

仮 訳

保険監督者国際機構

保険における詐欺の防止、摘発、報告
および是正に関する適用文書

2011年9月

本文書は、メンバーおよびオブザーバーとの協議により、マーケットコンダクト小委員会の保険詐欺 WG が作成。

本出版物の著作権は、生命保険協会（以下、当会）が有しており、保険監督者国際機構（以下、IAIS）の公式な翻訳文書ではない。

無断転載禁止。出典表示を条件に、概要の引用について、複製または翻訳を許可する。なお、本仮訳を利用することにより発生するいかなる損害やトラブル等に関して、当会は一切の責任を負わないものとする。

原文は、IAIS のウェブサイト(www.iaisweb.org)上で入手可能である。

保険における詐欺の防止、摘発、報告および是正に関する適用文書

目次

1. はじめに
 2. 保険における詐欺リスク
 - 2.1 詐欺の三角形（構造）（fraud triangle）
 - 2.2 保険詐欺師の人物像
 - 2.3 保険会社による詐欺リスク管理
 3. 内部詐欺
 - 3.1 内部詐欺リスク
 - 3.2 内部詐欺の防止
 - 3.3 内部詐欺の摘発
 4. 保険契約者詐欺および保険金詐欺
 - 4.1 保険契約者詐欺および保険金詐欺のリスク
 - 4.2 保険契約者詐欺および保険金詐欺の防止
 - 4.3 保険契約者詐欺および保険金詐欺の摘発
 5. 仲介人詐欺
 - 5.1 仲介人詐欺リスク
 - 5.2 仲介人詐欺の防止および摘発
 6. 組織的な手段および手続きの支援策
 - 6.1 取締役会、上級管理職陣およびその他の職員の研修
 - 6.2 詐欺疑惑の報告
 - 6.3 保険会社と他の金融機関間の情報交換
- 付録 A- 保険における（疑惑の）内部詐欺の事例およびケース
付録 B- 潜在的な内部詐欺の指標－危険信号（red flags）
付録 C- 保険における（疑惑の）保険契約者詐欺および保険金詐欺のケース
付録 D- 潜在的な保険契約者詐欺および保険金詐欺の指標－危険信号
付録 E- 保険における（疑惑の）仲介人詐欺の具体的なケースおよび事例

1 はじめに

1. 本ペーパーの目的は、潜在的な詐欺リスクが確認され削減されるよう、保険セクターにおいて詐欺がどのように発生しうるかについての情報を提供することである。本ペーパーは*保険詐欺対策*に関する ICP21 およびその付随する規準および指針を補足し、そしてそれは保険監督者に適用される。
2. この文脈において、本ペーパーは、保険会社（再保険会社を含む）および保険仲介人によって用いられる情報を提供する。保険会社への言及は、仲介人も含めるものとして読まれるべきである。
3. 保険会社は、自社の脆弱性を評価し、詐欺リスクを管理するための効果的な方針、手続きおよび統制を行うべきである。保険会社は、自社の詐欺対策の方針、手続きおよび統制が、海外に所在するものも含め、支店にも適用されるよう確実にすべきである。それゆえ、保険会社は、セクション[2.3]で言及される詐欺リスクマネジメントに基づき、詐欺に対処する場合には、リスクベースのアプローチを採用すべきである。グループは、当該グループ全体で異なる脆弱性を評価して、グループの視点からそのような評価を行うべきであり、詐欺リスク管理のための効果的な方針、手続きおよび統制を、グループ全体において確実に整えるべきである。
4. 本ペーパーは、再保険会社にも適用可能であり（セクション 2 および 6 を含む）、議論された対策は、リスク感応的な基準で（例えば、自社の事業のリスクプロファイル、特性、規模および複雑性に従って）実施されるべきである。再保険会社は、内部詐欺についてのセクション[3]の全部、および仲介人を利用する場合には、セクション[5]を可能な限り適用すべきである。保険契約者詐欺と保険金詐欺に関するセクション[4]については、再保険会社は、自社リスク管理の一部として、出再保険会社が整備する、詐欺リスク管理のための方針、手続きおよび統制を考慮すべきである。
5. 再保険会社は、取引先企業が整備する詐欺リスク管理システムを理解することにより、出再保険会社および再保険の仲介人からの詐欺的な保険金請求に対するエクスポージャーを軽減することが可能である。出再保険会社の職員が、再保険会社をだます意図で陰謀に加担する第三者と共謀している場合がある。例えば、保険契約者と陰謀を企て、保険金回収損失金額に関連しないコストを吊り上げるといった可能性である。

6. 保険監督者は、自身の保険業界内に関して、詐欺対策手段をいかに最善の方法で適用するかを決定するのを支援するために、本ペーパーに含まれるガイダンスを考慮することも望むかもしれない。

2 保険における詐欺リスク

7. 詐欺はあらゆる形態および規模で発生する。1人の人物が関与する単純な（詐欺）行為もあれば、当該保険会社の内外に属する多数の人物が関与する複雑な行為（operation）である場合もある。本ペーパーでは、以下の種類の詐欺を検討する。

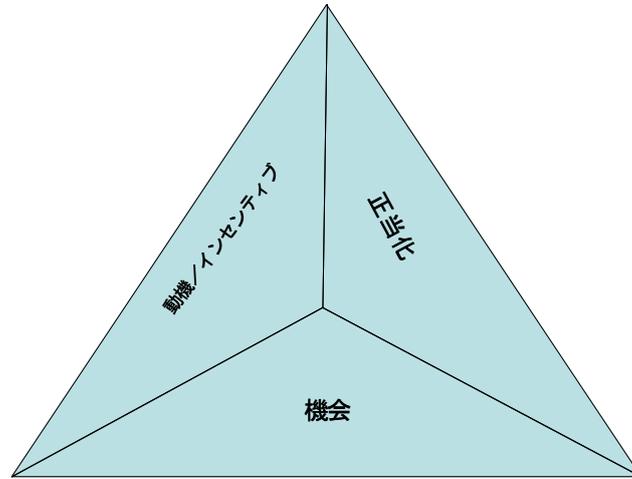
- (a) **内部詐欺**—取締役会メンバー、上級管理職（senior manager）またはその他の職員が単独でまたは保険会社の内部もしくは外部の他の人物と共謀して保険会社に対して行う詐欺
- (b) **保険契約者詐欺および保険金詐欺**—保険商品の購入時および／または履行時に、単独または複数の人物が共謀して不正な保障または支払を得ることによって、保険会社に対して行う詐欺
- (c) **仲介人詐欺**—保険会社、保険契約者、顧客または保険金受取人に対する、仲介人による詐欺

8. 保険会社に影響を与える詐欺には他の種類も存在するが、本ペーパーではカバーされない。例えば、以下である。
 - 保険金支払で役割を果たさない、請負業者または供給業者によって行われる詐欺
 - 投資家を引き付けるため、公共事業機関から有利な貸付金、許可またはその他の種類の有利な決定を得るため、保険保障の不当表示による詐欺

2.1 詐欺の三角形

9. 詐欺発生の要因となる3つの基本的な構成要素が以下のとおり存在する。
 - (a) 動機(motive)／インセンティブ
 - (b) 機会
 - (c) 正当化(rationalisation)

これらの基本的な構成要素は詐欺の三角形としてよく知られている。



図：詐欺の三角形

10. 人々は様々な理由から詐欺を行う。例えば、それらには、金銭的問題がありうるし、または、非現実的な事業目標を満たすための圧力といった理由がありうる。保険会社は、これらの状況が存在する可能性を認知して、起こりうる詐欺の兆候を見出すべきである。
11. 詐欺師にとっては、詐欺を実行に移す機会を持つことが必要となる。彼らは摘発の可能性がわずかであると考える場合に、実行に移すことが多い。それゆえ、保険会社は、詐欺の発生を防ぐための、そして、詐欺が発生した場合には、それを摘発するための適切な方針、手続きおよび統制を有するべきである。
12. 正当化は、詐欺を正しいとする心理的プロセスである。例えば、人々は以下の理由から詐欺を行う可能性がある。
 - 雇用者としての保険会社に不満を抱いている
 - 保険料が支払われたので、報酬を受ける権利があると見なす
 - 「誰もがやっている」という態度を取る
 - 取締役会または上級管理職陣（Senior Management）のような保険会社の他の人の行動を模倣する

また、多くの人々が、このような詐欺を被害者なき犯罪と見ているため、保険における詐欺に関する世間一般の態度が、詐欺の発生を防止することはない。

13. 適切な抑制と均衡(checks and balances)が存在すれば、詐欺の可能性は著しく削減される。適切な方針、手続きおよび統制を策定するにあたっては、保険会社は、

詐欺に対する脆弱性は、当該保険会社の業務に影響を及ぼす事業環境はもちろんのこと、取締役会メンバー、上級管理職およびその他の職員の誠実性および個人的な諸条件の影響を受けることを認識すべきである。

2.2 保険詐欺師の人物像

14. 詐欺師の一般的な人物像は2つ存在する。

- (a) 「機会を待つ(opportunity)」詐欺師：機会を待つ詐欺師とは、詐欺を行う機会を見つける人物で、通常は法律を守る人物である。例えば、この種の詐欺師は、保険会社が無限に資金を有していると想像し、そして、保険金支払が全くなかった場合に、前年に払い込まれた保険料のコストを回収する目的で、保険金請求のでっち上げが容認可能と考える。内部詐欺に関しては、例えば、詐欺師は自身の利益のために費用をごまかす、または、保険会社の財務諸表を改ざんするかもしれない
- (b) 「プロの」詐欺師：プロの詐欺師は、詐欺を行うことによって、自身の収入を稼ぐ、または収入の足しにする人物である。当該人物は摘発されるまで詐欺を行い続け、多くの保険会社を標的にするおそれがある。プロの詐欺師の人物像の発展形態(extension)として、複雑で高額な詐欺の実行能力を有する人物グループが関与する組織的な犯罪がある。不正に取得した資金は、他の犯罪行動の資金源として流用されるおそれがある

2.3 保険会社による詐欺リスク管理

15. 保険会社は、詐欺師を阻止すべく、常に警戒すべきである。保険会社のコーポレート・ガバナンスの一部として、保険会社の取締役会は、詐欺の可能性のある形態および影響を含め、自組織に対する詐欺リスクについて認識し、理解すべきである。内部、保険契約者、保険金および仲介人の詐欺リスクについて理解することにより、保険会社は、当該リスクを統制するために何が成し得るか、どの手続きおよび統制が効果的かつ効率的に導入され、これらのリスクを管理し得るのか決定することができる。
16. 取締役会および上級管理職陣は詐欺リスク管理に対する責任を有する。詐欺リスク管理は、各保険会社のリスク管理体系の一部とすべきである。
17. 保険会社は、自社の使命、戦略および事業目的を確立する際に、詐欺リスクに取り組むべきである。全体的な方針は、部門別の目的に整合的に導入されるべきである。それは、例えば以下に関する、関連する運営手続きならびに統制において反映されるべきである。
- 商品開発
 - 顧客引受 (accepting clients)
 - 経営陣および職員の雇用・解雇
 - アウトソーシング

- 保険事務処理
- 仲介人との取引

18. この目的上、保険会社にとって以下が必須となる。

- 方針、手続きおよび統制を通して、健全な統制環境を確立し維持すべきである。保険会社は、企業価値および適切な組織文化の一部として、取締役会、上級管理職陣およびその他の職員の高水準の誠実性を要求すべきである
- 取締役会および上級管理職陣による適切な支援（「経営トップの基本理念 (tone at the top)」）ならびにこれらの価値を組織全体に行き渡らせる全体的な伝達(communication)を実証すべきである
- 現実的な事業目的および目標を設定し、取締役会、上級管理職およびその他の職員に対して当該目的・目標を満たすための十分な資源を割当てておくべきである
- 取締役会および上級管理職が、進行(development)を監視し、適切な行動を起こせるよう時宜にかなった方法でそれを入手可能にすることで、保険における詐欺についての管理情報を準備し収集すべきである。当該情報は、方針、手続きおよび統制の有効性を定期的に評価するために利用され、必要に応じて変更すべきである
- リスク管理、手続きおよび統制を検査するための、適切で独立した監査機能を構築および維持するべきである

