



Forsikringssvindler i Norge

Svikstatistikk for avdekkede saker i 2025

Innhold

1. Innledning	4
2. Avdekket svindel i 2025 – overordnede tall	5
3. Avdekket svindel i skadeforsikring privat	6
4. Avdekkede svindel i skadeforsikring næringsliv og landbruk.....	10
5. Avdekket svindel i syke- og uføreforsikring	12
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 Forsikringsdrift 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 2025. Kapittel 3-5 omhandler forsikringssvindelen 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 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.

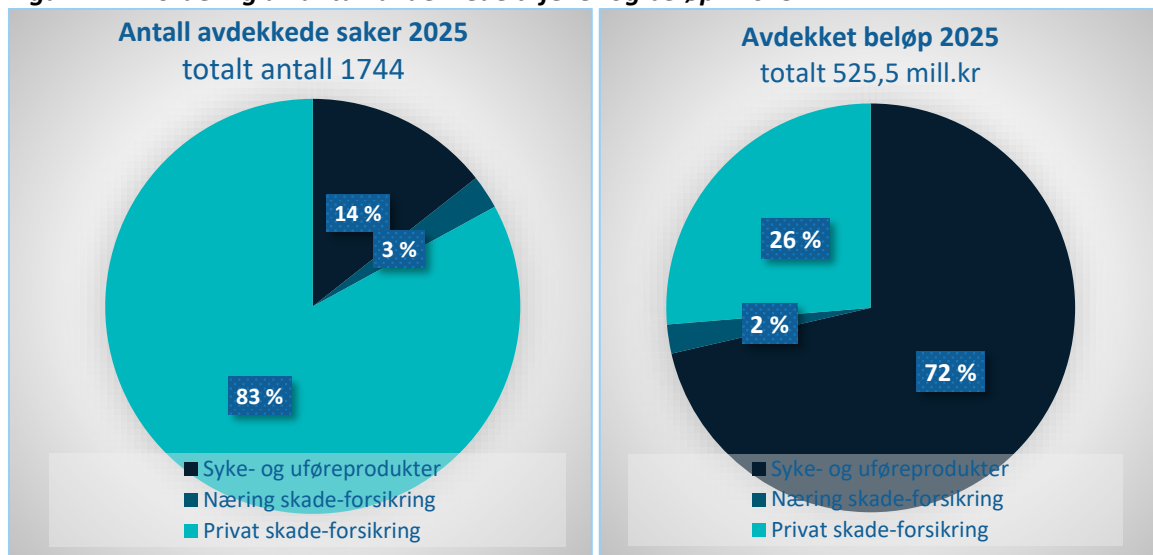
Tallmaterialet i rapporten er hentet fra forsikringsselskaper som er medlem i Finans Norge Forsikringsdrift. Det er bare saker som er avdekket som svik i henhold til forsikringsavtaleloven (FAL) som presenteres i rapporten. «Svik» er den juridiske betegnelsen, men omtales i denne rapporten som svindelen.

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 2025 – overordnede tall

Forsikringsselskapene har søkelys på å avdekke svindel mot forsikringsselskapene.

Figur 2.1 – Fordeling av antall avdekkede tilfeller og beløp i 2025



I 2025 har forsikringsbransjen, med henvisning til FAL, avslått totalt 1 744 saker. Til sammenligning ble det i 2024 avslått 1 752 saker. Det totale kravet for de avslåtte sakene var på 525,5 millioner kroner.

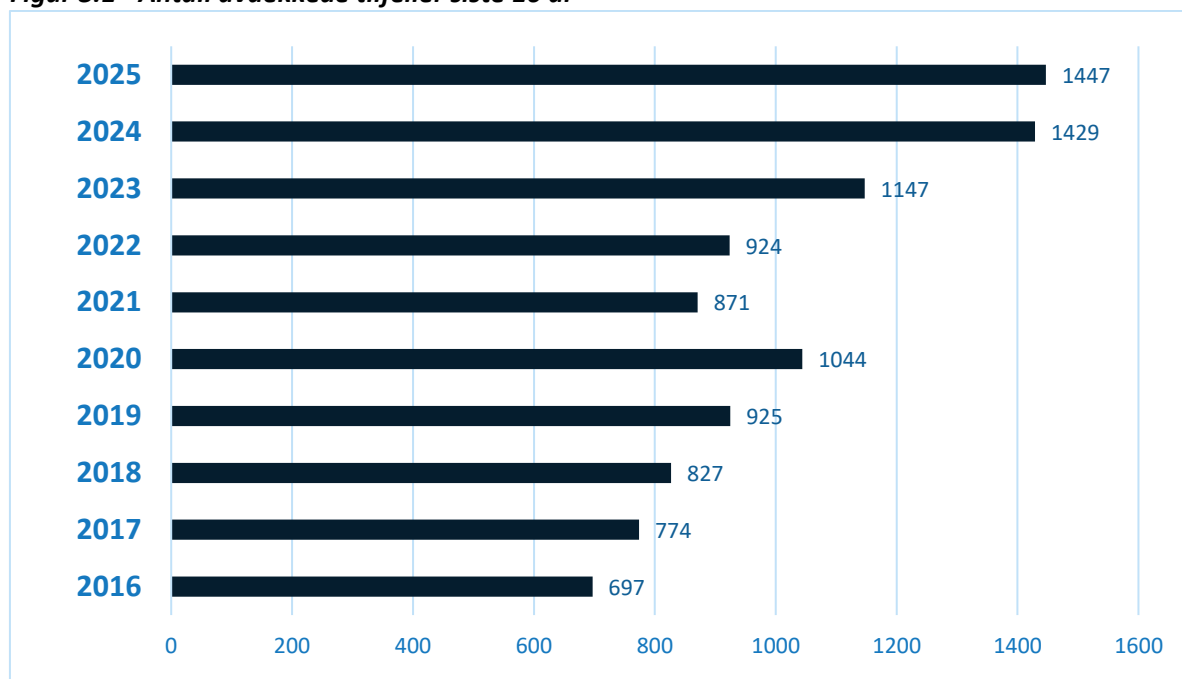
Tabell 2.1 oversikt 2025 og 2024

	Antall saker 2025	Antall saker 2024	Avdekket beløp 2025 mill.kr	Avdekket beløp 2024 mill.kr
Skadeforsikring privat	1447	1429	138,2	143,9
Skadeforsikring næring	46	63	12,1	20,7
Syke- og uføreprodukter	251	260	375,2	331,3
Totalt	1744	1752	525,5	495,9

I syke- og uføreproduktene er det skille mellom antall saker, der det er avdekket svindel, og antall dekninger. I 2025 var det avdekket 251 saker som i alt omfattet 278 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 2025 ble det avdekket 1447 svindelsaker, mot 1429 saker i 2024 og 1147 saker i 2023. Totalt avslått beløp i 2025 for svik innen privat skadeforsikring utgjorde 138,2 millioner kroner mot 143,9 millioner kr i 2024 og 146,1 millioner kr i 2023.

