

Tài liệu học tập môn học

Bảo hiểm

CHỦ BIÊN : THS. VÕ THỊ PHA



HÀ NỘI năm 2008

Lời nói đầu

Trong cuộc đấu tranh sinh tồn, loài người buộc phải chấp nhận sống chung với nhiều loại rủi ro. Trong điều kiện đó, các loại hình bảo hiểm đã ra đời, phát triển, thâm nhập vào các ngõ ngách trong đời sống thường nhật của người dân và hoạt động của các tổ chức, doanh nghiệp.

Nhằm phục vụ cho sự nghiệp đào tạo các cử nhân kinh tế, tài liệu học tập môn học Bảo hiểm được biên soạn để cung cấp những kiến thức cơ bản tối cần thiết trong sử dụng các loại hình bảo hiểm như những phương pháp chuyển giao rủi ro hữu dụng cho nhu cầu ổn định cuộc sống con người và phát triển bền vững của các tổ chức, doanh nghiệp.

Tác giả rất mong nhận được sự góp ý của bạn đọc để tài liệu học tập này ngày càng hoàn thiện hơn.



Phần 1

BẢO HIỂM KINH DOANH

Chương 1

TỔNG QUAN VỀ BẢO HIỂM

Ý tưởng tìm cách chống đỡ thiên tai, tai họa đã xuất hiện ngay từ thời kỳ cổ xưa của nền văn minh nhân loại. Việc dự trữ thức ăn có được từ săn bắn và hái lượm thời nguyên thủy có thể coi là những hành động có ý thức đầu tiên của con người nhằm bảo vệ mình trước những rủi ro, bất trắc. Bắt nguồn từ thực tế chống chọi với nhiều loại rủi ro trong cuộc đấu tranh sinh tồn, ý tưởng bù đắp những thiệt hại lớn mà một số thành viên của cộng đồng phải gánh chịu nhờ vào sự đóng góp từ số đông các thành viên trong cộng đồng đã gieo mầm cho sự ra đời của **BẢO HIỂM** và cũng chính những nhu cầu của con người đã khiến các loại hình bảo hiểm phát triển rất mạnh và đang vươn đến đỉnh cao trong kinh tế thị trường hiện đại.

1.1. BẢO HIỂM TRONG QUẢN LÝ RỦI RO

1.1.1. KHÁI NIỆM VỀ RỦI RO

Những quan niệm về rủi ro được trình bày trong các ấn phẩm của khoa học kinh tế, bảo hiểm khá đa dạng. Có nhiều khía cạnh đáng chú ý trong các định nghĩa rủi ro mà những quan điểm khác nhau đã đưa ra, như là:

- ☐ Rủi ro là sự bất trắc có thể đo lường được
- ☐ Rủi ro là một biến cố bất ngờ gây ra những thiệt hại

- ☐ Rủi ro là sự bất trắc cụ thể liên quan đến việc xuất hiện một biến cố không mong đợi
- ☐ Rủi ro là một sự kiện không chắc chắn, có khả năng gây ra hậu quả xấu
- ☐ Rủi ro là sự kiện không chắc chắn về cơ may và bất hạnh

Dù cách biểu đạt khác nhau nhưng có thể nhận thấy các định nghĩa trên đều có những điểm tương đồng khi định nghĩa về rủi ro, đó là: tính bất thường trong khả năng xảy ra và hậu quả xấu (thiệt hại hoặc kết quả không mong đợi).

Như vậy, có thể kết luận: rủi ro là khả năng xảy ra biến cố bất thường có hậu quả thiệt hại hoặc mang lại kết quả không mong đợi.

- Các loại rủi ro

Tùy theo mục đích của việc đánh giá và quản lý rủi ro, rủi ro được phân loại cụ thể theo nhiều tiêu thức khác nhau. Liên quan đến bảo hiểm, rủi ro thường được xếp thành những cặp sau:

- ☐ Rủi ro đầu cơ và rủi ro thuần túy
- ☐ Rủi ro cơ bản và rủi ro riêng biệt
- ☐ Rủi ro tài chính và rủi ro phi tài chính

+ *Rủi ro đầu cơ và rủi ro thuần túy*: người chịu ảnh hưởng của loại rủi ro đầu cơ vừa có thể gặp hậu quả xấu nhưng cũng có thể đạt được sự gia tăng lợi ích (ví dụ: khi đầu tư vào cổ phiếu, nhà đầu tư đã chấp nhận rủi ro biến động giá cổ phiếu. Nếu giá cổ phiếu giảm sẽ dẫn đến tổn thất, nếu giá cổ phiếu tăng sẽ tạo ra khả năng kiếm lời cho người nắm giữ cổ phiếu). Trong khi đó, rủi ro thuần túy chỉ có thể dẫn đến hậu quả tổn thất, thiệt hại.(ví dụ: bão, lụt, mưa đá...)

+ *Rủi ro cơ bản và rủi ro riêng biệt*: trận động đất kèm theo sóng thần khủng khiếp xảy ra ngày 26/12/2004 đã ảnh hưởng đến hàng loạt các nước Nam Á và Đông nam Á: In-đô-nê-xia, Ấn độ; Xơ-ri-lan-ka, Thái lan...hàng trăm nghìn người bị thiệt mạng, hàng triệu người không còn nơi ăn chốn ở. Đây là một loại rủi ro cơ bản - rủi ro xảy ra ngoài tầm kiểm soát của cộng đồng và có khả năng gây hậu quả đến hàng loạt các cá nhân, tổ chức trên một phạm vi rộng. So với rủi ro cơ bản thì rủi ro riêng biệt gây hậu quả cá biệt cho cá nhân, tổ chức. Một người lái xe bị tai nạn giao thông,

một con tàu bị đắm ngoài khơi, một căn hộ bị hỏa hoạn hoặc một cá nhân bị ốm, một lô hàng bị đắm trên hành trình vận chuyển bằng đường biển - những trường hợp đó đều là rủi ro riêng biệt.

+ *Rủi ro tài chính và rủi ro phi tài chính*: xét về tính chất hậu quả của biến cố có thể chia rủi ro thành hai loại. Loại thứ nhất có thể xác định được hậu quả bằng tiền - rủi ro tài chính. Loại thứ hai không thể tính toán hậu quả bằng tiền - rủi ro phi tài chính. Hỏa hoạn xảy ra đối với các tòa nhà hoàn toàn có thể xác định giá trị thiệt hại của tài sản bị cháy còn những cung bậc trạng thái tâm lý như là: khó chịu, chán chường, buồn bã... mà những sự biến trong đời sống con người gây ra lại không phải là thước đo tài chính của việc đánh giá hậu quả.

Sự phân loại rủi ro theo các tiêu thức như trên, cho dù trong một số trường hợp chỉ mang tính tương đối nhưng rất có ý nghĩa trong việc tìm kiếm các biện pháp khắc phục, trong đó có các loại hình bảo hiểm thích hợp

1.1.2. PHƯƠNG PHÁP QUẢN LÝ RỦI RO VÀ BẢO HIỂM

Trên thực tế, quản lý rủi ro là cả một quá trình nhận biết, đánh giá, định lượng rủi ro; xây dựng hệ thống cảnh báo rủi ro; tìm kiếm, lựa chọn các phương pháp, công cụ ngăn ngừa, hạn chế và khắc phục hậu quả rủi ro. Chiến lược và tác nghiệp quản lý rủi ro cụ thể phải gắn với nhiều yếu tố nội tại của chủ thể và đối tượng, từ bên ngoài của hoàn cảnh, môi trường. Trong trường hợp chủ thể là một doanh nghiệp, phải xuất phát từ các đặc điểm của doanh nghiệp như là: công nghệ, loại hình kinh doanh, nguồn nhân lực, vị trí địa lý, cơ chế quản lý, tài sản, tiền vốn, môi trường kinh doanh... Trong phạm vi lý thuyết bảo hiểm cơ bản, nội dung về quản lý rủi ro chỉ có thể dừng ở những vấn đề khái quát chung và liên quan trực tiếp đến bảo hiểm, đó là phương pháp phòng tránh, giảm thiểu và khắc phục hậu quả của rủi ro.

Phương pháp phòng tránh, giảm thiểu và khắc phục hậu quả rủi ro được phát kiến, xây dựng trên cơ sở đánh giá rủi ro. Thông thường, các loại rủi ro đều được đánh giá bằng việc định lượng tần số và mức độ thiệt hại mà rủi ro gây ra. Việc đánh giá được thực hiện từ quan sát, thống kê số lớn các sự kiện và hậu quả của chúng. Qua đánh giá rủi ro, nhà quản trị nhận thấy được về các vấn đề mang tính quy luật chi phối rủi ro. Ví dụ, các nhà phân tích rủi ro đã nhận ra một mối liên hệ đáng chú ý

giữa tần số và mức độ thiệt hại: những rủi ro có tần số cao thường gây ra mức độ thiệt hại thấp (ví dụ: ốm đau, tai nạn cá nhân, va quệt xe...), ngược lại những rủi ro có tần số nhỏ thường gây ra hậu quả nghiêm trọng (động đất, núi lửa hiếm xảy ra hơn, nhưng gây ra những thiệt hại rất lớn về tài sản và con người). Điều này rất có ý nghĩa cho việc lựa chọn phương pháp phòng tránh, giảm thiểu và khắc phục hậu quả rủi ro.

Các biện pháp phòng tránh, giảm thiểu và khắc phục hậu quả rủi ro cụ thể mà các cá nhân, tổ chức và cộng đồng xã hội đã áp dụng khá đa dạng. Liên quan đến kỹ thuật bảo hiểm, về cơ bản có thể tập hợp chúng trong các nhóm phương pháp chủ yếu sau:

+ *Né tránh rủi ro*. Trong đời sống nghề nghiệp và sinh hoạt hàng ngày, các cá nhân vẫn sử dụng giải pháp này để né tránh các tai họa. Né tránh rủi ro có nhiều cách thức, có thể kể ra những cách né tránh thông thường như là không tham dự vào các hoạt động, lĩnh vực, môi trường có rủi ro (ví dụ: không mua cổ phiếu để khỏi bị thua lỗ). Né tránh rủi ro sẽ mang lại hiệu quả và thực sự cần thiết trong trường hợp rủi ro là bất khả kháng hoặc mức độ rủi ro quá lớn. Tuy nhiên, không thể lạm dụng phương pháp này vì bản thân cuộc sống con người đã hàm chứa sự chấp nhận đương đầu với rủi ro.

+ *Phòng ngừa, giảm thiểu rủi ro*. Bao gồm những biện pháp nhằm ngăn ngừa, hạn chế sự xuất hiện của rủi ro và giảm nhẹ mức độ thiệt hại xảy ra. Ví dụ: quy định cấm hút thuốc hay là việc lắp đặt hệ thống phòng cháy, chữa cháy để phòng tránh, giảm thiểu rủi ro hỏa hoạn.

Phòng tránh trên cơ sở nghiên cứu, thống kê rủi ro một cách có hệ thống là phương pháp có tính tích cực. Vấn đề đáng xem xét ở đây là: thực hiện các biện pháp phòng tránh dẫn đến các khoản chi phí vật chất. Chẳng hạn, việc lắp đặt hệ thống phun nước tự động đòi hỏi phải bỏ ra khoản tiền lớn để mua sắm, lắp đặt và bảo trì. Khoản chi phí để thực hiện biện pháp phòng tránh chính là “giá phí” phòng tránh. Muốn hay không, người quản trị rủi ro buộc phải so sánh giá phí phòng tránh với lợi ích thu được và thước đo “hiệu quả tức thì” đó đôi khi đã trở thành vật cản trong việc thực hiện phương pháp này.

+ *Phương pháp khắc phục hậu quả của rủi ro*

□ *Chấp nhận tự gánh chịu*

Các cá nhân hoặc tổ chức tự chịu trách nhiệm về hậu quả thiệt hại vật chất, tài chính mà rủi ro gây nên cho họ. Có nhiều nguyên nhân dẫn đến quyết định lựa chọn phương pháp tự gánh chịu, như: đủ năng lực tài chính để bù đắp các thiệt hại mà rủi ro gây ra; không còn giải pháp lựa chọn nào khác; thiếu hiểu biết về quản lý rủi ro. Thực tế, chấp nhận tự gánh chịu có thể chỉ là cách đối phó thụ động của con người trước rủi ro nhưng trong nhiều trường hợp lại được thực hiện một cách có ý thức. Tiết kiệm và lập quỹ dự phòng rủi ro được thực hiện với sự cân nhắc tính toán rất thận trọng nhằm đạt được lợi ích mong muốn. Tuy nhiên, mặc dù là những biện pháp cần thiết và được áp dụng rộng rãi song tiết kiệm và lập quỹ dự phòng rủi ro chưa đủ cho việc chống đỡ các loại rủi ro nguy hiểm với khả năng xảy ra tổn thất lớn. Rủi ro hoàn toàn có thể xảy ra cho một cá nhân, một gia đình trước khi họ tiết kiệm được đủ lượng vốn cần thiết để khắc phục hậu quả. Quy mô của dự phòng rủi ro không thể quá lớn và một doanh nghiệp không thể chỉ trông đợi vào quỹ đó để khôi phục hoạt động sản xuất kinh doanh khi xảy ra tai họa thiêu hủy phần lớn tài sản hiện có của doanh nghiệp.

□ *Chuyển giao rủi ro*

Chuyển giao rủi ro là phương pháp mà các tổ chức, cá nhân sử dụng để chuyển hậu quả (tài chính) của rủi ro xảy ra cho họ sang cho tổ chức, cá nhân khác gánh chịu. Chuyển giao rủi ro được sử dụng không chỉ trong lĩnh vực bảo hiểm mà còn phổ biến trong các lĩnh vực khác. chuyển giao rủi ro có thể thực hiện bởi các quy định pháp lý, bằng hợp đồng, thông qua bảo hiểm hoặc các phương tiện khác. Ở các lĩnh vực khác nhau có những phương thức chuyển giao rủi ro khác nhau. Trong kinh doanh chứng khoán, ngân hàng việc sử dụng quyền chọn mua, quyền chọn bán, giao dịch hợp đồng tương lai, giao dịch có kỳ hạn...hoặc sử dụng hợp đồng tương lai khi mua bán nông sản có thể coi là là một cách thức chấp nhận chuyển giao loại rủi ro biến động giá cả chứng khoán, tỷ giá hối đoái, giá cả hàng hoá giữa các đối tác giao dịch. Đối với lĩnh vực bảo hiểm, chuyển giao rủi ro được thực hiện khi các bên: doanh nghiệp bảo hiểm và bên mua bảo hiểm (cá nhân, tổ chức) ký kết, thực hiện các hợp đồng bảo hiểm. Việc

chuyển giao rủi ro bằng bảo hiểm có đặc tính là dựa trên nguyên tắc phân tán, tương hỗ, lấy của số đông để bù đắp cho số ít gặp rủi ro.

Phương pháp chuyển giao rủi ro có ảnh hưởng sâu rộng nhất đó là phân tán rủi ro theo nguyên tắc tương hỗ, số lớn bù số ít. Với phương pháp này rủi ro xảy ra cho một hoặc một số ít thành viên trong một cộng đồng thì hậu quả tài chính sẽ được chia nhỏ và chuyển cho số lớn thành viên cộng đồng cùng gánh chịu. Chuyển giao rủi ro trên cơ sở phân tán, tương hỗ, số lớn bù số ít đã được vận dụng trong nhiều hoạt động, tổ chức mà điển hình là cứu trợ và bảo hiểm.

Cứu trợ vẫn được tiến hành thường xuyên và mang ý nghĩa xã hội rất lớn. Tuy nhiên, đáng kể nhất vẫn là chuyển giao rủi ro được thực hiện bởi các tổ chức chuyên nghiệp hoá việc chuyển giao rủi ro. Ở Việt nam hiện nay, đó là: các tổ chức kinh doanh bảo hiểm, hệ thống bảo hiểm xã hội và bảo hiểm tiền gửi.

1.2. KHÁI NIỆM, SỰ RA ĐỜI VÀ PHÁT TRIỂN CỦA BẢO HIỂM KINH DOANH

1.2.1 KHÁI NIỆM VỀ BẢO HIỂM KINH DOANH

Bảo hiểm là một lĩnh vực rộng và phức tạp hàm chứa yếu tố kinh doanh, pháp lý và kỹ thuật nghiệp vụ đặc trưng nên rất khó tìm ra được một định nghĩa hoàn hảo thể hiện được tất cả những khía cạnh đó. Điều có thể chấp nhận được là xây dựng một khái niệm từ góc độ và cách thức tiếp cận hữu ích cho mục đích nghiên cứu.

Trên phương diện lý thuyết cơ bản, *bảo hiểm là phương pháp chuyển giao rủi ro được thực hiện qua hợp đồng bảo hiểm, trong đó bên mua bảo hiểm chấp nhận trả phí bảo hiểm và doanh nghiệp bảo hiểm cam kết bồi thường hoặc trả tiền bảo hiểm khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.*

Khái niệm đưa ra ở đây muốn nhấn mạnh nguồn gốc ra đời như một loại phương pháp chuyển giao rủi ro; đặc thù pháp lý- hợp đồng; vấn đề cốt lõi và các chủ thể đặc trưng của quan hệ bảo hiểm. Tuy nhiên, để tránh rườm rà khái niệm buộc phải sử dụng sớm một số thuật ngữ chuyên ngành như là phí bảo hiểm, trả tiền bảo hiểm...Các thuật ngữ này sẽ được đề cập chi tiết hơn ở những phần sau, ngoại trừ “sự kiện bảo hiểm”

Sự kiện bảo hiểm là sự kiện khách quan do các bên thoả thuận hoặc do pháp luật quy định mà khi sự kiện đó xảy ra thì doanh nghiệp bảo hiểm phải trả tiền bảo hiểm cho người thụ hưởng hoặc bồi thường cho người được bảo hiểm.

Thực tế, bên cạnh thuật ngữ này, trong bảo hiểm vẫn sử dụng các thuật ngữ sự cố; vụ; tai nạn bảo hiểm - sự cố hoặc tai nạn mà việc xảy ra sự cố hoặc tai nạn đó được bảo hiểm (ví dụ : cháy, nổ, đâm va...) hoặc trong một số trường hợp lại dùng để chỉ hậu quả (ví dụ: bị tử vong, thương tật vĩnh viễn...). Đối với từng sản phẩm bảo hiểm, một trong những nội dung quan trọng của hợp đồng bảo hiểm là phải định nghĩa rõ ràng, chính xác về mỗi loại tai nạn, sự kiện, sự cố bảo hiểm nhằm tránh sự tranh chấp trong quan hệ bảo hiểm.

1.2.2 SỰ RA ĐỜI VÀ PHÁT TRIỂN CỦA BẢO HIỂM

- *Trên thế giới*, mầm mống của hoạt động bảo hiểm đã xuất hiện ngay từ thời kỳ cổ xưa của nền văn minh nhân loại, đó là cơ chế thức khác nhau của việc bù đắp những tổn thất, tai nạn mà một số thành viên của cộng đồng phải gánh chịu nhờ vào sự đóng góp từ số đông các thành viên trong cộng đồng. Trong các nền kinh tế tự nhiên phi tiền tệ cũng đã xuất hiện hình thức tương hỗ giúp đỡ của cộng đồng những người hàng xóm với nhau khi họ gặp rủi ro như cháy nhà.

Cái gọi là hợp đồng vay tiền trên cơ sở cầm cố “
<http://www.britannica.com/memberloginbottomry> contract” đó được biết đến bởi các nhà buôn ở Babylon vào khoảng 4000–3000 năm trước Công nguyên, bởi người Hindus vào khoảng 600 trước Công nguyên và Hy Lạp cổ đại vào thế kỷ thứ 4 trước Công nguyên - các khoản cho vay được cấp cho các nhà buôn nếu hàng hóa chuyên chở bị tổn thất trên biển. Hợp đồng hàng hải có thỏa thuận: với các điều kiện nhất định, nếu con tàu bị tổn thất trong hành trình hoặc trong thời gian nhất định bởi các hiểm họa nhất định thì người cho vay sẽ bị mất khoản cho vay mà chủ tàu đã sử dụng cho việc trang bị, sửa chữa tàu.

Các phương pháp chuyển giao, phân chia rủi ro cũng đó được tiến hành bởi các lái buôn Trung Hoa và Babylon khá sớm khoảng 2 – 3 nghìn năm trước Công nguyên. Các lái buôn Trung Hoa phân tán hàng hóa của họ trên nhiều thuyền để có thể hạn chế thiệt hại nếu một con thuyền lật chõm.

Người Babylon phát triển hệ thống đã được ghi trong bộ luật (năm 1750 trước Công nguyên) nổi tiếng và đã được thực hiện bởi các nhà buôn vùng Địa trung Hải – khi các nhà buôn vay tiền để mua hàng hóa, họ phải trả thêm một khoản tiền cho sự trao đổi về sự bảo đảm của người cho vay về việc xóa nợ nếu hàng hóa bị mất. Đó là hệ thống cho vay mạo hiểm lớn)do đặc trưng bằng cơ chế lãi suất cao đi đôi với chấp nhận rủi ro nên được mệnh danh là "*cho vay mạo hiểm lớn*")

Nghẽn năm sau, những cư dân của [Rhodes](#) đã phát kiến ra khái niệm tổn thất chung. Các nhà buôn có hàng hóa chuyên chở trên tàu cùng nhau trả phí theo tỷ lệ phân chia cho nhà buôn có hàng bị ném xuống biển khi tàu gặp bão hoặc có nguy cơ chồm tàu. Những người Hy Lạp và La Mã cổ đại cũng khởi đầu cho sự bắt đầu của bảo hiểm sức khỏe và bảo hiểm nhân thọ khi vào khoảng 600 năm sau Công nguyên khi họ tổ chức các hội từ thiện để chăm sóc gia đình và trang trải chi phí tang lễ của các hội viên bị chết.

Hệ thống cho vay mạo hiểm lớn ở Babylone, Hy Lạp, Rôme...thực chất là một sự kết hợp giữa hoạt động tín dụng với ý đồ bảo hiểm. Hoạt động cho vay mạo hiểm lớn tồn tại khá lâu và phổ biến trên nhiều khu vực trên thế giới. Tại Rôme, kéo dài đến tận thời kỳ Trung Cổ - thời kỳ thống trị của Nhà thờ Thiên chúa giáo. “Cho vay mạo hiểm lớn” đã bị lạm dụng và vào năm 1234, Giáo hoàng Grégoire IX đã ra sắc lệnh nghiêm cấm hoạt động cho vay nặng lãi. Vấn đề đặt ra là cần phải tìm ra một phương thức bảo đảm cho các khoản tín dụng mà chủ nhà băng đã cấp cho nhà buôn (con nợ có rủi ro cao) khi không còn sự bảo đảm bằng lãi suất "cắt cổ”. Trước sự đòi hỏi đó, đã hình thành một hệ thống bảo đảm mới - bảo hiểm hàng hải: các nhà buôn chấp nhận một khoản tiền ấn định trước, để nhận được đảm bảo giá trị tàu thuyền và hàng hóa chuyên chở trong trường hợp tổn thất.

Những thỏa thuận bảo hiểm đầu tiên được gắn liền với hoạt động thương mại và vận chuyển hàng hóa bằng đường biển đã ra đời vào khoảng giữa thế kỷ 14. Đơn bảo hiểm đầu tiên còn được biết đến, đó là một đơn bảo hiểm hàng hải được phát hành 1347, tại Gênes cho con tàu Santa Clara. Tiếp đến, 15/10/1584 đơn bảo hiểm hàng hải đầu tiên tại Pháp bảo hiểm cho con tàu trên hành trình từ Marseille đến Tripoli. Năm 1424, cũng tại hải cảng Gênes, Công ty bảo hiểm đầu tiên của ngành vận tải đường biển và đường

bộ được thành lập. Sau bảo hiểm hàng hải, tiếp đến là sự ra đời của các loại bảo hiểm khác. Tại London, ngày 2 tháng 9 năm 1666 hoả hoạn đã xảy ra và kéo dài trong nhiều ngày, thiêu cháy khoảng 13.200 nóc nhà, trong đó 87 nhà thờ. Mức độ nghiêm trọng của thảm hoạ đó đã khiến các nhà chức trách thành phố London mở văn phòng cháy đầu tiên vào năm 1667. Năm 1684, công ty bảo hiểm cháy đầu tiên ra đời, lấy tên là Friendly Society Fire Office. Công ty hoạt động trên nguyên tắc tương hỗ với hệ thống phí bảo hiểm cố định, người được bảo hiểm phải chịu một phần thiệt hại xảy ra. Sau đó, nhiều công ty bảo hiểm cháy khác tiếp tục ra đời ở nước Anh, như là: Amicable (1696); Sun (1710); Union (1714); London (1714); Westminster (1717). Tại Pháp, Văn phòng bảo hiểm hỏa hoạn mang tên "La Royal Incendie" do CLAVER thành lập năm 1786 tại Paris. Hợp đồng bảo hiểm nhân thọ cổ xưa nhất được lưu giữ đến ngày nay đã được ký năm 1583 tại London và vào năm 1762, công ty bảo hiểm nhân thọ đầu tiên có tên là Equitable được thành lập tại nước Anh.

Hiện nay, bảo hiểm đang đại phát triển rất mạnh trên phạm vi toàn cầu với sự phong phú đa dạng các loại hình bảo hiểm. Sau đây là đôi nét chấm phá trong bản đồ lịch sử phát triển bảo hiểm trên thế giới.

