

SUKČIAVIMO DRAUDIMO SFEROJE BŪDŲ KRIMINOLOGINĖ ANALIZĖ

Doktorantas Tomas Rudzkis

Lietuvos teisės universitetas, Teisės fakultetas, Kriminologijos katedra, Ateities g. 20, 2057 Vilnius
Telefonai: 71 46 18, 68 33 49
Elektroninis paštas rudzkis@ldr.lt

Pateikta 2001 m. vasario 15 d.

Parengta spausdinti 2001 m. balandžio 30 d.

Recenzavo Lietuvos teisės universiteto Teisės fakulteto Kriminologijos katedros vedėja doc. dr. G. Babachinaitė ir šios katedros prof. habil. dr. J. Galinaitytė

Santrauka

Draudimas, sudarantis vidutiniškai apie 8 proc. ekonomiškai išsivysčiusių pasaulio valstybių bendrojo vidaus produkto, nuo neatmenamų laikų buvo lengvo pasipelnymo siekiančių asmenų akiratyje [1, p. 10]. Pastaruoju metu Lietuvoje smarkiai populiarėjant draudimo paslaugoms, vis didesnę susirūpinimą teisėsaugininkams turėtų kelti ir pakankamai nauja bei savo realizavimo būdais specifinė nusikalstamų veikų rūšis – sukčiavimas draudimo sferoje. Šiame straipsnyje apžvelgiami keliose šalyse atliktų sukčiavimo masto bei visuomenės tolerancijos tokiai veikai tyrimų rezultatai, taip pat pateikiamos kelios sukčiavimo draudimo sferoje būdų klasifikacijos, padedančios numatyti perspektyvias kovos su šiuo neigiamu reiškiniu kryptis.

Draudimas – kaip jis suvokiamas dabar – yra daugelio šimtmečių raidos rezultatas. Žinoma, kad jau kinai 7000 m. pr. m. e. naudojo kai kuriuos draudimo technikos elementus. Be šio finansinio instrumento iš esmės neįsivaizduojamas šiuolaikinis pasaulis. Draudimo svarbą atspindi statistika – draudimo veiklos apyvarta (neįskaitant įmokų iš privalomųjų socialinio bei medicinos pagalbos draudimų) Europos Sąjungos šalyse vidutiniškai sudaro apie 8 proc. bendrojo vidaus produkto (BVP), o kai kuriose siekia net 15 proc. [1, p. 10]. Lietuvoje šie skaičiai kuklesni (1999 m. sudarė tik apie 0,8 proc. proc. BVP), tačiau augimo tempais Lietuva sparčiai lenkia Vakarų valstybes: pavyzdžiui, metinis draudimo rinkos augimas Lietuvoje, atsižvelgiant į infliaciją, 1998 m. buvo 52,6 proc., nors vidurkis Europos Sąjungoje – tik 5,6 proc. [2].

Kadangi draudimas yra grindžiamas solidarumo principu – daug klientų moka pinigus tam, kad padengtų vieno jų nuostolius, draudimo įmonė dažnai atlieka tik finansų tarpininko vaidmenį. Tai reiškia, kad nesurinkusi pakankamai lėšų draudimo įmonė negalės padengti klientų patirtų nuostolių ir vykdyti savo įsipareigojimų. Viena iš priežasčių, lemiančių blogus draudimo veiklos rezultatus, o kartu ir įsipareigojimų nevykdymą, yra sukčiavimas. Pavyzdžiui, JAV nuo 1969 iki 1990 m. 30 proc. bankrutavusių draudimo įmonių savo veiklą baigė būtent dėl sukčiavimo patirtų nuostolių [3].

