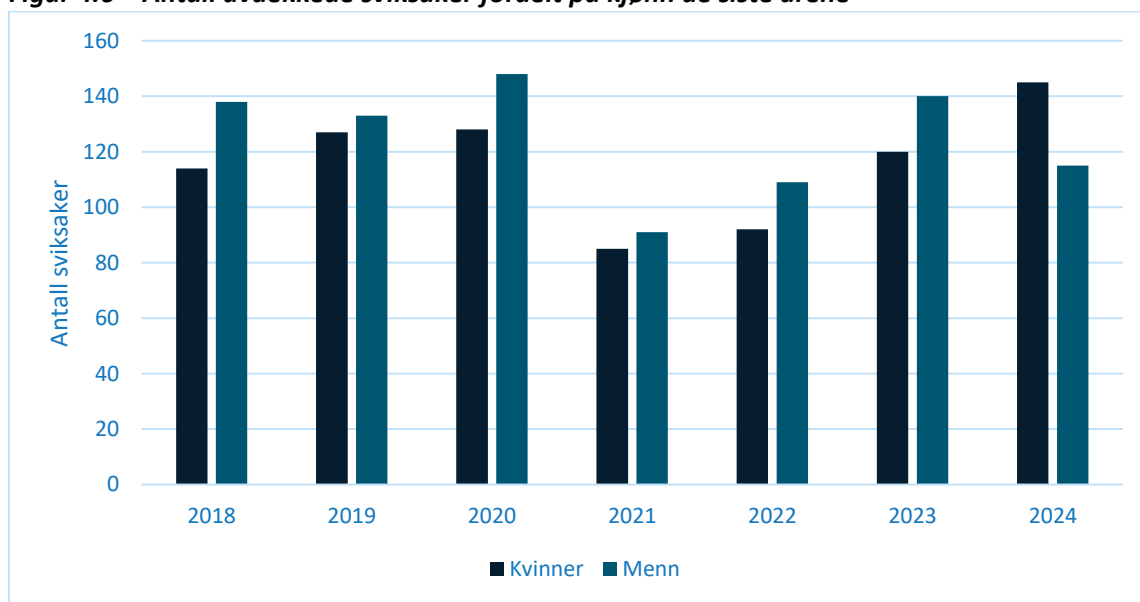
Tabell 4.1 – Avdekket beløp i mill. kr. per dekning siste tre år

	2022	2023	2024
Individuell uførekapital*	20,38	42,85	36,02
Individuell kapital død	14,63	4,08	10,00
Individuell pensjon*	134,87	156,81	129,56
Gruppeliv	1,52	1,00	0,00
Barneforsikring	5,68	75,91	86,78
Kritisk sykdom	6,64	21,19	16,00
Kollektiv pensjon	6,64	4,57	19,98
Annen personforsikring	1,37	0,49	1,38
Annet	0,00	1,20	0,71
Ulykke	0,12	9,46	8,19
Helseforsikring	5,37	2,39	4,37
Annen ulykke/sykdom, herunder yrkesskade (kollektiv)	25,52	10,62	18,33

*inkludert premiefritak

Individuell pensjon er den dekningstypen der det ble avdekket størst omfang av svindel i 2024, både sett i forhold til antall saker og i kronebeløp. Avdekket beløp i forbindelse med erstatningsoppgjøret for denne type dekning omfattet 157 millioner kroner, som tilsvarer 39 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.