Châu Âu được coi là cái nôi của bảo hiểm với qui mô thị trường lớn, tốc độ phát triển nhanh, ổn định và có nhiều tập đoàn bảo hiểm hàng đầu thế giới. Không thể không nhắc đến Anh quốc và ảnh hưởng của ngành bảo hiểm nước này đến thị trường bảo hiểm thế giới. Cho tới hiện nay, thị trường bảo hiểm ở nhiều nước vẫn còn chịu sự chi phối bởi các quy tắc, điều khoản, thông lệ, tập quán bảo hiểm có xuất xứ từ Anh quốc. Anh quốc có thị trường bảo hiểm thực sự mở cửa, bảo hiểm cho những rủi ro trên toàn thế giới, trong đó thị trường bảo hiểm London là trung tâm bảo hiểm quan trọng bậc nhất thế giới. Tính chất quốc tế của thị trường bảo hiểm London được tăng cường bởi sự có mặt của các chi nhánh và công ty con của nhiều tập đoàn bảo hiểm nước ngoài. Có thể nói, sự nổi tiếng của thị trường bảo hiểm Anh có sự đóng góp đáng kể của Lloyd's. Năm 1688, quán cà phê bên bờ sông Thame của thuyền trưởng Edward Lloyd's đã trở thành một nơi giao dịch về bảo hiểm không chính thức. ở đó, người ta ký kết các hợp đồng bảo hiểm, chia sẻ rủi ro mà các chủ tàu và chủ hàng của cảng London gặp phải trong vận tải đường biển. Trụ sở giao dịch sơ khai không chính thức đó sau này đã phát triển

thành một tổ chức bảo hiểm năng động, quy mô và có ảnh hưởng sâu sắc đến sự phát triển một số ngành bảo hiểm của thị trường bảo hiểm Anh cũng như trên thế giới. Hiện nay, những đặc thù về cơ cấu tổ chức và hoạt động bảo hiểm đã hạn chế sự phát triển của Lloyd's, tuy nhiên Lloyd's vẫn duy trì một mạng lưới các đại lý hoạt động ngoài nước và một thương hiệu rất có uy tín trong việc giải quyết bồi thường và năng lực bảo hiểm.

Mỹ cũng là thị trường bảo hiểm hiện có qui mô lớn bậc nhất thế giới. Ngành bảo hiểm sử dụng nhiều lực lượng lao động bậc nhất trong nền kinh tế Mỹ. Mỗi bang của nước Mỹ thành lập một cơ quan kiểm tra bảo hiểm và có những qui định pháp lý khác nhau dưới các chế định pháp luật của Nhà nước liên bang. Trình độ dân trí về bảo hiểm ở Mỹ là rất cao và trong lĩnh vực bảo hiểm Mỹ đã tổ chức một thị trường cực kỳ nguyên tắc và được kiểm soát chặt chẽ. Thị trường bảo hiểm Mỹ phát triển mạnh các sản phẩm bảo hiểm xe cơ giới, tiết kiệm và hưu trí, tai nạn lao động, đa rủi ro nhà ở và doanh nghiệp, trách nhiệm dân sự... Không chỉ phát triển mạnh mẽ thị trường trong nước, sức mạnh của thị trường Mỹ còn dựa vào sự có mặt của đông đảo các doanh nghiệp bảo hiểm ở nhiều nước trên thế giới và cơ chế cung cấp dịch vụ qua biên giới.

Thị trường bảo hiểm Châu Á đang có tốc độ tăng trưởng cao nhưng so sánh giữa các nước thì qui mô thị trường và mức độ phát triển có sự chênh lệch đáng kể. Một số nước như là: Nhật Bản, Hàn Quốc, Singapore... là các nước có thị trường bảo hiểm rất phát triển. Ngành bảo hiểm nhân thọ của Nhật bản và Hàn quốc hiện đã được xếp vào bậc nhất thế giới nhưng tại đa số các nước như Trung Quốc, Ấn Độ, ... thị trường bảo hiểm vẫn ở giai đoạn đang phát triển.

- Ở Việt Nam, vào những năm 30 của thế kỷ 20, các đại lý bảo hiểm hỏa hoạn và bảo hiểm nhân thọ của các công ty bảo hiểm Pháp đã ký được những hợp đồng bảo hiểm đầu tiên ở nước ta, hoạt động kinh doanh bảo hiểm đã được biết đến nhưng không đáng kể, không có một công ty bảo hiểm nào được thành lập.

Giai đoạn từ 1954 đến 1975, ở miền Nam Việt Nam đã tồn tại 57 công ty bảo hiểm dưới nhiều loại hình pháp lý: công ty cổ phần, công ty tương hỗ và công ty bảo hiểm nước ngoài. Sau 1975, một số công ty bảo hiểm tư nhân ở miền Nam đã được quốc hữu hóa và sáp nhập vào Công ty bảo hiểm Việt Nam.

Ở miền Bắc vào năm 1964, Chính phủ đã ký Quyết định 1979/CP ngày 17-12-1964 cho phép thành lập Công ty bảo hiểm Việt Nam (tên giao dịch là Bảo Việt) trực thuộc Bộ Tài chính. Bảo Việt chính thức hoạt động vào tháng 1 năm 1965, thực hiện hai chức năng quản lý nhà nước và trực tiếp kinh doanh bảo hiểm, tái bảo hiểm. Sự độc quyền khiến hoạt động bảo hiểm trước năm 1990 được biết đến dưới tên là *bảo hiểm nhà nước*. Mặc dù có vị trí nhỏ bé với một doanh nghiệp bảo hiểm duy nhất, nhưng ngành bảo hiểm Việt Nam đã góp phần đáng kể trong chia sẻ rủi ro của những ngành kinh tế quan trọng như ngoại thương, vận tải đường biển, hàng không thông qua hoạt động bảo hiểm hàng hải, tái bảo hiểm và hoạt động đại lý giám định cho các công ty bảo hiểm của các nước XHCN.

Sang thập kỷ 90, nền kinh tế Việt Nam đã có những chuyển biến lớn theo cơ chế thị trường, hoạt động bảo hiểm đã có những thay đổi phù hợp với đòi hỏi của nền kinh tế. Bảo Việt không còn giữ chức năng quản lý nhà nước và trở thành một doanh nghiệp kinh doanh thuần túy. Tháng 12 năm 1993, Nghị định 100/CP của Chính phủ ngày 18/12/1993 về kinh doanh bảo hiểm được ban hành đã đánh dấu một bước ngoặt lớn trong sự phát triển của ngành kinh doanh bảo hiểm ở Việt Nam. Độc quyền trong kinh doanh bảo hiểm của một doanh nghiệp nhà nước duy nhất đã chấm dứt với sự ra đời một loạt các doanh nghiệp bảo hiểm. Tháng 3/ 1996, Bảo Việt đã triển khai những loại bảo hiểm nhân thọ đầu tiên và với những bước nhảy vọt về tốc độ tăng trưởng, bảo hiểm nhân thọ đã nhanh chóng khẳng định vị thế quan trọng trong ngành bảo hiểm.

Ngày 3/5/1999 Ban Tổ chức cán bộ Chính phủ đã có quyết định phê duyệt Điều lệ của Hiệp hội bảo hiểm Việt nam. Hiệp hội bảo hiểm Việt nam đã lấy ngày 3/5 làm ngày hội truyền thống hàng năm của những người làm bảo hiểm ở Việt nam.

Hệ thống pháp luật về kinh doanh bảo hiểm không ngừng được hoàn thiện, chỉnh sửa và bổ sung. Ngày 09 tháng 12 năm 2000, Luật kinh doanh bảo hiểm được Quốc hội CHXHCN Việt Nam thông qua tại kỳ họp thứ 8, khoá X và có hiệu lực từ ngày 1/4/2001, đặt nền móng pháp lý cơ bản cho sự phát triển thị trường bảo hiểm Việt nam. Những năm đầu của thế kỷ 21, sự phát triển của kinh tế thị trường ở Việt nam, hội nhập kinh tế khu vực và thế giới đã tác động rất mạnh tới ngành dịch vụ bảo hiểm. Chiến lược phát triển thị trường bảo hiểm Việt nam giai đoạn 2003 - 2010 được Thủ tướng

Chính phủ phê duyệt ngày 29/8/ 2003 đã tạo điều kiện cho các doanh nghiệp bảo hiểm hoạch định và ổn định chiến lược kinh doanh. Thị trường bảo hiểm Việt nam đang từng bước thực hiện các cam kết theo lộ trình gia nhập WTO và đáp ứng các chuẩn mực quốc tế về bảo hiểm.

1.3. VAI TRÒ KINH TẾ - XÃ HỘI CỦA BẢO HIỂM

Hoạt động bảo hiểm trước hết là nhằm khắc phục hậu quả tài chính của rủi ro. Như đã chỉ ra, rủi ro có thể mang đến những thiệt hại tài chính bất thường cho các cá nhân, tổ chức. Một căn nhà bị hỏa hoạn, một người trụ cột trong gia đình bị tai nạn và chết, một con tàu bị mất tích, một chiếc máy bay rơi ... đều mang đến những kết cục bất hạnh và đi đôi là khó khăn về tài chính. Hơn lúc nào hết, các cá nhân, tổ chức cần đến nguồn tài chính kịp thời để bù đắp thiệt hại, lấy lại sự cân bằng, ổn định tình hình tài chính. Sự có mặt của các tổ chức bảo hiểm đã đáp ứng nhu cầu đó. Dịch vụ mà các tổ chức bảo hiểm đáp ứng cho nhu cầu an toàn của con người, của xã hội chính là sự bảo đảm về mặt vật chất, tài chính trước rủi ro. Hơn nữa, vượt lên cả ý nghĩa "tiền bạc", bảo hiểm mang đến trạng thái an toàn về tinh thần, giảm bớt sự lo âu trước rủi ro, bất trắc cho những người được bảo hiểm. Đó chính là ý nghĩa nhân văn của bảo hiểm trong xã hội hiện đại và thể hiện hình ảnh tốt đẹp bảo hiểm trước công chúng.

Cùng với việc mang lại sự an toàn về tài chính và tinh thần, nghề nghiệp bảo hiểm đòi hỏi và tạo điều kiện cho các tổ chức bảo hiểm thường xuyên thực hiện việc nghiên cứu rủi ro, thống kê tổn thất, tìm kiếm các biện pháp phòng tránh, giảm thiểu; phát triển các dịch vụ cứu trợ; tổ chức thực hiện những biện pháp cần thiết để bảo vệ đối tượng bảo hiểm... Những hoạt động đó đã đóng góp rất lớn vào nỗ lực chống chọi rủi ro, thiên tai, tai họa của toàn thể cộng đồng.

Tạo việc làm cho xã hội cũng là một khía cạnh đáng kể trong vai trò của bảo hiểm. Việc phát triển các loại bảo hiểm đã thu hút một lực lượng lớn lao động làm việc trong các doanh nghiệp bảo hiểm, doanh nghiệp môi giới bảo hiểm, mạng lưới đại lý bảo hiểm và các nghề nghiệp liên quan như là giám định tổn thất, định giá tài sản, giám định sức khỏe... Trong điều kiện thất nghiệp đang ám ảnh nền kinh tế toàn cầu thì sự phát triển ngành bảo hiểm vẫn được coi là còn nhiều tiềm năng ở các quốc gia

sẽ góp phần giải quyết tình trạng thiếu việc làm cũng như các vấn đề xã hội liên quan.

Một mảng đậm nét góp phần khắc họa vai trò của doanh nghiệp bảo hiểm trong kinh tế thị trường chính là hoạt động *trung gian tài chính*. Với vai trò trung gian tài chính, các tổ chức bảo hiểm thực hiện các hoạt động thu hút, tập trung các nguồn vốn, chuyển hoá vốn và đầu tư vốn. Trên phương diện quan hệ cung - cầu vốn, việc gom góp nhiều khoản phí bảo hiểm, hoặc các khoản đóng góp “nhỏ” từ số lượng lớn các tổ chức, cá nhân tham gia bảo hiểm chính là quá trình “huy động, tập trung vốn” của bảo hiểm. Hoạt động bảo hiểm tạo nên các kênh huy động vốn quan trọng trong nền kinh tế.

Mặt khác phần lớn lượng tiền mà các tổ chức bảo hiểm tập trung được từ phí bảo hiểm, hoặc tiền đóng góp bảo hiểm có thời gian tạm thời nhàn rỗi. Hơn nữa, việc vận dụng luật số lớn đã tạo tiền đề cho việc chuyển hoá thời hạn vốn bằng cơ chế chạy tiếp sức của nhiều khoản phí bảo hiểm, tiền đóng góp và qua hoạt động bảo hiểm, các khoản tiền nhỏ, lẻ, ngắn hạn được tập hợp để hình thành nguồn vốn lớn, tập trung có thể đáp ứng các nhu cầu vốn trung và dài hạn của nền kinh tế.

Thực tế, các tổ chức bảo hiểm vẫn sử dụng nguồn vốn tạm thời nhàn rỗi đó để đầu tư vào nhiều lĩnh vực và chủ yếu là đầu tư gián tiếp trên thị trường tài chính, nhất là thị trường chứng khoán. Hoạt động đầu tư tích cực của các doanh nghiệp bảo hiểm còn có tác dụng tăng quy mô và độ lưu hoạt của thị trường tài chính, kích thích các luồng vốn vận động theo nhu cầu phát triển kinh tế - xã hội, tăng tính khả thi của những dự án lớn, nâng cao hiệu quả của việc phân bổ các nguồn lực tài chính có hạn trong nền kinh tế,

Bên cạnh những nội dung cơ bản nói trên, tùy thuộc vào mục đích, phạm vi và phương thức hoạt động, vai trò của mỗi loại hình bảo hiểm còn được khơi sâu bởi những vấn đề riêng cụ thể. Điều đó có thể dễ dàng nhận thấy khi nghiên cứu những nét đặc thù trên phương diện kỹ thuật và pháp lý của của bảo hiểm kinh doanh, bảo hiểm xã hội hay bảo hiểm tiền gửi.

1.4 PHÂN LOẠI BẢO HIỂM

Lĩnh vực kinh doanh bảo hiểm bao gồm hai ngành chính là bảo hiểm nhân thọ và bảo hiểm phi nhân thọ. Nếu căn cứ theo đối tượng bảo hiểm, các loại bảo hiểm được xếp vào 3 nhóm: bảo hiểm tài sản, bảo hiểm trách nhiệm dân sự và bảo hiểm con người.

- **Bảo hiểm tài sản:** bao gồm những nghiệp vụ bảo hiểm có đối tượng bảo hiểm là các tài sản và những lợi ích liên quan. Có nhiều loại bảo hiểm tài sản thông dụng như là: bảo hiểm hàng hoá vận chuyển trong nước; bảo hiểm thiệt hại vật chất xe cơ giới; bảo hiểm công trình xây dựng, lắp đặt; bảo hiểm máy móc thiết bị điện tử; bảo hiểm tàu thuyền...

- **Bảo hiểm trách nhiệm dân sự:** bao gồm những nghiệp vụ bảo hiểm có đối tượng bảo hiểm là trách nhiệm bồi thường của người được bảo hiểm phát sinh theo quy định về trách nhiệm dân sự của pháp luật. Có nhiều loại bảo hiểm trách nhiệm dân sự như: bảo hiểm trách nhiệm dân sự của chủ tàu; bảo hiểm trách nhiệm dân sự của chủ xe cơ giới; bảo hiểm trách nhiệm của chủ sử dụng lao động; bảo hiểm trách nhiệm sản phẩm; bảo hiểm trách nhiệm đối với người thứ ba trong xây dựng, lắp đặt...

- **Bảo hiểm con người:** bao gồm những nghiệp vụ bảo hiểm có đối tượng bảo hiểm là tính mạng, sức khỏe, khả năng lao động và tuổi thọ con người. Bảo hiểm con người được chia thành bảo hiểm nhân thọ và bảo hiểm con người phi nhân thọ. Bảo hiểm nhân thọ bao gồm bảo hiểm nhân thọ truyền thống (bảo hiểm cho trường hợp tử vong của người được bảo hiểm hoặc bảo hiểm cho trường hợp còn sống của người được bảo hiểm hoặc bảo hiểm nhân thọ hỗn hợp) và bảo hiểm nhân thọ liên kết đầu tư. Bảo hiểm con người phi nhân thọ có các dạng chính là bảo hiểm tai nạn, bảo hiểm cho rủi ro bệnh tật, ốm đau.

Nếu căn cứ vào tính bắt buộc hoặc tự nguyện, bảo hiểm kinh doanh gồm có:

- **Bảo hiểm tự nguyện:** bao gồm những nghiệp vụ bảo hiểm mà hợp đồng bảo hiểm được ký kết theo ý nguyện của bên mua bảo hiểm và hoàn toàn trên nguyên tắc thoả thuận. Đại bộ phận các nghiệp vụ bảo hiểm thuộc loại bảo hiểm tự nguyện.

- **Bảo hiểm bắt buộc:** bao gồm những nghiệp vụ bảo hiểm mà pháp luật có quy định về nghĩa vụ tham gia bảo hiểm của các tổ chức, cá nhân có mối quan hệ nhất

định với loại đối tượng bắt buộc phải được bảo hiểm. Đối với bảo hiểm bắt buộc, thông thường pháp luật còn có quy định thống nhất về các điều khoản cơ bản của hợp đồng bảo hiểm, giới hạn trách nhiệm bảo hiểm và mức phí bảo hiểm tối thiểu mà doanh nghiệp bảo hiểm và bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ tuân thủ khi giao kết hợp đồng bảo hiểm. Điểm cần lưu ý là bắt buộc không làm mất đi nguyên tắc tự nguyện, bình đẳng trong quan hệ hợp đồng khi các bên được tự nguyện lựa chọn đối tác và thoả thuận những vấn đề không phải tuân theo quy định thống nhất của pháp luật.

Trên thế giới, các loại bảo hiểm bắt buộc khá đa dạng tại một số nước, ví dụ: ở Pháp có đến gần 100 loại bảo hiểm bắt buộc. Quan hệ thị trường bảo hiểm càng phát triển thì các loại bảo hiểm bắt buộc dường như càng phong phú hơn. Điều đó tồn tại trong một lĩnh vực kinh doanh có vẻ giống như một nghịch lý, song “nghịch lý” đó vẫn được chấp nhận vì nhiều lý do. Lý do cơ bản nhất liên quan tới chức năng bảo vệ trật tự xã hội của các Nhà nước. Nhằm bảo vệ lợi ích công cộng, an toàn chung, Nhà nước buộc phải sử dụng công cụ luật pháp để can thiệp vào việc bảo hiểm cho một số đối tượng nếu như vấn đề đối tượng đó có được bảo hiểm hay không sẽ can hệ đến lợi ích của nhiều thành viên xã hội.

Thực tế ở nhiều nước, sự bắt buộc được áp dụng nhiều đối với loại bảo hiểm trách nhiệm dân sự. Những nghề nghiệp như là: tư vấn pháp luật, kiểm toán, môi giới chứng khoán, cung cấp dịch vụ y tế, thiết kế xây dựng..., với yêu cầu chuyên môn cao và kỹ năng phức tạp nên vẫn tiềm ẩn khả năng xảy ra sai sót, gây tổn hại lớn cho người sử dụng dịch vụ. Trong trường hợp này, bảo hiểm bắt buộc là xuất phát từ mục đích bảo đảm nguồn tài chính để người cung cấp dịch vụ thực hiện nghĩa vụ bồi thường đối với khách hàng nếu chẳng may rủi ro phát sinh.

Ở Việt nam hiện nay có các loại bảo hiểm bắt buộc sau:

Theo quy định của điều 8, chương I, luật kinh doanh bảo hiểm CHXHCN Việt nam, gồm có:

- ☐ Bảo hiểm trách nhiệm dân sự của chủ xe cơ giới, bảo hiểm trách nhiệm dân sự của người vận chuyển hàng không đối với hành khách
- ☐ Bảo hiểm trách nhiệm nghề nghiệp của doanh nghiệp môi giới bảo hiểm
- ☐ Bảo hiểm trách nhiệm nghề nghiệp đối với hoạt động tư vấn pháp luật

- Bảo hiểm cháy, nổ.

Theo luật hàng hải CHXHCN Việt nam (chương XVI, điều 23), bắt buộc về bảo hiểm trách nhiệm dân sự của chủ tàu biển đối với tàu biển chuyên dùng để vận chuyển dầu mỏ, chế phẩm từ dầu mỏ hoặc hàng hoá nguy hiểm khác đối với ô nhiễm môi trường khi hoạt động tại vùng nước các cảng biển và khu vực hàng hải khác của Việt nam.

Theo quyết định số 99/2005/ QĐ- BTC: bảo hiểm bắt buộc trách nhiệm dân sự của người kinh doanh vận tải hành khách, hàng hóa dễ cháy và dễ nổ trên đường thủy nội địa.

1.5 CƠ SỞ KỸ THUẬT CỦA BẢO HIỂM

Cơ sở kỹ thuật cơ bản của bảo hiểm bao gồm: luật số lớn; nguyên tắc sàng lọc rủi ro; nguyên tắc phân chia, phân tán rủi ro.

- Luật số lớn

Những nghiên cứu về lịch sử bảo hiểm thương mại đã chỉ ra rằng hoạt động bảo hiểm thương mại có từ trước thế kỷ 17. Tuy nhiên, chỉ khi lý thuyết xác suất được vận dụng, kỹ thuật bảo hiểm mới có được sự hoàn thiện cơ bản và người có công đầu là nhà toán học người Pháp: Blaise Pascal (1623 - 1662). Tác phẩm toán học của ông đánh dấu sự sáng lập ra *Lý thuyết toán về xác suất*, ông là người đầu tiên công bố công trình này vào năm 1654. Sau nhiều thực nghiệm nghiên cứu về các đại lượng ngẫu nhiên, ông đã chứng minh rằng chúng bị chi phối bởi quy luật.

Sau Pascal, Iacop Bernoulli (1654 - 1705) - một nhà toán học khác người Thụy sỹ đã tiếp tục nghiên cứu và phát triển luật số lớn.

Luật số lớn được đúc rút từ thực nghiệm: tung một con xúc sắc 6 mặt đồng chất, quan sát và ghi lại kết quả sau mỗi lần thực nghiệm (phép thử). Nếu số phép thử là ít, kết quả thu được về số lần xuất hiện của các mặt (từ mặt 1 chấm đến mặt 6 chấm) có sự chênh lệch rất lớn. Nếu số phép thử đủ lớn sẽ cho một kết quả đáng ngạc nhiên là số lần xuất hiện mặt 3 chấm cũng tương đương với số lần xuất hiện của tất cả các mặt còn lại. Chẳng hạn, nếu tung con xúc sắc đến 60.000 lần thì số lần xuất hiện của các mặt đều xấp xỉ bằng nhau và ≈ 10.000 lần. Như vậy, nếu thực hiện được 60.000 lần thử thì tần suất của biến cố xuất hiện bất cứ mặt nào cũng xấp xỉ bằng $1/6$.

Trong trò chơi con xúc sắc, nếu người chơi xem xét sự xuất hiện một mặt nào đó, mặt 6 chấm chẳng hạn thì sự xuất hiện mặt 6 chấm được coi là biến cố thuận lợi; sự xuất hiện của các mặt còn lại (từ mặt 1 chấm đến mặt 5 chấm) là những biến cố xung khắc. Mỗi lần chơi đều có thể xuất hiện bất kỳ một mặt nào, do đó, trong mỗi lần chơi số trường hợp có thể xảy ra là 6 trong khi số trường hợp thuận lợi chỉ là 1. Như vậy, khả năng xuất hiện mặt 6 chấm (biến cố thuận lợi) trong một lần chơi bằng $1/6$. Người ta gọi khả năng xuất hiện biến cố thuận lợi là xác suất của biến cố đó.

Khi nghiên cứu xác suất của một biến cố nào đó, nếu khả năng xuất hiện trường hợp thuận lợi là chắc chắn thì xác suất của biến cố đó $= 1$, nếu không thể xảy ra trường hợp thuận lợi thì xác suất của biến cố đó $= 0$. Xác suất của mọi biến cố đều nằm trong khoảng từ 0 đến 1.

Trở lại thử nghiệm với con xúc sắc, kết quả đã cho thấy: nếu số phép thử đủ lớn, tần suất biến cố sẽ xích gần lại với xác suất lý thuyết của biến cố đang xem xét. Như vậy, để tính xác suất của một biến cố, nếu thống kê được một số lượng đủ lớn các trường hợp đã xuất hiện biến cố đó trong thực tế, có thể xấp xỉ xác suất của biến cố bằng tần suất biến cố - kết quả tính được từ số liệu thống kê.

Là cơ sở kỹ thuật then chốt của bảo hiểm, luật số lớn trong bảo hiểm được phát biểu như sau: *"Khi số lớn các đơn vị rủi ro tương tự nhau và độc lập với nhau tăng lên thì tính chính xác tương đối của các dự đoán về những kết quả tương lai dựa vào các đơn vị rủi ro đó cũng tăng lên"*.

Người bảo hiểm chấp nhận bảo hiểm cho các sự kiện ngẫu nhiên, nếu xét riêng từng hợp đồng bảo hiểm đơn lẻ có thể giống như "trò chơi may rủi", song xét trên tổng thể nhiều hợp đồng bảo hiểm, doanh nghiệp bảo hiểm hoàn toàn có thể dự đoán được về khả năng xảy ra sự kiện bảo hiểm ở mức độ chính xác có thể chấp nhận được. Ví dụ : trong bảo hiểm xe cơ giới, không thể dự đoán chính xác về tai nạn gây ra đối với một cá thể ô tô, song người bảo hiểm có thể dự đoán được số vụ tai nạn và thiệt hại xảy ra hàng năm cho toàn bộ số ô tô được bảo hiểm trong phạm vi sai sót rất nhỏ. Cố nhiên, số ô tô được bảo hiểm nói trên phải là một số lớn.

Luật số lớn được ứng dụng trong bảo hiểm như là việc định phí bảo hiểm. Với "chủ trình kinh doanh đảo ngược", bán sản phẩm an toàn nhưng chỉ sau khi chi trả hết cho

các sự kiện bảo hiểm xảy ra trong niên độ, doanh nghiệp bảo hiểm mới thực sự xác định được “giá thành sản phẩm”. Phí bảo hiểm - giá bán của sản phẩm bảo hiểm được thu trước vì vậy doanh nghiệp bảo hiểm phải xác định giá bán trước khi biết được “giá thành”. Đây chính là khó khăn khi doanh nghiệp bảo hiểm định giá rủi ro. Nói cách khác, với bộ phận chủ yếu của phí bảo hiểm - phí thuần được sử dụng cho việc bồi thường (hoặc trả tiền bảo hiểm), vào thời điểm bắt buộc phải có giá - phí bảo hiểm để bán sản phẩm, doanh nghiệp bảo hiểm chưa thể tính được về trách nhiệm bồi thường (hoặc trả tiền bảo hiểm).