19. 詐欺を防止し、摘発するのに必要な方針、手続きおよび統制の範囲ならびに具体的な形態は、リスク分析に従って決定されるべきである。考慮すべき関連要因には、以下が含まれる。

- 保険会社の規模
- グループ構造、責任構造および組織構造
- 提供する商品およびサービス
- 保険料受領方法および保険金支払い方法
- 保険契約者の種類
- 市場条件

20. 詐欺リスクは、保険会社の販売方法、例えば、直接販売または会社専属募集人もしくは独立保険ブローカーの利用により影響され得る。顧客との接触、保険会社職員の関与、および第三者への依存の程度は、利用される販売方法によって異なり、このことが、詐欺リスクの特性および規模に影響する。インターネットのような新技術が商品の販売に利用された場合には、具体的な方針、手続きおよび統制が必要とされ得る。

21. 事業のリスクプロファイルによって、および、特性、規模ならびに複雑性により保証されている場合には、保険会社は、詐欺管理のための分離された機能の導入

を検討すべきである。当該機能は、いずれの詐欺捜査と同様に、保険会社の詐欺対策のための方針、手続きおよび統制の考案、ならびにその遵守に対して責任を持つことになろう。当該機能は、保険会社の詐欺の統計およびそれに関連する管理情報を保持し得る。さらに、当該機能は、他の保険会社および金融機関、ならびに法執行当局といった第三者との情報交換を連携し得る。当該詐欺管理機能が確立された場合には、以下が必要となろう。

- 必要な権限を有する
- 十分な資源を有する
- 取締役会、または取締役会のリスク委員会や監査委員会に直接、問題提起できる
- 機密を保持できる

22. 詐欺リスク管理の一環として、保険会社は、適切に、さらに、緊急時には迅速に（疑惑の）詐欺ケースに対応し得る一連の対策および手続きを有するよう確保すべきである。

23. 詐欺捜査には、可能な限りさまざまな分野の専門的知識（例えば、法務、法廷、IT、監査および医学的な専門知識）を要する。保険会社は、社内で、あるいは、詐欺捜査の質および情報の機密保持が外部委託することにより危険に晒されることがない場合には、しかるべき第三者に詐欺捜査を外部委託することにより、適切な専門知識を有するよう確保すべきである。

24. 取締役会および上級管理職陣は、必要不可欠な方針、手続きおよび統制を確立し、導入することに責任を持つため、詐欺問題の検討に割り当てられた時間はもちろんのこと、報告の種類（nature）および頻度は充分であることを確実にすべきである。詐欺師の傾向および人物像など詐欺に関する情報は、当該保険会社全体で共有され、認知されるべきである。ゆえに、異なる個別の情報を統合することにより、詐欺の発生可能性の指標（または危険信号¹）を早期に識別することが可能である。

25. 保険会社は、詐欺の動的特性を考慮するために、自社の詐欺対策の方針、手続きおよび統制を定期的に見直すべきである。保険会社が詐欺に晒されている場合には、「教訓（lessons learnt）」を特定した当該（詐欺）事件を活用して、当該詐

¹ 事実、出来事、明細書または保険請求に対してより詳細な調査が必要であることを示唆する指標。特に、他の危険信号の発生と組み合わせる時には、潜在的な詐欺の兆候の可能性がある。

欺リスクの再発を最小化するために、方針、手続きおよび統制を調整すべきである。

3 内部詐欺

3.1 内部詐欺リスク

26. オペレーショナル・リスク管理の一部として、保険会社は、内部詐欺のケースに起因する財務損失の可能性と同様に、職員の士気に対する影響についても検討すべきである。内部詐欺は、保険会社に対する重大な風評リスクももたらす。ひどいケースでは、保険会社の経営破綻を引き起こしうる（付録 A－保険における（疑惑の）内部詐欺の事例およびケースを参照されたい）。

27. 内部詐欺に対する保険会社の脆弱性に影響を及ぼす要因には、以下が含まれる。

- 複雑性－内部詐欺は、職責責任の細分化の傾向が強い、または当該保険会社への帰属意識が欠如する、複雑な組織構造を有する保険会社で発生しやすくなる
- 新機軸のスピード－現代の商業、商品開発およびコンピュータ化のスピードは、詐欺の機会を増加させる
- 報酬および昇進の方針－職員の給与および地位がある目標の達成に依存する場合、詐欺をはたらく動機はより強くなり得る
- 少数の人物内での意思決定の集中を含む、内部統制の脆弱性
- 経済および事業の状況－合併・買収または株式公開買付など、保険会社における不安定局面は、詐欺に対する予期せぬ機会を提供し得る。保険会社の統制システムおよび環境が十分に強固でない場合、詐欺はより発生しやすくなる

概して、内部詐欺は、取締役会および上級管理職陣のレベルを含めて、あらゆるレベルで発生する。詐欺が発生するレベルが高くなるにつれて、財務損失および風評ダメージが大きくなる可能性が高くなる。

28. 現金、または、備品、備蓄品もしくは情報などの会社の資源を盗み出す職員は、最も常套的な詐欺行為を象徴している。しかしながら、汚職職員は、より財務的な犠牲の大きい職務上のスキームにもかかわっている。これには、贈賄およびキックバックが含まれる。通常収賄は、何かを、例えば、事業の決定を下す受益者の影響力を「購入する」ことである。その他の種類の詐欺ほど一般的ではないが、商業上の収賄スキームは、通常、非常に財務的な犠牲が大きく、職員と第三者との共謀が関連している。典型的には、これらのスキームは、あるサプライヤー（供給者）に当該契約を与えることに対する報酬として、そのサプライヤーからのキ

ックバックまたは手数料の受領が伴う。この種の詐欺は、サプライヤーから職員に直接的にキックバックが支払われ、保険会社の「帳簿を経由する」ことがないため、とりわけ摘発が難しい。こうした不正慣行は、その他の職員、ベンダーまたはその他の第三者によりそれが暴かれない限り、摘発を免れることが多い。

29. 内部詐欺の警告に関する典型的な兆候は、以下のとおりである。

- 休暇を取ることに消極的である、または、恒久的なストレスに晒されていると思われる、夜遅くまで勤務する上級管理職またはその他の職員
- 突然に退職する取締役会メンバー、上級管理職またはその他の職員
- 取締役会メンバー、上級管理職またはその他の職員の性格の著しい変化
- 取締役会メンバー、上級管理職またはその他の職員の明白な資力を上回る説明のつかない財産および／または暮らしぶり
- 取締役会メンバー、上級管理職またはその他の職員の生活様式の急激な変化
- 別の人物の監督または監査を受けない非常に大きな統制力および／または権限を有する、あるいは、自身の実績に対する（独立した）見直しに抵抗、反対する主要な管理職または職員
- 社外に事業利益、および／または利益相反を引き起こす第三者となれ合いの関係を有する取締役会メンバー、上級管理職またはその他の職員。例えば、不均衡な取引高またはその他の形態の「支援」が、管理職または職員と相互に対等な関係にない第三者に付与される場合がある
- 顧客の苦情
- 明細書の紛失および未認識の取引
- 説明のつかない費用の高騰

30. かかる警告の兆候または指標の存在は、内部詐欺の発生または将来的発生を意味するものではない。しかし、とりわけ、複数の詐欺が発生した場合には、保険会社は、かかる警告の兆候または指標に注意すべきである。付録 B—潜在的な内部詐欺の指標(indicators)－危険信号(red flags)は、（内部詐欺の）発生可能性の指標に関する広範囲なリストを提示している。

3.2 内部詐欺の防止 (detering and prevention)

31. 内部詐欺の防止策は、このリスクを管理するのに必要不可欠である。これらの措置は、深刻なケースの内部詐欺が摘発された場合、不利な広報および監督上の注意または介入のネガティブな影響を保険会社が回避する上でも役に立つ。

32. 保険会社は、内部詐欺に脆弱な組織のプロセスとその結果として生じる個別の内部詐欺のリスクの両方を識別すべきである。

33. 保険会社は、内部詐欺の発生可能性に対する意識を組織内で高めるべきである。例えば、取締役会、上級管理職陣およびその他の職員に対し、内部詐欺の発生可能性の指標に関するガイダンス、および内部詐欺の防止、摘発、報告および是正に関する研修を提供すべきである（研修については、セクション 6.1 を参照）。
34. 取締役会メンバー、上級管理職およびその他の職員に対して、そのポジションならびに責任にふさわしい適切な適格性の基準を確立すべきである。危険度が高い分野での活動を遂行するために保険会社により雇用された第三者に対しても、同等の基準が設定されるべきである。
35. 経営陣および職員の適格性 (fitness and propriety) に対する初期および継続的な評価には、身元、個人情報および経歴の確認を含めるべきである。
36. 人事の記録は、完備状態であるべきであり、取締役会メンバー、上級管理職およびその他の職員の採用に関するすべての情報を包含すべきである。記録は、疑わしい人物が当該保険会社を退職した後、適切な期間は保存されるべきである。
37. 採用においては、保険会社は、虚偽の職歴、照会状および証明書または身元など、虚偽の情報を提供し得ることを認識すべきである。
38. 防止策としての方針、手続きおよび統制には、(とりわけ)以下が含まれる。
- 取締役会、上級管理職陣およびその他の職員の誠実性に価値を置くことによって当該保険会社への帰属意識を促進するとともに、不正行為に関する問題に責任を持つよう同僚に呼びかける職員に価値を置く組織文化および雰囲気
 - 経営陣およびその他の職員の倫理行動についてのオフィス・マニュアルおよび社内ガイドラインを発行
 - 経営陣および職員に対する適切な監督（体制）の保持
 - 常勤または非常勤の経営陣および職員に対し、雇用前と雇用中のスクリーニングの実施
 - 職務記述書または職務明細書 (role statements) に職責責任を明確に規定
 - 詐欺に細心の注意が必要なポジションにいる経営陣および職員に対して、任務の定期的なローテーションおよび強制的な休暇取得を要請
 - 当該保険会社、取締役会メンバー、上級管理職およびその他の職員の間が存在する、潜在的な利益相反排除
 - 利益相反を引き起こす、または、その影響を受けやすい機能の分離または分割
 - 4 つの目の原則 (the four eyes principle) の遵守 (意思決定、または検証、適切なガバナンス、透明性および統制などのためのその他の重要な活動にお

ける複数人物の関与)

- 機能の適切な分離
- 情報システムはもちろんのこと、現金、その他の資産および取引の利用、処理および可用性に対する効率的な、実体的かつ手続き上のセーフガードの確立
- 現金およびマネーフローが複数の人物により処理されるような取決め
- 明確な報告ラインおよび情報伝達手続きの確立
- 不満を抱いている経営陣および職員のための社内苦情手続きの確立
- 当該法執行機関への通知に関する方針を含め、取締役会メンバー、上級管理職およびその他の職員が内部詐欺の対処にあたっての、透明性のある整合性のとれた方針の確立
- その他の潜在的な犯罪者の防止のために、内部詐欺のケースに対する明確な解雇方針の確立