Sukčiavimas draudimo sferoje yra vienas „brangiausiai kainuojančių“ ekonominių–finansinių nusikaltimų JAV, kurį lenkia tik mokesčių slėpimas. Manoma, kad 1998 m. šioje šalyje jo mastas vien dėl vienos sukčiavimų rūšių – nepagrįstų išmokų – siekė 120 milijardų dolerių (tai sudaro apie 1,8 proc. BVP) per metus, tuo tarpu 1990 m. – tik 30 milijardų, Kanadoje 1997 m. – apie 1,3 milijardo, Australijoje – apie vieną milijardą, Europos Sąjungoje – ne

mažiau kaip 10 milijardų dolerių [4; 5; 6; 7; 8]. Britanijos draudėjų asociacijos duomenimis, vien ne gyvybės draudimo sferoje sukčiavimo, siekiant neteisėtų išmokėjimų, mastas 1999 m. viršijo vieną milijardą dolerių [9].

Paskaičiuota, kad JAV vien dėl šio reiškinio 1995 m. kiekviena amerikiečių šeima dėl draudimo įmokų ir mokesčių padidėjimo bei prekių ir paslaugų pabrangimo patyrė vidutiniškai po 1030 JAV dolerių, t.y. apie pusę vidutinio mėnesinio atlyginimo išlaidų [10].

Be tų pinigų, kurie sumokami dėl neteisėtų išmokų, yra ir papildomų su tuo susijusių išlaidų visuomenei. Pavyzdžiui, ICA (*Insurance Council of Australia*) vertinimu, kiekvienam doleriui, išmokamam dėl tyčinių padėgimų, tenka 8 doleriai išlaidų policininkų, gaisrininkų ir teismų darbui, socialinio draudimo išlaidoms apmokėti, todėl realiai sukčiavimo „kaina“ visuomenei gali siekti kelis kartus didesnes sumas, nei sukčiai gauna iš draudimo įmonių [7; 11].

Pačiais konservatyviausiais vertinimais, neteisėtos išmokos sudaro apie 10–15 proc. visų surinktų įmokų [12]. Atskirų draudimo rūšių neteisėtų išmokų skaičiaus dispersija dar sparčiau didėja ir gali svyruoti nuo 5 iki keliasdešimties procentų.

1991 m. didžiausia Vokietijos draudimo įmonė „Allianz“ atliko tyrimą, kuriuo siekė išsiaiškinti sukčiavimo mastą (t.y. kuri dalis respondentų nors kartą mėgino apgauti draudimo įmones, proc.) ir nustatė [13]:

Draudimo rūšis	Metai		Pokytis (proc.)
	1987	1991	
Asmens CA draudimas	19	21	10,53
Namų turto draudimas	15	18	20
Transporto priemonių draudimas	11	19	72,73
Pastatų draudimas	8	45	462,5
Transporto priemonių CA draudimas	7	8	14,29
Draudimas nuo nelaimingų atsitikimų	7	11	57,14
Gyvybės draudimas	3	6	100

Švedijos draudėjų asociacijos duomenimis, Švedijoje apie 80 proc. automobilio gaisrų yra ne kas kita, kaip tyčinis padėgimas [8]. Kai kurių Kanados ekspertų nuomone, 50 proc. visų apdraustų automobilių vagysčių – sukčiavimas [14]. Britanijos draudėjų asociacijos duomenimis, apie 45 proc. įvykių (pretenzijų) buvo klastojamos arba nutylimos svarbios įvykio aplinkybės, dar 39 proc. – neteisėtai padidintas nuostolio dydis [9]. IRC (*Insurance Research Council*) tyrimų duomenimis, 3 proc. visų CA įvykių, kurių metu sužalojami asmenys, yra suklastoti, 33 proc. – neteisėtai padidintas nuostolis [15].

Lietuvoje 1998 m. užregistruotos 1446, 1999 m. – 914 sukčiavimo veikų, iš kurių dėl sukčiavimo draudimo sferoje – tik vienetai [16]. Bet net darant prielaidą, kad Lietuvoje su sukčiavimu draudimo įmonės kovoja ne prasčiau nei, pavyzdžiui, JAV, remiantis jau minėtais skaičiais (kad dėl draudimo išmokų sukčiaujama tik 10 proc. atvejų), gautume apie 30 tūkstančių sukčiavimo veikų atvejų per metus. Taigi šio nusikaltimo latentiskumas yra milžiniškas.