Lỗi thoát duy nhất cho doanh nghiệp bảo hiểm là dự tính. Luật số lớn, phép tính xác suất và thống kê rủi ro cung cấp cho doanh nghiệp bảo hiểm số liệu về tần suất tổn thất và chi phí trung bình/ tổn thất đủ độ tin cậy - hai yếu tố định phí cơ bản nhất, đảm bảo tính khoa học và độ chính xác trong dự tính.

- Nguyên tắc sàng lọc

Trong quá trình kinh doanh, doanh nghiệp bảo hiểm luôn đứng trước những nhu cầu bảo hiểm rất đa dạng của nhiều loại khách hàng. Có yêu cầu bảo hiểm cho rủi ro ở mức trung bình, có yêu cầu bảo hiểm với mức độ rủi ro cao hơn thậm chí là rất xấu. Liệu doanh nghiệp bảo hiểm có thể chấp nhận mọi yêu cầu bảo hiểm của người mua bảo hiểm hay không? Sàng lọc đòi hỏi người bảo hiểm phải từ chối những trường hợp mức độ rủi ro quá lớn.

Một vấn đề nữa đặt ra cho doanh nghiệp bảo hiểm là mỗi loại đối tượng bảo hiểm, thậm chí mỗi đối tượng bảo hiểm có mức độ rủi ro khác nhau sẽ được "đối xử" như thế nào? Hơn thế nữa, như đã đề cập ở trên, thực tế kinh doanh cho thấy doanh nghiệp bảo hiểm luôn phải đối mặt với những "lựa chọn bất lợi". Trong quyết định chấp nhận bảo hiểm hay không, nhận bảo hiểm với điều kiện bảo hiểm nào và giá phí phải thu là bao nhiêu, doanh nghiệp bảo hiểm cần phải thực hiện nguyên tắc sàng lọc rủi ro. Quá trình đánh giá rủi ro trước khi nhận bảo hiểm cho phép doanh nghiệp bảo hiểm sàng lọc được rủi ro, hạn chế sự lựa chọn bất lợi và có được quyết định đúng đắn.

Sàng lọc rủi ro yêu cầu doanh nghiệp bảo hiểm phải phân nhóm các đối tượng bảo hiểm, rủi ro được bảo hiểm theo những tiêu thức phù hợp để có thể sắp xếp được các rủi

ro có tính đồng nhất trong cùng một nhóm và định phí bảo hiểm theo từng nhóm đó. Các tiêu thức có thể sử dụng để phân nhóm có thể là phạm vi hoạt động, mục đích sử dụng, độ tuổi ... Việc phân nhóm rủi ro trong thực tế chỉ đạt tới một độ đồng nhất tương đối, vì vậy trong các nghiệp vụ bảo hiểm vẫn phải có quy định tăng phí, giảm phí trong trường hợp cần thiết. Vấn đề phân hoá phí bảo hiểm, tăng, giảm phí bảo hiểm một cách hợp lý còn đảm bảo được khía cạnh thương mại của sản phẩm bảo hiểm - sự linh hoạt cần thiết để có thể thỏa mãn tốt nhất các nhu cầu bảo hiểm đa dạng và đảm bảo hiệu quả kinh doanh của doanh nghiệp bảo hiểm.

- Nguyên tắc phân chia, phân tán rủi ro

Với nghề kinh doanh “rủi ro”, một người bảo hiểm lạc quan nhất cũng không khỏi lo ngại khi nghĩ đến tình huống đối tượng bảo hiểm có giá trị rất lớn bị tổn thất hoặc trường hợp rất nhiều đối tượng bảo hiểm cùng bị tổn thất trong một sự cố. Để tránh tình trạng bị rơi vào thế mạo hiểm hoặc tình trạng luẩn quẩn trong sự hạn chế về năng lực bảo hiểm của bản thân, doanh nghiệp bảo hiểm buộc phải thực hiện nguyên tắc phân chia, phân tán rủi ro.

+ **Phân tán rủi ro:** là phương pháp mà người bảo hiểm sử dụng để đối phó với hiện tượng tích tụ, tập trung rủi ro trong một khu vực địa lý. Sẽ rất mạo hiểm nếu doanh nghiệp bảo hiểm chỉ khai thác bảo hiểm cháy cho một số lượng lớn đối tượng bảo hiểm có vị trí tập trung tại một thành phố đông đúc nào đó. Có thể một vụ hỏa hoạn xảy ra sẽ kéo theo rất nhiều khiếu nại liên quan tới hàng loạt các đơn bảo hiểm mà doanh nghiệp bảo hiểm đã cấp cho khách hàng.

Đối phó với hiện tượng tích tụ tập trung rủi ro, doanh nghiệp bảo hiểm phải khai thác bảo hiểm trên một phạm vi rộng. Sự phân tán về mặt địa lý cho phép doanh nghiệp bảo hiểm thực hiện được việc bù trừ rủi ro giữa vùng bị tổn thất với những vùng khác. Đa dạng hoá sản phẩm bảo hiểm - một giải pháp chiến lược mà doanh nghiệp bảo hiểm vẫn quan tâm hàng đầu một phần cũng vì mục tiêu phân tán rủi ro.

+ **Phân chia rủi ro:** là kỹ thuật mà người bảo hiểm sử dụng trong những trường hợp cần thiết nhằm tránh khả năng phải tự mình gánh chịu một tổn thất quá lớn, tránh trường hợp không đủ khả năng thanh toán trong một năm kinh doanh xấu, nhiều tổn

thất lớn, liên tiếp xảy ra hoặc tránh trường hợp tích tụ rủi ro trong cùng một sự cố. Hai kỹ thuật phân chia rủi ro có thể được sử dụng là đồng bảo hiểm và tái bảo hiểm.

▪ **Đồng bảo hiểm**

Trường hợp đồng bảo hiểm sẽ có nhiều doanh nghiệp bảo hiểm cùng đảm bảo cho một rủi ro, mỗi doanh nghiệp bảo hiểm chịu một phần trách nhiệm theo một tỷ lệ đã thỏa thuận. Khác với trường hợp bảo hiểm trùng hoặc bảo hiểm giá trị gia tăng, các doanh nghiệp đồng bảo hiểm có thỏa thuận với nhau ngay từ khi giao kết hợp đồng bảo hiểm với người được bảo hiểm. Đồng bảo hiểm được sử dụng khi số tiền bảo hiểm trong một yêu cầu bảo hiểm vượt quá khả năng tự đảm đương của một doanh nghiệp bảo hiểm.

Tham gia quan hệ đồng bảo hiểm, mỗi doanh nghiệp đồng bảo hiểm nhận một phần trách nhiệm theo tỷ lệ trên số tiền bảo hiểm, họ được hưởng theo tỷ lệ đó về phí bảo hiểm và cũng phải chịu trách nhiệm theo tỷ lệ đó trong mỗi lần bồi thường tổn thất.

Về lý thuyết, có bao nhiêu doanh nghiệp đồng bảo hiểm thì có bấy nhiêu hợp đồng bảo hiểm. Tuy nhiên, trong thực tế thường chỉ có một hợp đồng bảo hiểm duy nhất được thiết lập mang tên của tất cả các doanh nghiệp đồng bảo hiểm và các tỷ lệ rủi ro mà họ đã chấp nhận. Doanh nghiệp bảo hiểm đại diện cho những doanh nghiệp khác trong mối quan hệ với khách hàng (người được bảo hiểm) được gọi là người bảo hiểm chủ trì (leader). Người bảo hiểm chủ trì chịu trách nhiệm chính trong việc đàm phán, ký kết, quản lý hợp đồng bảo hiểm và phân bổ số tiền bồi thường.

Trên phương diện pháp lý, cho dù chỉ tồn tại một văn bản hợp đồng bảo hiểm do người bảo hiểm chủ trì quản lý, người được bảo hiểm vẫn có quan hệ hợp đồng trực tiếp với từng doanh nghiệp đồng bảo hiểm. Như vậy, khi có tổn thất, người được bảo hiểm có quyền và cũng chỉ được khiếu nại đòi bồi thường từng doanh nghiệp bảo hiểm với số tiền tương ứng với tỷ lệ nhận bảo hiểm của họ. Mỗi người đồng bảo hiểm (kể cả người bảo hiểm chủ trì) chỉ chịu trách nhiệm về phần của mình mà không phải chịu trách nhiệm thay cho nhau cả khi một trong số họ gặp khó khăn về tài chính.

▪ **Tái bảo hiểm**

Tái bảo hiểm là nghiệp vụ mà người bảo hiểm sử dụng để chuyển một phần trách nhiệm đã chấp nhận với người được bảo hiểm cho khác, trên cơ sở nhượng lại cho người đó một phần phí bảo hiểm.

Hợp đồng bảo hiểm giữa người được bảo hiểm với người bảo hiểm trực tiếp được gọi là hợp đồng bảo hiểm gốc. Hợp đồng bảo hiểm giữa người bảo hiểm chuyển nhượng dịch vụ bảo hiểm với những người bảo hiểm khác gọi là hợp đồng tái bảo hiểm.

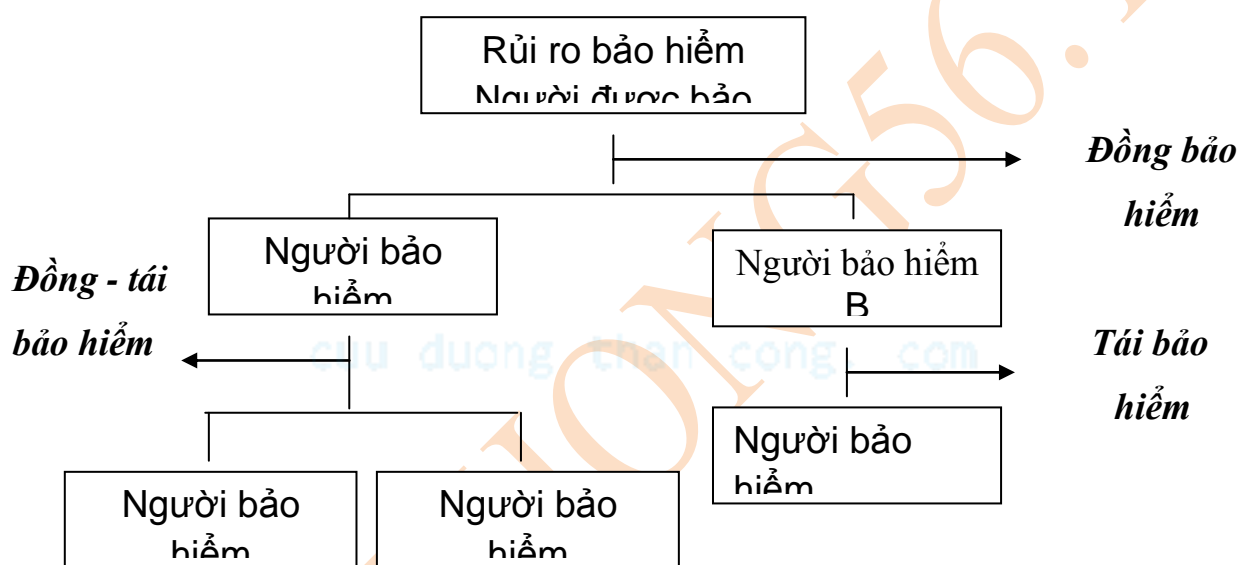
Người bảo hiểm trong hợp đồng bảo hiểm gốc trở thành người nhượng tái bảo hiểm, người bảo hiểm nhận lại một phần rủi ro của người nhượng tái bảo hiểm gọi là người nhận tái bảo hiểm. Người nhận tái bảo hiểm có thể là một doanh nghiệp bảo hiểm được phép kinh doanh cả bảo hiểm gốc lẫn tái bảo hiểm hoặc là doanh nghiệp chuyên kinh doanh tái bảo hiểm. Sau khi nhận tái bảo hiểm, người nhận tái có thể nhượng tái bảo hiểm cho những người nhận tái bảo hiểm khác, hoạt động nhượng tái có thể tiếp tục nhiều lần với sự liên kết của các doanh nghiệp bảo hiểm trên phạm vi quốc tế.

Mặc dù quan hệ tái bảo hiểm chỉ được hình thành trên cơ sở bảo hiểm gốc nhưng các thỏa thuận của hợp đồng tái bảo hiểm có thể có những khía cạnh độc lập với các thỏa thuận của hợp đồng bảo hiểm gốc (về phạm vi bảo hiểm ; loại trừ bảo hiểm...). Vì thế, trên phương diện pháp lý và nguyên tắc chung, người được bảo hiểm chỉ có mối quan hệ hợp đồng với người bảo hiểm gốc và chỉ có quyền khiếu nại người bảo hiểm này nếu có tổn thất được bảo hiểm. Người được bảo hiểm nhiều khi không biết đến người nhận tái bảo hiểm, tuy nhiên ngay cả khi biết đích xác người nhận tái bảo hiểm là ai (trong trường hợp tái bắt buộc hoặc tái chỉ định theo yêu cầu của người được bảo hiểm) người được bảo hiểm cũng không có quyền khiếu nại trực tiếp người nhận tái bảo hiểm khi có tổn thất. Người nhận tái bảo hiểm cũng không được quyền đòi phí bảo hiểm trực tiếp từ người được bảo hiểm. Khi sự kiện bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm gốc xảy ra, người nhượng tái bảo hiểm có nghĩa vụ bồi thường theo cam kết của hợp đồng bảo hiểm gốc và đòi bồi thường từ những người nhận tái bảo hiểm nếu tổn thất đó thuộc trách nhiệm của hợp đồng tái bảo hiểm.

Tuy nhiên, những vấn đề thuộc về nguyên tắc chung nói trên có thể được các người bảo hiểm vận dụng một cách mềm dẻo hơn bằng cách đưa vào hợp đồng tái bảo hiểm những điều khoản đặc biệt, ví dụ: điều khoản quy định trường hợp người nhượng tái bảo hiểm mất khả năng thanh toán, người nhận tái bảo hiểm có nghĩa vụ đối với phần tổn thất thuộc trách nhiệm của mình trước người được bảo hiểm. Với nhiều phương pháp tái bảo hiểm, nhiều dạng hợp đồng tái bảo hiểm, hoạt động tái bảo hiểm tạo nên sự gắn kết và

phụ thuộc lẫn nhau giữa các thị trường bảo hiểm các quốc gia trên thế giới và phạm vi chuyển giao rủi ro đã trở thành không biên giới cho mục tiêu phân chia rủi ro của doanh nghiệp bảo hiểm.

Việc sử dụng đồng bảo hiểm hay tái bảo hiểm là tùy thuộc phần lớn vào các đặc tính của rủi ro, đối tượng bảo hiểm và không ít các trường hợp kết hợp cả đồng bảo hiểm, tái bảo hiểm, đồng- tái bảo hiểm sẽ là phương án tối ưu cho việc chuyển giao rủi ro. Sơ đồ sau muốn minh họa khái quát sự kết hợp đó:



1.5. PHÂN BIỆT BẢO HIỂM KINH DOANH VỚI CÁC LOẠI HÌNH BẢO HIỂM KHÔNG VÌ MỤC TIÊU LỢI NHUẬN

1.5.1 Phân biệt với Bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế

Là một nội dung trong hệ thống an sinh xã hội, bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế ở Việt nam thực chất là chế độ xã hội của Nhà nước nhằm bảo vệ người lao động và đối tượng khác bằng cách tập trung nguồn tài chính huy động được từ người lao động, người sử dụng lao động và sự hỗ trợ của Nhà nước để thực hiện trợ cấp vật chất cho người được hưởng quyền lợi bảo hiểm khi người gặp rủi ro như: ốm đau,

thai sản, tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp, tuổi già, mất sức lao động, tử vong làm giảm sút hoặc bị mất thu nhập.

Mặc dù đều vận dụng nguyên tắc tương hỗ, số lớn bù số ít để chuyển giao rủi ro giữa những người được bảo hiểm và các nguồn tài chính đóng góp được tập trung quản lý, đầu tư trong thời gian tạm thời nhằm rồi bởi các tổ chức bảo hiểm, bảo hiểm kinh doanh và bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế là các hệ thống hoàn toàn độc lập ở Việt nam hiện nay. Sự khác biệt của bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế so với bảo hiểm kinh doanh thể hiện trên nhiều khía cạnh, đó là :

- Bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế không có mục đích kinh doanh mà nhằm thực hiện phúc lợi xã hội. Hoạt động bảo hiểm xã hội được tiến hành bởi hệ thống bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế quản lý thống nhất từ trung ương đến cơ sở, trong khi đó kinh doanh bảo hiểm được thực hiện bởi sự vận hành của thị trường bảo hiểm với sự tham gia của nhiều loại doanh nghiệp bảo hiểm, môi giới bảo hiểm và đại lý bảo hiểm.
- Phạm vi bảo hiểm của bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế chỉ giới hạn trong các rủi ro ảnh hưởng đến tính mạng, sức khỏe, khả năng lao động của con người. Bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế không bảo đảm cho những rủi ro tác động trực tiếp đến các đối tượng là tài sản và trách nhiệm dân sự.
- Về cơ bản, mức đóng góp bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế được ấn định thống nhất bởi quy định chung của luật pháp, phụ thuộc chủ yếu vào thu nhập của người được bảo hiểm không giống các yếu tố định phí bảo hiểm rất linh hoạt trong hoạt động kinh doanh bảo hiểm. Các khoản chi trả bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế được tính theo những căn cứ, định mức cụ thể, thống nhất và phụ thuộc vào mức đóng góp bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế rất khác với việc xác định số bồi thường hoặc tiền trả bảo hiểm dựa trên nhiều nguyên tắc, phương pháp khác nhau trong hoạt động kinh doanh bảo hiểm.
- Bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế không áp dụng nguyên tắc sàng lọc đối tượng bảo hiểm và phân chia rủi ro trong khi đó đây là những nguyên tắc kỹ thuật tối quan trọng của hoạt động kinh doanh bảo hiểm.
- Quyền được nhận các khoản trả bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế được bảo đảm bởi việc tham gia đóng góp bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế; quan hệ giữa người được

bảo hiểm và chủ thể quản lý không giống quan hệ hợp đồng của hoạt động kinh doanh bảo hiểm. Việc tham gia bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế chủ yếu là theo quy định bắt buộc, trong khi đó các hợp đồng bảo hiểm là thỏa thuận giữa doanh nghiệp bảo hiểm và bên mua bảo hiểm (ngay cả đối với những loại bảo hiểm bắt buộc, người tham gia bảo hiểm vẫn có quyền lựa chọn doanh nghiệp bảo hiểm và thỏa thuận một số điều khoản của hợp đồng bảo hiểm)

Cho dù nhiều điểm khác biệt như trên, bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế không loại trừ hoạt động kinh doanh bảo hiểm mà cùng tồn tại để bổ sung cho nhau. Trong khi bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế mang lại sự bảo đảm cơ bản có tính đồng loạt cho một bộ phận nhất định dân chúng trước một số rủi ro chung thì hoạt động kinh doanh bảo hiểm cung cấp hàng loạt các sản phẩm bảo hiểm nhằm đáp ứng các nhu cầu đa dạng - có thể là cao hơn, đặc biệt hơn, rộng rãi hơn của các thành viên xã hội. Mặt khác, một số sự kiện không thể được bảo hiểm trong hoạt động kinh doanh bảo hiểm lại được bảo đảm bởi chế độ bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế. Chẳng hạn, khi một người đã mắc bệnh đặc biệt không thể mua bảo hiểm được, nhưng anh ta có thể nhận được sự bảo trợ của bảo hiểm xã hội. Chính vì sự bổ sung giữa bảo hiểm kinh doanh và bảo hiểm xã hội mà hai loại hình bảo hiểm đó vẫn phát triển song song và đều được coi trọng ở nhiều quốc gia trên thế giới.

1.5.3 Phân biệt với Bảo hiểm tiền gửi

Giống như bảo hiểm kinh doanh và bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế hoạt động của bảo hiểm tiền gửi cũng thực hiện chuyển giao rủi ro trên cơ sở phân tán, tương hỗ, số lớn bù số ít, nhưng mang những đặc thù riêng về phạm vi chuyển giao, loại rủi ro có thể được chuyển giao. Bảo hiểm tiền gửi có thể coi là một dạng tự bảo hiểm, một dạng hội tương hỗ của hệ thống các tổ chức tín dụng, ngân hàng nhằm chống lại những rủi ro đặc thù trong hoạt động kinh doanh tiền tệ.

Hoạt động của các tổ chức tín dụng, ngân hàng thương mại luôn tiềm ẩn những rủi ro, có những rủi ro xuất phát từ những đặc trưng trong hoạt động kinh doanh của các tổ chức tín dụng, ngân hàng thương mại, đó là: rủi ro tín dụng, rủi ro lãi suất, rủi ro thanh toán, rủi ro hối đoái. Ngoài những rủi ro cơ bản nêu trên, hoạt động ngân hàng còn

chịu những rủi ro khác như là rủi ro từ môi trường hoạt động - khủng hoảng, suy thoái kinh tế, sự thay đổi chính sách pháp luật của các quốc gia.

Các phương pháp phòng ngừa, hạn chế mà các tổ chức tín dụng, ngân hàng vẫn sử dụng khá đa dạng, đó là: sàng lọc, lựa chọn khách hàng; theo dõi, giám sát việc sử dụng vốn vay; xây dựng mối quan hệ lâu dài với khách hàng; bảo đảm tiền vay; hạn chế cho vay; thực hiện các biện pháp nhằm cân bằng kỳ hạn giữa tài sản Nợ và tài sản Có; sử dụng các loại công cụ tài chính như là hợp đồng lãi suất kỳ hạn, hợp đồng lãi suất tương lai, hoán đổi lãi suất, quyền chọn lãi suất; quản lý cấu trúc tính lỏng tài sản Có và cấu trúc danh mục tài sản Nợ; cân bằng trạng thái đối với mỗi loại ngoại tệ, đa dạng hoá các loại ngoại tệ trong kinh doanh; nâng cao mức vốn tự có để đảm bảo tỷ lệ an toàn tối thiểu; thực hiện các quy định về đảm bảo an toàn trong hoạt động kinh doanh như: quy định về phân tán rủi ro, chuyển hoán vốn, vốn khả dụng... Tuy nhiên cần phải thừa nhận là cho dù có được áp dụng triệt để vẫn không thể loại bỏ khả năng xảy ra một số loại rủi ro, nhất là những rủi ro nằm ngoài tầm kiểm soát, cố gắng chủ quan của ngân hàng, xảy ra đối với bản thân ngân hàng, tài sản thế chấp, cuộc sống, hoạt động sản xuất kinh doanh của các khách hàng của ngân hàng. Vì thế, các ngân hàng thương mại không thể không tính đến việc khắc phục hậu quả rất nguy hại mà các rủi ro có thể gây ra.

Một phương pháp khắc phục hậu quả tài chính không thể thiếu được trong quản lý rủi ro chính là trích lập dự phòng rủi ro, lập quỹ dự phòng rủi ro được coi là một trong những biện pháp quan trọng để tăng khả năng chống đỡ rủi ro của ngân hàng, giúp ngân hàng có thể ổn định và phát triển được hoạt động kinh doanh.

Đối với vấn đề sử dụng các loại bảo hiểm kinh doanh cho việc khắc phục và hạn chế rủi ro của ngân hàng thương mại có trở ngại là kỹ thuật bảo hiểm truyền thống chỉ cho phép bảo hiểm một số rủi ro. Ngân hàng có thể tìm được những sản phẩm bảo hiểm để bảo đảm cho những thiệt hại khi trụ sở, máy móc thiết bị, phương tiện hoạt động của ngân hàng gặp các sự cố như cháy nổ, sét đánh...; những thiệt hại phát sinh khi phát sinh trách nhiệm pháp lý phải bồi thường dân sự cho người lao động, cho bên thứ ba... tuy nhiên, rủi ro tỷ giá, rủi ro lãi suất, rủi ro thanh toán rất khó được bảo hiểm bằng những sản phẩm bảo hiểm truyền thống. Rất khó bảo hiểm được các

trường hợp rủi ro tín dụng có nguyên nhân là trình độ yếu kém, thiếu trách nhiệm, vi phạm đạo đức nghề nghiệp, quá mạo hiểm trong kinh doanh của lãnh đạo, nhân viên ngân hàng, cũng như các trường hợp có nguyên nhân người vay cố tình gian lận, lừa đảo, chây ỳ.

Vì những lý do trên mà bảo hiểm tiền gửi đã ra đời ở nhiều nước và phát triển bên cạnh các sản phẩm bảo hiểm kinh doanh nhằm hạn chế, khắc phục tối đa hậu quả các rủi ro đặc thù trong kinh doanh tiền tệ.

Chương 2

HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

2.1 ĐẶC TRƯNG PHÁP LÝ CỦA HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

2.1.1 Khái niệm hợp đồng bảo hiểm

Hình thức văn bản thể hiện việc chuyển giao rủi ro trong bảo hiểm chính là hợp đồng bảo hiểm. Lịch sử của bảo hiểm cũng được đánh dấu sự khởi đầu bằng việc xuất hiện các đơn bảo hiểm - những văn bản hợp đồng bảo hiểm đầu tiên trong buổi sơ khai. Cùng với sự phát triển của kỹ nghệ bảo hiểm, hợp đồng bảo hiểm ngày càng đa dạng, phức tạp và bị ràng buộc bởi khuôn khổ pháp lý của các quốc gia.