3.3 内部詐欺の摘発

39. 内部詐欺の摘発は、その防止を補完するものである。そこでは、防止に役立つ方針、手続きおよび統制の有効性が明らかにされる。詐欺がどのように行われるかは、個人の想像力のみによって制限されるという点を留意すべきである。こうした「人的要因」は、内部詐欺の摘発をとりわけ難しくしており、そのために、特に防止を重要視しているのである。
40. 社内（内部）監査は、内部詐欺を摘発するツールとして成功している。よって、保険会社は、適切な間隔でリスクベースの内部監査を実施すべきである。有効性を持たせるためには、監査に携わる職員が、時宜を得た方法で、コンピュータ化されたシステムおよびファイルを監査するための情報および技術的ツールにアクセスできるようにする必要がある。
41. 社内（内部）監査の機能は、日々の活動から独立すべきであり、取締役会または同等の機関に対して責任を負うべきである。適切である場合には、保険会社は、引き受けた業務に対する説明責任を保持する一方で、独立した外部の機関へ監査機能を委託することもできよう。社内監査は、取締役会、すべての経営陣および職員のレベルに適用されるべきである。それには、保険会社のすべての事業ラインおよびプロセスが含まれるべきである。
42. 保険会社は、経営陣および職員に対して不正行為を報告するよう促すべきである。保険会社は、極秘の報告メカニズムを確立することで、詐欺師を摘発する機会を増やすことが可能になる（[6.2]を参照されたい）。極秘の報告システムでは、保険会社の詐欺に対する厳しい姿勢（intolerance）が職員に示される。

43. 一部の保険会社は、発生可能性のある詐欺またはその他の不正行為に関する情報開示についての方針を有する（例えば、告発）。取締役会メンバー、上級管理職またはその他の職員により行われる詐欺および不正使用に関するエクスポージャーならびに報告は、内部詐欺を管理する際の価値のある情報源となり得る。
44. 取締役会メンバー、上級管理職またはその他の職員が当該保険会社を退職する際に行われる面談は、詐欺に取り組むにあたっての有益な情報を提供し得る。

4 保険契約者詐欺および保険金詐欺

4.1 保険契約者詐欺および保険金詐欺のリスク

45. オペレーショナル・リスク管理の一部として、保険会社は、保険契約者詐欺および保険金詐欺のケースに起因する財務損失および風評リスクの可能性を検討すべきである。ひどいケースでは、潜在的に保険会社の経営破綻を引き起こしうる。
46. 保険契約者詐欺および保険金詐欺は、保険契約の開始日、当該保険契約期間中、または支払または補償を請求する際に、保険契約者により行われることがある。保険金詐欺は、保険金の支払受取にかかわる第三者によっても行われ得る。例えば、開業医は、提供されていない医療サービスに保険金請求を行い、もしくは、エンジニアが、修理費用を水増しする場合がある。
47. 保険契約者は、不正確な経歴および別の保険会社による保険保護の謝絶または保険金請求の経歴などの情報を故意に差し控える、または提出するという場合がある。保険会社がこうした情報を入手していた場合、保障を提供しなかったであろう、または、異なる条件（高めの保険料もしくは高めの自己保有額）に基づいて保障を提供したであろう保険会社にとっては、これは深刻なリスクである。
48. 保険金詐欺の事例は、付録 C－保険における（疑惑の）保険契約者詐欺および保険金詐欺ケースに含まれており、以下の4つのうちいずれかの特徴を有する。
 - 虚偽の損害または損失に関する報告および保険金請求
 - 当該保険で保障される損害または損失に関する誇張
 - 当該保険で保障される事故の状況をつくろうための事実に関する不正の表示
 - 損害を被った当事者を詐欺師が不正に表示
 - 当該契約に基づき保障される損害または損失を引き起こす事故の発生の偽装

49. 保険金詐欺は、身分詐称（identity fraud）などの別の種類の詐欺との組み合わせという形で発生する場合がある。例えば、当該治療にかかる費用に対して保険がかけられている他人の身分証明書を使用し、患者に施されている治療をめぐる（費用をせしめる）ケースである。
50. 保険会社は、事業のオペレーショナル・リスクの一部として、保険契約者詐欺および保険金詐欺のリスクに対応すべきである。最も適切な方針、手続きおよび統制を確立するにあたって、保険会社は、詐欺の防止ならびに摘発のメリットおよび費用を査定し、以下を行う必要がある。
- 販売の観点から、引受および保険金支払の緩和とスピードは望ましいが、このことで、より高度な詐欺のリスクが発生する可能性があることを理解すること。このリスクは、詐欺に対する適切な方針、手続きおよび統制により軽減される
 - 詐欺を防止し、保険業界の誠実性が促進されるよう、道徳的かつ倫理的な責任を検討すること
 - 詐欺は、保険会社の風評に影響を及ぼすと認識すること。消費者は、詐欺はその他の犯罪活動と関係しているとみなす可能性があり、頻繁に発生する詐欺は保険料の高額（化）または保険金支払の失策につながると考える場合がある
 - 特別に留意されるべき種類の詐欺、例えば、複雑かつ高額な詐欺を行う組織的な犯罪グループによる詐欺、および、偽装の自動車事故など、その他の犯罪行為が伴う詐欺であるが、これらは保険契約者またはその他の第三者の利益を脅かすため、確認、防止および摘発すること²

4.2 保険契約者詐欺および保険金詐欺の防止

51. 保険契約者詐欺および保険金詐欺の防止は、保険会社による適切な商品開発（商品ブルーフィング³）で始まる。保険会社は、新規保険商品の開発にあたり、リスクを増大させる要因を認識する必要がある。例えば、保険契約の条件が現在の価額ではなく再調達価額、すなわち、「古いものの代わりに新しいもの（new for old）」に基づいて補償を提供する場合、経済的に困窮する保険契約者は、進んで自動車の窃盗を企てたり、自身の不動産（property）に放火する場合もある。これは、当該契約の契約条件を決定する際の検討材料になろう。さらに、保険会社は、保険金代替サービス（claims replacement service）付きの契約の提供を検討する場合もある。こうした契約では、損失は、現金による補償ではなく、現物での代替により補償される。

² 詐欺によって獲得された金銭は、その他の犯罪行為の資金に使用されることが多い。

³ 詐欺リスクおよびその他関連リスクを認識し、十分なコントロール手段を用いて対応する方法での保険商品の開発。

これは、かかる条件を使用すべきではないといっているのではないが、保険会社は、それらは詐欺のリスクを増大させ得る点を認識すべきであり、そうしたリスクを軽減するための適切な統制を確実に整えるべきである。

52. 保険会社は、自社の既存の保険商品に内在する詐欺リスクを査定すべきである。査定を行うにあたっては、保険会社は、例えば、詐欺の専門家または保険金支払の担当者など、関連性のある専門知識を有する者を関与させるべきである。
53. 保険会社は、顧客(の申込)に対する適切な引受方針(adequate client acceptance policy) を確立し、本目的のために、以下を検討すべきである。
 - 顧客引受方針の一部には、商品と顧客の結び付き (combination) の予想に関するカテゴリー化を含めるべきである
 - それぞれの結び付きについては、顧客は受け入れられるべきか否か、そして、いかなる条件において受け入れられるのか、および、保険会社は詐欺を防止または摘発するためにいかなる手段を講じるべきなのかについて明確にすべきである
 - こうしたカテゴリー化は、定期的に査定されるべきである。この査定の一部には、摘発された詐欺の割合と詐欺の予想割合の比較を含めるべきである
54. 保険会社は、適切な顧客引受の手続きを確立し、本目的のために、以下の要素を検討すべきである。
 - 顧客と商品についての予想外の結び付きは、特別に留意されるべきである
 - 顧客は本人であることが確認され、身元は照合されるべきである
 - 顧客引受に使用されるアプローチには、以下が含まれる。
 - ・ 経験に基づく専門的判断の活用
 - ・ 危険信号のリストをチェック (潜在的な保険契約者詐欺および保険金詐欺の指標－危険信号は、付録 D に含まれている。)
 - ・ ピアレビュー (peer review) の実施
 - ・ 社内および/または社外のデータベースのチェック
55. 手続きには、商品と顧客の結び付きのそれぞれに対してどのアプローチを使用すべきかを示唆する明確な判断基準を含めるべきである。顧客引受プロセスの有効性および効率性、ならびに詐欺防止の成功率は、顧客情報を社内および/または社外データベース、危険信号リストに照らし合わせてチェックする、自動化された方法を使用することにより向上し得る。これは、顧客引受プロセスにおける自動化の程度を決定する際に検討されるべきである。

56. 保険会社によっては、顧客確認プロセスおよびリスク・アセスメント・プロセスを仲介人に委託しているところもある。しかしながら、最終的な責任は保持している。その結果として：
- 保険会社は、仲介人による顧客の確認ならびに検証、およびリスク・アセスメントに関する方針を確立し、実施すべきである
 - 仲介人との事業上の契約条件（**the terms of business with intermediaries**）は、この方針と整合性を図るべきである
 - 保険会社は、こうした事業上の契約条件を有する仲介人によるコンプライアンスを監視すべきである
 - 保険会社は、顧客のリスク・アセスメントに関する確認および検証についての情報へのアクセス権を有するべきである
57. 保険会社は、契約を締結する、または、損失を報告する場合には、保険契約者および／または保険金受取人の義務に対して、彼らの注意を喚起すべきである。事例には、以下が含まれる。
- 損失の最小化
 - 時宜を得た方法で保険金を報告
 - 時宜を得た方法で、すべての関連情報、とりわけ、損害（事故、損失など）に関する公式文書の写しを保険会社に提供することにより、保険金請求の後に続く調査に協力
 - 必要な査察を実施し、修繕または交換を行う前に損害の程度を査定する権限を保険会社に付与
58. 保険会社は、見込み顧客および既存顧客の双方に詐欺対策方針（**anti-fraud policies**）を伝達すべきである。
59. 保険会社は、保険契約およびその他の関連文書（例えば、保険金請求書）において、虚偽の告知または不完全な告知を提出することの重大性を保険契約者、支払請求者および保険金受取人に認識させる規定を含めることを検討すべきである。例えば、それらは、訴訟に対する法的責任、または保険会社による保障の拒否であり得る。情報が口頭で入手された場合（例えば、対面式のミーティングまたは電話での会話）には、保険契約者、支払請求者および／または保険金受取人は、虚偽または不完全な告知を行うことの重大性について同様に忠告されるべきである。
60. 保険会社は、損害または損傷に対する補償、復旧あるいは修繕に使用される、第三者（開業医、サービス・エンジニアおよび請負業者等）の質および風評を考慮すべきである。業績および実務慣行が当該保険会社によりチェックされ得る、信用できる第三者を使用することに配慮すべきである。

4.3 保険契約者詐欺および保険金詐欺の摘発

61. 保険会社は、より低額な保険料で、より高額な保障を得るために、不正確または不完全な情報を顧客が提供し得るリスクを認識すべきである。新規顧客および新商品を求める既存顧客からの申込を処理する場合には、不正確な、および／または不完全な情報を摘発するために、商品と顧客の結び付きに関する詐欺リスクのプロファイルに適合する適切な方針、手続きおよび統制が策定され、実施されるべきである。こうした方針、手続きおよび統制には、保険契約者および保険事故の特徴の適合性についての査定が含まれ得る。
62. 保険金支払査定手続きは、保険会社により確立されるべきである。保険会社は、保険金支払いに対処する場合、当該保険金支払請求の詐欺リスクについて査定すべきである。
63. 保険金支払査定に関する手続きおよび統制には、以下が含まれ得る。
 - 経験に基づく専門的な判断の活用
 - 危険信号のリストをチェック
 - ピアレビューの実施
 - 社内および／または社外のデータベース、あるいはその他の情報源のチェック
 - 音声ストレス分析、データ・マイニング、ニューラル・ネットワーク、文書の信憑性を検証するツールなど、IT ツールの活用
 - 支払請求者に対する面談
 - 特別調査の実施
64. 手続きおよび統制には、保険金支払査定人が、どの査定方法が使用されるべきかを確認できるようにする、明確な判断基準を含めるべきである。保険金支払査定プロセスの有効性および効率性ならびに詐欺摘発の成功率は、社内および／または社外データベース、ならびに危険信号のリストに照らし合わせて保険金支払をチェックするという自動化された方法を使用することにより向上し得る。保険会社は、保険金支払査定プロセスにおける自動化の程度を決定する際には、このことを検討すべきである。
65. 保険会社は、顧客引受の効率性に関する運営上の目標および保険金支払査定プロセスは、詐欺摘発の妨害となりうる点を考慮すべきである。望ましくは、運営上の目標は、詐欺摘発の目標と統合（combine）すべきである。