Apie kitas sukčiavimo draudimo sferoje rūšis yra labai nedaug duomenų. Pavyzdžiui, ACFE (*Association of Certified Fraud Examiners*) vertinimu, JAV įmonės dėl savo darbuotojų sukčiavimo per metus praranda apie 6 proc. metinių pajamų [17].

1997 m. JAV buvo atliktas tyrimas, kurio metu buvo mėginama išsiaiškinti, kodėl ir koku mastu visuomenė toleruoja sukčiavimą draudimo sferoje. Tyrimas atskleidė, kad pagal tolerancijos laipsnį ir įsitikinimą, kodėl žmonės sukčiauja, respondentus galima suskirstyti į keturias grupes [18]:

– *moralistai*, kurie tokios veikos netoleruoja ir siūlo sukčiams taikyti griežtas bausmes. Ši grupė sudaro 30,7 proc. respondentų;

– *realistai*, kurie toleruotų tokį elgesį pagal aplinkybes. Jie nereikalauja griežtų bausmių. Ši grupė sudaro 21,6 proc. respondentų;

– *konformistai*, kurie pakankamai toleruoja sukčiavimą draudimo sferoje, nes mano, kad daugelis taip elgiasi ir todėl siūlytų nedideles bausmes. Ši grupė sudaro 26,4 proc. respondentų;

– *kritikai*, kurie yra tolerantiškiausi tokiai veikai ir dėl to kaltina draudimo įmones, kurios, jų nuomone, klientų atžvilgiu nėra sąžiningos. Žinoma, šios grupės, kurią sudaro 21,2 proc. respondentų, nuomone, sukčiavimas draudimo sferoje neturėtų būti baudžiamas.

Taigi net 70 proc. visuomenės daugiau ar mažiau toleruoja tokias veikas. Tai reiškia, kad visuomenė sukčiavimo draudimo sferoje nelaiko nusikaltimu. Be to, be visuomenės pritarimo nėra paprasta įteisinti kovos su sukčiavimu priemonės, kurių nebuvimas savo ruožtu lemia sukčiavimo masto didėjimą. Dėl to paslaugų kainos (įmokos) didėja (nes, kaip jau buvo minėta, draudimas grindžiamas solidarumo principu, kai nuostoliai paskirstomi visiems draudimo santykių dalyviams – draudėjams – ir, išaugus nuostoliams, padidėja ir kiekvieno dalyvio įnašas jiems padengti). Tuo klientai nėra patenkinti ir siekia įvairiais neteisėtais būdais gauti paslaugų už mažesnę kainą arba atsiimti sumokėtus pinigus, t.y. sukčiauja.

Kitos visuomenės apklausos duomenimis, respondentai ne tik toleruotų, bet 7 iš 10 ir patys pateiktų klaidingą informaciją, jei tai padėtų sumažinti draudimo įmokas arba gauti didesnę draudimo išmoką nei priklausytų, t.y. sukčiautų [19]. Beje, 1996 m. Gallupo atliktos visuomenės nuomonės apklausos duomenimis, net 88 proc. amerikiečių suvokia, kad sukčiavimas yra pagrindinė problema, daranti įtaką draudimo paslaugų kainai [20].

Lietuvos Respublikoje sukčiavimas suprantamas kaip svetimo turto užvaldymas arba teisės į turtą įgijimas apgaule. Apgaulė sukčiaujant naudojama siekiant suklaidinti turto savininką arba valdytoją, arba asmenį, kuris atsakingas už turtą, o pastarieji, suklydę, nes buvo apgauti, savanoriškai perleidžia turtą ar teisę į turtą kaltininkui, manydami, kad šis turi teisę jį gauti. Apgaulė pasireiškia turto savininko arba valdytojo, arba asmens, kuris atsakingas už turtą, suklaidinimu, pateikiant suklaidintus dokumentus, pranešant neteisingus duomenis, nutylint esmines aplinkybes savininkui apsispręsti dėl turto ar teisės į turtą perleidimo ir pan. [21].

