



## Recordaantal gevallen verzekeringsfraude vastgesteld

In 2018 hebben verzekeraars **12.879** gevallen van verzekeringsfraude aangetoond. Sinds de cijfers hierover door het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit worden bijgehouden, lag dit aantal nog nooit zo hoog. Met deze succesvolle aanpak van fraude realiseerde de sector vorig jaar een besparing van **82 miljoen** euro. Dat betekent dat over de afgelopen zes jaar al meer dan een half miljard euro bespaard is door effectief optreden tegen fraudeplegers. Eerlijke klanten hoeven hierdoor niet op te draaien voor de financiële schade die deze fraudeurs hebben geprobeerd te veroorzaken.

Het is het vierde jaar op rij dat verzekeraars meer fraudes aantonen. In totaal zijn vorig jaar bijna **45.000** fraudesignalen onderzocht. Het toenemende gebruik van innovatieve fraude-detectietechnieken, zoals Artificial Intelligence, speelt een belangrijke rol bij het vinden van fraudesignalen. Hierdoor neemt de pakkans voor degene die denkt 'het een keer te kunnen proberen' toe.

### Meer aandacht misbruik zakelijke verzekeringen

Verzekeraars letten ook op signalen van misbruik van zakelijke verzekeringsproducten. Voor het eerst zijn hierover nu ook concrete cijfers beschikbaar. Uit een marktbrede uitvraag door het Verbond blijkt dat verzekeraars ruim **2.500** onderzoeken hebben uitgevoerd naar mogelijke fraude door ondernemers. Daarbij is **595** keer bewezen dat met verzekeringsproducten in de zakelijke markt fraude is gepleegd. Wat opvalt is dat hierbij soms bedrijfjes in beeld komen die, naast verzekeringsfraude, nog diverse andere malafide activiteiten ontplooiën.



## Eén overval te veel

Wanneer een horecaondernemer voor de tweede keer in korte tijd schade door een overval op één van zijn restaurants claimt, ruiken de politie en de betrokken verzekeraar onraad. Tijdens de eerste 'overval' zouden drie gemaskerde mannen geld en sieraden hebben weggenomen en de ondernemer hebben mishandeld. De tweede keer zouden twee overvallers alleen geld hebben buitgemaakt. Tijdens het onderzoek hoort de politie diverse getuigen en komen meerdere onwaarheden in de verklaring van de ondernemer naar voren. Uiteindelijk blijkt dat hij beide overvallen in scène heeft gezet om geld van zijn zakelijke verzekering op te strijken.



## Experiment aanpak fraude

Waar fraudeurs veranderen van aanpak investeren verzekeraars in innovatieve oplossingen in de strijd tegen verzekeringscriminaliteit. Daarom doet het Verbond van Verzekeraars mee aan een experiment van politie en het Openbaar Ministerie (OM). Dit is er op gericht om bewezen gevallen van verzekeringsfraude, zonder – of met beperkte – tussenkomst van de politie door de verzekeraar rechtstreeks aan te bieden aan het OM. De aanklager beoordeelt het onderzoeksdossier van de verzekeraar en beslist of de fraudezaak voor de strafrechter wordt gebracht. Het is nu aan de rechter om te beoordelen of deze experimentele methode van privaat onderzoek en strafrechtelijke afdoening juridisch toegelaten is. Dit oordeel wordt later dit jaar verwacht.



## Schoonmoeder verpest vakantie

Een klant boekt op 10 december een dure vakantie. Uiteraard sluit hij meteen een reis- en annuleringspolis af.

Op 14 december, nog voor de reis begonnen is, meldt verzekerde dat zijn schoonmoeder op 12 december is overleden. Hij claimt 3.172 euro op de annuleringspolis. Als bewijs van het heengaan, stuurt hij de rouwkaart naar de verzekeraar.

Wanneer daarop staat te lezen dat de datum van overlijden niet 12 maar 11 december is, doet de verzekeraar extra onderzoek. De rouwkaart blijkt van internet geplukt en door verzekerde vervalst.





## Aanrijding op afstand

Verzekeraars verwerken dagelijks veel claims door autoschade en sommige daarvan zijn frauduleus. Een aanrijdingsschade met een huurauto blijkt iets anders in elkaar te steken dan de chauffeur en de gedupeerde tegenpartij beweren. Op basis van het Car Tracking Systeem stelt de verzekeraar vast dat het, door hen verzekerde, voertuig helemaal niet in de buurt van de schadelocatie is geweest. De claim aan het voertuig van de tegenpartij wordt afgewezen. Besparing: 2.365 euro.



## Maatje te groot

Na een aanrijding tussen een auto en een scooter claimt de bestuurster van de scooter onder meer schade aan haar dure jas, tas en

Louis Vuitton schoenen. Opvallend genoeg claimt ze geen nieuw paar stappers voor haarzelf, maar een paar herenschoenen. De schoenen hebben bovendien niet haar maat. Omdat het 'slachtoffer' vervolgens

de beschadigde jas en tas niet aan de fraudeonderzoekers wil tonen, heeft de verzekeraar voldoende redenen om de totale claim van 8.000 euro af te wijzen.



## Eerst claimen, dan kopen

Tijdens vakantie wordt ingebroken in de woning van verzekerde. Hij claimt na thuiskomst allerlei dure apparatuur en toont dit aan met een aankoopnota. Controle door de verzekeraar toont aan dat de geclaimde spullen veel later op de markt zijn gekomen dan de opgegeven diefstaldatum. De totale claim van ruim 45.000 euro wordt afgewezen.



## Lik-op-stukaanpak bereikt mijlpaal van één miljoen euro

Afgezien van de directe schade die door fraude ontstaat, zijn verzekeraars veel tijd kwijt aan onderzoek en afwikkeling van dit soort zaken. Ook eenvoudige frauduleuze claims veroorzaken schade waarvan welwillende consumenten uiteindelijk de dupe zijn. Om dit te voorkomen, en om potentiële fraudeurs te ontmoedigen, hebben verzekeraars in 2017 een lik-op-stukaanpak ingevoerd. Bij deze aanpak krijgt een betrapte fraudeur via SODA een factuur met een 'startbedrag' van 532 euro gepresenteerd. Dit ter compensatie van de onderzoekskosten die de verzekeraar intern heeft gemaakt. Sinds de start van deze aanpak zijn al meer dan tweeduizend zaken op deze manier afgehandeld. Deze zomer overschreed het totaal door fraudeurs betaalde bedrag de mijlpaal van één miljoen euro.



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

Om onderzoeksdossiers te kunnen verrijken en trends en modus operandi nog beter te kunnen signaleren, roepen wij verzekeraars op om incidentmeldingen tijdig naar het CBV te sturen.

Tips of vragen? Mail dan naar: [cbv@verzekeraars.nl](mailto:cbv@verzekeraars.nl) of kijk op [verzekeraars.nl/branche/verzekeringscriminaliteit](http://verzekeraars.nl/branche/verzekeringscriminaliteit)