Særlig i 2021 var antall saker relativt lavt, noe som må antas å ha sammenheng med restriksjonene som gjaldt under koronapandemien. Gjennom 2022 ble de fleste koronarestriksjonene opphevet, selv om det begynnelsen av året fortsatt var enkelte restriksjoner. 2020 var et spesielt år, med omfattende reiserestriksjoner innført i løpet av mars. Dette resulterte i et stort antall avbestillingssaker innen reiseforsikring, noe som kan ha skapt økt mulighet for svindel.

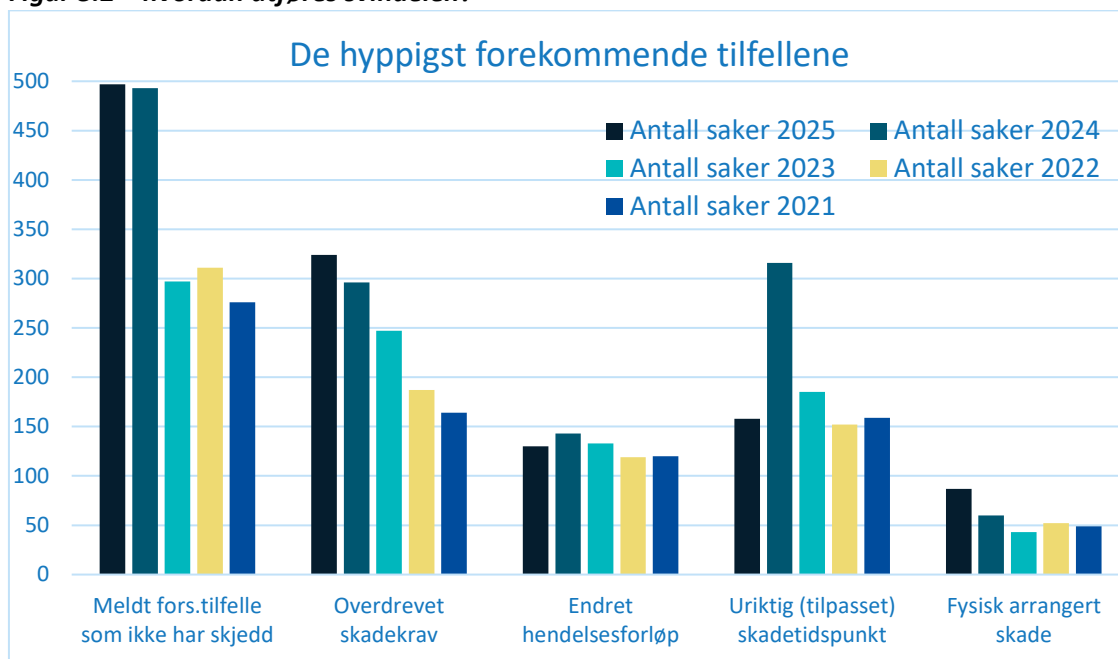
I gjennomsnitt ble det svindlet for rundt 95 500 kroner pr. sak innen privat skadeforsikring i 2025, mot 101 000 kroner i 2024 og 127 000 kroner i 2023. Det er stor spredning i beløpene, hvorav det største beløpet i 2025 er på 6 millioner kroner. Medianbeløpet er på 32 200 kroner. Medianbeløpet betyr 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 2021. 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	2021	2022	2023	2024	2025
Motorkjøretøy	40,3	31,3	31,7	32,0	38,9
Innbo/løsøre	37,3	41,3	39,8	38,7	34,3
Reiseforsikring	12,3	18,9	22,1	23,7	21,6
Bygning	4,8	5,0	3,4	3,3	2,8
Fritidsbåt	1,7	1,7	1,3	1,2	0,8
Spesielle verdigjenstander	2,6	1,3	0,5	0,3	0,6
Annet/ukjent	0,9	0,9	1,0	0,8	1,5

Tabell 3.1 viser at forsikringssvindelen med motorkjøretøy og innbo er de mest utbredte. Av de totalt 1 477 sakene i 2025, var det 563 saker knyttet til motorkjøretøy, 497 til innbo og 305 til reise. I 2021 var det få saker innen reise ettersom reisestriksjonene var omfattende i lys av korona den gangen. Forsikringssvindelen med innboforsikring utgjorde 497 saker i 2025, som er en nedgang fra 2024. Antall saker knyttet til innboforsikring har imidlertid vært økende de siste årene.

Utviklingen i avdekkede saker kan både ha sammenheng med det enkelte selskaps innsats og prioriteringer, men også med metoden som benyttes i forsikringssvindel.

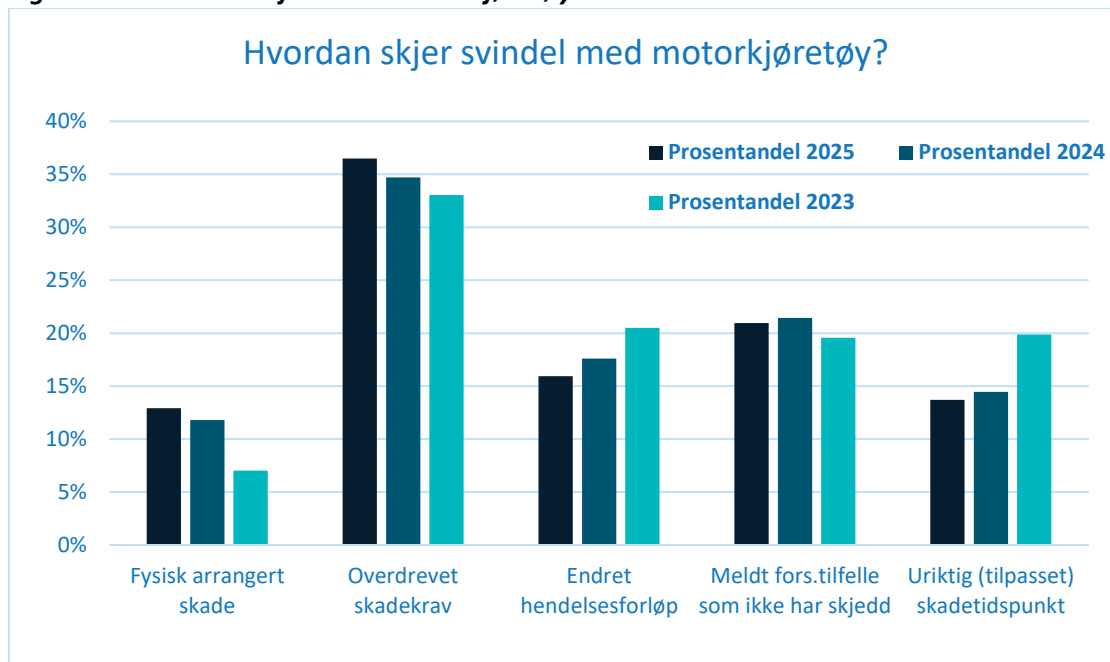
Tabell 3.2 – Skadetype for motorkjøretøy. Prosentandel.