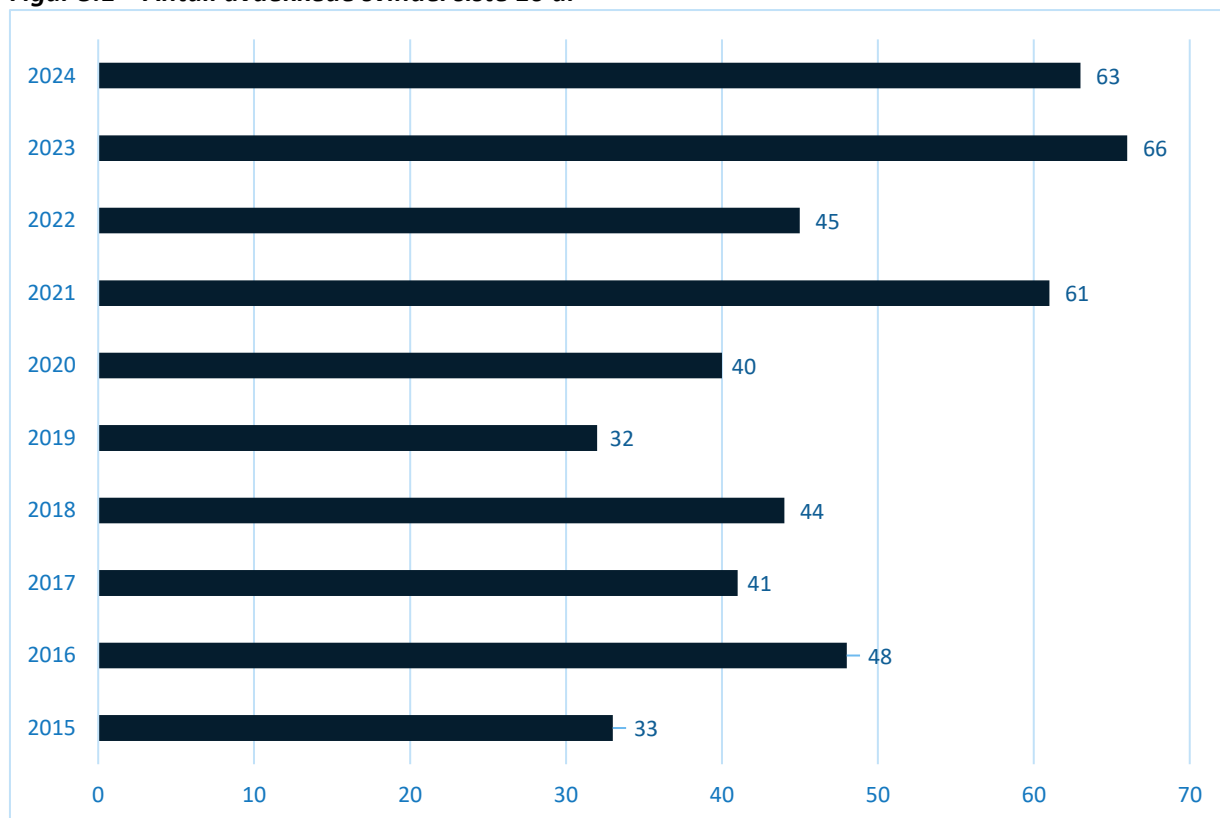
Figur 4.6 – Antall avdekkede sviksaker fordelt på kjønn de siste årene



De senere årene har menn svindlet mer enn kvinner, men i 2024 sto kvinner for 56 prosent av de avdekkede sviksakene innen syke- og uføreprodukter. Til sammenligning utgjorde menn 54 prosent i både 2022 og 2023.

5. Avdekkede svindel i skadeforsikring næringsliv og landbruk

Figur 5.1 – Antall avdekkede svindel siste 10 år



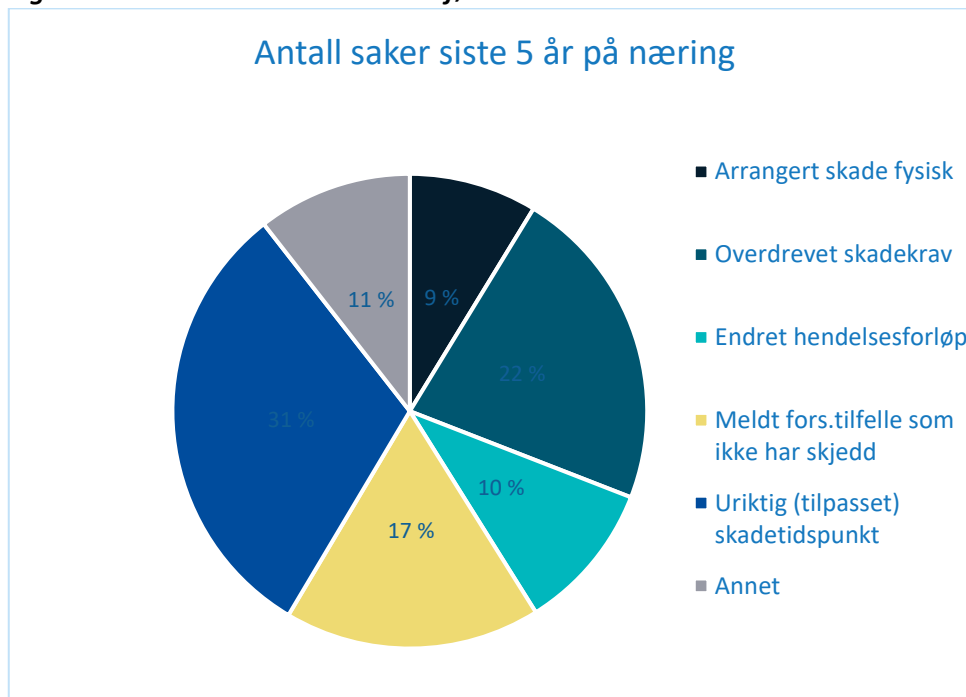
I næringsliv og landbruk ble det i 2024 avslått 63 saker med beløp på til sammen 20,7 millioner kroner, hvorav det største beløpet var på 6,23 millioner kroner. I gjennomsnitt ble det svindlet for 328 000 kroner i 2024. Medianen er 71 000 kroner. Det vil si at det er en del større saker, men også mange små.