Chiều theo điều 12, mục 1, chương II, luật kinh doanh bảo hiểm CHXHCN Việt Nam, *hợp đồng bảo hiểm là sự thoả thuận giữa bên mua bảo hiểm và doanh nghiệp bảo hiểm, theo đó bên mua bảo hiểm phải đóng phí bảo hiểm, doanh nghiệp bảo hiểm phải trả tiền bảo hiểm hoặc bồi thường khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.*

Luật pháp các quốc gia đòi hỏi mọi hợp đồng bảo hiểm phải thể hiện dưới dạng văn bản. Ngay cả khi các giao dịch được thực hiện bằng “thương mại điện tử”, doanh nghiệp bảo hiểm vẫn buộc phải soạn thảo, theo dõi và lưu trữ một khối lượng lớn các tài liệu liên quan đến hợp đồng bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm được cấu thành từ nhiều bộ phận, tùy thuộc vào từng nghiệp vụ bảo hiểm (thậm chí là từng dịch vụ bảo hiểm), các tài liệu của hợp đồng bảo hiểm có nhiều loại dưới các tên gọi khác nhau, như là: giấy yêu cầu bảo hiểm, quy tắc bảo hiểm, đơn bảo hiểm, điều kiện bảo hiểm, điều khoản bổ sung, phụ lục hợp đồng, giấy chứng nhận bảo hiểm.

- *Giấy yêu cầu bảo hiểm.* Phần lớn giấy yêu cầu bảo hiểm được thiết kế dưới dạng một hệ thống câu hỏi do doanh nghiệp bảo hiểm soạn thảo. Giấy yêu cầu bảo hiểm thông thường là tài liệu giúp người bảo hiểm thu lượm thông tin để đánh giá rủi ro sơ bộ, mặt khác thể hiện yêu cầu bảo hiểm của bên mua bảo hiểm.

Giấy yêu cầu bảo hiểm cũng có thể được lập dưới dạng đặc biệt (đối với một số nghiệp vụ), bao gồm hầu hết các yếu tố cơ bản của một hợp đồng bảo hiểm trong tương lai. Trường hợp này, hợp đồng bảo hiểm phải được ký ngay sau khi doanh nghiệp bảo hiểm chấp thuận đề nghị bảo hiểm của người yêu cầu bảo hiểm.

- *Phần điều kiện chung của hợp đồng bảo hiểm.* Ngoại trừ những dịch vụ bảo hiểm đơn lẻ đặc biệt, đối với hầu hết các nghiệp vụ bảo hiểm, phần lớn các điều khoản của hợp đồng bảo hiểm như là phạm vi bảo hiểm, loại trừ bảo hiểm, nghĩa vụ

của các bên ... được doanh nghiệp bảo hiểm soạn thảo và in sẵn trong các tài liệu dưới những tên gọi như là: quy tắc bảo hiểm, điều kiện bảo hiểm, đơn bảo hiểm ... Đối với một số nghiệp vụ bảo hiểm và ở một số thị trường bảo hiểm, điều khoản chung chịu sự quy định thống nhất của Nhà nước hoặc Hiệp hội bảo hiểm về nội dung và hình mẫu.

- *Điều khoản bổ sung.* Bên cạnh điều kiện chung bao gồm những điều khoản áp dụng chung cho mọi hợp đồng bảo hiểm cùng loại nghiệp vụ được giao kết theo kiểu đồng loạt, một số loại nghiệp vụ bảo hiểm còn đưa ra các điều khoản bổ sung (cũng được in trước) nhằm đáp ứng các nhu cầu bảo hiểm tăng thêm của những trường hợp đặc biệt. Ví dụ: điều khoản trách nhiệm chéo trong bảo hiểm xây dựng.

- *Điều kiện riêng.* Nếu như những tài liệu về điều kiện chung và điều khoản bổ sung được in trước toàn bộ thì tài liệu về phần điều kiện riêng của hợp đồng bảo hiểm chỉ được in sẵn một phần. Những thông tin đặc thù của mỗi một hợp đồng bảo hiểm được đề cập đến trong tài liệu này và chỉ được hoàn tất khi các bên đã thỏa thuận xong về hợp đồng bảo hiểm. Đó là những thông tin về đối tượng bảo hiểm, người được bảo hiểm, thời hạn bảo hiểm, số tiền bảo hiểm, phí bảo hiểm... Tài liệu này được các bên liên quan trong hợp đồng bảo hiểm lưu giữ như một bằng chứng hiện hữu về hợp đồng đã giao kết.

Ngoài những tài liệu cơ bản thông thường nói trên, hợp đồng bảo hiểm còn có thể kèm theo những giấy tờ khác như là: văn bản sửa đổi hợp đồng bảo hiểm, giấy chứng nhận bảo hiểm tạm thời.... Tất cả những tài liệu đó đều nhằm mục đích xác định rõ ràng, cụ thể quan hệ giữa các bên trong hợp đồng bảo hiểm bên cạnh sự điều chỉnh bằng các quy định chung của hệ thống luật pháp về bảo hiểm.

2.1.2 Chủ thể và khách thể của hợp đồng bảo hiểm

- Chủ thể của hợp đồng bảo hiểm

Chủ thể của hợp đồng bảo hiểm là các bên trong hợp đồng bảo hiểm: Bên bảo hiểm (doanh nghiệp bảo hiểm) và bên được bảo hiểm (gồm có: người tham gia bảo hiểm, người được bảo hiểm và người được hưởng quyền lợi bảo hiểm). Liên quan đến việc

giao kết hợp đồng bảo hiểm còn có thể có trung gian bảo hiểm: đại lý bảo hiểm hoặc môi giới bảo hiểm - đại diện hợp pháp của các chủ thể hợp đồng bảo hiểm.

- *Doanh nghiệp bảo hiểm (thường được gọi là người bảo hiểm)* là người chấp nhận yêu cầu bảo hiểm bằng việc giao kết hợp đồng bảo hiểm, cấp cho bên mua bảo hiểm hợp đồng bảo hiểm hoặc bằng chứng về hợp đồng bảo hiểm và vì thế có những nghĩa vụ và quyền theo thoả thuận của hợp đồng bảo hiểm.

- *Người tham gia bảo hiểm* là tổ chức, cá nhân đứng ra yêu cầu bảo hiểm và giao kết hợp đồng bảo hiểm với doanh nghiệp bảo hiểm. Để có thể giao kết hợp đồng bảo hiểm, người tham gia bảo hiểm phải đảm bảo quy định về năng lực hành vi dân sự, năng lực pháp luật dân sự.

- *Người được bảo hiểm* là tổ chức, cá nhân có tài sản, trách nhiệm, tính mạng, sức khoẻ, khả năng lao động, tuổi thọ là đối tượng được bảo hiểm trong hợp đồng bảo hiểm. Thông thường, người được bảo hiểm cũng là người tham gia bảo hiểm. Tuy nhiên, những trường hợp người tham gia bảo hiểm khác người được bảo hiểm cũng không hiếm. Chẳng hạn, việc bảo hiểm thân thể cho trẻ em buộc phải có người khác đứng ra tham gia bảo hiểm.

- *Người được hưởng quyền lợi bảo hiểm* là người được nhận bồi thường hoặc tiền trả bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm. Thông thường, quyền lợi bảo hiểm thuộc về người được bảo hiểm, tuy nhiên trong một số trường hợp người được hưởng quyền lợi bảo hiểm lại là người khác. Phức tạp nhất là khi có sự khác nhau giữa người tham gia bảo hiểm, người được bảo hiểm và người được hưởng quyền lợi bảo hiểm trong hợp đồng bảo hiểm con người, đặc biệt là bảo hiểm cho sự cố chết của người được bảo hiểm. Vấn đề ai là người được nhận tiền trả bảo hiểm trước hết được xác định cụ thể bằng việc chỉ định người thụ hưởng trong hợp đồng bảo hiểm bởi người tham gia bảo hiểm; sau đó là theo thoả thuận khác của hợp đồng bảo hiểm hoặc theo quy định chung của pháp luật liên quan.

Cũng cần nói đến trường hợp các nạn nhân (*người thứ ba*) trong sự kiện bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm trách nhiệm dân sự. Một vài loại bảo hiểm trách nhiệm dân sự, luật pháp có quy định yêu cầu người bảo hiểm bồi thường trực tiếp cho người thứ

ba. Vì vậy, cũng có thể coi những người thứ ba đó tham gia vào quan hệ hợp đồng với tư cách người được hưởng quyền lợi bảo hiểm.

- *Đại lý bảo hiểm* là cá nhân, tổ chức có hoạt động giới thiệu, chào bán sản phẩm bảo hiểm, thu xếp việc giao kết hợp đồng bảo hiểm và các công việc khác nhằm thực hiện hợp đồng bảo hiểm theo uỷ quyền của doanh nghiệp bảo hiểm.

Trong quan hệ hợp đồng bảo hiểm, đại lý bảo hiểm là đại diện của doanh nghiệp bảo hiểm. Sự uỷ quyền của doanh nghiệp bảo hiểm phải được xác định cụ thể về phạm vi công việc, quyền hạn, thời hạn ... trong hợp đồng đại lý bảo hiểm. Những sự việc mà đại lý bảo hiểm đã biết (trong quan hệ hợp đồng bảo hiểm với bên được bảo hiểm) đều coi như doanh nghiệp bảo hiểm đã biết và doanh nghiệp bảo hiểm phải chịu trách nhiệm về những hoạt động của đại lý bảo hiểm (theo phạm vi uỷ quyền) trong trường hợp hoạt động đó làm tổn hại đến lợi ích của người khác. Chẳng hạn: đại lý bảo hiểm thu phí bảo hiểm nhưng không nộp cho doanh nghiệp bảo hiểm, doanh nghiệp bảo hiểm vẫn phải đảm bảo tất cả các quyền lợi theo thoả thuận của hợp đồng bảo hiểm cho bên được bảo hiểm.

- *Môi giới bảo hiểm*. Môi giới bảo hiểm cung cấp thông tin, tư vấn cho bên mua bảo hiểm (hoặc bên nhượng tái bảo hiểm của hợp đồng tái bảo hiểm) về sản phẩm bảo hiểm, doanh nghiệp bảo hiểm và thực hiện các công việc liên quan đến việc đàm phán, thu xếp và thực hiện hợp đồng bảo hiểm (hoặc hợp đồng tái bảo hiểm) theo yêu cầu của bên mua bảo hiểm (hoặc bên nhượng tái bảo hiểm).

Về nguyên tắc, môi giới bảo hiểm là đại diện của bên mua bảo hiểm hoặc bên nhượng tái bảo hiểm và hoạt động môi giới phải xuất phát từ lợi ích của bên mua bảo hiểm (hoặc bên nhượng tái bảo hiểm), tuy nhiên hoa hồng môi giới lại do doanh nghiệp bảo hiểm (hoặc bên nhận tái bảo hiểm) trả cho môi giới và trong một số trường hợp, doanh nghiệp bảo hiểm có thể uỷ quyền cho môi giới thu phí bảo hiểm, trả tiền bảo hiểm. Vì lẽ đó, giao kết và thực hiện hợp đồng bảo hiểm rất cần sự tôn trọng nguyên tắc trung thực, tín nhiệm tối đa của các chủ thể cũng như đại diện của họ trong quan hệ hợp đồng bảo hiểm.

- Khách thể của hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm được ký kết để bảo hiểm khi đối tượng bảo hiểm (tài sản, trách nhiệm dân sự hoặc tính mạng, sức khỏe, tuổi thọ của người được bảo hiểm) gặp rủi ro, sự kiện bảo hiểm. Tuy nhiên, lý do giao kết hợp đồng bảo hiểm của các chủ thể không phải nhằm loại bỏ rủi ro mà là nhu cầu bảo đảm về mặt vật chất, tài chính của các lợi ích kinh tế liên quan. Điều kiện đặc thù trong giao kết và duy trì hợp đồng bảo hiểm là vấn đề đảm bảo quy định về lợi ích có thể được bảo hiểm. Về bản chất, lợi ích có thể được bảo hiểm được tạo lập cho một tổ chức, cá nhân nếu tổ chức, cá nhân đó có lợi ích kinh tế hợp pháp bị tổn hại khi đối tượng bảo hiểm chịu ảnh hưởng bất lợi của rủi ro - sự kiện bảo hiểm.

Pháp luật về kinh doanh bảo hiểm của các quốc gia đều chú ý đến điều kiện rất đặc thù của hợp đồng bảo hiểm: người tham gia bảo hiểm, người được bảo hiểm, người thụ hưởng phải đảm bảo quy định về lợi ích (quyền lợi) có thể được bảo hiểm. Giữa đối tượng bảo hiểm (ví dụ: một loại tài sản hoặc sinh mạng của một người) và người tham gia bảo hiểm, người được bảo hiểm phải có quan hệ nhất định chiều theo quy định của pháp luật về kinh doanh bảo hiểm.

Về cơ bản, quyền lợi có thể được bảo hiểm được hình thành từ các căn cứ như là: quyền sở hữu, quyền chiếm hữu, quyền sử dụng hợp pháp đối với tài sản; quyền về nhân thân, quan hệ huyết thống, nuôi dưỡng, cấp dưỡng; quyền và nghĩa vụ theo hợp đồng. Chẳng hạn, người có quyền sở hữu, quyền chiếm hữu, quyền sử dụng tài sản là những người có quyền ký kết hợp đồng bảo hiểm cho tài sản và trách nhiệm liên quan. Nếu đối tượng bảo hiểm là sinh mạng của một người, những người có các mối quan hệ như là nuôi dưỡng, cấp dưỡng, vay mượn, thuê mướn lao động... sẽ có thể đứng ra mua bảo hiểm. Quyền lợi có thể được bảo hiểm được cụ thể hoá bằng các quy định trong pháp luật về kinh doanh bảo hiểm của các quốc gia. Điều này hết sức cần thiết cho việc ngăn ngừa rủi ro đạo đức, hành vi trục lợi hoặc việc lạm dụng biến quan hệ bảo hiểm thành trò “cá cược” với rủi ro. Đó là những hiện tượng rất nguy hiểm cho xã hội, nhất là khi rủi ro liên quan đến sinh mạng con người.

2.1.3 Đặc trưng pháp lý của hợp đồng bảo hiểm

Theo quy định của pháp luật hiện hành ở Việt nam, hợp đồng bảo hiểm mang bản chất

pháp lý của hợp đồng dân sự. Hợp đồng bảo hiểm còn được phân tách thành 2 loại: hợp đồng bảo hiểm hàng hải và hợp đồng bảo hiểm phi hàng hải.

Hợp đồng bảo hiểm hàng hải được điều chỉnh trước hết bằng Luật hàng hải CHXHCN Việt Nam. Đối với những vấn đề mà bộ luật hàng hải không quy định sẽ áp dụng quy định của luật kinh doanh bảo hiểm CHXHCN Việt Nam.

Những hợp đồng bảo hiểm phi hàng hải sẽ do luật kinh doanh bảo hiểm điều chỉnh. Nếu vấn đề liên quan đến hợp đồng không có quy định tương ứng trong luật kinh doanh bảo hiểm sẽ áp dụng theo quy định của Luật dân sự CHXHCN Việt Nam và các pháp luật liên quan khác

So với những loại hợp đồng khác, hợp đồng bảo hiểm có những nét đặc trưng pháp lý riêng, đó là:

- *Hợp đồng bảo hiểm là loại hợp đồng song vụ.* Hai bên trong hợp đồng bảo hiểm đều có các quyền và nghĩa vụ nhất định. Nghĩa vụ bồi thường, trả tiền bảo hiểm của bên bảo hiểm, đi đôi với quyền được bồi thường, được trả tiền bảo hiểm của bên được bảo hiểm; nghĩa vụ kê khai thông tin của bên được bảo hiểm song hành với quyền được cung cấp thông tin về đối tượng bảo hiểm của bên bảo hiểm... Thực chất của quan hệ hợp đồng bảo hiểm là việc thoả thuận và cam kết thực hiện các quyền và nghĩa vụ mang tính pháp lý theo thoả thuận riêng giữa doanh nghiệp bảo hiểm và bên mua bảo hiểm hoặc chiều theo quy định chung của pháp luật về kinh doanh bảo hiểm.

- *Hợp đồng bảo hiểm là loại hợp đồng mở sẵn, tùy thuộc.* Mẫu hợp đồng bảo hiểm được đưa ra bởi bên bảo hiểm - người bảo hiểm soạn thảo sẵn các điều khoản cơ bản của hợp đồng bảo hiểm. Khi thoả thuận hợp đồng bảo hiểm, đối với một số điều khoản (chủ yếu là phần điều kiện chung), người tham gia bảo hiểm chỉ có thể chấp thuận toàn bộ hoặc không giao kết hợp đồng bảo hiểm. Việc thoả thuận cụ thể liên quan chủ yếu tới một số chi tiết của các điều khoản thuộc phần điều kiện riêng của hợp đồng bảo hiểm như là: thời hạn bảo hiểm, số tiền bảo hiểm, phí bảo hiểm.... Là loại hợp đồng theo mẫu nên nếu có sự không rõ ràng trong các điều khoản của mẫu hợp đồng bảo hiểm được đưa ra bởi bên bảo hiểm thì chính bên bảo hiểm phải chịu bất lợi khi giải thích điều khoản trong giải quyết tranh chấp liên quan.

- *Hợp đồng bảo hiểm là loại hợp đồng phải trả tiền.* Khác với trường hợp bên tham gia hợp đồng không phải trả tiền mà vẫn được hưởng quyền lợi của hợp đồng, đối với hợp đồng bảo hiểm người tham gia bảo hiểm phải trả phí bảo hiểm mới được đảm bảo về quyền lợi bảo hiểm. Dù hợp đồng bảo hiểm đã được ký kết nhưng người tham gia bảo hiểm chưa nộp phí bảo hiểm thì sẽ không phát sinh trách nhiệm bảo hiểm (trừ trường hợp có thoả thuận khác trong hợp đồng)

- *Việc xác lập và thực hiện hợp đồng bảo hiểm phải đảm bảo nguyên tắc "trung thực, tín nhiệm tuyệt đối".* Đặc thù của sản phẩm bảo hiểm, của lĩnh vực kinh doanh bảo hiểm đòi hỏi các bên phải có được độ trung thực, tín nhiệm cao trong quan hệ hợp đồng. Hợp đồng bảo hiểm chỉ có giá trị pháp lý khi việc xác lập được tiến hành trên cơ sở các thông tin trung thực của các bên. Trung thực và thiện chí trong việc thực hiện các nghĩa vụ và quyền thoả thuận trong hợp đồng là điều kiện tiên quyết cho việc duy trì hợp đồng bảo hiểm trước một thực tế là vẫn có những trường hợp hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm buộc phải chấm dứt vì những hành vi gian lận, ý đồ trục lợi từ phía các bên trong hợp đồng bảo hiểm.

2.2 NỘI DUNG CỦA HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM (một số điều khoản đặc thù của hợp đồng bảo hiểm)

Bên cạnh những nội dung thông thường của hợp đồng như là: tên, địa chỉ của bên bảo hiểm, bên mua bảo hiểm; ngày, tháng, năm giao kết..., hợp đồng bảo hiểm có những điểm riêng biệt và nhìn chung nội dung của hợp đồng bảo hiểm tối thiểu phải bao hàm các điều khoản cơ bản đặc thù như là đối tượng bảo hiểm, phạm vi bảo hiểm...Phần này chỉ đề cập đến những đặc thù đó.

- Đối tượng bảo hiểm

Đối tượng bảo hiểm nói chung là tài sản, những lợi ích có liên quan tới tài sản hoặc trách nhiệm dân sự hoặc tính mạng, sức khỏe, khả năng lao động và tuổi thọ con người - những đối tượng có thể gặp rủi ro và vì thế tổn hại đến lợi ích có thể được bảo hiểm. Đối tượng bảo hiểm được xác định cho từng loại nghiệp vụ bảo hiểm và cụ thể hơn trong từng hợp đồng bảo hiểm bằng điều khoản đối tượng bảo hiểm. Việc xác định rõ đối tượng bảo hiểm sẽ quyết định đến việc vận dụng các nguyên tắc, biện

pháp kỹ thuật nghiệp vụ thích hợp trong soạn thảo, thoả thuận và quản lý hợp đồng bảo hiểm.

- Phạm vi bảo hiểm và loại trừ

Phạm vi bảo hiểm và loại trừ là những loại điều khoản cơ bản của hợp đồng bảo hiểm, nhất là điều khoản loại trừ - không thể thiếu trong mọi hợp đồng bảo hiểm. Sự cần thiết đó xuất phát từ một thực tế: có rất nhiều loại rủi ro, tổn thất, chi phí có thể ảnh hưởng đến sự an toàn của đối tượng bảo hiểm, nhưng những yêu cầu về kỹ thuật và pháp lý chỉ cho phép các nhà bảo hiểm bảo hiểm được một số trường hợp - những *rủi ro có thể được bảo hiểm*.

Rủi ro có thể được bảo hiểm hay không thể được bảo hiểm được xác định dựa trên sự đánh giá về mức độ rủi ro; nguyên nhân rủi ro và các nhân tố ảnh hưởng.

Mức độ rủi ro cao thấp được định lượng bằng xác suất rủi ro và mức độ nghiêm trọng của hậu quả. Xác suất rủi ro trong từng tình huống được tính toán cụ thể nhờ vào luật số lớn, vào phép tính xác suất và nhìn chung có thể phân chia thành ba loại: biến cố chắc chắn, biến cố không thể xảy ra và biến cố ngẫu nhiên. *Mức độ nghiêm trọng của hậu quả*: trong từng tình huống cụ thể sẽ phụ thuộc vào nhiều yếu tố như là: đặc tính của loại rủi ro; giá trị của đối tượng chịu sự tác động của rủi ro... Những đại lượng như là: thiệt hại trung bình/1 tổn thất; PML (Possible Maximum Loss) - tổn thất tối đa có thể xảy ra; EML (Estimated Maximum Loss) - tổn thất tối đa ước tính... thường được dùng để đo mức độ nghiêm trọng của rủi ro trong kỹ thuật bảo hiểm.

Về nguyên nhân: có những rủi ro có nguồn gốc khách quan từ phía tự nhiên (bão, động đất, núi lửa phun, sét đánh...), những rủi ro gắn với hoạt động của xã hội loài người nói chung (khủng hoảng; chiến tranh...), những rủi ro từ hoạt động, hành động cố ý và không cố ý của một cá nhân, một nhóm người xác định (tai nạn giao thông; trộm cắp; cháy...) và không ít các trường hợp rủi ro xảy ra là kết quả của một tổ hợp các nguyên nhân khách quan, chủ quan, cố ý, không cố ý.

Quan hệ nhân quả giữa nguyên nhân và mức độ rủi ro trong từng trường hợp bị chi phối bởi các *nhân tố ảnh hưởng*. Các nhân tố ảnh hưởng được chia thành hai loại cơ bản: “nguy cơ vật chất” và “nguy cơ tinh thần”. Nguy cơ vật chất liên quan tới những khía cạnh vật chất ảnh hưởng đến mức độ rủi ro. Ví dụ: vị trí, địa điểm của công trình xây dựng đối với rủi ro động đất, lũ lụt; tình trạng của hệ thống thiết bị phòng cháy, chữa cháy đối với rủi ro cháy...

Nguy cơ tinh thần là những trạng thái tinh thần của con người có thể ảnh hưởng tới mức độ rủi ro. Thông thường, nguy cơ tinh thần liên quan tới thái độ, cách cư xử của bên được bảo hiểm. Sự lơ là trong việc bảo vệ an toàn cho đối tượng đã được bảo hiểm; tâm lý ỷ lại, trông chờ vào sự bảo đảm của người bảo hiểm; hành vi gian lận, ý đồ trục lợi sẽ làm tăng mức độ rủi ro lên gấp bội.

Trên cơ sở đánh giá rủi ro, kết luận về rủi ro có thể được bảo hiểm thường được xem xét căn cứ vào một số tiêu chí sau:

□ *Thứ nhất: biến cố ngẫu nhiên.*

Việc xảy ra rủi ro và hậu quả không phụ thuộc vào sự mong muốn của người tham gia bảo hiểm, người được bảo hiểm cũng như người được hưởng quyền lợi bảo hiểm. Tính ngẫu nhiên liên quan tới sự không chắc chắn về khả năng xảy ra và thời điểm xảy ra. Riêng bảo hiểm nhân thọ lại có thể bảo hiểm được cho biến cố chắc chắn xảy ra trong thời hạn hợp đồng bảo hiểm nhưng vẫn bấp bênh về mặt thời điểm xảy ra (chẳng hạn hợp đồng bảo hiểm nhân thọ trọn đời bảo hiểm cho sự cố chết của người được bảo hiểm) hoặc sự cố tự tử đã không còn là ngẫu nhiên đối với người được bảo hiểm vẫn có thể được bảo hiểm khi hợp đồng bảo hiểm đã có hiệu lực được một khoảng thời gian nhất định (thường là từ hai năm trở lên). Điều này xuất phát từ đặc tính của bảo hiểm nhân thọ: không chỉ chuyển giao rủi ro đơn thuần mà còn nhằm đáp ứng các nhu cầu khác như là tích lũy tài chính, đầu tư ...của khách hàng bảo hiểm nhân thọ.

Căn cứ vào tiêu thức ngẫu nhiên, những rủi ro khách quan từ tự nhiên, từ hoạt động của xã hội loài người nói chung, những rủi ro có nguyên nhân từ hoạt động của cá nhân, tổ chức khác gây nên cho người được bảo hiểm nhìn chung là có thể được bảo hiểm. Đối với rủi ro do chính hoạt động, hành động của bên được bảo hiểm gây nên

cần phân biệt dạng cố ý là không cố ý - trường hợp cố ý đã không còn là ngẫu nhiên đối với bên được bảo hiểm nên không bao giờ được bảo hiểm; trường hợp không cố ý, dù là bên được bảo hiểm không mong muốn nhưng nếu kèm theo yếu tố mắc lỗi nặng và đủ khả năng nhận thức được tính chất nguy hiểm trong hành động gây nên cũng không thể bảo hiểm được.