Vis dėlto toks sukčiavimo apibrėžimas neapima visų panašaus pobūdžio veikų, todėl valstybėse, skiriančiose daug dėmesio kovai su šiuo neigiamu reiškiniu (pvz., JAV), sukčiavimo samprata, palyginti su Lietuvos Respublikos baudžiamajame kodekse įtvirtinta nuostata, yra platesnė: sukčiavimas draudimo sferoje apibrėžiamas kaip tyčinis klaidinimas siekiant neteisėtos naudos, t.y. kai pelnomasi iš draudimo veiklos klaidinant kitus [22]. Paprastai yra skiriami šie pagrindiniai sukčiavimo požymiai: tyčinis klaidinimas (sąmoningas faktų iškraipymas arba nutylėjimas), pasitikėjimas klaidinga informacija, jos naudojimas veikloje ir naudos siekimas [23; 24].

Beje, tokia sukčiavimo samprata apima nemažą nusikaltimų (pvz., papirkimą, turto pasisavinimą, sukčiavimą) ir todėl savo mastu nesutampa su baudžiamąja teisine sukčiavimo samprata [25]. Šis skirtumas yra pakankamai svarbus, nes vėliau analizuodami sukčiavimo atlikimo būdus remsimės būtent šia, kriminologiniu požiūriu priimtinesne už baudžiamąją teisinę, samprata.

Viena detaliausių sukčiavimo sampratų pateikta JAV Jutos valstijos kodekse, kuri atspindi vieną iš galimų sukčiavimo klasifikacijų bei nurodo galimus įgyvendinimo būdus [26]:

1) asmuo sukčiauja draudimo sferoje, jei jis, siekdamas apgauti, suteikia draudimo įmonei bet kokio pobūdžio žinomai melagingą, neišsamią arba klaidingą informaciją apie tam tikrą faktą, svarbų draudimo sutarčiai sudaryti arba įvykiui administruoti, taip pat jei gauna kokią nors naudą iš žinomai apgaulingos veiklos, susijusios su draudimu;

2) paslaugų tiekėjai sukčiauja draudimo sferoje, jei jie, siekdami apgauti, sąmoningai pateikia sąskaitą už nesuteiktas prekes ar paslaugas arba jei jų kaina smarkiai viršija sumas, paprastai mokamas už tokias prekes ar paslaugas, taip pat jei gauna bet kokią nors naudą iš žinomai apgaulingos veiklos, susijusios su draudimu;

3) draudimo įmonė sukčiauja draudimo sferoje, jei ji, siekdama apgauti, sąmoningai nuslepia arba suteikia melagingą ar klaidingą informaciją, susijusią su draudimo sutarties sudarymu, vykdymu, draudiminės apsaugos mastu arba įvykių administruvimu, kitų pareigų vykdymu, taip pat jei gauna kokią nors naudą iš žinomai apgaulingos veiklos, susijusios su draudimu.

Turint omenyje tai, kad sukčiavimo būdai (metodai), naudojami draudimo sferoje, yra pakankamai įvairūs, norint parinkti tinkamus šio reiškinio tyrimo metodus, prevencijos priemonės, sukčiavimo draudimo sferoje būdų (metodų) visumą tikslinga skirstyti į tam tikras grupes arba, kitais žodžiais tariant, klasifikuoti. Galima būtų išskirti dvi vienokiu ar kitokiu požiūriu reikšmingas klasifikacijas.

