

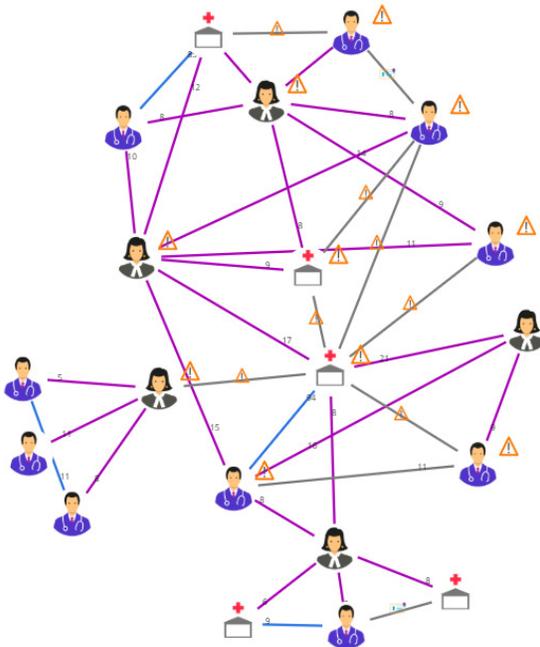
Fallstudien

Panasiatische Versicherungsgesellschaft

Panasiatische Versicherungsgesellschaft steigert die vollautomatisierte Schadensbearbeitung durch Aufdeckung von Betrug, Verschwendung und Missbrauch in Echtzeit

Seit seiner Gründung Anfang der 2010er Jahre ist das ostasiatische Mehrsparten-Versicherungsunternehmen in der Region schnell gewachsen. Es hat sich als innovativer, dynamischer Akteur auf mehreren Kernmärkten etabliert, darunter Hongkong und Macau, Thailand, Indonesien, die Philippinen, Singapur, Vietnam, Japan und Malaysia.

Als dieses Unternehmen den Versicherungsmarkt in Singapur erschloss, erlangte es schnell den Ruf, die neueste digitale Technologie zu nutzen, um die Meinung vieler Menschen über Versicherungen zu verändern. Durch die Verwirklichung dieser Vision ist dieses Unternehmen heute das größte Online-Versicherungsunternehmen in Singapur.



Weitere Informationen darüber, wie Shift Claims Fraud Detection dazu beitragen kann, Betrug mit der doppelten Präzision anderer Lösungen zu erkennen, finden Sie auf shift-technology.com

Auf einen Blick

SACHLAGE

- Ein panasiatischer Versicherer war einer beachtlichen Anzahl an Fällen von Betrug, Verschwendung und Missbrauch ausgesetzt.

LÖSUNG

- Shift Fraud, Waste and Abuse Detection

ERGEBNISSE

- Shift Claims Fraud Detection analysiert jährlich mehr als 500.000 Schadensfälle
- Positiver ROI in 6 Monaten
- Verbessertes Kundenerlebnis mit einem höheren Prozentsatz an Straight Through Processing (STP) nach der Einführung

Die Sachlage: Es besteht ein dringender Bedarf, verdächtige Aktivitäten in Echtzeit genau zu identifizieren

Vor der Arbeit mit Shift verwendete dieser Anbieter eine regelbasierte Lösung für seinen Geschäftsbereich Sozialleistungen für Mitarbeiter. Ihre Schadenregulierer bearbeiteten jährlich Hunderttausende von Schadensfällen manuell, um verdächtige Aktivitäten zu erkennen. Die Ineffizienz dieses Prozesses führte zu einer erheblichen Menge an Betrug, Verschwendung und Missbrauch.

Um die Betrugserkennung zu verbessern und die Anzahl der Ansprüche zu erhöhen, die direkt im Dunkelprozess verarbeitet werden können, sowie die Um das Kundenerlebnis zu verbessern, benötigte der Versicherer eine neue Lösung, um potenzielle betrügerische Aktivitäten in Echtzeit zu erkennen.