66. 保険金支払請求査定に保険金支払査定人または仲介人を活用している保険会社は、その適性および資質を確認する必要がある。保険会社は、保険金支払査定人および仲介人の活動範囲の制限を決定し得る（例えば、彼らが処理し得る保険金支払請求の件数または規模、および／または処理される保険金支払請求の種類に上限を設けるなど）。さらに、保険金支払請求にかかる手数料体系は、保険金請求または損失の規模に対する保険金支払査定人の重要なスタンスを損なうような方法で設定されるべきではない。
67. 保険会社は、自社の独自の事故データベースを作成し、保守すべきである。データベースには、潜在的に当該保険会社から保険金を騙し取ろうとし得る、（以前の）保険契約者、支払請求者、保険金受取人または第三者の氏名が含まれることになる。

5 仲介人詐欺

5.1 仲介人詐欺リスク

68. 保険仲介人は、独立しているか否かを問わず、販売、引受、および保険金処理ならびに保険金支払において重要である。仲介人が、保険会社の顧客の記録を保存することは可能である。したがって仲介人は、保険会社の最も重要なプロセスおよび取引のいくつかに関与しており、保険会社のオペレーショナル・リスクおよび詐欺リスクの管理において、極めて重要である。
69. 仲介人は、保険の購入者と保険会社の間における信頼責任(trust)のある立場にある。いかなる取引においても信頼責任は基本的要素を成している場合、この責任が乱用される危険がある。
70. 仲介人が詐欺に関与する例は、付録 E—保険における（疑惑の）仲介人詐欺の具体的なケースおよび事例一で規定されており、以下を含む。
- 保険金請求が告げられるまで、保険契約者から集金した保険料を隠匿する
 - 架空の(non-existing)保険契約者名義で保険をかけ、第 1 回保険料を支払って手数料を回収し、それより先の保険料支払を停止することによって、保険を無効にする
 - 保険契約者と結託し、保険金詐欺またはその他の種類の詐欺を実行する。例えば、虚偽の情報を当該保険会社に提出することにより、取引の日付を実際よりも前に遡るなどである

71. 仲介人詐欺の典型的な警告兆候³には、以下の場合が含まれる。

- 仲介人が、手数料の即座の支払い、または手数料の前払いを要求する
- 保険契約者または被保険者が、仲介人の営業する地域外に居住している
- 仲介人は、小規模のポートフォリオしか保有しないが、高額な保険金額を保有する
- 受領する保険料および支払われる手数料が、当該契約タイプに対する業界基準以上または以下である
- 保険契約者は、例外的な実務慣行である仲介人を經由しての支払を行うよう要求される
- 同一人物が、被保険者であり、仲介人でもある
- 顧客と仲介人の間に個人的またはその他の親密な関係がある
- 以下に挙げるような、予期せぬ展開または結果が存在する
 - 保険金請求の割合が高い
 - 例を見ないような、または明白な理由を伴わない、（新契約）挙績の増加がある
 - 全額の手数料を伴う、著しい件数の保険契約の更改(substitution)がある
 - 早期の解除または解約の度合いが高い
 - 未決済の保険金請求が多い
- 仲介人のポートフォリオで、以下のような保険契約を（比較的）多く保有している
 - 手数料が第1回保険料よりも高い
 - 保険料の支払いが延滞している
 - （特に生命保険において）契約開始後すぐに支払いが発生する
 - 保険金詐欺からみて高額である
 - リスクの高い被保険者（例えば、高齢者）の数が不均衡に多い
- 仲介人がしばしば住所または名称を変更する
- 仲介人の支配または持分が頻繁に変更される
- 苦情または規制者からの問い合わせ件数が多い
- 仲介人が財務的に逼迫している
- 仲介人が無認可の第三者の事業に関与している
- 仲介人が保険契約の乗替募集(churning)しているようである
- 仲介人が特定の損害査定人および／または修繕の請負業者を使用することにこだわる

5.2 仲介人詐欺の防止および摘発

72. 保険会社は、自社で使用する仲介人が、適格性の基準を満たし、健全な業務の遂行のための適切な防護策を有していることを確認するために、あらゆる合理的な手順を踏むべきである。これを効果的に達成するために、保険会社は、規制下にある仲介人のみに、取引条件を付与し、以下のことを考慮すべきである。

³ 警告兆候および指標の存在は、仲介人詐欺が発生した、または発生するであろうことを意味するものではない。しかしながら、保険会社は、とりわけ複数の詐欺が発生する場合には、これらの警告兆候および指標を注意すべきである。

- 新たな仲介人の採用の際は、文書化された方針および手続きを実施する
 - 仲介人によって記入および署名されることが義務付けられている取引条件の合意書および申請書を用意する
 - 申請書が、申請者に関連する事実の開示を求めるものであることを確実にする
 - 申請者の経済的な健全性およびレファレンスをチェックする
 - 仲介人によるコンプライアンスがなされない場合の有効な制裁方針を有する
73. 取引条件の合意書は、申請する仲介人に対し、以下の確認を求め得る。
- 当該合意書に従って、保険会社に対する取引の紹介が、関連する管轄区域の管轄官庁のいかなる法的義務または規則にも違反していない
 - 当該合意書の期間中いかなる時でも、当該仲介人が、義務付けられている免許、認可、または登録のすべてを保持し、営業する管轄区域で適用可能なあらゆる法律および規則を遵守すること
 - 当該保険会社の詐欺対策方針、手続き、統制とのコンプライアンス
74. 起り得る手数料詐欺を減らすため、保険会社は以下について検討すべきである。
- 第1回保険料の支払いが行われたのを確認するまで、手数料を支払わない
 - 支払われた保険料の一定の割合を超えた手数料を支払わない
 - 新規の、既知でない仲介人と取引をする際は、臨時の預り口座に受領した手数料の一部を留保する
 - 仲介人に対する資金拠出と、手数料の支払を明確に区別する
75. 保険会社は、仲介人の業務および事業の遂行を監視するための、文書化された方針、手続き、および統制を実施すべきである。これらの方針、手続きおよび統制は、仲介人に知らせるべきである。考慮すべき要素には以下が含まれるが、これらに限らない。
- 事業の質、これには、仲介人の業務遂行における健全性および倫理観、ならびに取締役会、上級管理職陣およびその他の職員の誠実性が含まれる
 - 予測された、および実際の、事業パターンのレベル
 - [5.1]で言及された警告兆候
76. 仲介人の保険会社に対する詐欺を防止するために、考え得る追加的な手続きおよび統制では、以下を行う。
- 仲介人を經由するよりはむしろ、直接保険契約者に保険証券および更新書類を発送する。仲介人には保険証券の複製が渡される
 - 保険料払込を現金で受け取らないよう仲介人に対し指示する
 - すべての保険料を保険会社宛で支払可能な小切手として作成し、保険会社宛に支払可能な小切手を仲介人が裏書することを許可しない

- 顧客の口座を管理する仲介人について、銀行の許可を得て行動(operate bank authorisation)できる人物に対する統制および適切な報告網(reporting lines)を有する、十分な保護策が整備されていることを確保する
- 保険会社の職員またはその監査人による、仲介人を経由する保険事業に関する監査を定期的に行う

6 組織的な手段および手続きの支援策

6.1 取締役会、上級管理職陣およびその他の職員の研修

77. 保険会社は、取締役会、上級管理職陣およびその他の職員に向けて、初期のおよび継続的な詐欺問題に関する研修を運営すべきである。研修の種類は、当事者が従事している事業プロセスに対応したものであるべきである。さらに、当該人物がその責任の履行の過程で直面し得るリスクを反映したものとすべきである。
78. 少なくとも、取締役会、上級管理職陣およびその他の職員は、当該保険会社の詐欺防止の方針、手続きおよび統制についての一般的な説明を受けるべきである。これには、内規、例えば、取締役会、上級管理職陣およびその他の職員の行動規範などが含まれる。詐欺の疑惑を報告する必要性を認識するよう作成されるべきである。
79. 取締役会メンバー、上級管理職およびその他の職員の中には、その割り当てられた業務のために、より具体的な研修を必要とする者がある。例えば、関連法、詐欺防止の方針、手続きおよび統制、詐欺の手法、傾向および指標、摘発方法ならびに内部報告の手続きについての研修である。特に、詐欺についての研修は、以下の業務に携わる者に提供すべきである。
- 直接または仲介人経由での、新規保険契約者の新契約およびその引受
 - 保険料の集金
 - 保険金の決済および支払
 - 仲介人との取引
 - 職員の採用
 - 法務
 - 内部監査
 - 詐欺リスク管理
 - 詐欺に関する調査（例えば、面接のスキルおよび適切な IT の活用）

6.2 詐欺疑惑の報告

80. 保険会社は、取締役会メンバー、上級管理職およびその他の職員に対し、詐欺の疑惑を所定の人物に報告するための内部報告手続きを有するべきである⁴。誠意に基づき詐欺の疑惑を報告する者は、適切な法的保護を受けるべきである。特に、そうした者が、機密情報を開示することに責任を負うべきではないことが推奨される。
81. 保険会社は、詐欺の疑惑および詐欺の事例の記録の保存に関する方針を有するべきである。当該方針では、以下について提供され得る。
- どのような事例の記録を保存すべきか、その判断基準
 - 記録すべき情報の種類
 - 情報を保存すべき期間
 - 当該情報へのアクセス、および、
 - 当該情報を安全に保有するための保護策
82. 内部、保険契約者、保険金、および仲介人の詐欺は、非合法の利益を生み出す。保険会社が、詐欺による利益が資金洗浄されている、またはテロリストへの資金提供に関連しているという疑惑を抱く、または疑惑を抱く合理的な根拠を有する場合、保険会社のコンプライアンス・オフィサー⁵は、当該疑惑について、速やかに法執行機関または資金情報機関(FIU)となりうる関連する管轄官庁に報告すべきである。
83. 保険会社は、詐欺疑惑について法執行機関に報告するための、明確な方針を有するべきである。保険会社がどのように進めていくかについては、刑事上の犯罪を報告するためのいかなる法的義務を含め、その管轄区域の法体制およびその他の特性次第である。保険会社による厳格な報告方針は、詐欺対策に貢献するであろう点について留意すべきである。
84. 保険会社は、詐欺に関する報告および制裁についての方針ならびに手続きに関して、内部および外部との連携をとるべきである。
85. 保険会社は、その監督官の規制に基づき、具体的な通知が要求される、あるいは、当該監督官により具体的に要求された、いずれかの詐欺に関連するいかなる問題についても、当該監督者に報告すべきである。保険会社は、最低でも、その財務

⁴ 詐欺の種類によって、所定の人物は、取締役会メンバー、(ライン) マネージャー、または、例えば、コンプライアンス・オフィサーもしくは詐欺リスク・マネージャーなど、高いポジションにある内部報告の管理職となり得る。