I. Pirmuoju grupavimu siekiama susisteminti galimus sukčiavimo būdus pagal draudimo sutarties ir su ja susijusius subjektus. Kiekviena subjektų grupė dar skaidoma į pogrupius siekiant atskleisti tik tiems subjektams būdingus sukčiavimo būdus (metodus) arba terpę, kurioje šios veikos realizuojamos:

1. Draudimo įmonės sukčiavimas:

1.1. Asmenys, tiesiogiai susiję su draudimo sutartimi ir darantys įtaką konkrečaus draudėjo lėšoms:

1.1.1. Draudimo paslaugų platintojai (agentai, brokeriai ir pan.), nustatantys mokėtinos draudimo įmokos dydį (pvz., draudimo įmokų pasisavinimas arba pardavimas blogesnės nei sutarta kokybės paslaugų);

1.1.2. Draudiminių įvykių administratoriai, kurių priimamas sprendimas lemia draudimo išmokos dydį (pvz., įrodymų, padedančių atmesti pretenziją, klastojimas);

1.2. Asmenys, tiesiogiai nesusiję su draudimo sutartimis, tačiau kurių sprendimai turi įtakos skirstant draudimo įmonės lėšas (pvz., akcininkų draudimo įmonės išteklių pasisavinimas arba draudimo veikla be licencijos);

2. Draudėjų (draudimo išmokos gavėjų) sukčiavimas:

2.1. Asmenys, sukčiaujantys versliškai, t.y. kai tokia veika yra viena iš pagrindinių nuolatinių pajamų šaltinių. Dažniausiai taip veikia nusikalstamos grupuotės;

2.2. Asmenys, siekiantys draudimo įmonės sąskaita neteisėtai padengti turėtus nuostolius (pvz., po autoįvykio apdraudžiamas automobilis) arba vienkartinę veika pataisyti finansinę padėtį (pvz., automobilis apdraudžiamas, vėliau parduodamas ir draudimo įmonei pareiškia pretenzija dėl vagystės), t.y. kai nesiekama gauti iš draudimo nuolatinių pajamų;

2.3. Asmenys, sukčiaujantys dėl „palankiai“ susiklosčiusių aplinkybių, kurios yra dvejopo pobūdžio: neteisėtai siekiama kuo mažesnės paslaugos kainos (t.y. pasipelnymas dėl to, kad tenka mokėti mažesnes nei priklausytų draudimo įmokas) arba siekiama neteisėtai didesnės draudimo išmokos (t.y. pasipelnymas dėl to, kad gaunama suma, viršijanti patirto nuostolio dydį);

3. Trečiųjų asmenų sukčiavimas:

3.1. Paslaugų tiekėjai, apmokami draudimo įmonės (pvz., advokatai, medikai, autoservisai);

3.2. Paslaugų tiekėjai, apmokami valstybės (pvz., policininkai, gaisrininkai);

3.3. Draudimo liudijimų klastotojai ir platintojai.

Toks skaidymas ypač svarbus teisiniu požiūriu, nes padeda atskleisti visus nusikalstamos veikos subjektus ir šiuo pagrindu galima konstruoti normą, uždraudžiančią visokį sukčiavimo draudimo sferoje pasireiškimą (pavyzdys – jau minėtas JAV Jutos kodeksas). Taip pat šis grupavimas iš dalies atskleidžia sukčiavimo aptikimo galimybes, nes, pavyzdžiui, jei sukčiavimas versliškas, galima aptikti pasikartojimų šablonų (t.y. kartosis asmenys, veikimo būdai ir pan.).