Cũng cần phải nói thêm, vẫn là biến cố ngẫu nhiên nhưng nếu xuất hiện hiểm họa thất thường sẽ rất khó bảo hiểm vì xác suất rủi ro không đủ độ tin cậy cho việc định phí bảo hiểm. Những biến cố có hậu quả hàng loạt trên phạm vi rộng (chiến tranh, khủng hoảng chính trị...) việc bảo hiểm cũng rất hạn chế. Những rủi ro dễ bị chi phối bởi nguy cơ tinh thần từ phía bên được bảo hiểm rất hiếm được bảo hiểm bằng các sản phẩm bảo hiểm truyền thống. Giả định nếu chấp nhận bảo hiểm cho rủi ro thua lỗ trong kinh doanh - một loại rủi ro phụ thuộc rất lớn vào cố gắng chủ quan của người được bảo hiểm, doanh nghiệp bảo hiểm sẽ khó kiểm soát được các trạng thái ý lại, trông chờ vào sự bảo đảm của bảo hiểm từ phía bên được bảo hiểm. Tuy nhiên, một số loại rủi ro như là biến động giá cả, biến động tỷ giá hối đoái, mất lợi nhuận... gần đây cũng đã được các nhà bảo hiểm hướng tới trong các sản phẩm ART (*Alternative Risk Transfer - phương pháp chuyển giao rủi ro lựa chọn*) mới xuất hiện trên thị trường bảo hiểm của các nước phát triển.

□ *Thứ hai: lượng hoá được về mặt tài chính.*

Cam kết của bảo hiểm cốt yếu là về mặt tài chính - một khoản bồi thường hoặc một khoản tiền trả bảo hiểm khi xảy ra rủi ro. Vì vậy, các nhà bảo hiểm cũng chỉ bảo hiểm được cho những trường hợp, những loại hậu quả lượng hoá được về mặt tài chính. Việc lượng hoá về mặt tài chính có thể thực hiện được một cách trực tiếp hoặc rất tương đối thông qua những quy định chủ quan của con người. Chẳng hạn: đối với rủi ro phát sinh trách nhiệm về ô nhiễm hoặc thiệt hại về tinh thần của con người trong tai nạn giao thông thì quy định về việc xác định thiệt hại không hẳn là giống nhau các quốc gia. Sự tương đối này khiến cho các loại rủi ro có thể được bảo hiểm cũng có thể thay đổi theo quy định của con người. Những cái ngày hôm nay không bảo hiểm được, rất có thể sẽ được bảo hiểm trong tương lai.

□ *Thứ ba: việc bảo hiểm không trái pháp luật và lợi ích công cộng.*

Quan hệ bảo hiểm được điều chỉnh bởi hệ thống pháp luật. Luật pháp về bảo hiểm của các quốc gia thường đưa ra các quy định không cho phép bảo hiểm đối với một số trường hợp. Sự cấm đoán ở các nước không hẳn là giống nhau, nhưng nhìn chung đều dựa trên nguyên tắc cơ bản là hợp đồng bảo hiểm không được đi ngược lại luật pháp của nhà nước, lợi ích chung của xã hội; không thể trái với những chuẩn mực về đạo đức và lẽ phải đã được xã hội công nhận. Không một quốc gia nào lại cho phép một người tránh được trách nhiệm hình sự bằng cách mua bảo hiểm hoặc cho phép bảo hiểm sự cố tử vong của người đang mắc bệnh tâm thần. Tuy nhiên, trong khi bảo hiểm cho số tiền chuộc trong trường hợp bị bắt cóc bị cấm ở nước Pháp thì người Pháp lại có thể mua loại bảo hiểm này ở Anh Quốc.

Như vậy, quan niệm về rủi ro có thể được bảo hiểm hoặc không thể được bảo hiểm không cố định. Nhưng dù sao các tiêu chí nói trên vẫn là những cơ sở kỹ thuật, pháp lý nền móng cho việc soạn thảo điều khoản phạm vi bảo hiểm và điều khoản loại trừ trong hợp đồng bảo hiểm.

Hai loại điều khoản này xác định những trường hợp mà bên bảo hiểm phải chịu trách nhiệm (phạm vi bảo hiểm) hoặc không chịu trách nhiệm (loại trừ) trước những hậu quả bất lợi xảy ra cho đối tượng bảo hiểm.

Các trường hợp đó được mô tả dưới dạng các loại rủi ro, sự kiện, sự cố, chẳng hạn: phương tiện vận chuyển đâm va, mất tích, cướp biển, trộm cắp, lây bẩn, lây hại trong bảo hiểm hàng hoá vận chuyển bằng đường biển. Hơn nữa, phạm vi bảo hiểm và loại trừ bảo hiểm còn xác định cụ thể về loại nguyên nhân của sự kiện, loại hậu quả của sự kiện (loại tổn thất, thiệt hại, chi phí phát sinh) và sự giới hạn về không gian, địa bàn lãnh thổ cần thiết trong một số loại nghiệp vụ bảo hiểm như là bảo hiểm hàng không, bảo hiểm trách nhiệm sản phẩm...

Loại trừ có thể là loại trừ tuyệt đối (không bao giờ được chấp nhận bảo hiểm) hoặc loại trừ tương đối (có thể được bảo hiểm với điều kiện đặc biệt), đó là một sự linh hoạt cần thiết của sản phẩm bảo hiểm nhằm đáp ứng các nhu cầu bảo hiểm đa dạng của xã hội. Rõ ràng không phải tất cả các rủi ro có thể được bảo hiểm đều phải được xếp vào phạm vi bảo hiểm. Phạm vi bảo hiểm rộng hay hẹp; loại trừ ít hay nhiều còn phụ thuộc vào nhiều vấn đề khác mà người bảo hiểm cần phải xem xét khi thiết

kế sản phẩm bảo hiểm, như là: sự đánh giá nhu cầu bảo hiểm và khả năng trả phí của số khách hàng tiềm năng; yêu cầu quản lý rủi ro; yếu tố cạnh tranh của sản phẩm bảo hiểm... Hơn nữa, hai loại điều khoản này còn phải được thiết kế trong sự tương quan hợp lý với các điều khoản khác của hợp đồng bảo hiểm.

- Điều khoản xác định giới hạn trách nhiệm của bảo hiểm trong bồi thường hoặc trả tiền bảo hiểm

Thuật ngữ bồi thường được sử dụng để chỉ việc bên bảo hiểm thực hiện cam kết đền bù cho người được bảo hiểm những thiệt hại vật chất xảy ra trong sự kiện bảo hiểm - một phần hoặc toàn bộ. Bồi thường được sử dụng chủ yếu trong bảo hiểm tài sản và bảo hiểm trách nhiệm dân sự còn trong bảo hiểm con người thường sử dụng thuật ngữ trả tiền bảo hiểm. Trả tiền bảo hiểm mang ý nghĩa của việc chi trả một khoản tiền nhất định theo thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm từ phía doanh nghiệp bảo hiểm.

Bên cạnh điểm tương đồng: đều là việc thực hiện cam kết của doanh nghiệp bảo hiểm khi có sự kiện bảo hiểm xảy ra, bồi thường và trả tiền bảo hiểm hàm chứa những ý nghĩa riêng biệt. Bồi thường có mục tiêu là khôi phục tình hình tài chính của người được bảo hiểm, tối đa là bằng trạng thái ngay trước lúc xảy ra sự kiện bảo hiểm. Bồi thường có thể thực hiện theo phương pháp trả bằng tiền hoặc doanh nghiệp bảo hiểm trực tiếp thay thế, sửa chữa đối tượng bảo hiểm. Bồi thường không tạo ra cơ hội kiếm lời cho bên được bảo hiểm. Trong khi đó, khoản tiền trả bảo hiểm trong bảo hiểm nhân thọ hàm chứa cả yếu tố sinh lợi số phí bảo hiểm nộp trước của bên mua bảo hiểm và được chi trả cả trong nhiều sự kiện bảo hiểm không hề phát sinh thiệt hại (ví dụ: sự kiện người được bảo hiểm sống đến một thời điểm nhất định trong hợp đồng bảo hiểm nhân thọ sinh kỳ). Một số sự kiện bảo hiểm trong bảo hiểm con người có phát sinh thiệt hại thì khoản tiền trả bảo hiểm có thể vẫn không mang tính bồi thường.

Kỹ thuật bảo hiểm đòi hỏi hầu hết các hợp đồng bảo hiểm (trừ một số hợp đồng bảo hiểm cho đối tượng là các loại trách nhiệm dân sự theo phương thức không giới hạn) phải xác định rõ giới hạn trách nhiệm của bảo hiểm - số tiền tối đa mà người bảo

hiểm có thể phải trả trong một sự kiện bảo hiểm hoặc trong cả thời hạn bảo hiểm. Cách thức xác định giới hạn trách nhiệm bảo hiểm phụ thuộc trước hết vào loại đối tượng bảo hiểm.

Những hợp đồng bảo hiểm có đối tượng bảo hiểm là tài sản, giới hạn trách nhiệm bảo hiểm được xác định bằng số tiền bảo hiểm hoặc hạn mức bồi thường của bảo hiểm tính cho mỗi sự cố hoặc cho cả thời hạn bảo hiểm.

Trường hợp đối tượng bảo hiểm là các loại trách nhiệm dân sự, giới hạn trách nhiệm được xác định bằng các mức trách nhiệm. Người bảo hiểm căn cứ vào việc đánh giá, ước lượng về mức độ tổn thất, chi phí - hậu quả có thể phát sinh của sự kiện bảo hiểm, năng lực tài chính của bản thân doanh nghiệp; khả năng trả phí của lượng khách hàng tiềm năng gắn với từng loại nghiệp vụ bảo hiểm để đưa ra các mức trách nhiệm cho bên mua bảo hiểm lựa chọn.

Trường hợp bảo hiểm cho những loại trách nhiệm dân sự như là trách nhiệm sản phẩm, bệnh tật, ô nhiễm ..., trách nhiệm chi trả của người được bảo hiểm cho người thứ ba có thể kéo dài qua nhiều năm. Việc xác định tổng mức trách nhiệm cho cả thời hạn bảo hiểm là một biện pháp cần thiết để ổn định trách nhiệm thanh toán của doanh nghiệp bảo hiểm.

Trong thể loại bảo hiểm con người, giới hạn tiền trả bảo hiểm được biểu thị bằng số tiền bảo hiểm hoặc mức trách nhiệm (tính cho mỗi sự cố hoặc cho cả thời hạn bảo hiểm) hoặc khoản tiền trả bảo hiểm định kỳ như là niên kim nhân thọ. Bên cạnh những yếu tố tương tự như trong bảo hiểm trách nhiệm dân sự, doanh nghiệp bảo hiểm còn phải chú ý đến một số đặc tính khác của bảo hiểm con người như là hợp đồng bảo hiểm có thể ký kết dưới dạng “nhóm”; thời hạn bảo hiểm có thể rất dài, tính “tiết kiệm” của bảo hiểm nhân thọ, yêu cầu của việc ngăn ngừa rủi ro đạo đức để đưa ra các mức giới hạn trả tiền bảo hiểm thích hợp và bên mua bảo hiểm sẽ tùy thuộc vào nhu cầu an toàn, khả năng trả phí của mình để lựa chọn.

- Phí bảo hiểm và các điều khoản liên quan

Phí bảo hiểm - khoản tiền mà bên mua bảo hiểm phải trả theo thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm để nhận được cam kết bồi thường, trả tiền bảo hiểm của doanh

nghiệp bảo hiểm và được coi là giá cả của sản phẩm bảo hiểm. Về cơ bản, phí bảo hiểm được hợp thành từ các cấu phần chủ yếu, đó là:

- ☐ Phí thuần: khoản tiền thu tương ứng với dự tính về trách nhiệm bồi thường, trả tiền bảo hiểm.
- ☐ Chi phí ký kết hợp đồng bảo hiểm và chi phí quản lý khác.
- ☐ Thuế giá trị gia tăng (nếu có)

Phí bảo hiểm có thể được định giá bằng một khoản tiền nhất định/1 đơn vị đối tượng được bảo hiểm (ví dụ: 1 GT (gross tonnage) trong bảo hiểm trách nhiệm dân sự chủ tàu biển; 1 đầu xe 5 tấn trọng tải trong bảo hiểm trách nhiệm dân sự chủ xe cơ giới đối với người thứ ba) hoặc bằng tỷ lệ phí bảo hiểm.

Vấn đề then chốt trong kỹ thuật xác định phí bảo hiểm là xác định phí thuần/1 đơn vị đối tượng bảo hiểm hoặc đơn vị số tiền bảo hiểm. Để xác định cấu phần cơ bản này phải dựa vào những thông số có được từ việc vận dụng luật số lớn, phép tính xác suất, đó là:

$$\begin{aligned} \text{Tần suất tổn thất (F)} &= \frac{\text{Số lượng tổn thất}}{\text{Số lượng đơn vị rủi ro} * \text{Tổng số thiệt hại}} \\ \text{Thiệt hại trung bình / 1 tổn thất (C)} &= \frac{\text{Tổng số thiệt hại}}{\text{Số lượng tổn thất}} \end{aligned}$$

- ☐ Công thức khái quát tính phí thuần trong bảo hiểm thiệt hại : $P = F \times C$

* Đơn vị rủi ro: 1 đối tượng khảo sát số liệu, thích hợp với từng loại nghiệp vụ bảo hiểm. Ví dụ: 1 người nằm trong độ tuổi có thể được bảo hiểm đối với bảo hiểm tai nạn con người; 1 đầu xe tải trọng tải 5 tấn đối với bảo hiểm thiệt hại trách nhiệm dân sự chủ xe cơ giới đối với người thứ ba.

Riêng bảo hiểm nhân thọ, bên cạnh các yếu tố trên, lãi suất kỹ thuật sử dụng khi xây dựng biểu phí bảo hiểm cũng là một yếu tố cực kỳ quan trọng trong định phí bảo hiểm của sản phẩm bảo hiểm.

Thông thường phí bảo hiểm là cố định và được thoả thuận khi giao kết hợp đồng bảo hiểm. Tuy nhiên, đối với một số tổ chức bảo hiểm đặc biệt - các Hội tương hỗ bảo

hiểm, phí bảo hiểm được điều chỉnh theo tình hình các khoản chi (chi bồi thường, chi quản lý...) thực tế phát sinh trong năm nghiệp vụ của tổ chức bảo hiểm.

Bên cạnh điều khoản quy định về mức phí bảo hiểm hoặc tỷ lệ phí bảo hiểm, hợp đồng bảo hiểm còn có các quy định về kỳ hạn nộp phí; thời gian gia hạn nộp phí; phương thức nộp phí và các quy định trong những trường hợp đặc biệt, như là quy định tăng mức phí khi đối tượng bảo hiểm có mức độ rủi ro lớn hoặc quy định điều chỉnh phí bảo hiểm đối với những loại đối tượng bảo hiểm có sự thay đổi trong thời hạn bảo hiểm (ví dụ: hàng hoá trong kho, tiền gửi tại các tổ chức tín dụng ...)

- Một số điều khoản chi phối cách tính số tiền bồi thường, số tiền trả bảo hiểm

• Mức miễn thường

Trong nhiều nghiệp vụ bảo hiểm, doanh nghiệp bảo hiểm thường đưa ra quy định về việc áp dụng mức miễn thường. Cách thức biểu thị mức miễn thường khá đa dạng: bằng một số tiền nhất định /1 sự cố hoặc thông qua tỷ lệ miễn thường; một tỷ lệ % nhất định của giá trị tổn thất, kèm theo mức tối thiểu là một số tiền nhất định /1 sự cố (ví dụ: trong một hợp đồng bảo hiểm cho một công trình xây dựng có quy định: mức khấu trừ = 10% giá trị tổn thất; không thấp hơn 500 \$ /1 sự cố). Trong bảo hiểm gián đoạn kinh doanh, mức miễn thường lại có thể quy định bằng một số ngày nhất định.

Quy định mức miễn thường chi phối trực tiếp việc tính số tiền bồi thường, số tiền trả bảo hiểm. Với giả định là chưa tính đến các điều khoản khác, như là giới hạn trách nhiệm bảo hiểm ..., trường hợp miễn thường có khấu trừ (còn gọi là mức khấu trừ) số tiền bồi thường của bảo hiểm sẽ bằng giá trị thiệt hại của đối tượng bảo hiểm trong sự cố bảo hiểm trừ đi mức khấu trừ.

Trường hợp miễn thường không khấu trừ, số tiền bồi thường của bảo hiểm sẽ bằng giá trị thiệt hại của đối tượng bảo hiểm trong sự cố bảo hiểm khi giá trị thiệt hại đó lớn hơn mức miễn thường

Mức miễn thường có thể được đưa ra như một quy định bắt buộc của loại nghiệp vụ bảo hiểm hoặc để bên mua bảo hiểm tùy ý lựa chọn. Điều này xuất phát từ những mục đích khác nhau của việc đưa mức miễn thường vào hợp đồng bảo hiểm. Mức miễn thường

có thể nhằm loại những tổn thất dạng hao hụt tự nhiên, thương mại thông thường khỏi trách nhiệm bảo hiểm hoặc mang dụng ý tránh việc bỏ ra các chi phí về giám định, thu thập hồ sơ, thủ tục thanh toán... một cách không có hiệu quả kinh tế đối với những tổn thất nhỏ. Đặc biệt, sự linh hoạt của mức miễn thường sẽ đáp ứng được nhu cầu tự gánh chịu một phần tổn thất để giảm phí bảo hiểm của khách hàng bảo hiểm. Hơn nữa, mức miễn thường cũng còn là một biện pháp góp phần ngăn ngừa rủi ro đạo đức, giảm thiểu nguy cơ tinh thần trong kinh doanh bảo hiểm.

-> *Bồi thường, trả tiền bảo hiểm theo tỷ lệ*

Có nhiều loại tỷ lệ chi phối cách tính số tiền bồi thường, tiền trả bảo hiểm, thông dụng nhất là tỷ lệ:

Số tiền bảo hiểm

Giá trị bảo hiểm

Sự chênh lệch giữa số tiền bảo hiểm và giá trị của đối tượng bảo hiểm có thể xảy ra và dẫn đến tình trạng bảo hiểm dưới giá trị. Đối với bảo hiểm dưới giá trị, việc giảm số tiền bồi thường theo tỷ lệ trên là hoàn toàn hợp lý.

Một số nghiệp vụ bảo hiểm, người bảo hiểm lại đưa ra *tỷ lệ bồi thường* cụ thể. Nếu khách hàng chấp nhận ký kết hợp đồng bảo hiểm, đối với tất cả các tổn thất xảy ra, người bảo hiểm chỉ bồi thường một phần thiệt hại theo tỷ lệ thoả thuận đó. Lý do cơ bản của quy định này là bắt nguồn từ chủ ý muốn tác động đến ý thức trách nhiệm của bên được bảo hiểm trong bảo vệ an toàn cho đối tượng bảo hiểm và hạn chế tổn thất ngay từ khi thoả thuận hợp đồng bảo hiểm. Đó là một biện pháp cần thiết đối với số nghiệp vụ bảo hiểm như là bảo hiểm tín dụng xuất khẩu, tín dụng thương mại, bảo hiểm tiền gửi, bảo hiểm vật nuôi, bảo hiểm cây trồng - những loại bảo hiểm có sự phức tạp trong quản lý rủi ro và dễ bị chi phối bởi nguy cơ tinh thần.

Loại tỷ lệ thứ ba: *tỷ lệ theo phí bảo hiểm*. Số tiền bồi thường hoặc tiền trả bảo hiểm bị giảm đi bởi tỷ lệ:

Số phí bảo hiểm đã nộp

Số phí bảo hiểm lẽ ra phải nộp

Tỷ lệ theo phí bảo hiểm có thể được quy định cụ thể trong hợp đồng bảo hiểm, nhưng ngay cả khi không được quy định cụ thể sẽ vẫn được áp dụng như một quy tắc xử sự

trong bảo hiểm khi có sự sai sót, nhầm lẫn trong cung cấp thông tin và thông báo rủi ro thay đổi của bên mua bảo hiểm. Sự nhầm lẫn tuổi người được bảo hiểm khi tham gia hợp đồng bảo hiểm nhân thọ tử kỳ có thể dẫn đến việc mức phí định ra trong hợp đồng bảo hiểm thấp hơn mức phí tương ứng với độ tuổi đúng của người được bảo hiểm và hiển nhiên là doanh nghiệp bảo hiểm phải giảm số tiền trả bảo hiểm nếu như không áp dụng các biện pháp khác.

-> Bồi thường theo tổn thất thứ nhất

Khi vận dụng quy tắc bồi thường này, người bảo hiểm bồi thường theo giá trị thiệt hại thực tế của đối tượng bảo hiểm và tối đa là bằng số tiền bảo hiểm.

- Một số điều khoản đặc thù khác

• Thời hạn hiệu lực bảo hiểm

Thời hạn hiệu lực bảo hiểm được xác định bằng điều khoản quy định thời điểm bắt đầu và thời điểm kết thúc hiệu lực của bảo hiểm.

Việc xác định các thời điểm trên thông thường được tính theo mốc thời gian - chính xác theo giờ, ngày, tháng, năm. Riêng đối với một số loại nghiệp vụ bảo hiểm, việc xác định các thời điểm cần có sự kết hợp giữa mốc thời gian và mốc sự kiện. Ví dụ: bảo hiểm hàng hoá xuất nhập khẩu, các mốc sự kiện: hàng hoá “rời kho” hoặc hàng hoá “vào kho” của điều khoản “từ kho đến kho” bên cạnh quy định về mặt thời gian là một sự linh hoạt hoàn toàn hợp lý hoặc trong bảo hiểm các công trình xây dựng, các thời điểm bắt đầu và kết thúc cũng không thể quy định cứng nhắc bằng độ chính xác tuyệt đối của thời gian mà việc đưa các mốc sự kiện như là khởi công xây dựng; công trình được bàn giao đưa vào sử dụng là rất cần thiết.

Một số loại nghiệp vụ bảo hiểm con người, thời điểm bắt đầu và kết thúc hiệu lực của bảo hiểm đối với một số loại rủi ro (bệnh tật, sự cố thai sản, tự tử, chết...) cũng cần những quy định riêng như là quy định về thời gian “chờ”, về trách nhiệm trả tiền bảo hiểm khi sự cố chết do rủi ro phát sinh trong thời hạn bảo hiểm nhưng lại xảy ra sau khi kết thúc thời hạn đó.

• *Điều khoản quy định thời hạn bên được bảo hiểm phải thực hiện nghĩa vụ thông báo sự kiện bảo hiểm xảy ra.* Sự chậm trễ trong thông báo sẽ gây khó khăn lớn

cho việc xác định nguyên nhân và mức độ thiệt hại. Hơn nữa, sự thông báo kịp thời sẽ liên quan tới việc thực hiện các biện pháp hạn chế tổn thất gia tăng. Chính vì thế cần xác định rõ khoảng thời gian kể từ thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm mà trong thời hạn đó bên được bảo hiểm phải thông báo cho doanh nghiệp bảo hiểm. Đối với một số loại rủi ro đặc biệt như là trộm cắp, dịch bệnh của vật nuôi... thời gian này thường rất ngắn. Ví dụ: trộm cắp là trong vòng 24 giờ (trừ ngày lễ và chủ nhật); dịch bệnh : 5 ngày...

- *Điều khoản quy định thời hạn yêu cầu bồi thường hoặc trả tiền bảo hiểm.* Điều khoản này xác định khoảng thời gian (kể từ khi xảy ra sự kiện bảo hiểm) mà trong thời hạn đó bên được bảo hiểm phải hoàn tất thủ tục yêu cầu bồi thường, trả tiền bảo hiểm.

- *Điều khoản quy định thời hiệu khởi kiện và giải quyết tranh chấp.* Điều khoản này xác định khoảng thời gian cho phép các bên thực hiện quyền khởi kiện và cách thức giải quyết tranh chấp (bằng thương lượng hoặc theo phán quyết của toà án).

Bên cạnh những điều khoản không thể thiếu nói trên, tùy thuộc vào từng loại nghiệp vụ bảo hiểm, hợp đồng bảo hiểm còn có thể có các điều khoản đặc biệt khác như là: bảo hiểm trùng; thế quyền; từ bỏ thế quyền; bảo hiểm dưới giá trị... những điều khoản đó sẽ được đề cập cụ thể ở các phần sau.

2.3 XÁC LẬP, THỰC HIỆN VÀ CHẤM DỨT HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

2.3.1 Xác lập hợp đồng bảo hiểm

Xác lập hợp đồng bảo hiểm là quá trình thể hiện, thống nhất và thực hiện ý muốn giao kết hợp đồng bảo hiểm bằng các hành vi pháp luật của bên mua bảo hiểm và doanh nghiệp bảo hiểm.

Việc xác lập hợp đồng bảo hiểm phải tuân theo những nguyên tắc chỉ đạo và chuẩn mực hoá các hành vi lập hợp đồng bảo hiểm của bên mua bảo hiểm và doanh nghiệp bảo hiểm. Với đặc thù của lĩnh vực bảo hiểm, xác lập hợp đồng bảo hiểm phải đảm bảo những nguyên tắc cơ bản sau:

- *Nguyên tắc tuân thủ luật pháp; không trái đạo đức xã hội.* Hệ thống luật pháp của xã hội nhằm bảo vệ trật tự xã hội, đạo đức xã hội và những chuẩn mực, lễ phải của con người đã được xã hội thừa nhận. Xác lập hợp đồng bảo hiểm - hành vi pháp luật

của bên mua bảo hiểm và doanh nghiệp bảo hiểm buộc phải nằm trong khuôn khổ có lợi cho lợi ích chung của cộng đồng, lợi ích căn bản của các thành viên xã hội. Giao kết hợp đồng bảo hiểm để bảo hiểm cho một lô hàng lâu; một công trình xây dựng trái phép; một hành vi vô nhân đạo đều là những điều cấm ở mọi quốc gia.