⁵ 管轄区域によっては、コンプライアンス・オフィサーは、マネーローダリング・レポーティング・オフィサー (MLRO) と呼ばれている。

ポジション、事業または風評に重大な影響を及ぼす（可能性のある）詐欺について、監督者に報告すべきである。詐欺、および詐欺方針における変更点に関する集約情報は、監督者に入手可能とすべきである。

6.3 保険会社と他の金融機関間の情報交換

86. 詐欺師は、さまざまな保険会社を、同時にまたは連続的に標的とする場合がある。それゆえ、保険会社は、詐欺師達についての情報を保険会社間で共有すべきである。これは、当該保険会社の管轄区域のプライバシー法およびデータ保護法の限度内で、時宜を得て相互に連絡を取り合い、共有のデータベースを構築することによって達成され得る。
87. 共有のデータベースには、内部詐欺師、ならびに詐欺を行う保険契約者、保険金請求者、仲介人、およびその他の第三者に関する情報を、包含し得る。
88. 詐欺師はまた、その他の金融機関を標的とする場合がある。したがって保険会社が、当該保険会社の管轄区域のプライバシー法およびデータ保護法の限度内で、金融業界内の情報を共有することが推奨される。これは、その他の金融機関が運用するデータベースに当該保険会社の共有データベースをリンクさせること、または、共有データベースを構築することによって達成され得る。
89. 詐欺師に関する具体的な情報交換に加えて、詐欺リスク、傾向、方針についての問題、防止、および摘発に関して、保険会社間で知識を共有することが推奨される。保険セクターにおける詐欺撲滅に関与する組織（例えば、公認会計士、法廷監査人、保険金査定人、法執行機関、監督者の団体、場合によっては、消費者団体など）間の協調が、推奨されるべきである。これには、教育やメディアのキャンペーンを通じて、保険詐欺およびその影響についての消費者／保険契約者の認識を高めることが含まれ得る。業界および事業者団体は、こうしたプロセスにおいて重要な役割を果たし得る。

付録 A－保険における（疑惑の）内部詐欺の事例およびケース

内部詐欺は、単純な窃盗から、財産詐取、データ保護違反、機密違反、謀略、ごまかしによる金銭上の利得を得ようとする試みまで、多岐にわたって幅広い行為が含まれる。しばしば、詐欺的行為と正当な行為は混在しており、内部詐欺の発覚をより困難にしている。

身分詐称またはなりすましのためのデータ盗難、もしくは悪用はリストの上位として特徴付けられる。その他の種類の内部詐欺には次のものが含まれる。

- 資金の横領
- 詐欺的な財務報告
- 小切手の盗難
- （契約を）謝絶すべくなされた決定を撤回し、（不正に）家族および友人のために取引勘定口座を開設する
- 費用の水増し請求／過大支出
- 自身で作成した、または、提供者との共謀により入手した、虚偽（または水増し）の請求書の支払
- 顧客に特別価格または特典を認める、または、キックバックとして好意の提供者に仕事を与える
- 署名の偽装
- 顧客の口座からの現金引き出し
- 偽造文書の作成
- 支払に対する見返りとしての会社財産の真の価格を下回る額での販売

保険会社内で生じた、または、生じ得る内部詐欺の典型的なケースは以下を含む。

ケース 1－経歴詐称

求人応募書類が重要な虚偽を有する。応募者は、海外旅行の1年後、英国に帰国したばかりであると主張する。調査の結果、その職員は過去12か月間英国で働いており、詐欺により解雇されていたことが判明した。その他の例としては、保有していない資格を記入したり、職歴を詐称したり、照会先を偽ったり、偽りの身分を用いたりすることなどが挙げられ得る。

ケース 2－請求の改ざん

英国の保険会社が、従業員により150万ポンド騙し取られた。これは、会社に対する水増し請求の提出、および超過分の受け取りが絡むものである。

ケース 3－情報窃盗

ある従業員が、他の従業員が機密の顧客データを出力し、カバンにしまうのを目撃したと報告した。調査の結果、この従業員は、銀行の制服で昼食のために外出した際、情報に対する金銭支払を提案されていたことが判明した。

ケース 4－知的財産詐欺：コンピュータ技術者が窃盗で7年間刑務所入り

Tさんは、ある保険会社でコンピュータのデータ入力の仕事をしている。彼女は自身の立場を利用して、総額で207,000ドル以上になる42件の保険金支払の手形を発注した。これらの手形は、その後、コンピュータ経由で、保険会社から3軒の別個の住所宛のTさんの元へ郵送された。彼女は、逮捕および告訴された。

ケース5－保険金支払統轄者の窃盗の有罪が発覚

S氏は、存在しない人物に架空の保険金を支払った窃盗行為に対し有罪となった。S氏は、地元の貯蓄貸付組合で窓口業務を担当している姪の助けを得て、保険金請求者を立て、支払請求書を偽造し、払込を許可し、会社の手形の換金を行っていた。S氏は、手形発行を工作する度に姪に電話をかけ、保険金請求者はまもなく到着すると告げ、それを現金化するにあたって、姪のサポートを依頼するのだった。

ケース6－オフィスマネジャーの逮捕

P氏は、引受会社のオフィスマネジャーとして雇用されていた。同氏は逮捕され、97,055ドルの窃盗の嫌疑をかけられたのだが、その金額は、保険会社に送付されるべきだった。

(P氏が勤務する)引受会社は、当該保険会社の総代理店だった。

付録 B—潜在的な内部詐欺の指標—危険信号 (red flags)

危険信号とは、事実、出来事、明細書または保険請求に対してより詳細な調査が必要であることを示唆する指標。特に、他の危険信号の発生と組み合わせる時には、潜在的な詐欺の兆候の可能性がある。

これらの警告または指標の存在は、内部詐欺が発生した、または、将来的に発生することを意味するものではない。しかしながら、保険会社は、特に複数発生する場合には、これらの警告または指標に注意すべきである。

実務慣行および事業状態

- 経営陣の離職率が高い
- 財務および経理部門の職員の離職率が高い
- 以前の監査に関し入手可能な情報が不十分である
- 内部統制の構造が脆弱である
- 経営活動および財務に関する意思決定が1人または通常的に行動を共にする数名に支配されている
- 業務および／または取引が、非常に複雑であり特別なスキルを要する
- 財務上のトラブルに関する兆候がある（例えば、資本の不充分性または未払債務の増加）
- 会計原則が変更されており、会計予測が修正されている、あるいは、資金調達または別の主要な出来事が発生する以前の財務報告書の発行に遅延が存在する
- 正当化できないコスト増加、または比較可能な事業部門または競合者と比較して、大幅に高いコスト
- 研修プログラムが脆弱
- 組織構造が複雑すぎる
- 内部監査が存在しない、または脆弱である
- 取締役会が非常に高い割合の執行役員を有している
- 取締役会メンバー、上級管理職陣またはその他の職員が、外部に事業利益を有している、および／または請負業者と馴れ合いの関係にある、いずれかまたは両方
- 外部関係者（供給者または顧客など）から受理した苦情もしくは警告、および／または計算書の紛失および認識できない取引がある
- データおよび資産に対するセキュリティシステムが脆弱
- 保険会社の戦略に急な変化が起る
- 説明なしに資産が再編成される（例えば、非収益資産に大幅な変化が起る）
- ずさんな会計処理
- 財務結果と財務レシオが相互に関連しない
- 株価に説明しがたい変化が生じている
- 取引、処理、費用の文書化がずさんである
- 取引が、時間（例えば、曜日、季節）、頻度（多すぎる、少なすぎる）、場所（近すぎる、遠すぎる）、金額（高すぎる、低すぎる、同じすぎる、違いすぎる）、および、当事者（関係当事者、第三者との関係）の点において、普通でない。

- 特定の業者(vendor)に対し、クレジットが過度に調整(量および価格)されている、および/または、クレジットが、認可されていない部署により出されている。
- 部および/または課の処理(手続き)マニュアルが欠落しているか、(要件を)遵守していない
- 取締役会メンバー、上級管理職、その他の職員が利益相反につながる二重の役割を担っている(例えば、内部監査人および保険金支払管理者として活動するなど)
- 手数料体系が通常のものとは異なる
- 保険会社が公言した方針と行動が一貫していない

(個人的) 行為または態度に関する指標

- 取締役会または上級管理職陣が、収益計画の達成を必要以上に強調する
- 保険会社の収益力が比較可能な他社に比べて低い
- 保険会社が不都合な法定条件に直面している
- 取締役会および上級管理職陣が過大なリスクをとる傾向にある
- 取締役会メンバー、上級管理職またはその他の職員が、収入レベルに見合わない個人債務または金融損失を負っている
- 取締役会メンバー、上級管理職またはその他の職員が、資力(means)を超えた(レベルの)生活をしている
- 取締役会メンバー、上級管理職またはその他の職員が、ライフスタイルを急に変える
- 取締役会メンバー、上級管理職またはその他の職員が、家族、同僚もしくは社会からの過大な圧力を感じている、または目立って人格が変化しているように見受けられる
- 取締役会メンバー、上級管理職またはその他の職員が、不当な扱いを受けていると考えている(例えば、昇進の見送り、昇給の拒否、または、職員の強制的異動)
- 取締役会メンバー、上級管理職またはその他の職員が、個人的利益に極端などん欲さを示す
- 取締役会および/または上級管理職陣に対する報酬または(彼らが使用する)経費が高い、または著しく増加した
- 人々が、個人債務の管理において、金融債務または財政面の困難の可能性を引き起こす状態(例えば、薬物、アルコール、ギャンブルへの依存)に苦しんでいる
- 保険会社内または社内の特定の部署において士気が低い
- 職場における不適切な関係が存在する、または、人々が、普段と異なる態度で行動する(例えば、責任回避行為、財務管理に対し人々が抱く説明不可能な興味など)
- 職員の採用に問題がある
- 以前に不正行為の事例がある
- 取締役会および/または上級管理職陣が、監督官または監査人の質問に納得の行く回答を行わない、もしくは職員が、監督官または監査人に話しかけることを認めない
- 実業界において、取締役会および/または上級管理職陣の評判が悪い
- 取締役会および/または上級管理職陣が、財務報告に対して過度に強気な態度をとる
- 経営陣が、会計見積もりを作成する際に、然るべき方針および手続きに従わない

- 取締役会および／または上級管理職陣が、監査人に対して過度な圧力をかける
- 取締役会および／または上級管理職陣が、法律および規則を順守しない
- 取締役会および／または上級管理職陣が、職員等他者が批判的なまたは挑戦的な意見 (views) を述べる意欲を削がれるような、支配的経営スタイルを示す
- 管理職または職員が遅くまで仕事をし、休暇取得を控え、永続的にストレスにさらされているように見える
- 支払が、日中の遅い時間帯または通常の業務時間終了後に処理される
- 支払が、他者の許可を避けるやり方を指示する形で行われる（例えば、支払許可を要するレベルを下回るよう支払を 2 回に分けるなど）
- 営業員が市場レートを下回る補償を提供する
- 然るべき裏付けとなる文書を伴わない第三者への支払
- 内部関係者がその保険会社の保有株式を減らす

付録 C－保険における（疑惑の）保険契約者詐欺および保険金詐欺のケース

損害または損失の誇張

ケース 1－損害修復における超過請求

カリフォルニア州の自動車修理に関する当局の 2002 年版の報告書によると、修理後の 500 台以上の自動車を調査したところ、40%を超える請求書が実際には行われていない作業または使われていない部品に対するものであった。超過請求金額の平均は 586 ドルであった（事故後の自動車保険請求金額の約 6 分の 1 に相当する）。

