

Pakkans verzekerings- fraude groeit

De strijd tegen verzekeringsfraude werpt zijn vruchten af. In 2017 hebben veiligheidsafdelingen van verzekeraars **101 miljoen** euro aan besparing gerealiseerd en dat is de hoogste besparing door fraudeaanpak in de afgelopen vijf jaar. In totaal is er, in die periode van vijf jaar, ruim **452 miljoen** euro aan fraude getraceerd.



Fraudeurs

Samen hebben de verzekeraars **11.540** fraudeurs gepakt. Dat is bijna 15 procent meer dan in 2016. Per fraudegeval leverde dat een besparing van gemiddeld **8.725** euro op.

Incidenten

Het aantal onderzochte incidenten is met 3 procent slechts beperkt gestegen naar **28.435**. In vergelijking met voorgaande jaren is de verhouding tussen het aantal gepakte fraudeurs én het aantal onderzochte incidenten daarmee nog nooit zo gunstig geweest.

Kortom: fraudebestrijding wordt steeds effectiever. Verzekeraars betrappen fraudeurs ook steeds vaker al vroeg in het verzekeringsproces. Voor het derde jaar op rij zijn méér fraudes bewezen bij de aanvraag en acceptatie van een verzekering (7.260 – een groei van 29 procent) dan naar aanleiding van claims (4.270 – een afname van 4 procent). De permanente aandacht die verzekeraars hebben voor fraudebestrijding, samen met de per jaar groeiende pakkans, zorgt ervoor dat een potentiële fraudeur zich wel eerder bedenkt voordat hij zijn verzekeraar probeert op te lichten.



Fraudeurs stevig geraakt in portemonnee: 550.000 euro geïncasseerd

Het succes van de **nieuwe lik-op-stuk-aanpak** draagt bij aan het ontmoedigen van potentiële fraudeurs. Bij deze aanpak krijgt een fraudeur via SODA een factuur van 532 euro gepresenteerd voor een deel van de onderzoekskosten die de verzekeraar moet maken. Sinds de start van deze aanpak in de zomer van 2016 zijn al meer dan duizend zaken afgehandeld. En met succes! Indieners van frauduleuze claims hebben in anderhalf jaar tijd ruim een half miljoen euro aan schade voor onderzoekskosten terugbetaald, waardoor verzekeraars minder kosten maken.



Alertheid op levens- verzekeringsfraude loont

Om levensverzekeringsfraude te kunnen plegen is moord en doodslag niet nodig. Het opzettelijk opgeven van onjuiste informatie bij de aanvraag is al genoeg. Bij deze vorm van fraude is degene die niet juist heeft gehandeld overigens vaak al overleden als de fraude nog moet worden vastgesteld.

Het kan voorkomen dat iemand kort na het aanvragen of wijzigen van een levensverzekering overlijdt. In dat geval kan de verzekeraar onderzoek laten doen naar de juistheid van de medische gegevens die de verzekerde tijdens de aanvraagprocedure heeft opgegeven. Als een klant de verzekeraar opzettelijk heeft misleid, dan kan de verzekeraar besluiten om niet uit te keren. Per geval gaat het al snel om tienduizenden euro's.



CIS Referentie Tool

Een belangrijk hulpmiddel bij het onderzoek naar fraude met verzekeringen is de **CIS Referentie Tool**. Via deze tool kunnen diverse partijen voor incidentonderzoek en bij grote calamiteiten via het CBV uitvragen bij welke verzekeraar een persoon of object is verzekerd. Meedoen betekent voor de verzekeraar dat hij waardevolle informatie kan ontvangen; dat geldt dus ook voor levensverzekeraars die soms dezelfde oplichter als klant hebben.





Alles-weg-piraat

Toeval bestaat, of toch niet? Zo claimt een verzekerde dat zijn auto op de openbare weg vlakbij Zandvoort in de brand is gevlogen door een bedieningsfout. Nader onderzoek toont aan dat de schade tijdens het racen op het circuit is ontstaan. De bolide vloog daar in brand door oververhitting van de motor. Omdat het doelbewust onjuist verklaren over de schade door de verzekeraar is ontdekt, ziet de amateurcoureur zijn claim van 20.000 euro in rook opgaan.



Tweede bril toch niet gratis

Na een anonieme tip over een frauduleuze reisclaim stelt een verzekeraar een onderzoek in. De claimende vrouw geeft aan dat diverse dure spullen uit haar ruimbagage zijn gestolen. Ze kan alleen niet verklaren waarom zij op een recente foto precies dezelfde bril op heeft die ze eerder als gestolen heeft opgegeven. De vrouw bekent de fraude en de verzekeraar wijst de hele claim af, resulterend in een besparing van 1.100 euro.



A joy to ride

Een verzekeraar ontvangt een claim van 1.600 euro voor schade aan een auto. Indiener verklaart dat haar wagen door kwajongens gebruikt is voor joyriding en hierna beschadigd is achtergelaten. Bij controle van het opgevraagde procesverbaal van het ongeval wordt duidelijk dat de verzekerde de verzekeraar iets op de mouw heeft willen spelden. De dame in kwestie bleek achter het stuur in slaap te zijn gevallen en is vervolgens een maisveld ingereden. Er was dus geen joyrider, maar wel een 'slaaprijder'.



Supergirl

Een mevrouw claimt een waterschade op haar inboedelpolis met de mededeling dat haar dochtertje een emmer met 10 liter water heeft omgegooid. Als de expert komt kijken, ziet hij dat het kindje net 9 maanden oud is. Dan is het omduwen van die emmer, zelfs voor een stevige baby, fysiek nog te hoog gegrepen. De schade van 1.939 euro wordt niet vergoed. En de moeder? Die leert meteen dat ze haar kind niet overal de schuld van kan geven.



Deze factsheet is een uitgave van het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit (CBV), onderdeel van het Verbond van Verzekeraars.

Het CBV helpt verzekeraars bij de aanpak van fraude en andere vormen van verzekeringscriminaliteit. De ondersteuning vindt plaats door middel van beleidsontwikkeling voor de sector en dienstverlening aan individuele maatschappijen. Belangrijk element in de strijd tegen fraudeplegers is de uitwisseling van kennis en informatie. Zo kunnen verzekeraars fraudeurs vroegtijdig ontdekken en schade voorkomen.

Contact

Het CBV ondersteunt bij fraude- en criminaliteitsbeheersing. Om de fraudedossiers te kunnen verrijken en trends en modus operandi nog beter te kunnen signaleren, roepen wij verzekeraars op hun incidentmeldingen tijdig naar het CBV te sturen. Tips of vragen? Mail dan naar: cbv@verzekeraars.nl of kijk op verzekeraars.nl/branche/verzekeringscriminaliteit

