

近年来，上海保险业深化反保险欺诈专项治理，在上海金融监管局指导下，积极与市公安局经侦总队、中国银保信上海分公司协同，深度融合大数据、人工智能等前沿科技手段，构建起高效精准的风控体系，成功侦破多起跨区域、专业化欺诈案件，有效净化了市场环境。为进一步推广反保险欺诈最佳实践，促进行业经验交流与互学互鉴，上海市保险同业公会反保险欺诈中心开展了2023—2024年度行业反保险欺诈优秀案例选树的活动，现选取其中十起典型案例，予以发布。

案例一：劳务公司雇主责任险欺诈案

2024年，上海某保险公司通过数据分析发现某劳务公司赔付率异常，通过公司反保险欺诈系统数据综合分析、串并，初步判断该劳务公司存在欺诈嫌疑。后经深入调查，发现该劳务公司在索赔环节，为骗取保险金，刻意隐瞒伤者已投保第三方保险的关键信息，通过伪造支付凭证，控制当事人银行卡等欺诈手段，获得保险金给付。保险公司随即将此重要线索及搭建的模型报至警方，警方依托此模型在行业内进一步扩大调查范围，先后又发现7家涉嫌保险欺诈的雇主企业。截至2024年底，共追回赔款169.88万元，移送约40名相关嫌疑人至司法机关处理。

案例二：意健险“工具人”骗保案

2023年，上海某保险公司在日常业务巡查中发现意健险部分业务理赔数据存在异常。通过使用智能风控模型与实地调查走访，发现违法人员以“工具人”方式，利用不相关人员身份信息进行投保和理赔。保险公司掌握重要证据后及时向辖区公安机关报案。2024年，上海警方成功侦破该案，同时组织四十多名警力分赴河南、新疆开展集中收网行动，共抓获犯罪嫌疑人24名，涉及30家保险公司理赔款920余万元。截至目前，该案已移送检察院审查起诉。

案例三：船舶修理公司虚构事故骗保案

上海某保险公司接到某船舶修理公司多名员工报案申请意外伤害保险金赔付。经核查，发现该公司多笔案件出险原因和结果高度一致，且出险员工均不配合查勘。经行业信息排查，并由司法鉴定中心对出险员工摄片鉴定后，发现多位出险员工摄片影像均出自同一患者的司法鉴定意见书。后经公安立案侦查，发现该公司员工存在保险诈骗嫌疑并移交检察院。2023年经法院审理后判决，被告员工以非法占有为目的，分别与他人结伙编造保险事故，骗取保险金，均已构成保险诈骗罪，相关人员被判处有期徒刑并处罚金，保险公司成功挽损83.59万元。

案例四：雇主责任险重复投保及伪造材料案

2024年，上海某保险公司复核一批雇主责任险赔款时，发现投保人存在重复投保及伪造伤者赔付证明材料的嫌疑，遂成立专案小组，派专人前往出险地驻点协助警方调查。警方多方侦查后，固定该犯罪团伙伪造高危行业员工劳务派遣手续、隐瞒用工性质、申报多份雇主责任险和团体意外险理赔，通过操控伤者银行卡截留保险赔偿款的犯罪事实。最终公安机关捣毁该犯罪团伙，查获伪造印章10余枚，为保险公司追回赔款54万余元。

案例五：“代理退保”黑产案

上海某保险公司接到关于“代理退保”黑产团队欺骗电销客户退保转投新单的举报。该黑产团伙通过多种渠道购买电销客户信息，冒充保险公司内部人员，欺骗客户退保并“转投”其他保险公司，从中获取佣金利益。保险公司依托中国银保信上海分公司大数据，对比行业数据验证线索后，确认有大量客户受骗，随即向公安机关报警。公安机关查获的证据显示，该黑产团伙在其他保险公司获取佣金的保单达1751张，客户名下原投保保单已退保3619张，退保金额超一亿元。最终，该团伙主犯被判处有期徒刑三年六个月，并处罚金30万元，其余团伙成员等待判决。

案例六：二手豪车多次追尾骗保案

上海某保险公司在处理一起车险理赔时，发现一辆二手豪车在同一保单期限内发生多次追尾事故且损失金额较大。公司通过反保险欺诈系统查询后，发现该当事人仅在本公司就有三起事故，涉及金额90余万元，名下车辆发生过12起无责事故，且事故类型单一，故意行为风险较高。随后，公司组建专案组至出险地实地调查排摸，发现嫌疑人多次利用二手高档车连续出险进行高额赔偿，涉及行业多家保险公司。保险公司整理案件资料上报当地警方后，警方确认该人员涉嫌保险欺诈且数额巨大，涉案人员已被采取刑事强制措施，案件在进一步审理中。

案例七：雇主责任险赔款截留案

2023年，上海某保险公司在核算雇主责任险理赔成本时，发现个别地区和企业存在“三高”（出险率高、伤残率高、赔付率高）情形。电话回访获赔人员后，发现伤者获得的理赔金额与企业赔款金额不一致，且伤者对企业投保雇主责任险的情况毫不知情。保险公司迅速组建专案组，联合上海市保险同业公会反保险欺诈中心和该公司总部，通过数据分析和远程审计明确资金流向，确定嫌疑企业和截留赔款金额。最终成功追回赔款73万余元，企业主动放弃索赔30万元，共计减损103万元。

案例八：意外身故隐瞒病史骗保案

2023年，上海某保险公司收到被保险人家属意外身故理赔金48万元的申请，称被保险人意外溺水身故。根据投保信息，被保险人生前为自己以健康体标准购买多张含身故、重疾责任的保单。保险公司调查人员展开调查，发现被保险人投保前长期患有精神疾病，而家属在申请理赔时未告知实情。最后保险公司作出不予赔付、解约保单不退保费的决定，被保险人家属对理赔结论未提出异议。

案例九：医疗收费电子票据骗保案

2023年，上海某保险公司在利用上海医疗收费电子票据复查某案时，发现多张医疗收费电子票据处于红冲状态。因该客户就诊频繁、金额较高，故对其既往案件回溯复查，发现近一年有大量医疗收费电子票据处于红冲状态。经反复比较分析关键时间点及模拟理赔流程后，发现客户利用保险公司理赔的便利性和快捷性，在医疗收费电子票据开出第一时间提交理赔申请，受理后很快将除挂号费以外的费用作退费处理，没有实际就医行为。保险公司与客户沟通劝导后，客户退回全部理赔款12.6万元。

案例十：口腔医院套用病历骗保案

上海某保险公司接到同一张团单下近十个被保险人近一个月内在同一家口腔医院多次就诊的理赔申请材料，立即使用上海市保险同业公会开具的健康调查专用介绍信走访口腔医院。该保险公司发现这些被保险人存在套用病历行为，且部分牙片显示受伤牙与病历描述不一致。保险公司随即联系这些人员，展示调查材料后，客户放弃索赔，挽回直接损失12万元。

上海保险业将持续加强反保险欺诈工作力度，不断完善风险防控体系，加强与公安等部门的协作配合，严厉打击各类保险欺诈行为，为保险市场的健康可持续发展保驾护航。同时，也提醒广大保险消费者要增强风险意识，诚信投保，共同维护良好的保险市场秩序。

编辑：陆庆

审核：齐慧、树炎

以上全文转载自“上海保险”公众号