事故発生の偽装

ケース 2－犯罪集団による自動車事故の偽装

犯罪集団により偽装された自動車事故は、保険会社に毎年数百万ポンドの費用を発生させている。

ある事例では、犯罪集団は、詐欺師に対して 500 ポンドの費用を支払い、しばしば環状交差点で、無実のドライバーを巻き込むような、事故の手筈を整える。犯罪者の 1 人は、詐欺師の ID 書類を使って、その人物になります。詐欺師は、その後、保険金を請求する。さらに、犯罪グループは、むち打ち症の請求のために架空の診断書も作成する。明らかに、偽装事故に対する平均支払額は 3,000 ポンドであり、しばしば、むち打ちの損害に対する支払 2,500 ポンドを伴った。

その他の事例では、偽装自動車事故が 2,000 ポンド未満で演出され得る。事故を装うために 2 台の運転可能な自動車は、1,000 ポンドで購入し得る。追加の 800 ポンドで、依頼者は 500 ポンドの総合的自動車保険と、300 ポンド（追加）の第三者カバーを購入する。偽装自動車事故を演出した後、全ての参加者がむち打ちに対し 2,500 ポンドを請求し、自動車の全損、嘘のハイヤー手配および所得補償のために 5,000 ポンドを請求し得る。このようにして、詐欺師達は（差引合計で）26,000 ポンドの保険金を取得し得る。

保険詐欺局は、詐欺により保険会社では年間 4,800 万～2 億ポンドの費用負担が発生していると見積もっている。明らかに、警察当局に十分な捜査時間がないため、犯罪の成功率は高くなっている。

ケース 3－違法レース後の自動車事故偽装

総合的自動車保険に加入している新車が、違法な自動車レースに用いられ、結果として、（新車の）価値が急速に下落する。保険契約者は、第三者の目撃者を前に自動車事故を偽装する。彼はその後、自分の車の損害に対し、保険会社に保険金を請求する。

架空の損害または損失に関する報告および請求

ケース 4－虚偽の携帯電話盗難

英国では、警察は、月に 160 件の虚偽の携帯電話盗難報告を受けており、これにより年間 100 万ポンドの捜査費用が発生している。全国携帯電話犯罪部は、英国で報告される携帯電話盗難報告の 15～20%は偽装と推定している。警察は、偽りの請求は、追加手数料の取得を狙った携帯電話ショップの悪徳店員により、促されることもあると疑っている。携帯電

話を紛失した者が、保険の請求をするために盗難にあったと虚偽の報告をすることもあろう。人々は、警察や保険会社に対して嘘をつくことは何ら悪いことではないと、考えている。

ケース 5 – クルーザー盗難の偽装

ある男性は、自身が所有する 39 フィートのヨットの盗難を偽装したとして、警察に告発された。彼は、物的証拠、すなわち、偽装による窃盗を不正にこしらえる、あるいは、捏造し、法執行側に虚偽の報告を行い、保険詐欺で告発された。

当局は、T.L.氏がマリナーから自身のクルーザーの窃盗を偽装したとして、申し立てている。

ボートは、オハイオ州の E にある、L ヨットクラブで、後に発見された。刑事告発によれば、薄型テレビ、キャビン・テーブル、錨、および、大型のカーペットが紛失した。

医療保険金詐欺

ケース 6 – 偽装の自動車事故集団

米国のとある保険会社は、67 名の脊柱指圧師、医師、医療法人および個人に対し、患者確保のために偽装自動車事故集団を利用したとして、訴訟を起こした。訴訟では、1,410 万ドルの支払保険金の返還と、さらに 4,200 万ドルの損害賠償が請求された。

ケース 7 – 提供されていないサービスへの請求

54 歳のある男性は、不正に鎮痛剤を処方した医師の捜査に関連した詐欺およびマネー・ロンダリングで告発された。

警察によれば、脊柱指圧師の免許を有する G.W.氏は、医師または免許を有する整体セラピストの監督を受けていない整体セッションに対し、州医療制度に不正請求を行ったとして、ペンシルバニア州検事総長により木曜日に起訴された。

申し立てによれば、G.W.氏は、免許を有する医師からのサポートまたは指示なしに、「整体セラピー」用のジムを使用することを患者に許可していた。申し立てによると、法律は免許を有する整体セラピストまたは医師からの直接的な指示を要求しているが、同氏は州医療制度に請求を行った。

申し立てによれば、当該事務所に対する医療請求書作成の契約を締結している女性は、L 事務所では（医療の）監督を受けておらず、「血圧検査、測定、聴診、医療廃棄物のボックス」がない点に気づいた際に不安を感じた。申し立てによれば、この女性は、整体セッションが適切に監督されるまで医療請求書作成を拒否した。

G.W.氏は、9 件の重罪で告発されている。彼は、20 年以上の懲役、および、約 200,000 ドルの罰金を支払うことになっている。

ケース 8 – ミスコーディング

本件の被害者は、米国に拠点を置くフォーチュン 500 社の企業の一つで、従業員を対象とした自社積立型医療保険制度を運営している。当該制度は、外部の医療保険会社によって管理されており、保険金請求はその会社へ提出される。

詐欺の犯人には、カリフォルニアで医療クリニックを経営する 2 人の人物が含まれる（偶然にも、この 2 人の人物は、証券詐欺と複数の患者に対する性的違法行為の「経歴」をそれぞれ有していた）。上述に加えて、この詐欺には、6 人前後の外科医および試験室が関与していた。

異常なほどに多くの従業員が、同社の医療保険制度の費用で行われる整形手術（同制度でカバーされない）を受けていると、1 人の従業員が報告したときに、はじめて明るみになった。施された手術が、実際には、「腹部の整形手術」または「脂肪吸引手術」であった場合、これは、ミスコーディング、すなわち、手術を「痛々しい瘢痕の切除」として記帳することによって、偽装された。

詐欺的な手術が 3 年以上にわたって行われ、100 万米ドルを超える金額が、当該クリニックに支払われた。

マネー・ロンダリングに関連する保険金詐欺

ケース 9 – 麻薬シンジケートによる放火

麻薬シンジケートの首領が、フロリダの金の精錬工場を購入し、ロイズによる保険を付保した。そして、闇資金を洗浄するために、工場の一部を焼き払った。

テロリスト資金供与に関連する保険金

ケース 10 – テロ支援の保険契約

2004 年、ヤセル・アブ・S およびイスマイル・アブ・S の一味 (students and brothers Yasser Abu S and Ismail Abu S) が、テロ組織のメンバーとして雇われた。ヤセル・アブ・S は、明らかに、イラクでの自爆テロの実行を予定していた。申し立てによれば、容疑者らは、国際的なテロ支援のため、生命保険詐欺により、資金を稼いだ。関係者によれば、彼らは、致命的な交通事故を偽装し、テロ目的でその資金の使用を計画して、800,000 ユーロ (100 万ドル) のヤセルを被保険者とした生命保険契約での資金調達を試みたという。彼らは、10 件の詐欺、ならびに、23 件の詐欺未遂で告発された。

詐欺ホットライン (Cheat Line) 経由で報告された、様々な種類の詐欺

ケース 11 – 詐欺ホットラインが詐欺師に逆襲

英国保険協会 (ABI) は、詐欺ホットラインを開設したが、虚偽の保険金請求を報告する人数の急激な増加を報告しており、また、こうした報告により、保険会社にとって数百万ポンドの支出削減につながったと主張している。ある保険会社は、ホットラインからの情報により 150 万ポンドが削減されたと見積もっている。

電話の 3 分の 1 は家財保険に係るものであり、主として虚偽の強盗または故意の火事である。その他 3 分の 1 は自動車事故に係るものである。また、約 17% は虚偽の個人傷害の請

求に関わるものであり、10名に1名は、会社による疑わしい業務上の請求について通報している。

あるケースでは、何者かがラリー・イベントで事故が発生したと報告し、フェラーリの60,000ポンドの請求が拒否された。

保険金支払に関与する第三者による詐欺

ケース12 – 徹底的な捜査スキームで逮捕された独立損害査定担当者 (independent adjuster)

独立損害査定担当者の B 氏は、保険会社に雇われ、リテール百貨店が強盗に襲われた後、店舗のたな卸しを行った。捜査に協力した、当該店舗のオーナーは、33,599 ドルの損失を保険会社に報告した。捜査官は、電子装置を用いて、オーナーと B 氏の会話を監視したところ、B 氏は、報告よりもずっと少なく損失額を計算したと話し、7%の見返りとして、在庫品の価格をつり上げることが申し出た。B 氏は、現金での2,000ドルの支払いに同意した。B 氏がオーナーからの支払いの受け取りを立ち聞きされたとき、彼は逮捕された。

付録 D—潜在的な保険契約者詐欺および保険金詐欺の指標—危険信号

危険信号とは、事実、出来事、明細書または保険請求に対してより詳細な調査が必要であることを示唆する指標。特に、他の危険信号の発生と組み合わせる時には、潜在的な詐欺の兆候の可能性がある。

これらの警告または指標の存在は、詐欺が発生した、または将来的に発生することを意味するものではない。しかしながら、保険会社は、特に、複数発生する場合には、これらの警告または指標に注意すべきである。

概略

支払請求者の行動

- 支払請求者が保険の申込時に非常に積極的である。保険金を請求する場合、非常に強く要求し、および／または、早期の保険金支払を主張する
- 支払請求者が、請求処理の進捗について頻繁に照会してくる
- 請求が迅速に処理されない場合、支払請求者が弁護士を雇うと脅迫する
- 支払請求者が現金を要求する
- 請求を迅速に処理するために、支払請求者が、どういうわけか低額な支払を受け取ろうとしている
- 支払請求者が損害防止または削減に対して何もしない
- 支払請求者が、再建中に非協力的であり、および／または責任逃れの回答を行う
- 支払請求者が書面による連絡を避け、全ての業務を1人で、または、電話で取り仕切ろうとする
- 支払請求者が、例えば家族、友人および近隣住民等、他の人々に何が起きているか知らせたがらない
- 支払請求者が、警察、専門家および第三者に対して、一貫しない書類を提出する
- 被保険者が、保険用語および請求処理について非常に詳しい
- 被保険者が、保険金支払事故の直前に、保険の保障内容を確認している
- 保険契約者が、被保険対象および保障内容が同一の保険証券を数件有している
- 被保険者が、支払を異なる複数口座に行うよう要求する
- 被保険者が、請求を行う直前に住所、銀行または電話番号を変更している
- 支払請求者が第三者への支払を要求する
- 支払請求者が、適切な理由なく、特定の請負業者、エンジニア、開業医を使うことを主張し、または、親類を使いたがる
- 請求の方法が特徴的である（例えば、支払請求者が、請求報告において弁護士または専門家のアドバイスをうけるなど）
- 保険契約者が頻繁に保険会社を変える
- 保険契約者が保険を拒否されたことがあり、保険申し込み時にこの事実を告げなかった
- 保険契約者が契約条件の変更を主張する

書類

- 被保険者が、例えばレシートまたは写真等、多額の損害を正当化する書類証拠を提出することができない（少額の請求は書類化されている）
- 例えばレシートのような書類が特定できず、購入者の名前が後から記入されている。書類が変更され、または、読解不可能である
- 書類／レシートの原本が紛失しており、コピーだけが提供される
- 古い事象または商品に対し新しい（しわがなく非常にきれいな）レシートが提供される
- 様々なレシートに異なる手書きがある
- 書類に奇妙な日付がある（例えば、休日、業務時間の関係等）
- 存在しない、事業を停止している、または、破綻した会社からのレシートが提供される
- 異なる日付で続き番号のレシート
- 海外のレシートに通貨の記載がない
- 「見積り」のレシートが提供される
- 申込書が完全に記入されず、および／または、署名がない
- 保険金の請求書が完全に記入されず、および／または、署名がない
- 保障の存在を創出するために保険金の請求書に変更が加えられる
- 申込書受領日と当該保障開始日に大きな乖離がある
- 申込書と保険金支払請求書に不一致がある
- 保険契約者の当初の請求からの変更または追加がある
- 被保険者または支払請求者の関係者から説明書類が提出される
- 開業医またはその他の関係者（例えば、警察当局）からの報告に一貫性がない
- 想定されるフォームまたは内容から逸脱する海外からの書類（例えば、不正確な言語の使用等）