	2021	2022	2023	2024	2025
Tyveri av og fra	11,4	11,5	12,0	12,8	7,3
Materiell skade og kasko (ytre påvirkning, kollisjon)	73,1	77,9	73,9	71,4	80,3
Brann	4,7	1,4	4,2	1,8	1,8
Dokumentfalsk	0,3	0,3	1,7	0,2	0,9
Ulykke m/personskade	-	-	-	-	-
Annet	6,1	5,5	4,8	5,4	6,9
Hærverk	2,6	1,7	3,1	3,6	1,6
Redning	0,3	0,7	0,0	1,1	0,8
Ansvar	1,5	1,0	0,3	3,8	1,2

I 2025 ble det avdekket 563 saker med motorkjøretøy og med et samlet krav for disse sakene på 60,7 millioner kroner. I snitt ble det svindlet for 108 000 kroner pr. sak. Medianbeløpet er 32 300 kr og det største beløpet i 2025 var på 1,1 millioner kroner.

De fleste sakene gjelder kasko og materielle skader, med 80 prosent av sakene innen motorkjøretøy, og hvor gjennomsnittsbetøpet er på 108 000 kr. Tyveri av og fra kjøretøy utgjør en andel på 7 prosent av alle sakene, og har et gjennomsnittsbetøp på 197 200 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 meldt forsikringstilfelle som ikke har skjedd. Figuren viser også at det er noe mer fysisk arrangert i 2025 enn i 2024. 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 det de to siste årene har økt noe. I 2025 er andelen fysisk arrangerte skader på 13 prosent.

Tabell 3.3 – Skadetype for innbo/løsøre. Prosentandel.

	2021	2022	2023	2024	2025
Tyveri/innbrudd	34,2	29,8	30,2	27,6	27,8
Brann	4,6	2,6	2,6	1,6	3,0
Materiell skade	35,7	37,2	38,6	37,6	39,0
Vannskade	4,0	2,4	2,4	3,2	1,6
Ytre påvirkninger	8,0	13,1	14,0	17,7	18,5
Annet inkl. dokumentfalsk	12,0	13,4	11,2	11,2	9,7
Ran	0,9	1,3	0,9	1,1	0,4
Hærverk	0,6	0,3	0,2	-	-

Forsikringssvindel med innbo/løsøre skjer hyppigst i forbindelse med tyveri/innbrudd og materiell skade. Totalt ble det avdekket 497 saker på innbo og løsøre i 2025 mot 553 i 2024 og 457 i 2023. Avslått beløp i 2025 er på 31,5 millioner kroner. I snitt ble det svindlet for 63 400 kroner pr. sak, og den største saken er på om lag 1,7 millioner kroner, og hvor medianbeløpet er på 30 000 kr.

Hovedtyngden av tilfellene er at det meldes skader som ikke har skjedd, og slike saker utgjorde 48 prosent av avdekkede sviktilfeller innen innbo og løsøre i 2025.

Tabell 3.4 - Skadetype for reiseforsikring. Prosentandel.

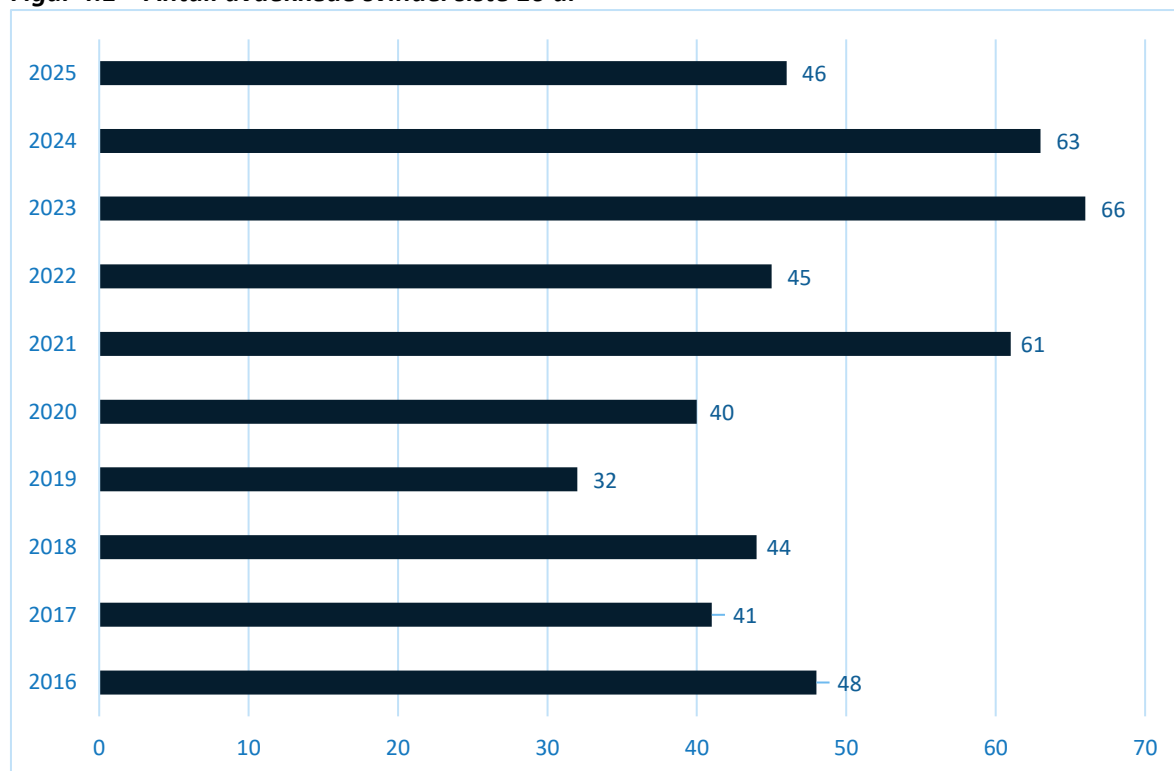
	2021	2022	2023	2024	2025
Tap/tyveri av reisegods	70,1	61,1	66,1	65,5	63,0
Ulykke/sykdom	15,0	14,9	19,5	10,9	11,8
Materiell skade	5,6	5,1	2,0	5,6	5,2
Ran	3,7	3,4	5,1	7,1	6,9
Innbrudd	-	-	-	-	0,3
Dokumentfalsk	0,9	5,1	0,4	0,3	0,3
Annet	4,7	10,3	4,3	10,6	12,5

På reiseforsikring er det hyppigst svindel i forbindelse med tyveri/tap av reisegods. Av i alt 305 saker i 2025, var 192 saker i tilknytning til tap/tyveri av reisegods. I tillegg var det 36 saker i forbindelse med ulykke/sykdom.