- *Nguyên tắc tự nguyện, bình đẳng.* Tự nguyện, bình đẳng thể hiện ý nguyện và vị thế của bên mua bảo hiểm và doanh nghiệp bảo hiểm trong giao kết hợp đồng. Hợp đồng bảo hiểm phải được giao kết trên cơ sở thể hiện rõ và thống nhất ý muốn của hai bên bằng sự đàm phán minh bạch và công bằng giữa bên mua bảo hiểm và doanh nghiệp bảo hiểm. Bất kỳ bên nào cũng không được dựa vào các ưu thế và ý muốn riêng của mình để bắt ép bên kia giao kết hợp đồng bảo hiểm. Sự can thiệp của tổ chức, cá nhân; việc lợi dụng các mối quan hệ ràng buộc liên quan để áp đặt giao kết hợp đồng đều không thể chấp nhận và rất có hại cho môi trường kinh doanh lành mạnh rất cần thiết cho sự phát triển bền vững của ngành bảo hiểm.

- *Nguyên tắc thiện chí, hợp tác và trung thực.* Xác lập hợp đồng nhằm đạt được các lợi ích hợp pháp và hợp lý cho cả hai bên. Thực tế, tình trạng đối nghịch lợi ích kinh tế có thể xảy ra và trong trường hợp đó, hợp đồng bảo hiểm chỉ được giao kết trên cơ sở sự hợp tác thiện chí của các bên. Bất cứ một mưu toan, ý đồ, hành vi gian lận của các bên trước sau sẽ dẫn đến sự xung đột lợi ích và các hậu quả vô hiệu hợp đồng, chấm dứt hợp đồng...

Trên cơ sở quán triệt những nguyên tắc cơ bản trên, việc xác lập hợp đồng được khởi đầu bằng đề nghị giao kết hợp đồng bảo hiểm của bên mua bảo hiểm. Đề nghị giao kết hợp đồng bảo hiểm thông thường được thể hiện bằng việc người tham gia bảo hiểm sau khi nghiên cứu các điều khoản, quy tắc bảo hiểm, loại sản phẩm bảo hiểm thích hợp với nhu cầu bảo hiểm của mình sẽ điền các thông tin cần thiết vào giấy yêu cầu bảo hiểm (theo mẫu in sẵn mà doanh nghiệp bảo hiểm cung cấp khi chào bán bảo hiểm) và gửi cho doanh nghiệp bảo hiểm. Doanh nghiệp bảo hiểm sẽ xem xét đề đi đến quyết định chấp nhận bảo hiểm hay không. Nếu chấp nhận bảo hiểm, các bên thoả thuận nội dung hợp đồng và doanh nghiệp bảo hiểm sẽ cấp cho bên mua bảo hiểm hợp đồng bảo hiểm hoặc bằng chứng của hợp đồng bảo hiểm. Giấy yêu cầu bảo

hiểm cũng trở thành một bộ phận không tách rời của hợp đồng bảo hiểm bên cạnh các văn bản tài liệu khác.

Khi hợp đồng bảo hiểm được giao kết cho một thời hạn nhất định và trường hợp bên mua bảo hiểm mong muốn được tiếp tục tham gia bảo hiểm cho giai đoạn tiếp theo, các bên sẽ làm thủ tục tái tục hợp đồng bảo hiểm. Thông thường trước thời điểm kết thúc thời hạn bảo hiểm, doanh nghiệp bảo hiểm chủ động gửi thông báo đề nghị tái tục hợp đồng bảo hiểm, bên mua bảo hiểm nộp phí bảo hiểm và doanh nghiệp bảo hiểm sẽ cấp bằng chứng hợp đồng bảo hiểm. Thủ tục đơn giản này được áp dụng với những nghiệp vụ bảo hiểm có sự tồn tại của đối tượng bảo hiểm và mức độ rủi ro tương đối ổn định trong một thời gian dài, điển hình là các nghiệp vụ bảo hiểm xe cơ giới.

2.3.2 Thực hiện hợp đồng bảo hiểm

Thực hiện hợp đồng bảo hiểm là quá trình các bên thực hiện các nghĩa vụ và quyền theo thoả thuận của hợp đồng bảo hiểm. Thực tế, chỉ có một số quyền và nghĩa vụ được nêu cụ thể trong hợp đồng bảo hiểm, còn phần lớn các quyền và nghĩa vụ cơ bản được chiếu theo quy định chung của luật kinh doanh bảo hiểm, đó là:

- Nghĩa vụ

Về phía bên được bảo hiểm (bao gồm người tham gia bảo hiểm, người được bảo hiểm và người thụ hưởng) có các nghĩa vụ cơ bản sau:

+ *Nghĩa vụ cung cấp thông tin cho việc giao kết hợp đồng bảo hiểm.* Để có thể giao kết hợp đồng bảo hiểm, người tham gia bảo hiểm phải cung cấp cho doanh nghiệp bảo hiểm những thông tin trung thực, chính xác về đối tượng bảo hiểm, người được bảo hiểm... đầy đủ theo yêu cầu của doanh nghiệp bảo hiểm. Việc người tham gia bảo hiểm thực hiện đúng nghĩa vụ này là cơ sở cho doanh nghiệp bảo hiểm đánh giá rủi ro, xem xét chấp nhận bảo hiểm hay không và thoả thuận cụ thể về một số điều khoản của hợp đồng bảo hiểm. Pháp luật cũng xác định các hậu quả pháp lý đối với những trường hợp người tham gia bảo hiểm không thực hiện đúng nghĩa vụ này, đó là vô hiệu hợp đồng bảo hiểm; doanh nghiệp bảo hiểm đơn phương chấm dứt hợp

đồng; giảm số tiền bồi thường, trả tiền bảo hiểm theo tỷ lệ, thậm chí là không bồi thường, không trả tiền bảo hiểm.

+ *Nghĩa vụ thông báo những thay đổi liên quan đến việc thực hiện hợp đồng bảo hiểm.* Trong quá trình thực hiện hợp đồng bảo hiểm rất có thể xảy ra những sự thay đổi, đặc biệt là những yếu tố liên quan đến các thông tin trọng yếu đã cung cấp khi giao kết hợp đồng, đến mức độ rủi ro nhất là tình trạng rủi ro gia tăng. Trong những trường hợp đó, người tham gia bảo hiểm phải thông báo ngay cho doanh nghiệp bảo hiểm để thực hiện việc điều chỉnh các điều khoản liên quan trong hợp đồng bảo hiểm. Đây là việc làm cần thiết đảm bảo lợi ích hợp lý cho cả hai bên. Một số hợp đồng bảo hiểm cũng đã chú ý đưa ra các quy định liên quan. Ví dụ: đơn tiêu chuẩn về bảo hiểm cháy và các rủi ro đặc biệt có quy định chấm dứt hiệu lực đối với tài sản bị tổn thất trong trường hợp ngôi nhà chứa tài sản được bảo hiểm bị bỏ trống, không có người cư trú hơn 30 ngày.

Pháp luật kinh doanh bảo hiểm của nhiều quốc gia rất coi trọng nghĩa vụ này. Những hậu quả pháp lý cho các trường hợp vi phạm như là: doanh nghiệp bảo hiểm đơn phương chấm dứt hợp đồng bảo hiểm; giảm số tiền bồi thường, giảm tiền trả bảo hiểm; không bồi thường, không trả tiền bảo hiểm cũng được xác định rõ cho những tình huống khác nhau trong thực tế.

+ *Nghĩa vụ nộp phí bảo hiểm.* Việc bên mua bảo hiểm nộp phí bảo hiểm đầy đủ, đúng kỳ hạn và theo phương thức đã thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm là một điều kiện cơ bản quyết định hiệu lực của bảo hiểm.

Thông thường, khoản phí bảo hiểm đầu tiên được nộp vào thời điểm giao kết hợp đồng bảo hiểm và thể hiện việc doanh nghiệp bảo hiểm bắt đầu nhận trách nhiệm bảo hiểm. Trường hợp hợp đồng bảo hiểm đã được xác lập với thoả thuận về một thời hạn nộp phí và người tham gia bảo hiểm không nộp phí khi đã kết thúc thời hạn đó, sẽ không thể phát sinh trách nhiệm của doanh nghiệp bảo hiểm. Quyền khởi kiện người tham gia bảo hiểm đòi phí bảo hiểm sẽ được doanh nghiệp bảo hiểm sử dụng trong một số trường hợp (ngoại trừ lĩnh vực bảo hiểm con người, theo quy định của điều 36, mục 2, chương II, luật kinh doanh bảo hiểm CHXHCN Việt Nam, doanh

ng nghiệp bảo hiểm không được khởi kiện đòi bên mua bảo hiểm đóng phí bảo hiểm trong trường hợp bên mua bảo hiểm không đóng hoặc đóng không đủ phí bảo hiểm)

+ *Nghĩa vụ thông báo sự kiện bảo hiểm xảy ra.* Việc bên được bảo hiểm thực hiện nghĩa vụ này đúng theo thoả thuận của hợp đồng bảo hiểm - kịp thời về thời gian; chính xác, trung thực về nguyên nhân và mức độ tổn thất sẽ liên quan trực tiếp tới quyền lợi về bồi thường, trả tiền bảo hiểm. Doanh nghiệp bảo hiểm có thể từ chối bồi thường, từ chối trả tiền bảo hiểm (một phần hoặc toàn bộ) nếu bên mua bảo hiểm vi phạm quy định liên quan.

+ *Nghĩa vụ thực hiện các biện pháp phòng ngừa rủi ro, hạn chế tổn thất.* Khi đánh giá rủi ro để giao kết hợp đồng bảo hiểm, doanh nghiệp bảo hiểm có thể thông báo cho bên được bảo hiểm những việc làm cần thiết để bảo vệ đối tượng bảo hiểm. Trong một số trường hợp, những ý kiến đó thuộc dạng điều kiện cho việc xác lập hợp đồng bảo hiểm mà bên được bảo hiểm luôn phải thực hiện nếu muốn tham gia bảo hiểm. Những trường hợp khác, đề xuất của doanh nghiệp bảo hiểm sẽ liên quan tới việc điều chỉnh phạm vi bảo hiểm, phí bảo hiểm...

Bên cạnh các dạng thoả thuận trên, pháp luật kinh doanh bảo hiểm CHXHCN Việt Nam còn xác định nghĩa vụ này rất rộng - bao hàm việc thực hiện các quy định của luật kinh doanh bảo hiểm và pháp luật liên quan. Các biện pháp doanh nghiệp bảo hiểm có thể áp dụng cho những trường hợp vi phạm cũng rất nghiêm khắc như là: tăng phí bảo hiểm; đơn phương chấm dứt hợp đồng bảo hiểm; thậm chí là theo điều 578. mục 11, chương I. phần thứ ba, luật dân sự CHXHCH Việt Nam, doanh nghiệp bảo hiểm có quyền “không trả tiền bảo hiểm khi thiệt hại xảy ra do các biện pháp phòng ngừa đã không thực hiện”.

Về phía doanh nghiệp bảo hiểm có các nghĩa vụ cơ bản sau:

+ *Nghĩa vụ thông tin.* Doanh nghiệp bảo hiểm phải cung cấp và giải thích cho bên được bảo hiểm đầy đủ các thông tin liên quan đến hợp đồng bảo hiểm, các điều khoản, điều kiện bảo hiểm.... Việc làm này không chỉ phải thực hiện khi giao kết hợp đồng bảo hiểm mà còn được duy trì suốt trong quá trình thực hiện hợp đồng bảo hiểm. Doanh nghiệp bảo hiểm phải chịu trách nhiệm về tính chính xác và trung thực của các thông tin đã cung cấp. Mọi thiếu sót, sai sót, không trung thực sẽ dẫn tới

những hậu quả như là vô hiệu hợp đồng bảo hiểm; đơn phương chấm dứt hợp đồng bảo hiểm và doanh nghiệp bảo hiểm phải bồi thường thiệt hại liên quan.

+ *Nghĩa vụ cấp hợp đồng bảo hiểm hoặc bằng chứng về hợp đồng bảo hiểm.* Hợp đồng bảo hiểm hoặc bằng chứng hợp đồng bảo hiểm mà doanh nghiệp bảo hiểm cấp cho bên được bảo hiểm phải đảm bảo hình thức pháp lý quy định dưới dạng văn bản với đầy đủ những thông tin cần thiết thích ứng với từng loại nghiệp vụ bảo hiểm.

+ *Nghĩa vụ bồi thường, trả tiền bảo hiểm.* Khi sự kiện bảo hiểm xảy ra đã có đủ hồ sơ yêu cầu bồi thường, trả tiền bảo hiểm, doanh nghiệp bảo hiểm phải giải quyết bồi thường, trả tiền bảo hiểm đầy đủ theo thoả thuận của hợp đồng bảo hiểm. Điều 580, mục 11 chương I, phần ba, luật dân sự CHXHCN Việt nam đã quy định: nếu doanh nghiệp bảo hiểm chậm trễ trong bồi thường, trả tiền bảo hiểm sẽ phải trả cả lãi đối với số tiền chậm trả theo lãi suất nợ quá hạn do Ngân hàng nhà nước quy định tại thời điểm trả tiền, tương ứng với thời gian chậm trả. Trường hợp từ chối bồi thường, từ chối trả tiền bảo hiểm, doanh nghiệp bảo hiểm có nghĩa vụ giải thích lý do từ chối bằng văn bản.

+ *Nghĩa vụ phối hợp với bên được bảo hiểm để giải quyết yêu cầu đòi bồi thường của người thứ ba.* Trong bảo hiểm trách nhiệm dân sự, khi sự kiện thuộc phạm vi bảo hiểm xảy ra, người được bảo hiểm có nghĩa vụ bồi thường cho người thứ ba theo các quy định pháp lý liên quan và doanh nghiệp bảo hiểm có nghĩa vụ bồi thường cho người được bảo hiểm theo thoả thuận của hợp đồng bảo hiểm. Hai loại trách nhiệm bồi thường này có sự ràng buộc gắn kết nhưng vẫn có tính độc lập nhất định. Vì thế, pháp luật về kinh doanh bảo hiểm đòi hỏi doanh nghiệp bảo hiểm phải thực hiện nghĩa vụ này nhằm đảm bảo quyền lợi của người thứ ba.

- Quyền của các bên trong hợp đồng bảo hiểm

Mục 2.1.3 đã xác định tính đối ứng của các quyền và nghĩa vụ của doanh nghiệp bảo hiểm và bên được bảo hiểm trong hợp đồng bảo hiểm. Như vậy, đối ứng với các nghĩa vụ của bên được bảo hiểm, doanh nghiệp bảo hiểm có các quyền cơ bản sau:

+ Thu phí bảo hiểm theo thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm

- + Yêu cầu bên được bảo hiểm cung cấp đầy đủ, trung thực các thông tin liên quan đến việc giao kết và thực hiện hợp đồng bảo hiểm.
- + Đơn phương chấm dứt hợp đồng bảo hiểm trong một số trường hợp, như là: khi bên được bảo hiểm không thực hiện, thực hiện không đúng các nghĩa vụ đã cam kết; trường hợp rủi ro gia tăng và bên được bảo hiểm không chấp nhận sự tăng phí bảo hiểm.
- + Từ chối bồi thường, từ chối trả tiền bảo hiểm khi sự kiện xảy ra bị loại trừ, không thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm.
- + Yêu cầu bên được bảo hiểm thực hiện các biện pháp đề phòng rủi ro, hạn chế tổn thất.
- + Áp dụng nguyên tắc thế quyền khi xác định được trách nhiệm của người thứ ba trong sự kiện bảo hiểm (đối với bảo hiểm tài sản và bảo hiểm trách nhiệm dân sự).
Đối ứng với các nghĩa vụ của doanh nghiệp bảo hiểm, bên được bảo hiểm có các quyền sau:
- + Yêu cầu doanh nghiệp bảo hiểm giải thích các điều kiện, điều khoản, tài liệu liên quan đến hợp đồng bảo hiểm; cung cấp thông tin về hợp đồng bảo hiểm đã giao kết; giữ bí mật các thông tin mà bên được bảo hiểm đã cung cấp.
- + Được cấp hợp đồng bảo hiểm hoặc bằng chứng của hợp đồng bảo hiểm đã giao kết.
- + Được bồi thường, trả tiền bảo hiểm theo thoả thuận của hợp đồng bảo hiểm.
- + Đơn phương chấm dứt hợp đồng bảo hiểm trong một số trường hợp, như: khi doanh nghiệp bảo hiểm không thực hiện đúng các nghĩa vụ đã cam kết; trường hợp có sự thay đổi làm giảm mức độ rủi ro của đối tượng bảo hiểm (yếu tố cơ sở định phí bảo hiểm) nhưng doanh nghiệp bảo hiểm không chấp nhận giảm phí bảo hiểm.
- + Chuyển nhượng hợp đồng bảo hiểm theo thoả thuận của hợp đồng bảo hiểm hoặc theo quy định của pháp luật. Việc chuyển nhượng hợp đồng bảo hiểm phải được thông báo bằng văn bản cho doanh nghiệp bảo hiểm trừ trường hợp sự chuyển nhượng đó được thực hiện theo tập quán quốc tế.

- Sửa đổi hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm được giao kết cho một thời hạn có thể là rất dài, chẳng hạn 5 năm, 10 năm và lâu hơn nữa trong bảo hiểm nhân thọ. Thực tế, rất có thể phát sinh những sự thay đổi ảnh hưởng đến khả năng thực hiện các quyền và nghĩa vụ của doanh nghiệp bảo hiểm cũng như bên được bảo hiểm. Vì thế, pháp luật cho phép các bên được thoả thuận sửa đổi hợp đồng bảo hiểm trong trường hợp cần thiết.

Việc sửa đổi hợp đồng bảo hiểm bao gồm các dạng cơ bản sau:

Sửa đổi về chủ thể hợp đồng bảo hiểm. Chủ yếu là thay đổi về người tham gia bảo hiểm, người được bảo hiểm và người thụ hưởng. Đối với các trường hợp như là tài sản được bảo hiểm bị chuyển quyền sở hữu khi thời hạn bảo hiểm chưa kết thúc; người tham gia bảo hiểm; người thụ hưởng bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm nhân thọ bị chết khi sự kiện bảo hiểm chưa xảy ra thì việc sửa đổi hợp đồng bảo hiểm là hoàn toàn cần thiết nếu các bên không muốn chấm dứt hợp đồng bảo hiểm còn đang dở.

Sửa đổi các điều khoản của hợp đồng bảo hiểm. Một số điều khoản của hợp đồng bảo hiểm có thể được sửa đổi như là: giá trị bảo hiểm; số tiền bảo hiểm; mức phí bảo hiểm; tỷ lệ phí bảo hiểm; phương thức đóng phí bảo hiểm; thời hạn bảo hiểm.... Chẳng hạn một hợp đồng bảo hiểm nhân thọ hỗn hợp thời hạn 10 năm có thể chuyển sang dạng hợp đồng có thời hạn 5 năm và kéo theo là sự điều chỉnh cần thiết về phí bảo hiểm hoặc số tiền bảo hiểm.

- Khôi phục hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm. Nếu một hợp đồng bảo hiểm bị đình chỉ giữa chừng và mất hiệu lực vì một lý do nào đó (ví dụ: người tham gia bảo hiểm trong bảo hiểm nhân thọ không đóng phí khi đã kết thúc thời gian gia hạn đóng phí), trong một thời hạn cho phép, hợp đồng bảo hiểm có thể được khôi phục hiệu lực với sự đề nghị và chấp thuận của các bên. Trong ví dụ trên, nếu người tham gia bảo hiểm đề nghị được đóng phí bảo hiểm trở lại thì hợp đồng bảo hiểm sẽ được khôi phục hiệu lực.

Sửa đổi hợp đồng bảo hiểm ở bất kỳ dạng nào đều trên cơ sở thoả thuận và thống nhất ý kiến của doanh nghiệp bảo hiểm và bên được bảo hiểm. Về mặt hình thức pháp lý, mọi sự sửa đổi, bổ sung đều phải được thể hiện bằng văn bản và văn bản thoả thuận về hợp đồng bảo hiểm đã được sửa đổi hoặc bản sửa đổi bổ sung phải đính kèm vào văn bản hợp đồng đã có.

- Hợp đồng bảo hiểm vô hiệu

Hợp đồng bảo hiểm phải được xác lập dựa trên những nguyên tắc, trình tự, thủ tục và hình thức quy định của luật pháp. Tuy nhiên trên thực tế, vì những lý do phần nhiều là chủ quan từ phía các chủ thể mà hợp đồng bảo hiểm không đảm bảo các quy định trên và bị quy là vô hiệu.

Bên cạnh những trường hợp vô hiệu theo quy định của Luật dân sự CHXHCN Việt Nam đối với các hợp đồng dân sự nói chung như : các bên giao kết không đảm bảo quy định về năng lực hành vi dân sự, năng lực pháp luật dân sự; người xác lập không nhận thức được hành vi của mình tại thời điểm giao kết; hợp đồng được giao kết do nhầm lẫn, đối với hợp đồng bảo hiểm, Luật kinh doanh bảo hiểm CHXHCN Việt Nam còn xác định các dạng vô hiệu đặc thù của hợp đồng bảo hiểm, đó là:

- + Bên mua bảo hiểm không có quyền lợi có thể được bảo hiểm đối với đối tượng bảo hiểm.
- + Giao kết hợp đồng bảo hiểm cho đối tượng bảo hiểm không tồn tại tại thời điểm giao kết (tuy nhiên, trường hợp này chỉ đúng đối với một số loại đối tượng bảo hiểm).
- + Tại thời điểm giao kết hợp đồng bảo hiểm, bên mua bảo hiểm biết sự kiện bảo hiểm đã xảy ra.
- + Doanh nghiệp bảo hiểm hoặc bên mua bảo hiểm có hành vi lừa dối khi giao kết hợp đồng bảo hiểm.

Việc xử lý hợp đồng vô hiệu từng phần hoặc toàn bộ tuân theo quy định chung của luật dân sự. Các quyền và nghĩa vụ của doanh nghiệp bảo hiểm và bên được bảo hiểm được coi là không phát sinh ngay từ thời điểm xác lập. Như vậy, các bên phải khôi phục lại tình trạng ban đầu như trước lúc giao kết hợp đồng bảo hiểm. Cụ thể: doanh nghiệp bảo hiểm trả lại phí bảo hiểm; bên được bảo hiểm trả lại số bồi thường, tiền trả bảo hiểm (nếu có) - toàn bộ hoặc tương ứng với phần bị vô hiệu; bên có lỗi đối với tình trạng vô hiệu của hợp đồng bảo hiểm phải bồi thường cho bên kia thiệt hại liên quan.

2.3.4 Chấm dứt hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm tất yếu sẽ chấm dứt khi đã kết thúc thời hạn bảo hiểm, song những trường hợp đáng lưu ý là khi hợp đồng bảo hiểm bị chấm dứt trước thời điểm kết thúc thời hạn bảo hiểm. Bên cạnh những trường hợp chấm dứt theo quy định của luật dân sự như: khi các bên sử dụng quyền đơn phương chấm dứt hợp đồng theo pháp luật; các bên giao kết không còn đảm bảo quy định về năng lực hành vi dân sự, năng lực pháp luật dân sự cho việc thực hiện các quyền và nghĩa vụ đã cam kết. Luật kinh doanh bảo hiểm cũng xác định những tình huống đặc thù đối với hợp đồng bảo hiểm, đó là:

- + Đối tượng bảo hiểm không còn tồn tại do sự kiện loại trừ.
- + Sự kiện bảo hiểm đã xảy ra và doanh nghiệp bảo hiểm đã hoàn thành toàn bộ cam kết bồi thường hoặc trả tiền bảo hiểm.
- + Không còn tồn tại khả năng đối tượng bảo hiểm chịu ảnh hưởng của rủi ro được bảo hiểm.
- + Bên mua bảo hiểm không còn đảm bảo quy định về quyền lợi có thể được bảo hiểm.
- + Bên mua bảo hiểm không đóng đủ phí bảo hiểm hoặc không đóng phí bảo hiểm theo thời hạn thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm.
- + Bên mua bảo hiểm không đóng đủ phí trong thời gian gia hạn đóng phí bảo hiểm theo thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm.

Hợp đồng bảo hiểm cũng có thể được chấm dứt theo thoả thuận riêng giữa 2 bên cho những tình huống cụ thể thích ứng với mỗi loại nghiệp vụ bảo hiểm. Chẳng hạn: khi người được bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm con người thay đổi nơi cư trú - ra ngoài giới hạn lãnh thổ được bảo hiểm; tàu biển được bảo hiểm bị bán, thay đổi quốc tịch.... Tuy nhiên, những thoả thuận riêng này phải trên cơ sở tôn trọng luật pháp. Các quy định liên quan tới việc cho phép các bên thoả thuận chấm dứt hợp đồng bảo hiểm trước thời điểm kết thúc thời hạn bảo hiểm có thể có những điểm riêng ở các quốc gia khác nhau. Ví dụ: ở Pháp, trong bảo hiểm xe cơ giới, công ty bảo hiểm chỉ có quyền chấm dứt hợp đồng bảo hiểm sau tổn thất khi người được bảo hiểm đã vi phạm đặc biệt nghiêm trọng hoặc là người bị buộc tội đã lái xe trong tình trạng say rượu. Luật bảo hiểm Trung Quốc quy định: đối với hợp đồng bảo hiểm vận chuyển

hàng hoá và hợp đồng bảo hiểm phương tiện vận chuyển, sau khi đã bắt đầu trách nhiệm bảo hiểm, người tham gia bảo hiểm không được huỷ bỏ hợp đồng... Những quy định đặc thù như vậy khá đa dạng, tuy nhiên, một vấn đề có thể được coi nh một nguyên tắc xử sự đối với việc chấm dứt hợp đồng bảo hiểm trước thời điểm kết thúc hợp đồng bảo hiểm là có sự khác biệt giữa bảo hiểm nhân thọ và bảo hiểm phi nhân thọ. Trong bảo hiểm phi nhân thọ, các bên buộc phải thực hiện các cam kết đã thoả thuận, ngoại trừ những trường hợp phát sinh những sự thay đổi được xác định theo pháp luật. Trong bảo hiểm nhân thọ, sự ràng buộc nói trên chỉ áp dụng đối với phía doanh nghiệp bảo hiểm còn người tham gia bảo hiểm có quyền chấm dứt hợp đồng bảo hiểm vào bất cứ thời điểm nào mà không cần viện dẫn lý do.

