



01 案件详情

2026年1月，保险公司接到客户张先生的理赔申请，称其**因意外事故导致全身多处软组织挫伤**，在某医院住院治疗15天，并提交了病历、诊断证明及总额1万元的医疗发票。随后，保险公司发现张先生**同时在另外18家保险公司投保了高额意外医疗及住院津贴保险**，总保额高达**300万元**，且均在事故发生后集中申请理赔。这一异常行为触发了保险公司的**反欺诈预警系统**。

02 作案经过

1、重复投保与隐瞒信息

张先生于2025年间，通过线上渠道在18家保险公司投保了意外险及医疗津贴保险。投保时，他刻意隐瞒了在其他公司的投保记录，且均选择免体检产品，规避健康告知审查。

2、伪造医疗事故证据链

虚构伤情：张先生声称在外面旅游滑倒，造成“全身多处疼痛”，但实际未发生任何事故。

串通医疗机构：通过非法“代理理赔”中介联系某医院，支付所谓“服务费”伪造全套住院记录，包括虚假的入院记录、每日查房日志、用药清单及X光片报告。

虚开发票：医院为其开具了实际未发生的医疗费用发票，并配合其应对保险公司电话核查。

3、集中理赔套取资金

张先生在事故后一周内，向所有18家保险公司提交理赔材料，企图套取医疗费赔付及每日数百元的住院津贴，总计目标金额达数十万元。

03 调查经过

1、大数据比对发现异常

保险公司通过行业共享反欺诈平台发现：张先生近两年累计投保意外医疗保险保费超2万元，总保额超300万元，且其中15份理赔材料中伤情描述、住院时间高度雷同。

2、实地走访揭穿伪造证据

医院核查：调查员走访涉事医院，发现其住院记录中无对应床位使用记录，且“主治医师”实为挂名人员，从未接诊。

资金流水追踪：张先生向医院支付的5000元“服务费”通过第三方账户流转至中介个人账户，与正常医疗支付路径不符。

3、证据固定与司法介入

保险公司联合公安机关调取医院监控，证实张先生未实际住院；同时通过税务系统验证发票为非法套打。在铁证面前，涉事医院及中介人员供认伪造事实。

04 法律后果

保险公司依法上报公安机关以及监管部门，等待张先生及其同伙的只有法律的惩戒。

法律依据：《刑法》第198条**保险诈骗罪**：

（一）投保人故意虚构保险标的，骗取保险金的；

（二）投保人、被保险人或者受益人对发生的保险事故编造虚假的原因或者夸大损失的程度，骗取保险金的；

（三）投保人、被保险人或者受益人编造未曾发生的保险事故，骗取保险金的；

（四）投保人、被保险人故意造成财产损失的保险事故，骗取保险金的；

（五）投保人、受益人故意造成被保险人死亡、伤残或者疾病，骗取保险金的。

05 案件警示

1、对消费者的警示

如实告知义务：重复投保需主动告知保险公司，否则可能被认定为恶意投保（参考《保险法》第16条）。

法律成本高昂：保险诈骗罪最高可判十年以上有期徒刑，并处罚金（《刑法》第198条）。

2、对行业的启示

强化信息共享：建立行业黑名单及高风险客户预警机制，堵截“短期集中投保”漏洞。

科技反欺诈：运用AI比对医疗票据真伪、分析伤情合理性，提升核赔效率。