I gjennomsnitt ble det svindlet for 35 200 kroner pr. sak innenfor reiseforsikring i 2025, og største enkeltsak er tyveri med svikbeløp på 250 000 kr.

4. Avdekkede svindel i skadeforsikring næringsliv og landbruk

Figur 4.1 – Antall avdekkede svindel siste 10 år



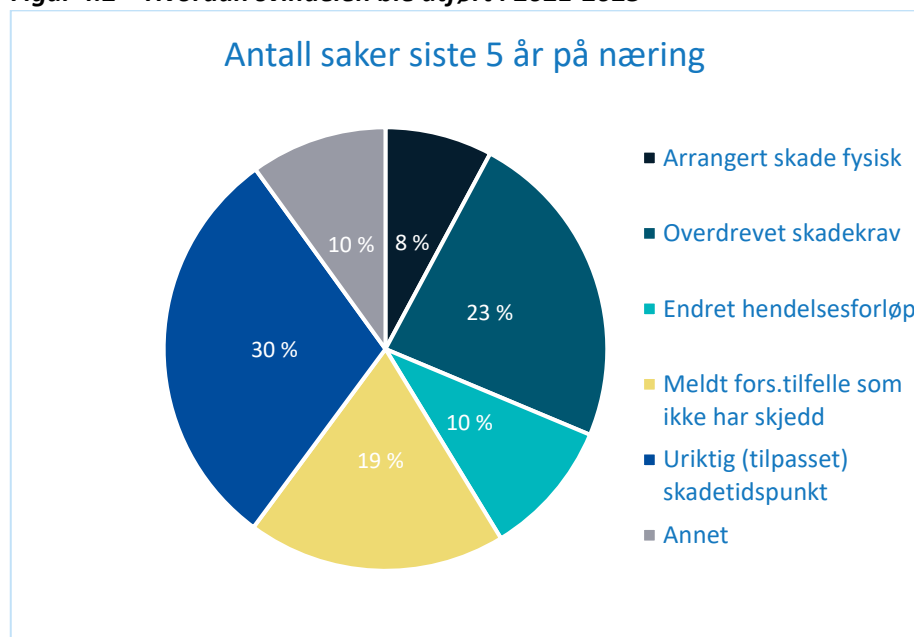
I næringsliv og landbruk ble det i 2025 avslått 46 saker med beløp på til sammen 12,1 millioner kroner, hvorav det største beløpet var på 1,6 millioner kroner. I gjennomsnitt ble det svindlet for 262 000 kroner i 2025. Medianen er 19 300 kroner. Det vil si at det er en del større saker, men også mange små.

Tabell 4.1 - Bransjefordeling avdekkede svindel. Prosentandel.

	2021	2022	2023	2024	2025
Personbil/varebil	24,6	40,0	36,4	12,7	34,8
Næringsvirksomhet	42,6	33,3	25,8	42,9	39,1
Transport	-	-	1,5	9,5	2,2
Yrkesskade	3,3	4,4	1,5	1,6	-
Reiseforsikring	1,6	-	-	1,6	-
Innbo/løsøre	1,6	-	-	-	-
Landbruk	-	-	4,5	-	-
Traktor/arbeidsmaskin	1,6	8,9	9,1	4,8	8,7
Husdyr o.a.	24,6	11,1	7,6	23,8	10,9
Annet	-	-	-	-	-

Av de 46 avdekkede sakene i 2025, er det flest sakene innen næringsvirksomhet.

Figur 4.2 – Hvordan svindelen ble utført i 2021-2025



Det ble i 2025 avdekket svik i 46 næringssaker. I figur 4.2 vises det hvordan svindel ble utført innen næring og landbruk for antall saker de siste fem årene samlet. De fleste avdekkede svindlene er utført ved at det er meldt inn uriktig (tilpasset) skadetidspunkt, men både overdrevne skadekrav og å melde inn «fiktive» skadekrav er vanlige måter å svindle på.

De fleste av sakene blir avdekket internt i selskapet, blant annet via [FOSS-registeret](#)².

² Se definisjon i kapittel 8.

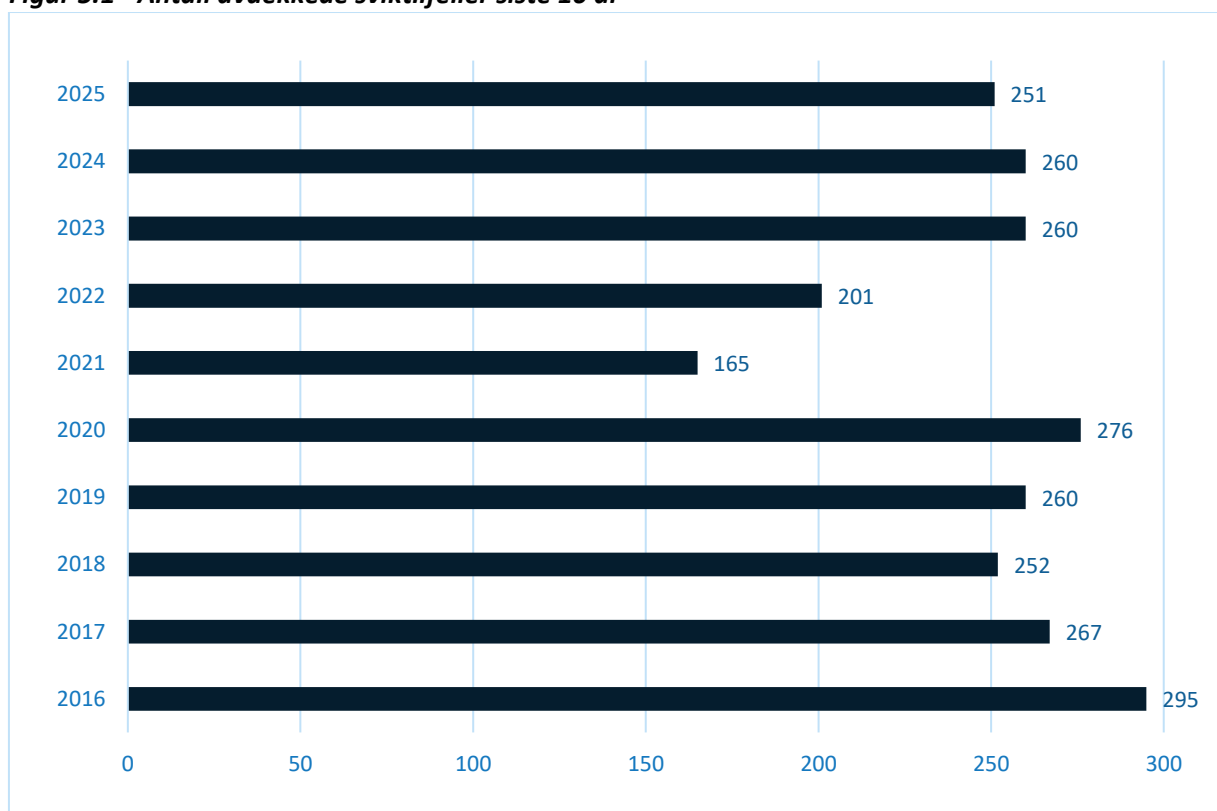
5. Avdekket svindel i syke- og uføreforsikring

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

Selskapene rapporterer syke- og uføreforsikringssaker 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 5.1 - Antall avdekkede sviktilfeller siste 10 år



Figur 5.1 viser totalt antall sviksaker i perioden 2016-2025. I 2025 ble det avdekket 251 personer for svindel av syke- og uføreprodukter, mot 260 i både 2024 og 2023. Disse tilfellene omfattet 278 dekningsår i 2024, mot 293 i 2024 og 296 i 2023. Dette følger av at en sak kan omfatte flere dekningsår innenfor syke- og uføreprodukter.