Ši klasifikacija įdomi ir tuo, kad padeda atskleisti konkrečių aptariamų veikos įgyvendinimo būdų įvairovę ir kartu juos atpažinti. Beje, skirtingų draudimo rūšių sukčiavimo prielaidų įgyvendinimo būdai yra pakankamai skirtingi. Todėl jei tą pačią klasifikaciją detalizuotume ir pritaikytume konkrečioms draudimo rūšims (pvz., sausumos transporto priemonių, pastatų, namų turto, civilinės atsakomybės ar gyvybės draudimams), galėtume išskirti sukčiavimo prielaidų įgyvendinimo būdus, galimus konkrečios draudimo sutarties atveju. Pavyzdžiui, transporto priemonių draudimo sferoje naudojami tokie sukčiavimo būdai:

1. Užsidedus žaliajam šviesoforo signalui staiga (be jokios numanomos priežasties) stabdoma, kad iš paskos važiuojantis automobilis atsitrenktų;

2. Važiuojant staiga stabdoma, o kad iš paskos važiuojantis automobilis neišvengtų avarijos, jį iš šono blokuoja kitas;

3. Lyg ir praleidžiant iš šalutinio kelio įvažiuojantį automobilį, paskutiniu momentu nesusstojama;

4. Pretenzijos dėl kūno sužalojimų pateikiamos dėl asmenų, net nedalyvavusių autoįvykyje (pvz., autoįvykio metu nukentėjusi moteris pareikalavo kompensacijos ir už jos dviejų vaikų sužalojimą, nors vėliau išaiškėjo, kad vienas iš jų įvykio metu buvo mokykloje).

Asmens draudimo sferoje galimi šie sukčiavimo būdai:

1. Žmogžudystė, organizuota paveldėtojų arba naudos gavėjų;
2. Savižudybė (siekiant materialiai aprūpinti artimuosius);
3. Tyčinis savęs sužalojimas;

4. Mirties inscenizavimas, kai vietoj apdraustojo palaikų pateikiamas neatpažįstamai sudarkytas pašaliečio kūnas arba teigiama, kad dėl kokių nors priežasčių apdraustojo kūnas dingęs;

5. Sužalojimo arba ligos inscenizavimas;

6. Kitų faktų (įvykio aplinkybių) inscenizavimas (klastojimas, nuslėpimas ir pan.).

Sukčiaujant dėl kūno sužalojimų populiariausi tokie būdai:

1. Kai pareiškiamos pretenzijos dėl žalos atlyginimo už kūno sužalojimus, patirtus dėl „pavojingų“ aplinkybių (pvz., slidžių grindų);

2. Kai remiantis anksčiau patirtais sužalojimais bandoma padidinti naujos traumos padarinius;

3. Kai tyčia ant savęs užverčiami daiktai, siekiant susižaloti;

4. Kai pretenzijos pareiškiamos dėl „pavojingų“ maisto produktų (pvz., teigiant, kad susižalota stiklo šuke, įkepta į duoną).

II. Antruoju grupavimu siekiama susisteminti galimus sukčiavimo būdus pagal veikos pavojingumą ir padaromo nuostolio dydį:

1. Piktybinis, kuriam būdinga išankstinė tyčia, kuria siekiama pasipelnyti draudimo įmonės sąskaita ir gali pasireikšti, pavyzdžiui, autoįvykio, gaisro ar vagystės inscenizacija, draudimo veikla neturint tam licencijos, draudimo paslaugų platintojų, nusikalstamų grupių sukčiavimu;

2. Atsitiktinis, kai neteisėtai padidinamas įvykio metu patirto nuostolio dydis arba sudarant draudimo sutartį pateikiami neteisingi arba nutylimi tikrieji duomenys, siekiant kuo mažesnę paslaugos kainos (draudimo įmokos) arba kad nebūtų atmetas prašymas sudaryti draudimo sutartį.

Toks grupavimas svarbus dviem aspektais. Pirma, kriminalinėms bausmėms už tokio pobūdžio veikas nustatyti bei parinkti, antra, jis padeda nustatyti kovos su šiuo neigiamu reiškiniu prioritetus, nes piktybinio sukčiavimo atveju žala draudimo įmonei, o kartu ir visuomenei padaroma kur kas didesnė, be to, tokius atvejus dažnai lengviau demaskuoti.