損失の特性

- 保障の発効直後または満期直前のどちらか、もしくは保障の増額または契約条項が変更された直後に、支払請求が行われている
- 長らく払込期日を過ぎていた保険料が払い込まれた直後に損失が発生する
- 暫定的な保障期間中に損害が発生する
- 損失が発生した海外で報告されなかった
- 被保険者の保険金額と特性（例えば、年齢、職業等）またはライフスタイルに不一致がある
- 実際の損失が、最初に報告された損失よりもはるかに高い
- 請求額が、保険会社による追加調査が必要な金額をわずかに下回る
- 保険をかける利害（関係）に疑いがある

支払請求者の特性

- 被保険者の財務状態が悪い
- 被保険者が周知の詐欺地域に住んでいる
- 保険契約者または支払請求者が、周知の詐欺師または犯罪者と関係を有している
- 被保険者の家族状態が、厳しい状況にある（例えば、最近離婚した）

- 被保険者が職業上通常ではない、および／または、厳しい状況にある(例えば、被保険者が無職または自営業である。懲戒処分および／または専門職の免許取消に直面し、仕事にストレスを感じている。繁忙期が終わりつつある出稼ぎ労働者である、あるいは、レイオフまたは人員削減が行われている業界または企業に雇用されている)
- 支払請求者が私書箱またはホテルを住所として使用している、頻繁に引っ越す、虚偽の住所を提示する、または、電話番号が住所と整合しない
- 保険契約者が支払請求者のパートナーである
- 支払請求者が悪い請求歴を有している
- 複数の請求に確かな関連性がある
- 保険契約者、被保険者または受取人の身分が特定できない
- 被保険者が、しばしば高額な請求を行う
- 被保険者が(他の保険会社との)請求歴を開示しようとししない
- 支払請求者が、支払額は損害を受けた財産(goods)の価値を超えるはずであると主張する
- 正当な委任状なく、請求が第三者より提出されている
- 支払請求者が、通常のルートではコンタクトできない

財産請求(災害詐欺を含む)

大災害は詐欺師に格好の機会を提供する。多件数の保険金請求のため、保険会社の資源は使い果たされ、したがって、通常行うほど厳密に請求の査定ができない。

- 損失が、被保険者の居住地、職業、収入および／またはライフスタイルといった特徴と矛盾する
- 多額の現金が盗まれた
- 支払い請求者によれば、被保険対象物が新品であった
- 支払請求された項目が、(大幅に)超過保険である
- 捜査報告書の提供を期待する場合、それが提供されない
- 被保険者が、損害について適切に説明することができない
- 請求当初の段階において、被保険者が、非常に詳細な財産の説明を述べる、または、詳細な写真付の報告書を保有する
- 損害を受けた物品が、損害査定人により検査されていない／検査することができない
- 支払請求された損失と捜査報告書の発見事項との間に説明できない剥離がある
- 被保険者の物品が売りに出されていた
- 被保険企業が拡張計画を有している
- 付保物品が悪い状態であった
- 支払請求者から提示された物品リストの順番が、損害査定人／請求調査官のレポートと全く同じである
- 火災またはその他の災害時、隣接する建物が影響を受けていない
- 火災と被保険者、家族またはペットの不在時点が疑わしく一致する
- 感傷的物品(フォトアルバムなど)または家宝が損害を受けていないことが、詳細な調査で明らかになる

- 損害の特性が、損失が支払請求された時期と矛盾する
- 重さのある物品があった場所の物的証拠がない(カーペットに残る家具のへこみのようなもの)
- 複数の出火元が発見される
- 出火元が不明、人目につきやすい、または疑わしい
- 放火の場合、住居侵入の証拠がない
- 火災時点において、建物が使用されておらず監視もなかった
- 火災時点において、建物が(ガス・水道・電気などの)公共設備とつながっていないかった
- 火災が火災報知機に発見されなかった
- 火災報知機のスイッチが「偶然にも」切られていた
- 火災報知機のスイッチは入っていたが、貯蔵品により「ブロック」されていた
- 人々が建物を去った直後に火災が発見される
- 車の盗難および事故/損害
- これらの種類の詐欺は通常、支払請求者が自動車の損害および/または自身の傷害を水増しもしくは、請求を捏造し、事故を偽装する際に発生する
- 請求が、損害保険に加入していない犠牲者を含む、および/または過失が発見されれば危険に晒される者を含む
- 関係者の1人が仕組まれた疑いを報告する
- 被保険者には類似の状況の、および/または同じ弁護士による事故歴がある
- 支払請求者が事故の責任を(も)進んで受け入れる
- 支払請求者の説明に不整合がある(例えば、運転者していたのは誰か、および最終目的地等)
- 実態的損害を伴う事故の後、警察および/または緊急サービスが要請されなかった
- 実態的損害を伴う事故の後、損害回復に関する請求がなされなかった
- 関係する自動車の一台の同乗者が、互いに個人的関係が欠けていた
- 関与した者同士で関係がある(例えば、異なる自動車の同乗者間の関係、または同乗者と医師間の関係)
- 関係者の1人がレンタカーを有している
- レンタカーの運転者が容易に責任を受け入れる
- 目撃者が非常に協力的である
- 古い自動車が新しい自動車に激突する
- 衝突なしに大損害が発生している(例えば、脱線)
- 関与した両者が同じ国から来た外国人である
- 非常に類似した証言、または、証言に顕著な相違が数点ある
- 報告された障害、診査医報告、もしくは関係した修理店または医師には著しい類似点がある
- 損害と負傷度合いの不整合(例えば、物的損害は小さいものの、負傷は大きい)
- 関与した車における損害の不整合(1台は小さな損害で、他方が大損害)
- 支払請求者の負傷が、頭痛またはむち打ちのように、客観的に診断できない
- 事故現場に(事故の)形跡がない
- 事故が人気のない場所で起きた
- 支払請求者の雇用情報が疑わしい

- 支払請求者が事故直前から働き出した
- 事故に関する請求申請に遅れがあった
- 変更日が事故日と接近しすぎている
- 支払請求者が、支払担当者（claims handler）が雇用主に直接コンタクトすることへのためらいを見せる
- 車が異常な登録番号を有する
- 登録番号が登録されたばかりである
- 新車の期間（"new-value period"）が終了した直後に車が盗難にあう
- 登録証明の一部が車にあるか、または、直前に紛失した状態での車の盗難
- 車のキーがオリジナルの物ではない
- キーの使用について不明な点がある
- アラームのスイッチが入っていたものの作動しなかった
- 盗難車が完全に無傷の状態で見つけられている（または鍵が損害を受けていない）
- 盗難車が貴重品／書類のある状態で回収されている
- 被保険者の年齢または社会的地位と車のタイプに不整合がある

旅行

- 保険期間が休暇期間と合わない
- 保険が滞在ではなく、移動日しか付保されていない
- 損失と支払請求者の生活水準または携行品の（損害）額に不整合がある
- 損失が旅行から時間が経過した後に報告される

生命保険

- 被保険者が海外で死亡した
- 病死者の遺体が発見されない、または、特定できない
- 死亡証明書（原本）がない
- 死亡または障害の原因に疑いがある
- 自殺または犯罪に関する保険金支払請求が契約始期直後になされる
- 契約条項または受取人の変更が、死亡または障害の直前に行われる
- 保険契約者、被保険者または受取人ではない第三者に対する支払の実行が要求される
- 保険料が現金で支払われる
- 保険料が外貨でまたは海外の銀行口座から支払われる
- 保険金額と被保険者の生活水準に不整合がある
- 被保険者と受取人の年齢がかけ離れている
- クーリング・オフ期間の直後に契約が解約され、または、保険料の返還が要求される
- 申し込み金額が、より詳細な申込調査を要する金額をわずかに下回る
- 保険料の滞納直後に障害に対する請求が発生する
- 保険契約者、被保険者および保険料負担者の関係が不明瞭である
- 1人の保険契約者または受取人が、異なる住所で複数の契約を有している
- 保険契約者が不都合な条件を受け入れる
- 解約請求に署名がない、または、権限のない者が署名をしている

- 受取人の名前と口座番号に不整合がある
- 特に不都合な状態（例えば、保険会社により行われている税制優遇または費用控除の減額）に対する契約の早期解約または現金化
- 受取人が頻繁に変更される
- 支払が無関係の第三者に行われる

輸送

- 有効な時間枠の中で盗難にあう数多くの物品
- 梱包済の物品が木枠等の大きな物に詰められている
- 譲渡人が支払請求者と異なる
- 輸送の最終目的地に市場または適切な処理施設がない
- 関係書類に隔たりがある
- 発展途上国に輸送される物品が過大評価されている
- 仲介人が協力しない
- タコメーターが破損している、または紛失している
- 輸送業界における関係者の悪評
- 橋ばかりが検査を受けていない
- 保険金額と市場価値が不整合
- 付保された量／重量と実際の重量の不整合
- 付保された量／重量と物品のタイプの不整合
- 物品が盗難後（後日）に配達される
- ドライバーが行程ごとに支払を受ける
- 保険契約者が暫定的保障に対する申込者と異なる
- 書類が十分な監視のないままに、ホテルまたはレストランで用意される

医療

- 不適切な識別番号が使用されている
- 診断が不正確である、または、損害査定人が医療提供者から矛盾する医学的所見を受け取っている
- 救急サービスへの情報が連絡されていなかった
- 処方箋が切られる、または、変更されていた
- 支払請求者が、複数の就業不能保険を有する
- 支払請求者に提供される処置が、診断書の内容と一致しない
- 支払請求者は身体障害のためデスクワークに従事することができないと主張しているが、積極的に雇用、または身体的な運動もしくは趣味に従事している
- 医療機関が通常は患者を受け付けていない休日等の日に処置が行われている
- 保険金支払が終了すると思われるころに、支払請求者が最初の怪我または病気に関連すると申し立て、後から負傷を追加している
- 書類の医学用語の綴りが間違っている、または、誤使用されている
- 支払請求者が、担当医師を頻繁に変えている
- 担当医師が、支払請求者と同じ地理的地域にいない
- 担当医師の専門が、診断と矛盾している

- 支払請求者の病気または怪我が、雇用上の問題（例えば、懲戒免職、左遷、レイオフ、ストライキ、解雇、または人員削減）の直前に発生している

付録 Eー保険における(疑惑の)仲介人詐欺の具体的なケースおよび事例

仲介人詐欺の最も一般的な事例は、仲介人が加入者から受領した保険料を保険会社に送金せず、結果的に保険による保障が成立しない場合である(保険料の流用)。これは、特に仲介人が代理権限を有している場合、年々続けられ得るため、契約者は保険金を請求するまで状況に気がつかないことになる。

この種の詐欺のバリエーションは、仲介人が保険料を水増ししながら、正規の金額のみを保険会社に送金することで、取引に伴う手数料だけでなく、保険料の差額もせしめる場合である。

その他の例は、契約獲得のために保険料を安くするため、リスクを開示しないか、不実表示をすることである。この場合も、契約者はおそらく数年後に請求を起こしたときしか、これを発見できない。