Den totale kroneverdien av syke- og uføresaker avdekket i 2025 er 375 millioner kroner. I denne summen inngår ikke beløp knyttet til svindel avdekket ved avtaleetablering. Til sammenligning ble det i både 2024 og 2023 avdekket svindel ved erstatningsoppgjørstidspunktet for om lag 331 millioner kroner.

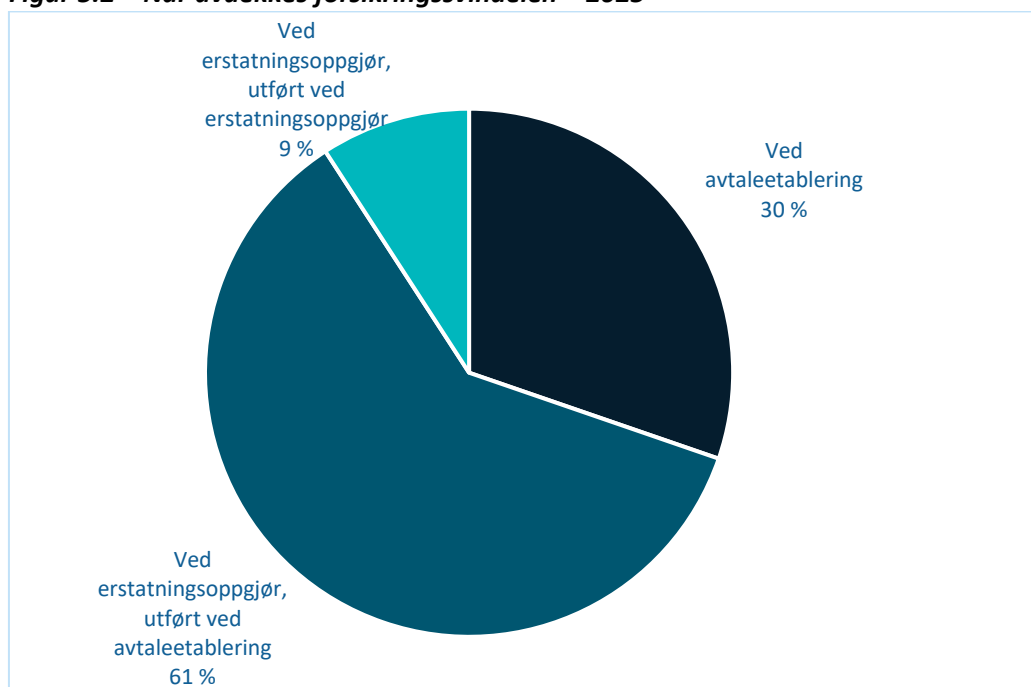
I 2025 utgjorde gjennomsnittlig beløp for svindel avdekket ved erstatningsoppgjør 2,1 millioner

kroner, mens det i 2024 og 2023 var på rundt 1,7 millioner kroner.

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

[ROFF-registeret](#)³, som administreres av Finans Norge Forsikringsdrift, er et viktig verktøy i selskapenes arbeid for å avdekke forsikringssvindel.

Figur 5.2 – Når avdekkes forsikringssvindelen – 2025



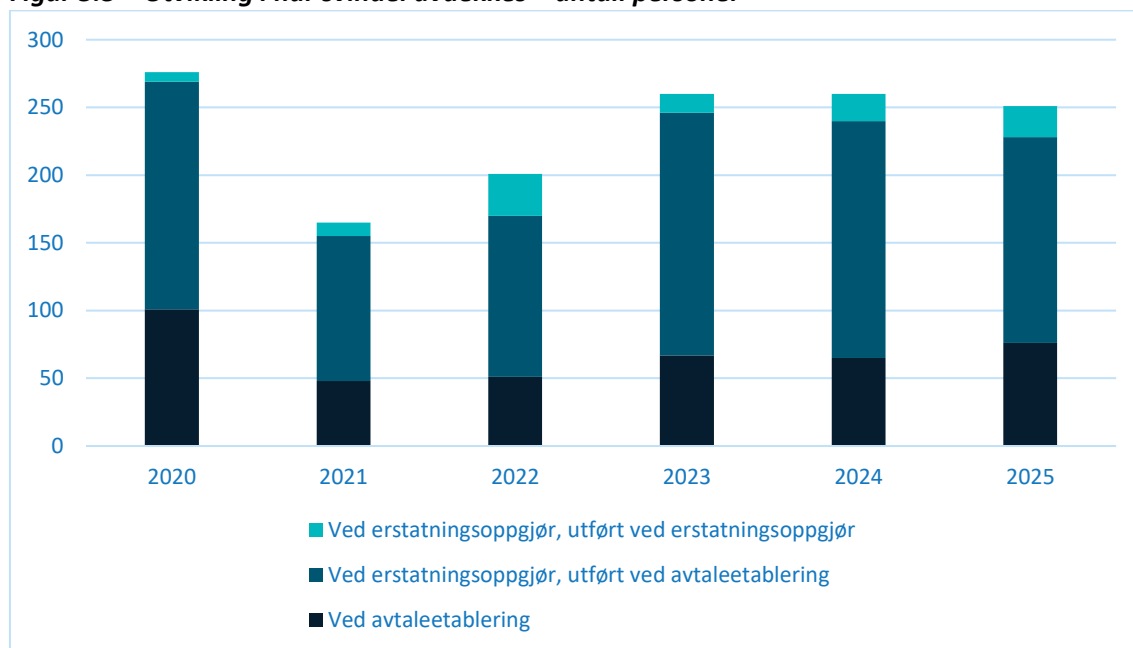
Selskapene har stor oppmerksomhet på å avdekke tilfeller av svindel allerede ved inngåelse av forsikringen. Erfaring tilsier at de som bevisst oppgir feil informasjon ved inngåelse, ofte har en hensikt med dette. Sannsynligheten er stor for at de kommer til å benytte forsikringsdekningen på ett eller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

Figur 5.2 viser at 30 prosent av svindelsakene som ble avdekket i 2025, ble avdekket ved tidspunktet for tegning av forsikringen. Til sammenligning var denne andelen 25 % i 2024.