Die Lösung: Erkennung von Betrugs-, Verschwendungs- und Missbrauchsfällen in Echtzeit mit einer KI-nativen Maschine

Bei einer Bearbeitung von mehr als 500.000 Schadensfällen pro Jahr erkannte der Versicherer, dass er Ansprüche schneller und effizienter auszahlen musste, um ein außergewöhnliches Kundenerlebnis anbieten zu können. Gleichzeitig musste er besser darin werden, Betrugs-, Verschwendungs- und Missbrauchsfälle in Echtzeit zu erkennen. Nach einer intensiven Suche entschied er sich für Shift's Claims Fraud Detection.

Der Versicherer war von der Lösung begeistert, weil sie ihm helfen konnte, Betrug schnell zu erkennen, und zwar noch vor der Schadensregulierung und Auszahlung. Claims Fraud Detection war attraktiv, weil es in der Lage ist, Textinformationen in den Notizen der Schadensbearbeiter zu analysieren, Ausreißer mit Hilfe der Anomalieerkennung zu identifizieren und Dienstleisterbetrug mit Hilfe der Technologie zur Analyse von Verbindungen zu erkennen. Darüber hinaus schafften das SaaS- basierte Bereitstellungsmodell und die ausgezeichneten Kundenreferenzen dem Versicherungsunternehmen die Zuversicht, dass die Lösung schnell und erfolgreich umgesetzt werden kann.

Zu Beginn des Projekts extrahierten Data-Scientist von Shift die Daten aus drei unterschiedlichen Altsystemen und führten diese zusammen. Diese

Daten wurden mit externen Daten von Dritten angereichert, was vor Einsatz der internen Lösung des Versicherers nicht möglich war. Shift entwickelte anfangs vierzehn verschiedene Betrugsmodelle, um betrügerische Aktivitäten festzustellen. Dazu gehörten doppelte Forderungen, überhöhte Gebühren, Bündelung und übermäßige Schadenminderungskosten. Seit Inbetriebnahme von Claims Fraud Detection sind fünf weitere Betrugsmodelle erkannt und umgesetzt worden. „Die Zusammenarbeit zwischen dem Shift-Team und unserem Unternehmen war phantastisch. Man merkt, dass Shift sein Geschäft versteht,“ sagt der Versicherer.

Das Ergebnis: Umgehende Kosteneinsparungen und erhöhte vollautomatisierte Schadensbearbeitung

Die Lösung wurde im Rahmen eines größeren Projekts zur Automatisierung von Arbeitsabläufen in der Schadensbearbeitung eingeführt. Innerhalb der ersten Monate konnte der Versicherer durch die Lösung 100.000 US-Dollar einsparen. „Wir sind alle sehr glücklich über die Ergebnisse, die wir mit der Claims Fraud Detection erzielen konnten“, äußert sich der Versicherer.

Durch die Zusammenarbeit mit Shift konnte der Versicherer dank eines detaillierten Überblicks über die Schadensdaten eine tiefgründige Analyse durchführen. Nach Angaben des Versicherers wären vorher 80% der Betrugsfälle, die von Claims Fraud Detection als verdächtig identifiziert werden, unentdeckt geblieben. So wurden beispielsweise neue Fälle durch die Erkennung von Anomalien aufgedeckt. Es wurde festgestellt, dass bestimmte Medikamente übermäßig oft verschrieben wurden und durch die Analyse von Verbindungen konnte Betrug in Dienstleisternetzwerken aufgedeckt werden.

Darüber hinaus hat der Einsatz von Claims Fraud Detection dazu beigetragen, die Bearbeitung von Ansprüchen noch am selben Tag zu unterstützen, was zu einem verbesserten Kundenerlebnis führte. „Wenn man so viele Schadensfälle bearbeiten muss wie wir, bedeutet das einen erheblichen Wettbewerbsvorteil,“ so der Versicherer.

Über Shift Technology

Shift Technology liefert KI-Entscheidungslösungen zum Nutzen der globalen Versicherungsbranche und ihrer Kunden. Unsere Produkte ermöglichen Versicherern die Automatisierung und Optimierung von Entscheidungen von der Übernahme bis hin zu Schadensfällen, was zu einem überragenden Kundenerlebnis, einer gesteigerten betrieblichen Effizienz und niedrigeren Kosten führt. Die Zukunft der Versicherung beginnt mit "Decision made better".