Riêng đối với các trường hợp giải thể, thu hẹp phạm vi giấy phép kinh doanh, mất khả năng thanh toán, chia tách, sáp nhập doanh nghiệp bảo hiểm, chấm dứt hợp đồng sẽ được áp dụng nếu bên mua bảo hiểm không chấp nhận chuyển giao hợp đồng bảo hiểm.

Đi đôi với việc xác định các trường hợp cho phép chấm dứt hợp đồng bảo hiểm trước thời điểm kết thúc thời hạn bảo hiểm, pháp luật phải quy định về các hậu quả pháp lý của từng trường hợp. Đáng kể nhất là vấn đề hoàn phí bảo hiểm. Nhìn chung, nếu việc chấm dứt hợp đồng bảo hiểm không phải là do dụng ý xấu của bên được bảo hiểm, phần phí bảo hiểm tương ứng với thời gian còn lại của thời hạn bảo hiểm sẽ được hoàn lại sau khi đã khấu trừ các chi phí hợp lý liên quan mà doanh nghiệp bảo hiểm đã chi ra. Trả giá trị giải ước cũng là một hậu quả thông thường trong việc chấm dứt các hợp đồng bảo hiểm nhân thọ (đặc thù này gắn với mục đích tiết kiệm, tích lũy tài chính của bên mua bảo hiểm khi họ tham gia bảo hiểm nhân thọ).

Một vấn đề liên quan đến việc chấm dứt hợp đồng bảo hiểm nữa là quy định về thời hạn thông báo chấm dứt cũng như hình thức thông báo bằng văn bản. Đây là những quy định cần thiết nhằm đảm bảo lợi ích cho các bên và hạn chế những tác động bất lợi của việc chấm dứt giữa chừng hợp đồng bảo hiểm.

Chương 2

BẢO HIỂM TÀI SẢN

2.1 KHÁI QUÁT VỀ BẢO HIỂM TÀI SẢN

Tài sản - đối tượng bảo hiểm của thể loại bảo hiểm tài sản bao gồm nhiều chủng loại khác nhau, mỗi chủng loại có tính năng, mục đích sử dụng, môi trường hoạt động, bảo quản...khác nhau, vì vậy những rủi ro tiềm ẩn, tác động đến chúng cũng thường không giống nhau. Chẳng hạn, các loại rủi ro có thể tác động đến một chiếc ô tô khác với một ngôi nhà đang xây. Vì thế, để bảo hiểm cho mỗi loại tài sản, người bảo hiểm phải nghiên cứu những rủi ro đặc thù của chúng để thiết kế những quy tắc bảo hiểm, đơn bảo hiểm thích hợp. Bảo hiểm tài sản bao gồm loại như là:

- ☐ Bảo hiểm hàng hóa vận chuyển
- ☐ Bảo hiểm thân tàu
- ☐ Bảo hiểm cháy và các rủi ro đặc biệt
- ☐ Bảo hiểm xây dựng, bảo hiểm lắp đặt
- ☐ Bảo hiểm thiệt hại vật chất xe cơ giới
- ☐ Bảo hiểm máy móc, nồi hơi
- ☐ Bảo hiểm máy móc thiết bị điện tử
- ☐ Bảo hiểm gián đoạn kinh doanh
- ☐ Bảo hiểm tín dụng
- ☐ Bảo hiểm kính
- ☐ Bảo hiểm trộm cắp
- ☐ Bảo hiểm hộ gia đình; bảo hiểm nhà

- ☐ Bảo hiểm tiền
- ☐ Bảo hiểm nông nghiệp

...

Các loại bảo hiểm tài sản nêu trên đều có những đặc thù riêng trong kỹ thuật bảo hiểm, tuy nhiên chúng cũng có những điểm chung và nhất là trên góc độ so sánh với bảo hiểm trách nhiệm dân sự và bảo hiểm con người.

2.2 ĐẶC ĐIỂM CỦA BẢO HIỂM TÀI SẢN

- Vấn đề giới hạn trách nhiệm theo giá trị tài sản

Nhìn chung, tài sản chỉ có thể được bảo hiểm khi xác định được giá trị của tài sản. Trường hợp giá trị đối tượng bảo hiểm không thể xác định trực tiếp bằng thước đo giá cả thị trường thông thường, giá trị sẽ được ước tính bằng các phương pháp thoả thuận thích hợp với từng loại đối tượng bảo hiểm (ví dụ: lợi nhuận trong bảo hiểm gián đoạn kinh doanh, giá trị sản lượng thu hoạch trong bảo hiểm cây trồng hàng năm...)

Giá trị của đối tượng bảo hiểm là một yếu tố cơ bản quyết định đến việc thoả thuận về số tiền bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm. Về nguyên tắc, doanh nghiệp bảo hiểm chỉ chấp nhận giao kết hợp đồng bảo hiểm với số tiền bảo hiểm tối đa là bằng giá trị đối tượng bảo hiểm. Tuy nhiên, trên thực tế vẫn xuất hiện các hiện tượng bảo hiểm trên giá trị bên cạnh bảo hiểm đúng giá trị và bảo hiểm dưới giá trị.

Hợp đồng bảo hiểm dôi giá trị tài sản có số tiền bảo hiểm nhỏ hơn giá trị của đối tượng bảo hiểm. Lý do của bảo hiểm dưới giá trị có thể từ chủ ý của các bên khi giao kết hợp đồng bảo hiểm hoặc từ các yếu tố khách quan như là giá cả của đối tượng bảo hiểm biến động trong thời hạn bảo hiểm...

Tuỳ vào từng trường hợp cụ thể, các bên cần có cách xử lý thích hợp và nói chung nếu xảy ra sự kiện bảo hiểm, việc bồi thường của bảo hiểm sẽ áp dụng tỷ lệ: số tiền bảo hiểm / giá trị bảo hiểm hoặc một số ít trường hợp thực hiện bồi thường theo tổn thất thứ nhất. Nếu hợp đồng được giao kết với số tiền bảo hiểm nhỏ hơn giá trị của tài sản được bảo hiểm mà không phải do ý chí của người bảo hiểm, trước khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, người tham gia bảo hiểm có thể mua bảo hiểm bổ sung cho phần giá trị chưa

được bảo hiểm này. Trong một số nghiệp vụ bảo hiểm, nếu việc bảo hiểm bổ sung này xuất phát từ lý do tăng đột biến giá cả thì người ta coi đó là bảo hiểm giá trị gia tăng. Hợp đồng bảo hiểm trên giá trị có số tiền bảo hiểm lớn hơn giá trị của đối tượng bảo hiểm. Mặc dù nguyên tắc bảo hiểm không cho phép giao kết hợp đồng bảo hiểm trên giá trị nhưng có nhiều lý do chủ quan và khách quan dẫn đến tình trạng trên. Việc định giá đối tượng bảo hiểm không chính xác; giá cả đối tượng bảo hiểm biến động... và cả ý đồ trục lợi vẫn được xem là những lý do cơ bản dẫn đến bảo hiểm trên giá trị. Cách xử lý bảo hiểm trên giá trị sẽ tùy vào từng trường hợp cụ thể, chẳng hạn bảo hiểm trên giá trị có lý do là lỗi vô ý của bên mua bảo hiểm thì theo doanh nghiệp bảo hiểm phải hoàn lại cho bên mua bảo hiểm số phí bảo hiểm đã đóng tương ứng với số tiền bảo hiểm vượt quá giá trị thị trường của tài sản được bảo hiểm sau khi trừ các chi phí hợp lý có liên quan; nếu xảy ra sự kiện bảo hiểm, doanh nghiệp bảo hiểm chỉ chịu trách nhiệm bồi thường thiệt hại tính theo giá thị trường của tài sản.

- Nguyên tắc bồi thường

Để có thể ngăn ngừa trục lợi, bồi thường của hợp đồng bảo hiểm không được tạo ra cơ hội kiếm lời hoặc có lợi bất hợp lý cho các bên liên quan đến sự kiện bảo hiểm. Vì thế, số bồi thường mà người được bảo hiểm có thể nhận được trong mọi trường hợp không lớn hơn thiệt hại của họ trong sự kiện bảo hiểm chính là nội dung của nguyên tắc cơ bản chi phối việc bồi thường mọi hợp đồng bảo hiểm tài sản.

Khi xảy ra sự kiện bảo hiểm, doanh nghiệp bảo hiểm căn cứ vào thiệt hại thực tế của bên được bảo hiểm để xác định số tiền bồi thường. Việc bồi thường của doanh nghiệp bảo hiểm chỉ có mục đích đền bù những thiệt hại của bên được bảo hiểm trong sự kiện bảo hiểm. Thông thường, doanh nghiệp bảo hiểm bồi thường cho bên được bảo hiểm những chi phí thực tế, hợp lý để sửa chữa, thay thế, tái tạo lại tài sản như trước khi xảy ra sự kiện bảo hiểm. Trường hợp phải thay mới bộ phận tài sản trong quá trình sửa chữa, nếu hợp đồng không có thỏa thuận gì khác, doanh nghiệp bảo hiểm được quyền khấu trừ phần giá trị khấu hao của bộ phận tài sản bị thay thế (nếu có). Thực hiện nguyên tắc bồi thường đòi hỏi một số biện pháp đi kèm trong những trường hợp đặc biệt, đó là :

Thứ nhất: ***Thế quyền***

Thế quyền được sử dụng khi xác định được có người thứ ba phải chịu trách nhiệm đối với thiệt hại của đối tượng trong sự kiện bảo hiểm. Thiệt hại của người được bảo hiểm sẽ liên quan đồng thời tới trách nhiệm bồi thường của hợp đồng bảo hiểm và nghĩa vụ bồi thường theo luật dân sự của người thứ ba. Vì thế, để đảm bảo nguyên tắc bồi thường, người bảo hiểm sau khi bồi thường cho người được bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm được phép thế quyền người được bảo hiểm đòi người thứ ba phần thiệt hại thuộc trách nhiệm của người thứ ba và trong giới hạn số bồi thường mà người bảo hiểm đã trả cho người được bảo hiểm. Thế quyền được đảm bảo bởi luật pháp và pháp luật cũng quy định kèm theo những trường hợp không được vận dụng thế quyền, chẳng hạn: doanh nghiệp bảo hiểm không được yêu cầu cha, mẹ, vợ, chồng, con, anh, chị, em ruột của người được bảo hiểm bồi hoàn khoản tiền mà doanh nghiệp bảo hiểm đã trả cho người được bảo hiểm trừ trường hợp những người này cố ý gây ra tổn thất.

Để doanh nghiệp bảo hiểm có thể thực hiện được việc đòi người thứ ba, bên mua bảo hiểm phải kịp thời cung cấp cho doanh nghiệp bảo hiểm mọi tin tức, tài liệu, bằng chứng cần thiết hoặc phải kịp thời thực hiện những công việc mà người bảo hiểm yêu cầu. Trong thực tế, việc đòi người thứ ba có kết quả và có hiệu quả hay không phụ thuộc rất nhiều vào việc bên mua bảo hiểm thực hiện tốt hay không nghĩa vụ này. Vì thế, người bảo hiểm có thể áp dụng biện pháp giảm trừ số tiền bồi thường nếu bên mua bảo hiểm vi phạm các quy định liên quan.

Một số hợp đồng bảo hiểm có thỏa thuận về điều khoản từ bỏ thế quyền, điều khoản này xuất phát từ sự ràng buộc lợi ích giữa các bên liên quan trong những trường hợp đặc biệt khiến bên mua bảo hiểm thấy cần thiết phải đề nghị doanh nghiệp bảo hiểm không vận dụng thế quyền. Về nguyên tắc, doanh nghiệp bảo hiểm chỉ được phép vận dụng thế quyền sau khi đã giải quyết bồi thường cho người được bảo hiểm. Tuy nhiên, vẫn có thể có trường hợp doanh nghiệp bảo hiểm thực hiện đòi người thứ ba trước khi bồi thường cho người được bảo hiểm. Điều này xuất phát từ một thực tế là vẫn phát sinh những tình huống phải trì hoãn việc thanh toán bồi thường vì những lý do chính đáng và việc chậm trễ trong thực hiện quyền đòi người thứ ba sẽ có hại cho lợi ích của doanh nghiệp bảo hiểm.

Thứ hai: ***Cách thức giải quyết đặc biệt đối với bảo hiểm trùng.***

Bảo hiểm trùng (double insurance) là trường hợp đối tượng bảo hiểm được bảo hiểm đồng thời bằng nhiều hợp đồng bảo hiểm, phạm vi bảo hiểm của các hợp đồng bảo hiểm có một hay nhiều sự kiện được bảo hiểm giống nhau. Một số tài liệu còn đề cập đến tiêu chí: tổng số tiền bảo hiểm của các hợp đồng bảo hiểm phải lớn hơn giá trị của đối tượng bảo hiểm.

Bảo hiểm trùng sẽ có thể dẫn đến tình huống sự kiện bảo hiểm xảy ra kéo theo trách nhiệm bồi thường của nhiều hợp đồng bảo hiểm. Hiện tượng đó đòi hỏi một cách thức giải quyết bồi thường hợp pháp và hợp lý. Nhìn chung các hợp đồng bảo hiểm sẽ thực hiện chia sẻ trách nhiệm bồi thường sao cho tổng số tiền mà người được bảo hiểm nhận được từ các hợp đồng bảo hiểm không lớn hơn thiệt hại thực tế của họ trong sự kiện bảo hiểm. Có nhiều phương pháp chia sẻ trách nhiệm bồi thường. Phương pháp đó có thể được quy định cụ thể trong hợp đồng bảo hiểm bằng điều khoản “đóng góp bồi thường”. Theo một phương pháp được coi là bao quát được mọi tình huống xảy ra trong thực tế, cách tính số tiền bồi thường của từng hợp đồng bảo hiểm sẽ thực hiện như sau:

- . Xác định trách nhiệm bồi thường độc lập của từng hợp đồng bảo hiểm (*independent liability*). Đó là số tiền bồi thường mà từng hợp đồng đã phải chi trả nếu như không tồn tại các hợp đồng bảo hiểm khác.
- . Xác định tổng trách nhiệm bồi thường độc lập của các hợp đồng bảo hiểm (S)
- . So sánh tổng trách nhiệm bồi thường độc lập (S) và giá trị thiệt hại của đối tượng bảo hiểm (Z). Sẽ phát sinh các trường hợp với các cách tính toán số tiền bồi thường sau:
 - > Trường hợp $S \leq Z$: thì số tiền bồi thường của từng hợp đồng bảo hiểm bằng trách nhiệm bồi thường độc lập của hợp đồng đó
 - > Trường hợp $S > Z$: thực hiện việc chia sẻ trách nhiệm bồi thường. Có thể áp dụng công thức :

$$\begin{array}{c} \text{Số tiền bồi} \\ \text{thường của} \\ \text{từng hợp đồng} \\ \text{bảo hiểm} \end{array} = \begin{array}{c} \text{Giá trị thiệt hại} \\ \text{của đối tượng} \\ \text{bảo hiểm} \end{array} \times \frac{\begin{array}{c} \text{Trách nhiệm bồi thường} \\ \text{độc lập của hợp đồng đó} \end{array}}{\begin{array}{c} \text{Tổng trách nhiệm bồi} \\ \text{thường độc lập của các} \end{array}}$$

Một số quy tắc bảo hiểm cũng đưa ra công thức đơn giản hơn: áp dụng tỷ lệ theo các số tiền bảo hiểm:

$$\begin{array}{ccccc} \text{Số tiền bồi} & & \text{Giá trị thiệt hại} & & \text{Số tiền bảo hiểm} \\ \text{thường của} & = & \text{của đối tượng} & \times & \text{của hợp đồng đó} \\ \text{từng hợp đồng} & & \text{bảo hiểm} & & \\ \text{bảo hiểm} & & & & \text{Tổng số tiền bảo hiểm của} \\ & & & & \text{các hợp đồng bảo hiểm} \end{array}$$

- Phương pháp bồi thường

Trong bảo hiểm tài sản các bên có thể thoả thuận về việc áp dụng phương pháp trả bằng tiền trên cơ sở đánh giá giá trị thiệt hại của đối tượng bảo hiểm hoặc doanh nghiệp bảo hiểm chịu trách nhiệm sửa chữa, khôi phục lại đối tượng bảo hiểm hoặc thay thế đối tượng bảo hiểm.

Việc lựa chọn phương pháp bồi thường sẽ phụ thuộc vào loại đối tượng bảo hiểm, dạng tổn thất phát sinh. Thực tế, có những trường hợp việc trả bằng tiền là phương pháp duy nhất không thể thay thế. Áp dụng những phương pháp thay thế hoặc trả bằng tiền, doanh nghiệp bảo hiểm có quyền thu hồi tài sản bị thiệt hại đã được bồi thường theo tổn thất toàn bộ, nhất là trong trường hợp tổn thất toàn bộ ước tính. Tuy nhiên, không phải vì thế mà doanh nghiệp bảo hiểm phải chịu mọi trách nhiệm liên quan đến tài sản thiệt hại, nếu như doanh nghiệp bảo hiểm từ chối việc tiếp nhận quyền sở hữu tài sản đã được chấp thuận bồi thường theo tổn thất toàn bộ thì bên được bảo hiểm không được từ bỏ tài sản được bảo hiểm.

- Quyền lợi có thể được bảo hiểm và chuyển nhượng hợp đồng bảo hiểm

Tài sản được bảo hiểm phải thuộc quyền sở hữu hợp pháp hoặc quyền chiếm hữu, sử dụng hợp pháp của bên mua bảo hiểm. Nói cách khác, bên mua bảo hiểm chỉ có quyền giao kết hợp đồng bảo hiểm cho những tài sản mà mình có quyền sở hữu hoặc được người sở hữu giao quyền chiếm hữu, sử dụng.

Trường hợp tài sản đang được bảo hiểm bị chuyển quyền sở hữu do bên mua bảo hiểm bán, trao đổi, cho, tặng, để lại thừa kế...thì doanh nghiệp bảo hiểm và bên mua bảo

hiểm có thể thoả thuận chấm dứt hợp đồng bảo hiểm hoặc chuyển nhượng hợp đồng cho người chủ sở hữu mới. Nếu hợp đồng được chuyển nhượng, người chủ sở hữu mới có trách nhiệm thực hiện mọi nghĩa vụ đã cam kết trong hợp đồng.

2.3. NỘI DUNG CƠ BẢN CỦA MỘT SỐ LOẠI BẢO HIỂM TÀI SẢN

- Bảo hiểm hàng hóa vận chuyển

Bảo hiểm hàng hoá vận chuyển có đối tượng bảo hiểm là hàng hoá trong quá trình vận chuyển và được tách thành 2 loại: bảo hiểm hàng hoá xuất nhập khẩu và hàng hoá vận chuyển nội địa (tuy nhiên sự phân chia này chỉ mang tính tương đối, vì bảo hiểm hàng xuất nhập khẩu có thể bảo hiểm luôn cho hàng trong quá trình vận chuyển nội địa cho đến kho của người nhận hàng).

Bảo hiểm hàng hóa xuất nhập khẩu vận chuyển bằng đường biển là một trong những nghiệp vụ bảo hiểm ra đời sớm nhất. Vì nhiều lý do khác nhau mà vận chuyển hàng hoá bằng tàu biển là phương thức vận tải chủ yếu trong giao lưu thương mại giữa các quốc gia. Sự ra đời và phát triển của nghiệp vụ bảo hiểm này gắn liền với sự ra đời và phát triển của thương mại quốc tế và đối tượng bảo hiểm của nghiệp vụ bảo hiểm này chủ yếu là hàng hoá xuất nhập khẩu. Ban đầu, đối tượng bảo hiểm trong các hợp đồng bảo hiểm hàng hoá vận chuyển bằng đường biển chỉ là hàng hoá được vận chuyển bằng tàu biển. Ngày nay, hợp đồng bảo hiểm hàng hoá vận chuyển bằng đường biển được mở rộng để bảo hiểm cho cả những hàng hoá vận chuyển đa phương thức mà vận chuyển bằng đường biển là một trong những phương thức ấy

Người đứng ra mua bảo hiểm hàng hoá xuất nhập khẩu có thể là người bán hoặc người mua, tùy thuộc vào điều kiện thương mại áp dụng trong hợp đồng mua bán hàng hoá. Theo Incoterms 2000, hợp đồng mua bán hàng hoá xuất nhập khẩu có thể áp dụng 1 trong số 13 điều kiện thương mại được xếp thành 4 nhóm (Nhóm E; Nhóm F; Nhóm C; Nhóm D). Đối với đại đa số các loại điều kiện thương mại trong 4 nhóm, việc người mua bảo hiểm là người bán hay người mua sẽ tùy thuộc vào nhu cầu và cần căn cứ vào thời điểm chuyển rủi ro, tổn thất của hàng giữa người bán và người mua quy định trong điều kiện thương mại của hợp đồng mua bán. Ví dụ: theo điều kiện thương mại EXW (Ex Works) thì nhìn chung, thời điểm chuyển rủi ro là thời điểm giao hàng, đó là khi

hàng hoá đã được đặt dưới quyền định đoạt của người mua tại cơ sở của người bán hoặc tại một địa điểm quy định (xưởng, kho hàng), hàng hoá chưa được bốc lên phương tiện chuyên chở tiếp nhận. Vì thế, người mua hàng nên mua bảo hiểm cho hàng trong quá trình vận chuyển.

Riêng 2 loại điều kiện thương mại CIF (Cost, Insurance and Freight) trong vận tải bằng đường biển và CIP (Carriage and Insurance Paid to) đối với vận tải bằng các loại đường khác như là đường bộ, hàng không lại có các quy định cụ thể về nghĩa vụ người bán hàng phải mua bảo hiểm cho hàng.

Theo CIF, mặc dù người bán phải bằng ký hợp đồng vận chuyển phải trả các phí tổn, cước vận tải để chuyên chở hàng đến cảng quy định nhưng hàng hoá được giao khi đã qua lan can tàu tại cảng gửi hàng và nhìn chung đó cũng là thời điểm chuyển rủi ro. CIF còn quy định: người bán phải ký hợp đồng bảo hiểm (mua bảo hiểm với phạm vi bảo hiểm tối thiểu; số tiền bảo hiểm tối thiểu phải bao gồm tiền hàng quy định trong hợp đồng cộng 10 % và phải được mua bằng đồng tiền dùng trong hợp đồng mua bán); cung cấp cho người mua hợp đồng bảo hiểm hoặc bằng chứng của hợp đồng bảo hiểm để người mua hoặc bất kỳ người nào khác có lợi ích từ hàng hoá được bảo hiểm có quyền đòi bồi thường từ người bảo hiểm trong trường hợp xảy ra sự kiện bảo hiểm.

Theo CIP, người bán ký hợp đồng vận tải, bằng chi phí của mình để chuyên chở hàng đến địa điểm thoả thuận. Người bán giao hàng cho người chuyên chở khi hàng hoá đã chất xếp lên phương tiện vận chuyển của người chuyên chở và nhìn chung đó cũng là thời điểm chuyển rủi ro. CIP cũng có quy định mua bảo hiểm tương tự như CIF.

Giá trị bảo hiểm của hàng được tính theo CIF hoặc CIP. Bảo hiểm hàng hoá xuất nhập khẩu có điểm rất đặc thù về giới hạn số tiền bảo hiểm. Thực tế, khi ký kết hợp đồng bảo hiểm hàng xuất nhập khẩu các chủ hàng thường thoả thuận với người bảo hiểm với mức số tiền bảo hiểm = CIF (hoặc CIP) cộng thêm một tỷ lệ phần trăm lãi ước tính. Vì nhiều lý do mà đa số các nước trên thế giới đều giới hạn tỷ lệ phần trăm lãi ước tính có thể được chấp nhận bảo hiểm tối đa chỉ bằng = 10% CIF (hoặc 10% CIP).

Hàng hoá xuất nhập khẩu có thể được bảo hiểm theo những điều kiện bảo hiểm với phạm vi bảo hiểm rộng hẹp khác nhau. Các chủ hàng căn cứ vào đặc tính rủi ro của hàng, phương tiện vận chuyển, nhu cầu an toàn của mình để lựa chọn loại điều kiện

thích hợp. Hiện nay, các điều kiện bảo hiểm mà các nhà bảo hiểm đưa ra khá đa dạng, trong đó, được áp dụng rộng rãi nhất trên thế giới là các điều kiện bảo hiểm do Học hội bảo hiểm London soạn thảo nh là : ICC A(Institute Cargo Clauses A) ; ICC B; ICC C 1. 1. 1982 (trong vận tải biển kể cả vận tải nối tiếp bằng đường bộ, đường sông...); ICC by air 1.1.1982; điều kiện bảo hiểm chiến tranh; ... Trong ba điều kiện bảo hiểm thông dụng (A;B;C) thì điều kiện bảo hiểm A có phạm vi bảo hiểm rộng nhất và điều kiện bảo hiểm C có phạm vi bảo hiểm hẹp nhất. Theo điều kiện bảo hiểm A người bảo hiểm chịu trách nhiệm đối với mọi rủi ro gây ra mất mát hư hỏng cho hàng hoá được bảo hiểm trừ khi do rủi ro chiến tranh, đình công và các rủi ro thuộc nhóm rủi ro loại trừ gây ra. Các điều kiện bảo hiểm B; C chỉ nhận bảo hiểm cho một số rủi ro lựa chọn nhất định.