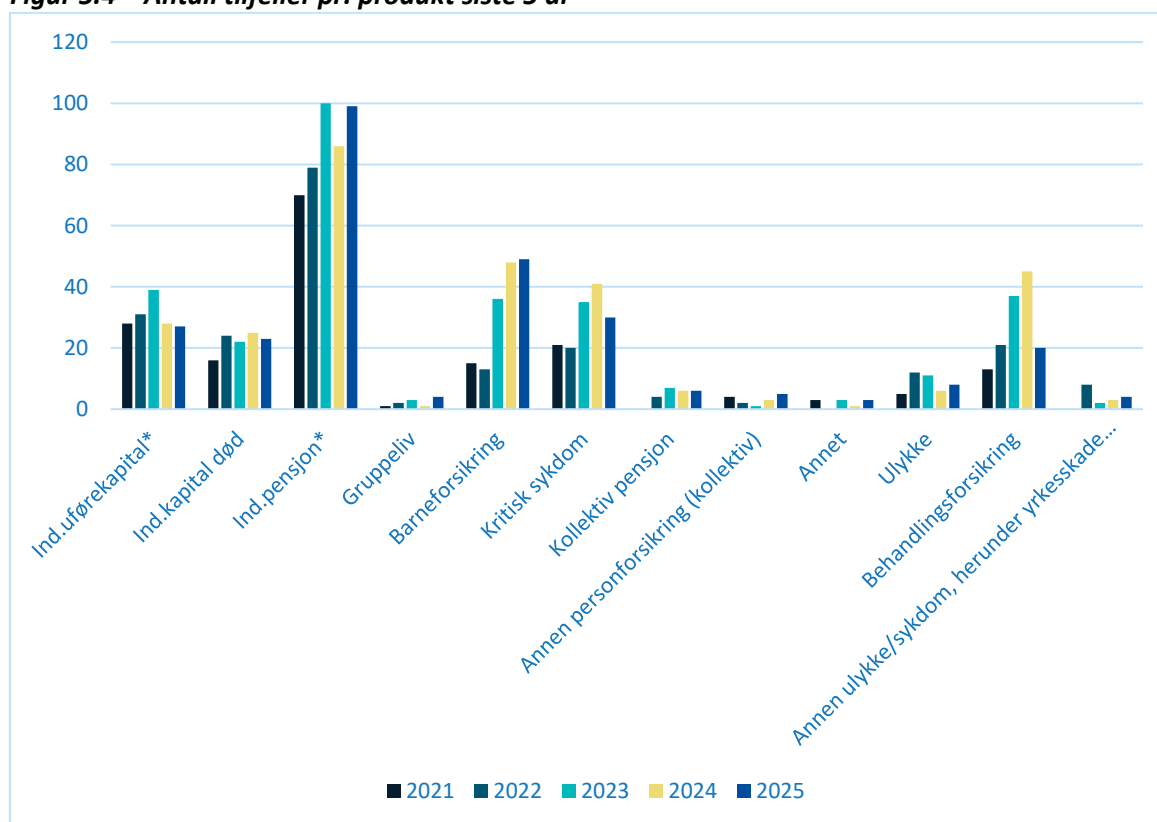
Totalt ble 91 prosent av de avdekkede svindelsakene i 2025 utført i forbindelse med inngåelse av forsikringsavtalen.

³ Se definisjon i kapittel 8.

Figur 5.3 – Utvikling i når svindel avdekkes – antall personer



Figur 5.4 – Antall tilfeller pr. produkt siste 5 år

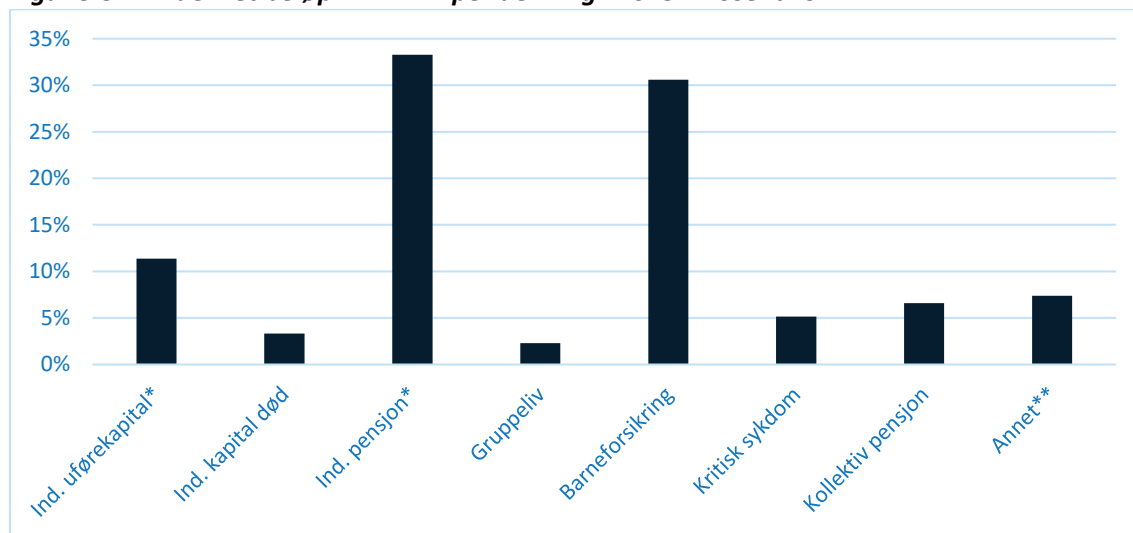


*inkludert premiefritak

De senere årene har det vært avdekket flest svindeltilfeller knyttet til individuell pensjon. Dette gjelder også for 2025, jf. figur 5.4. I 2025 representerte denne dekningsstypen 36 prosent av alle

svindeltilfeller i syke- og uføreforsikring, mot 29 prosent i 2024 og 34 prosent i 2023.

Figur 5.5 – Avdekket beløp i mill. kr. per dekning i 2025. Prosentvis



*inkludert premiefritak

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

Figur 5.5 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.