Tabell 5.1 - Bransjefordeling avdekkede svindel. Prosentandel.

	2020	2021	2022	2023	2024
Personbil/varebil	27,5	24,6	40,0	36,4	12,7
Næringsvirksomhet	35,0	42,6	33,3	25,8	42,9
Transport	7,5	-	-	1,5	9,5
Yrkesskade	7,5	3,3	4,4	1,5	1,6
Reiseforsikring	-	1,6	-	-	1,6
Innbo/løsøre	2,5	1,6	-	-	-
Landbruk	-	-	-	4,5	-
Traktor/arbeidsmaskin	2,5	1,6	8,9	9,1	4,8
Husdyr o.a.	17,5	24,6	11,1	7,6	23,8
Annet	-	-	-	-	-

Av de 63 avdekkede sakene i 2024, er både de største sakene og de fleste sakene på næringsvirksomhet.

Figur 5.2 – Hvordan svindelen ble utført i 2020-2024



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.

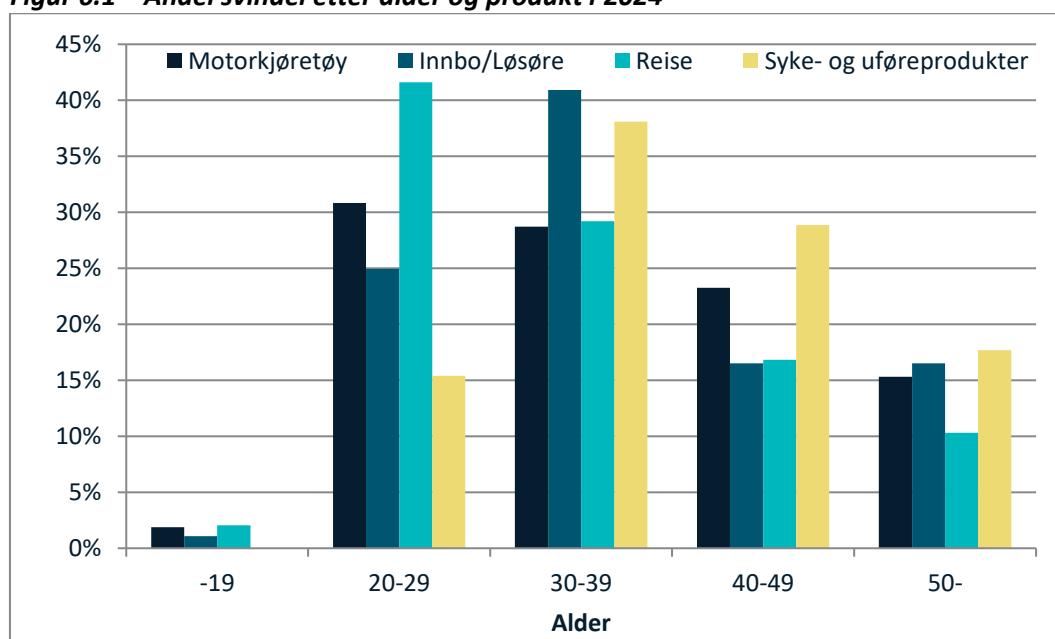
³ Se definisjon i kapittel 8.