Išvados

Aptarta problema Lietuvai šiandien nėra tokia aktuali kaip kitoms ekonomiškai išsivysčiusioms valstybėms. Manoma, kad Lietuvoje sukčiavimu draudimo sferoje padaryta žala neviršija 100 milijonų litų per metus. Tačiau atsižvelgiant į draudimo, kaip finansinio sektoriaus, spartų augimą, būtų nedovanotina klaida praleisti progą jau dabar padėti pagrindus kovai su šiuo neigiamu reiškiniu.



Literatūra

1. **Insurance** in Europe. Eurostat: 1996.
2. **Cirule I.** The role of insurance in the economy of the Baltic countries // Insurance in the Baltics '99 konferencijos medžiaga.
3. <http://djay@insurancefraud.org/facts.htm>, 1999 09 12.
4. <http://www.stopfraud.org>, 2000 03 12.
5. **Insurance** fraud investigator, July '98. USA, Louisiana Department of insurance.
6. <http://www.fraudcoalition.org/eng/facts/facts.htm>, 2000 04 18.
7. **Baldock T.** Insurance fraud // Trends & issues in crime & criminal justice. Australian institute of criminology. February '97, No. 66.

8. **Köhler B.** Insurance fraud, an increasing problem for society // Insurance in the Baltics '98 konferencijos medžiaga.
9. <http://www.the...tim/2000/06/06/timlwtlwt01013.html>, 2000 07 12.
10. <http://www.mutualofomaha.com/service/fraud.htm>, 2000 02 15.
11. <http://www.fraudcoalition.org/eng/facts/facts.htm>, 2000 04 18.
12. <http://www.abc.ca/ENGLISH/insfraud.htm>, 1999 11 12.
13. **Draudimo** apgavystė asmeniniuose draudimuose. Munich Re, 1994.
14. <http://www.insurance.ca.gov/FRD/Frdauto.htm>, 2000 03 31.
15. <http://www.ircweb.org/news/996claim.htm>, 1999 07 15.
16. <http://www.nplc.lt/stat/nus/nus27.htm>, 2000 10 05.
17. <http://www.acfe.org/newsandfacts/fraudfacts/fraudstatistics/index.html>, 2000 03 18.
18. **Diegel M. E.** Americans show 4 faces toward insurance fraud // <http://www.insurancefraud.org/FFrelease.htm>, 2000 03 06.
19. <http://www.pgac.com/agent/fraud.htm>, 2000 05 05.
20. <http://www.nycm.com/Fraud/Fraud.htm>, 2000 03 31.
21. 1998 12 22 AT Senato nutarimas Nr. 8 „Dėl teismų praktikos sukčiavimo ir turto pasisavinimo arba iššvaistymo baudžiamosiose bylose (BK 274 ir 275 straipsniai)“.
22. <http://www.tdi.state.tx.us/consumer/consum41.htm>, 2000 03 10.
23. <http://wwwldi.lidi.state.la.us/fr10.htm>, 2000 03 10.
24. **Simmons M. R.** Recognizing the elements of fraud, 2000 08 15.
25. <http://www.insurancefraud.com/cgi-bin/insurancefraud/solution/article.pl?menu=detail&count=32>, 2000 08 17.
26. http://www.ifd.state.ut.us/Insurance_Fraud_Act/insurance_fraud_act.htm, 1999 09 22.



The Criminological Analysis of Insurance Fraud

*Doctoral Candidate T. Rudzkis
Law University of Lithuania*

SUMMARY

Insurance business, on the average amounting to 8 percent of “economically developed states” GDP, has been within eyeshot of fraudsters since time immemorial. As insurance is getting more popular in Lithuania, lawyers should care more about insurance fraud. This paper provides an overview of insurance fraud extent, public opinion about this kind of crime as well as several insurance fraud classifications that could lead to more efficient ways of fraud prevention.