これらの詐欺は、微妙に異なるバリエーションも有している。

- 保険料が仲介人の盗難にあい、本来(保障が成立するはず)の保険会社に送金されていなかったため、申し立てのあった保障が存在しない。結果、本来の被保険者は金銭を失う
- 申し立てのあった保障が存在するが、保険料は(法的)拘束力を帯びる仲介人によって盗難されている。結果としてこのケースでは、本来の被保険者は、表見的権限(ostensible authority)との兼ね合いで、保障を受けるであろう一方、保険会社は保険料を受け取っていないにもかかわらず保障を行うため、大きな損失を被る
- 本来の保険会社による保障が存在しないか、または条件体での、もしくは詐欺的な保障がなされる。保険契約者は、保険契約書類にその名が記載された保険会社からは保障されず、保険金も実際の保険会社からは支払われない場合がある
- 申し立てのあった保障は存在しないながら、仲介人は保険会社のように振る舞い保険金を支払う。結果、保険金が支払われる被保険者とそうでない被保険者が現れるであろう仲介人が保険金を支払うための保険料が底を突いた場合、傾向として、損失を補うためにますます多くの契約者を探す。このスキームが遂に崩壊した時、多くの犠牲者が出現する

仲介人による手数料詐欺は、初回保険料を当該保険会社に支払い、手数料を回収し、その後の保険料の支払を停止することにより、当該保険を無効にする一方で、実在しない保険契約者に保険をかける場合に発生する。

さらに、仲介人は、当該保険会社から手数料を回収すると同時に、被保険者にコンサルティング料を請求する場合もある(管轄区域によっては、これは不法となり得る)。

ケース1ー手数料および「談合」

ニューヨーク州検事総長により、Mに対する民事訴訟が起こされた。申し立ては、Mが何年もの間、前払販売手数料に加えて、いわゆる「成功手数料」と呼ばれる支払を保険会社

から受け取っており、競争的に行われなかった可能性のある、虚偽の入札または見積りを求められたというものである。

この申し立ては、経営幹部らが（顧客の利害を考慮せずに）M および保険会社の収益をいかに最大限にするかについて論じ合った内部連絡に言及している。申し立てによれば、かかる連絡の一例は、「我々は、2004年には、優れた財務と幅広い保障を有し、我々に最大の報酬をもたらすような相手（保険会社）と契約を締結する必要がある」というメッセージであった。

大手保険会社が、契約誘導および談合の関係者として名を連ねていた。

申し立てによると、M は 2003 年におよそ 8 億ドルの成功手数料を集めた。民事訴訟では、契約誘導および談合を終焉させようとしている。

2005 年 1 月、M はニューヨーク州との和解の合意に至った。結果として、同社はこの民事訴訟に対処するための改革を実行した。当該和解合意書の条件においては、M は、民事訴訟の申し立てを認めもせず、否定もしなかった。M は成功手数料を見送り、保険会社から受け取ったすべての形態の報酬を開示することに合意した。さらに、M は、保険会社から受け取ったすべての見積りおよび条件を提供し、法令遵守を導入し、同社の方針を打ち立てることになっている。基金も設けられ、顧客の補償にあたった。しかし、同基金は、罰金またはペナルティに相当するものではなかった。

捜査は、単に成功手数料が存在することが、不正行為につながるということを示唆している。しかし、米国における多くの独立保険エージェントおよびブローカーは、不正行為を申し立てられることなく、保険会社との間でより良い契約を締結するため、成功手数料を受け取っている。和解条件では、M は成功手数料の受け取りに関しては、罰金またはペナルティは科されなかった。

規制者または政府高官は、成功手数料それ自体が不法または許可されないものであることに言及した、あるいは、認識したことはないことに注目することが重要である。事実、保険会社との合意のすべてにおいて、保険会社はかかる支払の継続が明確に認められている。さらに、申し立てにおける実際の保険金請求はいずれも、成功手数料の支払によるものではない。

ケース 2 – 評価偽装

また別の事例は、契約価値について故意に誤った情報を顧客に提供した仲介業者のある社長に關係する。

この人物は、1997 年より、2 人のアメリカのビジネス・パートナーを代理して、2 つの特定の組織に投資サービスを提供していた。ポートフォリオは約 350 万ドルであり、投資開始時は 300 万ドルであった。顧客と米国のアドバイザーは、年 12～15%の成長目標を期待していた。彼らは、それらの会社からそれぞれ約 30 万ドルの定額年金の支払を要求するで

あろうことを明記していた。その仲介人により管理されている組織がさらに存在し、初期投資額は約 60 万ドルであった。

仲介人は初年度において、主たるポートフォリオに期待される成長を達成させることができたが、1999 年頃より、目標を達成できなくなった。仲介人はこうした事実を顧客に告げるかわりに、ポートフォリオの価値が反転することを期待し、評価額を改ざんした。投資は、目標を達成しないばかりか、実際には価値が減少した。年金支払を継続したため、原資はさらに目減りした。彼は、何年間もの間、虚偽の評価を提供し続け、ついに 2004 年 1 月の顧客への年金支払をもって、投資は事実上底を尽いた。この時点になって、彼は事実を弁護士に報告し、監督者への事実報告の助言を受けた。

本人の自白によれば、彼は長期間にわたり、虚偽の投資計算書を提供し続けた。隠蔽が不可能であると判明するまで、彼は事実を明らかにする機会がなかった。この仲介人は、投資ポートフォリオの操作による利益は得ていないと主張したが、(虚偽の)投資価値の 0.5% の手数料を課していた事実は、彼が間接的に利益を得ていたことを意味する。

アドバイザーについては全く監督がされておらず、彼は顧客ファイルを施錠の上隔離し、管理部門職員または事業におけるその他の責任者が手続きのためにファイルを取り扱うことを認めなかった。

ケース 3 – 日付をさかのぼらせた保障

事故がすでに発生していた後に、仲介人が自動車保険の日付をさかのぼらせ、運転者に保険による保障と思われるものを与えた疑いで、ある会社の捜査が行われた。この違法行為の見返りに、代理店またはブローカーは手数料を要求している。このケースでは、日付をさかのぼらせた契約に最高 3,000 ドルを課された申込者もいる。被害にあった保険会社 3 社において、多くの請求の調査が行われた。

ケース 4 – 虚偽の保険プログラム

米国を拠点とする仲介人が、全国的な虚偽の保険プログラムにより、380 万ドルを集めた。この仲介人は、米国全土で数千件の虚偽の保険契約を販売したとして逮捕され、63 の訴因で告訴された。

ケース 5 – 再保険会社に対する詐欺

このケースにおいては、再保険の保険料は、出再保険会社が保険金として支払わなければならないだろうと認識している額よりもはるかに少ない。

米国労働者災害補償事業における個人的な事故に関する再保険市場で、詐欺が発生した。同市場は、純利益を得るために再保険を頼りに事業を行う損害の総額として認識するものを引受けるために設立された、主にロンドンおよびバミューダに拠点を置く一握りのプレーヤーにより構成されていた。この種類の引受は、リスクの実際の査定には関与せず、「裁定」または「純契約査定」と呼ばれてきた。裁判官は、同市場を「小包を手渡すゲーム」のようであり、各プレーヤーがある損害をその再保険会社に移転し、その再保険会社も自社の再保険会社に同様に移転するため、経済的に持続可能ではないと説明している。損害

は、表面上の再保険により消散されてしまうというよりもむしろ、このチェーンよりも高い位置にいる特定の保険会社に集中するため、同市場の特徴は、スパイラルの構築となる。必然的に、市場は悲惨な状態になり、この行動のみに関連して被る損失は、2億5000万円以上となる。裁判所は、この種類の損害が取引された市場は、分別があり、正直な人物が市場を理解し、適切に開示していたとしたら、その人物が加わらなかったであろうというものであると考えた。文書による証拠では、当該事業の本質は、故意的かつ詐欺的に隠蔽されていたという。

アンダーライターの間与

Sは、EがすでにブローカーSと労働者災害補償契約を引受けるための拘束力のある保険引受限度額の利用に関して検討を行っているときに、拘束力のある保険引受限度額を引受エージェントEに付与した。SがEに保険契約覚書を付与したときに、アンダーライターEが引受を意図した保険契約の性質は、詐欺的にSに不正確に伝えられ、Eによって引き受けられた契約の本質がSに伝えられることは全くなかったことが発覚した。保険契約覚書に基づき引受けられた119件のうち、112件はSの仲介によるものだった。これらの112件の契約は、2500万ドルの保険料をもたらしたが、その損失額は2億5000万ドルを超過した。アンダーライターEは、その証言において、Eは損失額の大半を再保険会社から取り戻すことができるだろうという期待から、契約を引受けたことを確認した。

ブローカーの間与

さらに、Sは、Eがこの計画を受諾したことは不正行為であり、拘束力のある保険引受権に基づくEの義務に違反していることを知っており、ゆえに、Sは、その義務違反において、Eを不正に支援していたことが発覚した。裁判官は、SおよびEの行為を「当該契約が正確に説明されていた場合、保険会社はそれに関わることはなかったであろう契約に、保険会社を関与させた詐欺のクロニクル」であると説明した。

再保険会社の間与

しかしながら、裁判官は、S側いずれの人物にも不正行為を見出すことができない一方で、拘束力のある保険引受限度額に合意し、監督することに責任を有するSにおけるアンダーライターの行為は、「有能なアンダーライターに期待されるそれをはるかに下回るものであること、そして、Sが(Sの内部統制が阻止できなかった)義務に対するかかる重大な過失および怠慢な行為を取らなかった場合、EおよびSの不正行為は、そのかなり前に捜査されていたであろう」ことに気付いた。Sの持株会社は、「本件でSを被害者と見なすことは、本末転倒である。彼らは市場の構成員である。彼らは何か起こっているかを知っていた。裁判官は、自身を白馬の騎士に見立て、いささか狂気じみたこの再保険の世界の運営方法に腹を立てたのではないかと思われる」という上訴を検討していた。

ケース6－窃盗の判決を下された代理店オーナー

W氏とC氏は、代理店会社の共同経営者である。教育委員会により同社に支払われた277,004ドルの保険料が保険会社に届いていなかった。教育委員会の保険料は、車両および

複合危険補償 (fleet and multi-peril coverage) に対するものであった。料率アップの連絡を受けて、教育委員会は、提案を拒否し、新規の入札を公示することを決定した。その後、保険会社は、教育委員会に 197,532 ドルの保険料は払込期日を過ぎていることを通知した。捜査では、270,004 ドルの小切手が教育委員会から W 氏の代理店会社のマネーマーケットの口座に入金されたことが究明された。銀行の記録が召喚され、記録が入手され、お金はなくなってしまったのである！お金がどこに行ったかという点は重要ではなかった。そのお金が（保険会社に）届かなかったということが、窃盗の告発の根拠となった。詳細な監査により、W が会社に回すことを「忘れた」という別の小切手が数枚発見された。

ケース 7 - ホテルグループの保険に 22,000,000 ドルの保険料

保険仲介人の L 氏は、408,570 ドルの保険料を受領し、ホテルグループを対象とした 22,000,000 ドルの財産責任保険 (property and liability insurance) を成立させた。6 つのホテルのため、保険料全額を支払う 1 枚の小切手が発行された。L 氏はこの小切手を自身の口座に入金し、そのうち約 77,000 ドルを使って、それらのホテルを対象とした保険を購入した。ホテルにとっては残念なことだが、L 氏は個人的に多額の借金を抱えていた。彼は「お釣り (change)」で、自身にボートとマンションを購入した。L 氏は、ホテルグループにより支払われた保険料に対する正確な保障額を示す数点の書類を偽造し、修正したことを認めた。