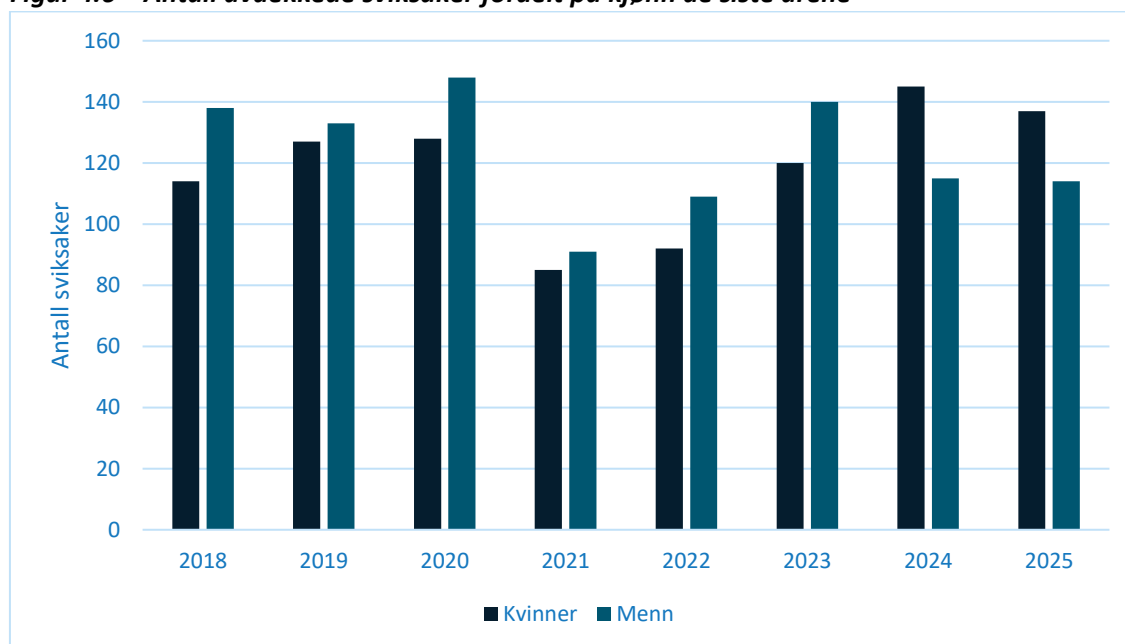
Tabell 5.1 – Avdekket beløp i mill. kr. per dekning siste tre år

	2023	2024	2025
Individuell uførekapital*	42,85	36,02	42,73
Individuell kapital død	4,08	10,00	12,44
Individuell pensjon*	156,81	129,56	124,91
Gruppeliv	1,00	0,00	8,64
Barneforsikring	75,91	86,78	114,74
Kritisk sykdom	21,19	16,00	19,38
Kollektiv pensjon	4,57	19,98	24,75
Annen personforsikring	0,49	1,38	4,31
Annet	1,20	0,71	0,00
Ulykke	9,46	8,19	4,09
Helseforsikring	2,39	4,37	0,94
Annen ulykke/sykdom, herunder yrkesskade (kollektiv)	10,62	18,33	18,30

*inkludert premiefritak

Individuell pensjon er den dekningstypen der det ble avdekket størst omfang av svindel i 2025, både sett i forhold til antall saker og i kronebeløp. Avdekket beløp i forbindelse med erstatningsoppgjøret for denne type dekning omfattet 125 millioner kroner, som tilsvarer 33 prosent av totalt avdekket svindelbeløp for syke- og uføredekninger. Tabell 5.1 viser utviklingen i avdekkede beløp fordelt pr. 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



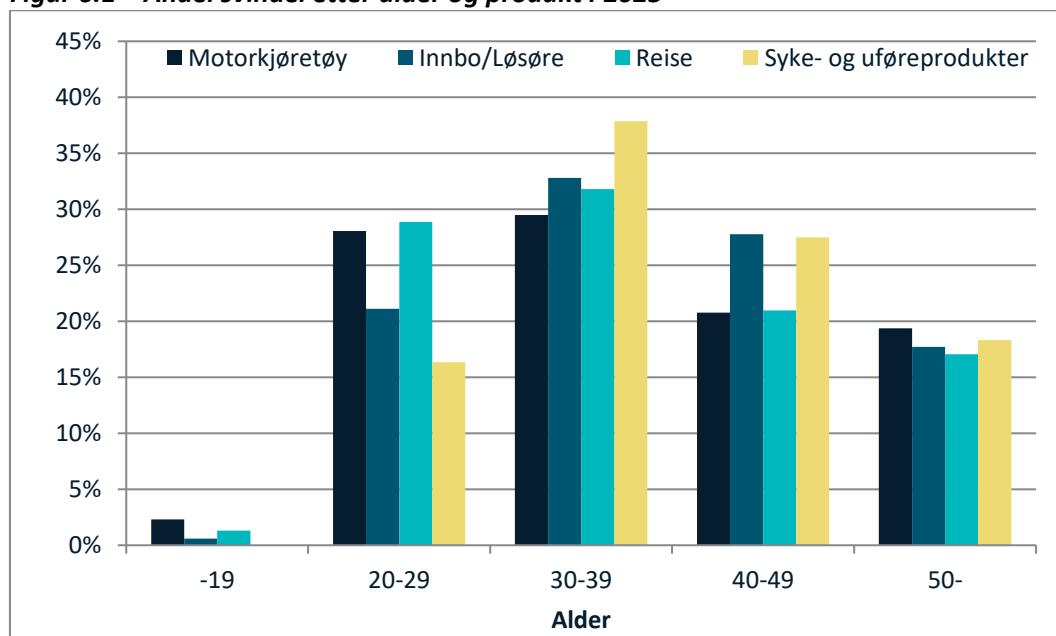
De senere årene har menn svindlet mer enn kvinner, men både i 2024 og 2025 har kvinner stått for flertallet av de avdekkede sviksakene innen syke- og uføreprodukter. I 2025 utgjorde kvinner 55 % av sakene. Til sammenligning utgjorde menn 54 prosent i 2023.

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 2025



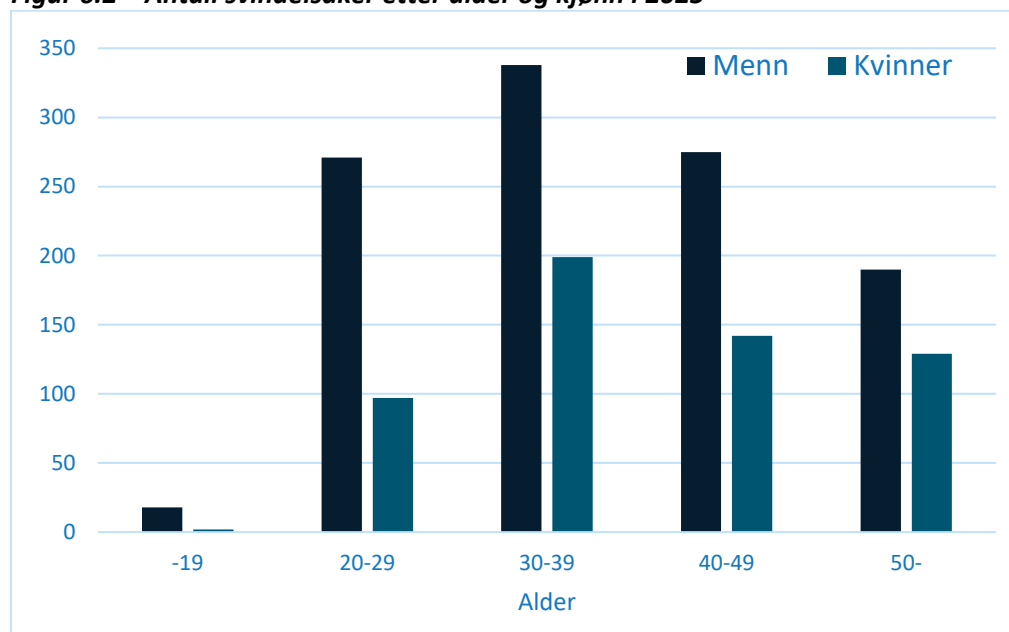
Figur 6.1 viser aldersgruppene hvor det avdekkes mest forsikringssvindel i de ulike produktene. Aldersgruppen 30 til 39 år er de som utfører mest svindel innen både reiseforsikring, innbo og motorkjøretøy. For både motorkjøretøy og reise utføres det også en del svindel av personer i 20-årene.