6. Hvem begår forsikringssvindel?

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

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

Figur 6.1 – Andel svindel etter alder og produkt i 2024



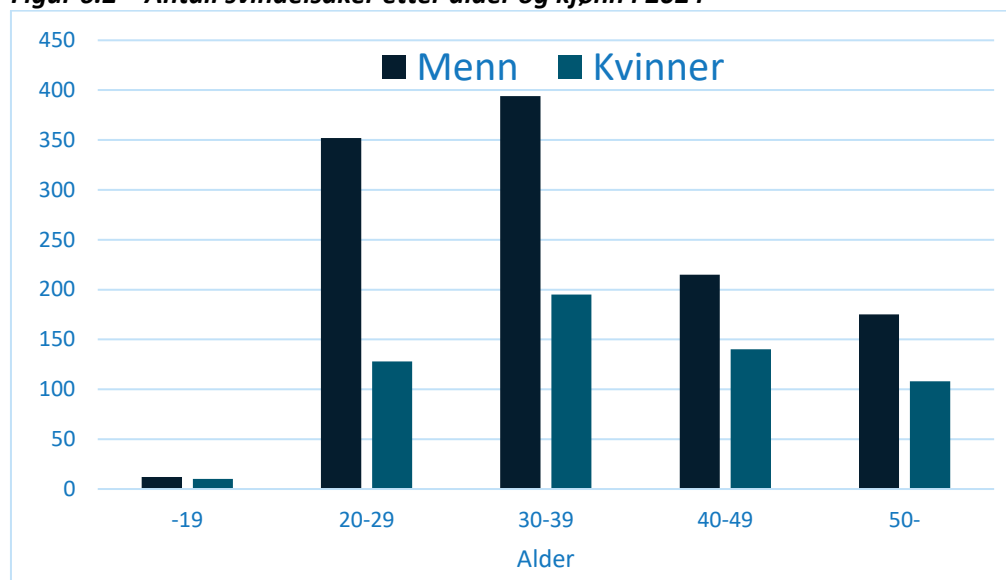
Figur 6.1 viser aldersgruppene hvor det avdekkes mest forsikringssvindel i de ulike produktene. Aldersgruppen 20 til 29 år er de som hovedsakelig utfører svindel på reiseforsikring. Mens aldersgruppe 30 til 39 år er mest aktive på innbo. På syke- og uføreproduktene er det 30 til 39-åringene som står for de fleste tilfellene. Jevnt over er det flere eldre som avdekkes på syke- og uføreproduktene enn det er på skadeforsikring. Dette kan nok forklares ved at yngre ofte har reise- og innboforsikring, mens færre unge vil være forsikret mot syke- og uførhet.

Totalt er kjønnsfordelingen 66 prosent menn mot 34 prosent kvinner når det gjelder antall saker i 2024. I syke- og uføreforsikringene er kvinneandelen på 56 prosent, mens i skadeforsikring er kvinneandelen «bare» på 30 prosent. Kvinner er noe mer representative på innbo- og reiseforsikring, der andelen er på henholdsvis 33 og 37 prosent.

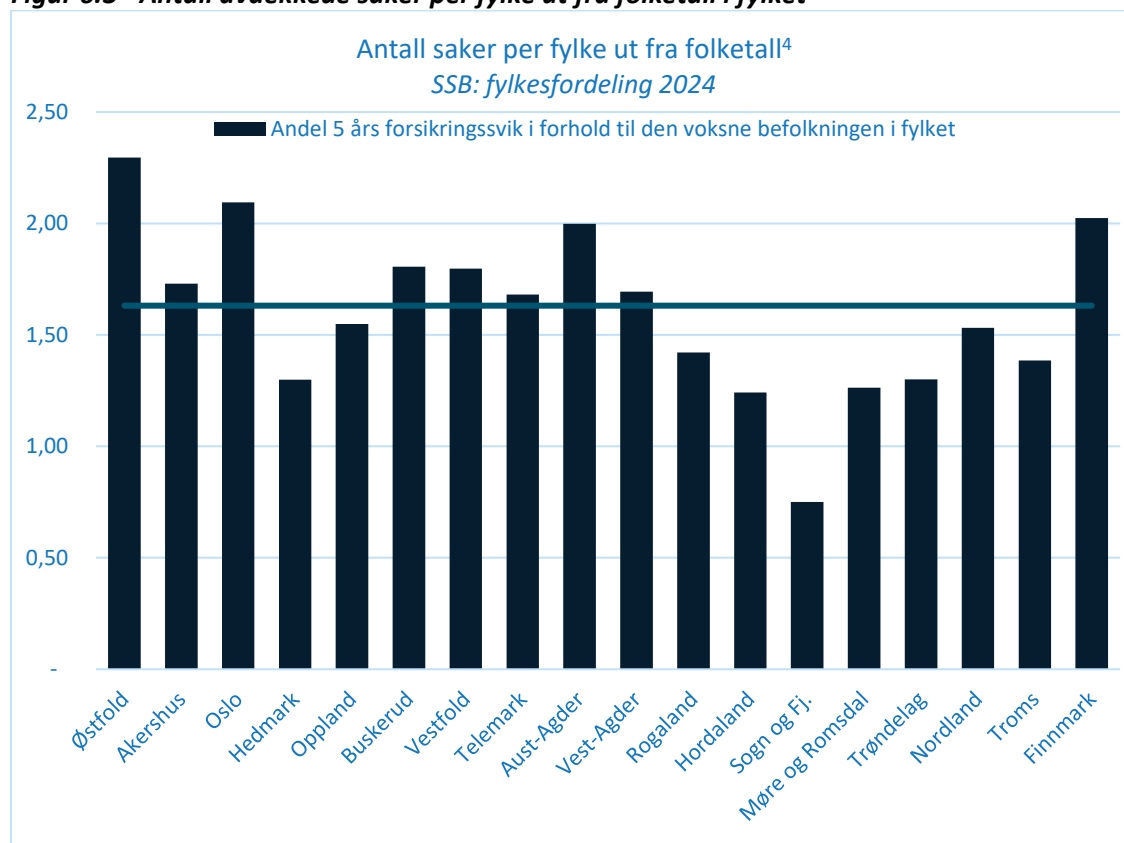
I figur 6.2 vises totalt antall saker fordelt på alder og kjønn, hvor en ser at det er overvekt av antall menn, og at kvinner er mest «aktive» i alderen 30 til 39 år, mens mennene er noe

ynge. 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 2024



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



Fylkesinndelingen er slik som den var før 2020, og delvis slik den er gjeldende i 2024.

Antall avdekkede saker for skadeforsikring og syke- og uføreprodukter sett under ett i forhold til folketall⁴, er høyest i Østfold, Oslo, Aust-Agder, og Finnmark. I tillegg er også Akershus, Buskerud, Telemark, Vestfold og Vest-Agder dårligere enn gjennomsnittet totalt. Flere fylker er bedre enn gjennomsnittet. Selv om det er samlet svindel for en femårsperiode, vil det for enkelte fylker være 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. Det må også tas et visst forbehold om at sammenligning med befolkningsstatistikken fra 2024, kan gi et noe skjevt bilde siden enkelte fylker kan ha hatt større befolkningstilvekst enn andre.

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 delvis er gjeldende. For Innlandet og Vestland er fordelingen på Hedmark og Oppland slik de var før 2020, likeledes for Hordaland og Sogn og Fjordane.

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

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

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

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

Viktige kriminalitetsforebyggende utvalg i regi av Finans Norge

Fagutvalg kriminalitet forsikring:

Fagutvalg kriminalitet forsikring (FKF) er et rådgivende organ i saker som vedrører svindel og kriminalitet rettet mot forsikringsbransjen. Utvalgets ansvarsområde er skadeforebyggende og skadereduserende oppgaver innen svindel og kriminalitet på skade- og livsforsikring.

Fagutvalget skal måle resultatet av næringens kriminalitetsreduserende arbeid og medvirke til utgivelse av årlig svikstatistikk. Utvalget skal også bidra med innspill og faktaopplysninger til bruk for informasjonsvirksomhet.

Fagutvalg økonomisk kriminalitet Hvitvasking:

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

8. Definisjoner

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

forsikringssøker. Nærmere informasjon finnes på Finans Norges nettsider:

<https://www.finansnorge.no/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/>