På syke- og uføreproduktene er det også 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 f.eks. oftere har reiseforsikring, mens færre unge vil være forsikret mot syke- og uførhet.

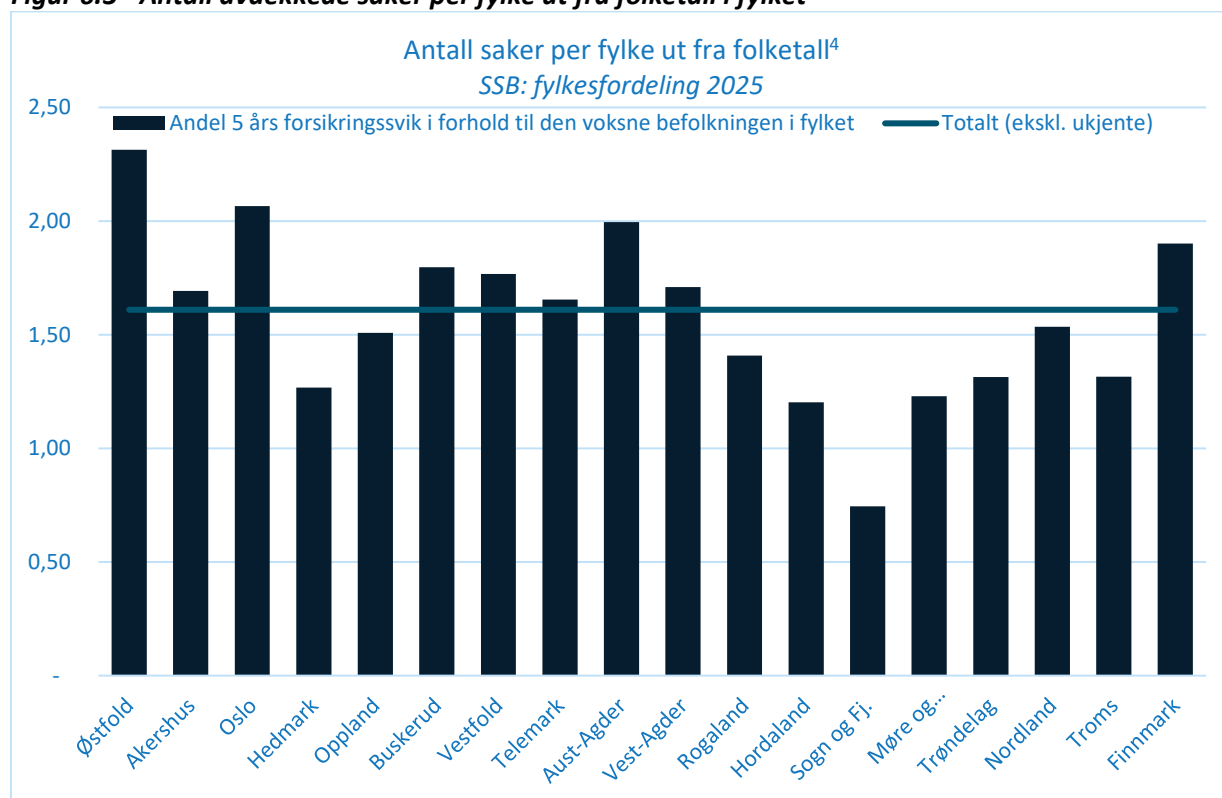
Totalt er kjønnsfordelingen 66 prosent menn mot 34 prosent kvinner når det gjelder antall saker i 2025. I syke- og uføreforsikringene er kvinneandelen på 55 prosent, mens i skadeforsikring er kvinneandelen på 31 prosent. Kvinner er noe mer representative på innbo- og reiseforsikring, der andelene er på henholdsvis 38 og 39 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.

Figur 6.2 – Antall svindelsaker etter alder og kjønn i 2025



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 2025.

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, Aust-Agder og Vest-Agder dårligere enn gjennomsnittet totalt. Flere fylker er også 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 forsikringsselskapene legger vekt på. Det må også tas et visst forbehold om at sammenligning med befolkningsstatistikken fra 2025 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. 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 ellers, 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 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 senere 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.

Fagutvalg kriminalitet forsikring (FKF)

Utvalget har fokus på samhandling innen forebygging, avdekking og håndtering av forsikringskriminalitet og er et rådgivende organ for styret i FNF og administrasjonen.

Utvalget identifiserer felles problemstillinger og risikoer som best løses i fellesskap, og søke felles løsninger for disse innenfor rammene av konkurranselovgivningen.

Fagutvalget medvirker til utgivelse av relevante rapporter og årlig svikstatistikk. Utvalget skal også bidra med innspill og faktaopplysninger til bruk for informasjonsvirksomhet.

Ansvarsområdet omfatter også spørsmål i forbindelse med myndighetenes utarbeidelse av lover og forskrifter på området.

8. Definisjoner

- **Hva er forsikringssvindel:**
Den forsikrede forsøker å oppnå eller oppnår erstatningsutbetaling fra et forsikringsselskap 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:**
Forsikringsselskapet 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:**
Forsikringsselskapet 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 forsikringsselskapene tilknyttet Finans Norge som selger livsforsikring eller andre personforsikringer der det er helsevurdering ved tegning/avtaleetablering. Forsikringsselskapene kan søke om informasjon fra registeret i salgsøyeblikket og ved søknad om uføreerstatning. Personforsikringer gitt på spesielle vilkår og avslag på søknad om forsikring registreres i ROFF. ROFF inneholder ikke helseopplysninger, men disse kan hentes fra forsikringsselskapet etter fullmakt fra

forsikringssøker. Nærmere informasjon finnes på Finans Norge Forsikringsdrift sine nettsider: <https://www.forsikringsdrift.no/omrader/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. Nærmere informasjon finnes på Finans Norge Forsikringsdrift sine nettsider: <https://www.forsikringsdrift.no/omrader/foss/>