Giá - phí bảo hiểm hàng hoá vận chuyển được xác định dựa trên cơ sở điều kiện bảo hiểm, loại hàng, cách thức đóng gói và vận chuyển (hàng rời, hàng container...), phương tiện vận chuyển, luồng tuyến,... Để thuận lợi cho việc tính phí bảo hiểm, doanh nghiệp bảo hiểm thường xây dựng nên *Biểu phí bảo hiểm* với tỷ lệ phí cơ bản, tỷ lệ phụ phí cho từng loại hàng. Trên cơ sở biểu phí đó, mức phí mà người tham gia bảo hiểm phải nộp được tính bằng công thức:

$$\text{Mức phí bảo hiểm} = \text{tỷ lệ phí bảo hiểm} \times \text{số tiền bảo hiểm}$$

Bảo hiểm hàng hoá vận chuyển nội địa áp dụng đối với đối tượng bảo hiểm là các loại hàng hoá vận chuyển bằng đường bộ, đường sắt, đường sông trong phạm vi lãnh thổ của một quốc gia. Bảo hiểm này cũng có thể mở rộng để bảo hiểm cho hàng hoá vận chuyển sang các nước lân cận hoặc vận chuyển hàng hoá quá cảnh. Nội dung của nghiệp vụ bảo hiểm này có nhiều nét tương đồng với bảo hiểm hàng hoá vận chuyển bằng đường biển, sự khác biệt chủ yếu giữa các nghiệp vụ bảo hiểm này thể hiện ở những rủi ro được bảo hiểm, rủi ro loại trừ và nguồn luật điều chỉnh.

- Bảo hiểm xây dựng và bảo hiểm lắp đặt

Bảo hiểm xây dựng áp dụng cho các công trình xây dựng dân dụng và công nghiệp trong suốt quá trình thi công xây dựng cho đến khi công trình được hoàn thành, bàn giao đưa vào sử dụng. Bảo hiểm xây dựng có thể mở rộng để bảo hiểm cho cả thời gian bảo hành (không quá 12 tháng). Đối tượng bảo hiểm của bảo hiểm xây dựng là bản thân

các công trình xây dựng tính theo từng hạng mục; máy móc trang thiết bị thi công và phục vụ thi công trên công trường; tài sản có sẵn ở trên hoặc xung quanh công trình... Người được bảo hiểm trong bảo hiểm xây dựng có thể bao gồm: chủ đầu tư; chủ thầu và các bên liên quan khác

Đối tượng bảo hiểm trong bảo hiểm lắp đặt là các máy móc, thiết bị; dây truyền sản xuất trong quá trình lắp đặt, chạy thử cho đến khi bàn giao đưa vào sử dụng; phần công việc xây dựng phục vụ hoặc cấu thành trong việc lắp đặt; máy móc, trang thiết bị phục vụ cho công việc lắp đặt;.... Giống như bảo hiểm xây dựng, bảo hiểm lắp đặt có thể mở rộng để bảo hiểm cho cả thời gian bảo hành (tối đa là 12 tháng).

Xây dựng và lắp đặt là hai công việc thường đi kèm với nhau, do đó đơn bảo hiểm có thể được cấp chung cho cả việc xây dựng và việc lắp đặt (bảo hiểm xây lắp). Trên thực tế loại bảo hiểm tài sản này thường được bảo hiểm cùng với loại bảo hiểm trách nhiệm đối với người thứ ba trong một hợp đồng bảo hiểm mọi rủi ro xây dựng, đó chính là phần 1: tổn thất vật chất trong đơn bảo hiểm mọi rủi ro trong xây dựng (CAR) hoặc lắp đặt (EAR)

Phạm vi bảo hiểm trong bảo hiểm xây lắp bao gồm các rủi ro như thiên tai, tai nạn bất ngờ như bão, lũ lụt, động đất... Người bảo hiểm không chịu trách nhiệm về những tổn thất xảy ra cho đối tượng bảo hiểm do các nguyên nhân như nguyên vật liệu, vật tư không đảm bảo chất lượng, chậm trễ, vi phạm tiến độ thi công, mất mát tài liệu, bản vẽ thiết kế, hành động xấu cố ý của người được bảo hiểm hoặc người làm công của họ, ...

Số tiền bảo hiểm trong bảo hiểm xây lắp thường được xác định theo giá trị dự toán trúng thầu công trình xây lắp không tính đến giá trị đất và tiền đền bù giải phóng mặt bằng. Trong quá trình thực hiện hợp đồng bảo hiểm hai bên có thể thỏa thuận điều chỉnh số tiền bảo hiểm cho phù hợp với thực tiễn chẳng hạn nếu giá cả vật liệu xây dựng tăng lên, số tiền bảo hiểm cho công trình xây dựng có thể được điều chỉnh tăng tương ứng.

Phí bảo hiểm xây lắp thường được tính bằng tỷ lệ phần nghìn trên số tiền bảo hiểm. Trường hợp hợp đồng bảo hiểm không mở rộng bảo hiểm cho tài sản có sẵn xung quanh công trình, chi phí dọn dẹp, bảo hiểm bảo hành, ... thì tỷ lệ phí bảo hiểm bao gồm tỷ lệ phí cơ bản tính theo từng loại công trình và tỷ lệ phụ phí tiêu chuẩn cho rủi ro

động đất, rủi ro bão và lũ lụt. Phụ phí tiêu chuẩn cao hay thấp phụ thuộc vào vị trí thi công xây lắp có tính đến mức độ nhạy cảm đối với rủi ro động đất, bão và lũ lụt.

Trường hợp đối tượng bảo hiểm bị tổn thất do các rủi ro được bảo hiểm gây ra, số tiền bồi thường của bảo hiểm được tính bằng chênh lệch giữa giá trị thiệt hại với mức khấu trừ và giá trị thu hồi (nếu có).

- Bảo hiểm cháy và các rủi ro đặc biệt

Bảo hiểm hỏa hoạn và các rủi ro đặc biệt có nhiều loại đối tượng bảo hiểm là các loại động sản, bất động sản. Cụ thể là các nhà máy, kho tàng, trung tâm thương mại, chợ, nhà ở, khách sạn, sản phẩm, vật tư, hàng để trong kho (trừ những loại được bảo hiểm trong các loại hình bảo hiểm tài sản khác như là phương tiện giao thông, công trình xây dựng đang trong quá trình thi công)... Phạm vi bảo hiểm bao gồm một số rủi ro nh hỏa hoạn, nổ, sét đánh và một số rủi ro khác tùy thuộc vào nhu cầu của bên mua bảo hiểm.

Số tiền bảo hiểm là khoản tiền thỏa thuận ghi trong hợp đồng bảo hiểm được thỏa thuận căn cứ trên giá trị thực tế của tài sản được bảo hiểm vào thời điểm giao kết hợp đồng bảo hiểm. Đối với vật tư, hàng hoá trong kho hoặc trong cửa hàng có thể xác định số tiền bảo hiểm căn cứ vào giá trị bình quân vật tư hàng hoá trong kho hoặc tính theo giá trị tối đa của vật tư, hàng hoá có mặt trong thời gian bảo hiểm.

Việc xác định phí bảo hiểm trong bảo hiểm hỏa hoạn và các rủi ro đặc biệt tương đối phức tạp. Tỷ lệ phí bảo hiểm xác định căn cứ vào từng loại tài sản có tính đến các yếu tố như ngành nghề kinh doanh chính của người được bảo hiểm khi sử dụng tài sản được bảo hiểm vào kinh doanh; vị trí địa lý của tài sản; độ bền vững và kết cấu nhà xưởng, vật kiến trúc; yếu tố sử dụng điện; trang thiết bị phòng cháy, chữa cháy; ...và được điều chỉnh theo yếu tố tăng, giảm rủi ro; mức miễn thường và tỷ lệ tổn thất trong quá khứ.

- Bảo hiểm thiệt hại vật chất xe cơ giới

Bảo hiểm thiệt hại vật chất xe cơ giới có đối tượng bảo hiểm là thân vỏ xe và máy móc trang thiết bị của xe. Xe cơ giới bao gồm xe mô tô và ô tô.

Các doanh nghiệp bảo hiểm có thể thiết kế quy tắc bảo hiểm cho mọi rủi ro hoặc cũng có thể chia thành nhiều điều kiện bảo hiểm khác nhau để người mua bảo hiểm có thể lựa chọn. Các doanh nghiệp bảo hiểm còn đưa ra nhiều dạng sản phẩm loại này như:

bảo hiểm toàn bộ xe; bảo hiểm thân vỏ, bảo hiểm vỡ kính...Nhìn chung, trong bảo hiểm thân xe, người bảo hiểm chỉ nhận bảo hiểm cho những thiệt hại và chi phí phát sinh do thiên tai, tai nạn bất ngờ và do trộm cắp gây ra; không chịu trách nhiệm về những tổn thất và chi phí phát sinh do hành vi cố ý của người được bảo hiểm; hư hỏng do hao mòn tự nhiên; mất cắp bộ phận; chiến tranh; hư hỏng do sửa chữa và tai nạn xảy ra do chủ xe, lái xe vi phạm nghiêm trọng luật lệ giao thông.

Số tiền bảo hiểm được xác định dựa trên giá trị thực tế của xe hoặc bộ phận được bảo hiểm vào thời điểm giao kết hợp đồng bảo hiểm. Chủ xe có thể tham gia bảo hiểm đúng giá trị xe hoặc bảo hiểm dưới giá trị. Nếu chủ xe chỉ tham gia bảo hiểm một bộ phận tổng thành, chẳng hạn tổng thành thân vỏ thì số tiền bảo hiểm được tính bằng tỷ lệ giá trị tổng thành này nhân với giá trị xe vào thời điểm tham gia.

Phí bảo hiểm thiệt hại vật chất xe cơ giới xác định trên cơ sở tỷ lệ phí bảo hiểm và số tiền bảo hiểm thỏa thuận. Tỷ lệ phí bảo hiểm cao hay thấp phụ thuộc vào chủng loại xe, mục đích sử dụng xe và một số yếu tố khác.

Trường hợp đối tượng bảo hiểm bị hư hỏng, mất mát do tai nạn trong sự cố thuộc trách nhiệm bảo hiểm, ngoài việc bồi thường các chi phí sửa chữa, thay thế hợp lý, bảo hiểm còn bồi thường các chi phí liên quan đến việc hạn chế tổn thất; chi phí trục vớt, cầu xe đổ; chi phí kéo xe đến nơi sửa chữa, và chi phí giám định tổn thất.

- Bảo hiểm gián đoạn kinh doanh, bảo hiểm tổn thất hệ quả

Loại bảo hiểm này bù đắp cho người được bảo hiểm một số loại thiệt hại hệ quả phát sinh từ những tổn thất được bảo hiểm của những đối tượng được bảo hiểm trong các hợp đồng bảo hiểm tài sản liên quan khác. Chẳng hạn, một nhà máy bị cháy, thiệt hại của nhà xưởng, máy móc thiết bị trong vụ cháy sẽ liên quan đến loại bảo hiểm cháy còn lợi nhuận bị mất trong thời gian hoạt động sản xuất kinh doanh bị ngưng trệ, một số khoản chi phí cố định bắt buộc vẫn phải chi trả, một số chi phí tạm thời phát sinh thêm - hệ quả của vụ cháy sẽ liên quan đến bảo hiểm gián đoạn kinh doanh sau cháy.

Như vậy, đơn bảo hiểm gián đoạn kinh doanh, tổn thất hệ quả phải đi kèm với loại bảo hiểm tài sản liên quan tương thích khác. Bảo hiểm cháy và bảo hiểm gián đoạn kinh doanh sau cháy; bảo hiểm máy móc và bảo hiểm tổn thất lợi nhuận hệ quả của đồ vỡ

máy móc; bảo hiểm thiết bị điện tử và bảo hiểm chi phí tăng thêm (bồi thường các chi phí bổ sung cần thiết để duy trì hoạt động kinh doanh sau tổn thất vật chất của thiết bị điện tử như là phí sử dụng các thiết bị thay thế, phí thuê thêm văn phòng, phí thuê nhân viên tạm thời, trả thêm cho làm việc chủ nhật, ngày lễ...); bảo hiểm thân máy bay và bảo hiểm tổn thất hệ quả...

- Bảo hiểm tín dụng

Một dạng thông dụng của bảo hiểm tín dụng là bảo hiểm tín dụng thương mại nhằm bồi thường cho các doanh nghiệp những thiệt hại do khách hàng, người vay không có khả năng thanh toán, do bị phá sản, do rủi ro chính trị - cho phép chủ nợ thu hồi vốn đó cho vay dưới hình thức tín dụng trong trường hợp khách hàng không trả được nợ.

Người bảo hiểm định một giới hạn cho số tiền cho vay, thường là theo một tỉ lệ rất thấp so với tổng số thương vụ của một doanh nghiệp. Có hai dạng hợp đồng: bảo hiểm toàn bộ doanh số và bảo hiểm một số tiền nhất định. Hợp đồng bảo hiểm toàn bộ doanh số là bảo hiểm tất cả các khách hàng của người được bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm một số tiền nhất định chỉ bảo hiểm một hoặc vài khách hàng đó xác định trước.

Bảo hiểm tín dụng xuất khẩu bảo hiểm cho khoản tín dụng của người xuất khẩu cấp cho người nhập khẩu (một dạng tín dụng thương mại) hoặc khoản cho vay trung và dài hạn, dùng để tài trợ cho các dự án và cung cấp vốn cho hoạt động xuất khẩu hàng hóa.

Tín dụng xuất khẩu bao gồm tín dụng cấp trong thời gian trước khi gửi hàng hoặc hoàn thành dự án và thời gian sau khi giao hàng hoặc nhận hàng hoặc khi hoàn thành dự án. Bảo hiểm tín dụng xuất khẩu đề cập đến việc bảo vệ và bồi thường cho người xuất khẩu khi họ cấp tín dụng thương mại hoặc bảo vệ và bồi thường cho các ngân hàng khi ngân hàng cho vay trung - dài hạn. Phạm vi bảo hiểm này bao gồm các khiếu nại tổn thất do không thanh toán những khoản phải thu, phát sinh từ hoạt động buôn bán hoặc những khoản cho vay trung - dài hạn vỡ lý do chính trị, thương mại.

Bảo hiểm tín dụng tiêu dùng bảo hiểm cho người đi vay trong thời gian hiệu lực của hợp đồng tín dụng trong các trường hợp: người được bảo hiểm bị thương tật nặng hoặc bệnh nặng, mất việc, tử vong do tai nạn. Nếu một trong ba sự kiện trên xảy ra, khoản tiền vay sẽ tiếp tục được hoàn trả, tuân theo các điều khoản và điều kiện của hợp đồng

bảo hiểm. Trong trường hợp người được bảo hiểm tử vong, toàn bộ số tiền vay sẽ được hoàn trả. Một đặc điểm của bảo hiểm tín dụng tiêu dùng là không thể gia hạn. Khoảng thời gian của hợp đồng bảo hiểm trùng khớp với khoảng thời gian của hợp đồng vay được bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm kết thúc khi vốn vay được hoàn trả. Mức phí bảo hiểm duy nhất được qui định ngay tại thời điểm bắt đầu hợp đồng bảo hiểm và khoản phí này thông thường được trích ra từ khoản tiền vay. Điểm cần lưu ý: loại bảo hiểm này được phát triển từ bảo hiểm tai nạn cá nhân- một dạng bảo hiểm con người, phạm vi bảo hiểm là một số rủi ro thân thể của người vay tiền nhưng nếu xét về đối tượng - khoản tiền vay cũng có thể coi là một loại bảo hiểm tài sản.

Giới thiệu một số nét cơ bản trong một số loại nghiệp vụ bảo hiểm thông dụng trên trong khuôn khổ môn học về nguyên lý cơ bản của bảo hiểm, thực ra chỉ là một vài minh họa sự đa dạng, phức tạp trong kỹ thuật bảo hiểm của thể loại bảo hiểm ra đời sớm nhất trong lịch sử bảo hiểm của thế giới và tiềm năng vẫn được coi là rộng mở cùng với sự phát triển các loại tài sản cũng như nhu cầu bảo hiểm của con người.

cuuduongthancong.com

Chương 3

BẢO HIỂM TRÁCH NHIỆM DÂN SỰ

cuuduongthancong.com

3.1. KHÁI QUÁT VỀ BẢO HIỂM TRÁCH NHIỆM DÂN SỰ

- Khái quát về trách nhiệm dân sự

Trách nhiệm dân sự là dạng trách nhiệm phát sinh do vi phạm nghĩa vụ dân sự. Nghĩa vụ dân sự được hiểu là việc mà theo quy định của pháp luật thì một hoặc nhiều chủ thể phải làm hoặc không được làm một công việc nào đó vì lợi ích của một hoặc nhiều chủ thể khác.

Nghĩa vụ dân sự có thể phát sinh từ hợp đồng dân sự, từ hành vi dân sự đơn phương, từ việc gây thiệt hại do hành vi trái pháp luật hoặc từ việc chiếm hữu, sử dụng hay được lợi về tài sản không có căn cứ pháp luật.

Vậy trách nhiệm dân sự là những hậu quả pháp lý mà luật dân sự quy định đối với trường hợp người có nghĩa vụ dân sự không thực hiện hoặc thực hiện không đúng nghĩa vụ dân sự của mình (và vì thế gây thiệt hại cho người khác).

Một nội dung cơ bản trong các quy định pháp lý về trách nhiệm dân sự là trách nhiệm bồi thường thiệt hại. Chẳng hạn, một người chiếm hữu và sử dụng bất hợp pháp tài sản của người khác không những phải thực hiện nghĩa vụ dân sự là trả lại tài sản mà còn phải bồi thường cho người này những thiệt hại do việc chiếm hữu và sử dụng bất hợp pháp đó gây ra.

Có nhiều loại trách nhiệm bồi thường thiệt hại phát sinh trong các lĩnh vực khác nhau và người ta thường nhóm chúng thành 2 loại: trách nhiệm bồi thường thiệt hại ngoài hợp đồng và trách nhiệm bồi thường thiệt hại theo hợp đồng.

Trách nhiệm dân sự ngoài hợp đồng là trách nhiệm phát sinh giữa những chủ thể không có quan hệ hợp đồng hoặc nếu có quan hệ hợp đồng thì việc phát sinh trách nhiệm dân sự cũng không liên quan đến việc thực hiện hợp đồng đó. Việc phát sinh trách nhiệm dân sự ngoài hợp đồng và việc xác định trách nhiệm bồi thường thiệt hại đều dựa trên cơ sở quy định chung của pháp luật.

Nhìn chung, pháp luật của các quốc gia đều thừa nhận và bảo hộ quyền bất khả xâm phạm về tài sản, sức khỏe, tính mạng, thân thể, danh dự, nhân phẩm và uy tín của mọi tổ chức, cá nhân trong xã hội. Vì vậy, luật pháp buộc mọi người phải có trách nhiệm chung là không làm hại về tinh thần cũng như về vật chất của người khác. Trong trường hợp có những hành vi trái với những quy định này thì người bị thiệt hại được pháp luật bảo vệ, có thể khiếu nại đòi bồi thường từ phía người gây thiệt hại.

Như đã đề cập ở trên, các khiếu nại về trách nhiệm dân sự ngoài hợp đồng thường dựa trên những sai sót của bên bị khiếu nại như sự cố ý, sự bất cẩn, sự thiếu miễn cưỡng... Trong thực tế và theo quy định của pháp luật một người không những phải chịu trách nhiệm về những hậu quả gây ra do hành vi của chính mình mà còn có thể phải

chịu trách nhiệm về những hậu quả gây ra bởi hành vi hay việc làm của con chưa đến tuổi thành niên mà họ đang phải nuôi dưỡng, giáo dục; những con vật mà họ đang nuôi, chăn thả hoặc sử dụng; những người làm công ăn lương của họ hoặc những hậu quả phát sinh từ những đồ vật, cây cối, nhà cửa...của họ.

Khác với trách nhiệm dân sự ngoài hợp đồng, *trách nhiệm dân sự theo hợp đồng* được xác định dựa trên cơ sở những thoả thuận dân sự giữa người này (hoặc bên này) với người khác (hoặc bên khác) trong một hợp đồng. Những trách nhiệm này có thể được đưa ra trên cơ sở quy định chung của pháp luật (giống như trách nhiệm ngoài hợp đồng) nhưng cũng có thể chỉ là những thoả thuận riêng. Chẳng hạn một hợp đồng vận chuyển có quy định người chở hàng phải bồi thường cho chủ hàng những hàng hoá bị hư hỏng mất mát trong quá trình vận chuyển không kể đến việc sai sót có thuộc về người chở hàng hay không. Như vậy, theo hợp đồng này, người vận chuyển phải chịu trách nhiệm bồi thường ngay cả khi anh ta không có lỗi.

Cần phải nói thêm rằng những quy định liên quan đến việc xác định trách nhiệm dân sự trong luật pháp của các nước khác nhau có thể khác nhau thậm chí có thể xung đột nhau. Vì vậy, ở một số lĩnh vực, do sự đòi hỏi phải áp dụng thống nhất một nguồn luật nên đã ra đời các văn bản luật mang tính quốc tế. Tuy còn có thể có những bất đồng, song nhìn chung luật pháp của các nước đều thống nhất với nhau ở các yếu tố cấu thành nên trách nhiệm dân sự. Một người phải chịu trách nhiệm dân sự đối với người khác khi họ có lỗi (cố ý hoặc vô ý) và xuất phát từ việc đó họ không thực hiện được hoặc thực hiện không đúng nghĩa vụ dân sự. Trừ trường hợp có thoả thuận khác hoặc trừ trường hợp luật có quy định khác, một người có thể được miễn trừ trách nhiệm dân sự nếu họ chứng minh được rằng: việc không thực hiện hoặc thực hiện không đúng nghĩa vụ dân sự này không phải do lỗi của họ (trường hợp bất khả kháng hoặc vì những lý do khác).

Về nguyên tắc, người gây thiệt hại thì phải bồi thường toàn bộ thiệt hại cho dù họ có lỗi cố ý hay vô ý. Nếu nhiều người cùng có lỗi gây ra thiệt hại thì họ cùng phải chịu trách nhiệm bồi thường thiệt hại đó.

Có thể nói rằng việc phát sinh trách nhiệm dân sự đối với một pháp nhân hoặc một thể nhân thường bất ngờ và số tiền bồi thường theo luật trong nhiều trường hợp lại

vượt quá khả năng tài chính của pháp nhân hoặc thể nhân ấy. Một nhà thầu xây lắp, một chủ tàu, một chủ hãng hàng không, một nhà buôn, một luật gia, một bác sĩ...đều có thể phải đối đầu với những khiếu nại về trách nhiệm dân sự mà đôi khi có nguy cơ làm họ khánh kiệt. Vấn đề làm thế nào để khắc phục hậu quả của những rủi ro đó là vấn đề mà mỗi cá nhân, mỗi doanh nghiệp, mỗi tổ chức phải quan ngại chính là cơ sở, là lý do để các cá nhân, các doanh nghiệp, các tổ chức tìm đến các công ty bảo hiểm để chuyển giao rủi ro, lựa chọn những sản phẩm bảo hiểm trách nhiệm dân sự phù hợp.

- Các loại bảo hiểm trách nhiệm dân sự

- ☐ Bảo hiểm trách nhiệm dân sự của chủ xe cơ giới
- ☐ Bảo hiểm trách nhiệm dân sự trong hoạt động hàng hải
- ☐ Bảo hiểm trách nhiệm đối với người thứ ba trong hoạt động xây dựng
- ☐ Bảo hiểm trách nhiệm dân sự trong hoạt động hàng không
- ☐ Bảo hiểm trách nhiệm sản phẩm
- ☐ Bảo hiểm trách nhiệm dân sự của chủ sử dụng lao động
- ☐ Bảo hiểm trách nhiệm công cộng
- ☐ Bảo hiểm trách nhiệm nghề nghiệp trong các lĩnh vực như là tư vấn pháp luật, tư vấn tài chính, kiểm toán, thiết kế xây dựng, cung cấp dịch vụ y tế, môi giới chứng khoán, môi giới bảo hiểm...

3.2. ĐẶC ĐIỂM CỦA BẢO HIỂM TRÁCH NHIỆM DÂN SỰ

Chịu ảnh hưởng bởi đặc tính của đối tượng bảo hiểm là trách nhiệm dân sự - hậu quả pháp lý về trách nhiệm bồi thường mà pháp luật quy định đối với trường hợp chủ thể có nghĩa vụ dân sự không thực hiện hoặc thực hiện không đúng nghĩa vụ dân sự và vì thế gây thiệt hại cho chủ thể khác, hợp đồng bảo hiểm trách nhiệm dân sự có những đặc trưng cơ bản sau:

- Sự gắn kết và tính độc lập trong quan hệ giữa người bảo hiểm, người được bảo hiểm và bên thứ ba.

Bên thứ ba bao gồm các nạn nhân - người có tài sản và/ hoặc tính mạng, sức khoẻ trực tiếp bị thiệt hại trong sự kiện bảo hiểm. Người được bảo hiểm là người phải chịu trách nhiệm dân sự trước thiệt hại của người thứ ba.

Khi phát sinh sự kiện bảo hiểm, người được bảo hiểm có trách nhiệm bồi thường cho bên thứ ba theo quy định của pháp luật dân sự còn người bảo hiểm có trách nhiệm bồi thường cho người được bảo hiểm theo thoả thuận của hợp đồng bảo hiểm. Cũng có trường hợp theo pháp luật hoặc thoả thuận của hợp đồng bảo hiểm, người bảo hiểm có trách nhiệm bồi thường trực tiếp cho bên thứ ba.

Mặc dù có sự gắn kết, trách nhiệm bồi thường dân sự của người được bảo hiểm và trách nhiệm bồi thường bảo hiểm của người bảo hiểm vẫn mang tính độc lập nhất định về phạm vi và mức độ bồi thường. Phạm vi các loại thiệt hại trong trách nhiệm bồi thường theo pháp luật dân sự có thể rộng hơn so với các loại thiệt hại mà bảo hiểm nhận trách nhiệm; số tiền bồi thường của bảo hiểm có thể nhỏ hơn nhiều so với số tiền mà người được bảo hiểm phải trả cho bên thứ ba do sự khống chế bởi giới hạn trách nhiệm đã thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm.

Mối quan hệ giữa người bảo hiểm, người được bảo hiểm và bên thứ ba được xem xét cụ thể hơn thông qua hai trường hợp sau đây:

+ *Bảo hiểm trách nhiệm dân sự ngoài hợp đồng*: Trong trường hợp này, nhìn chung trên phương diện pháp lý, hợp đồng có duy nhất và chỉ được thiết lập giữa người bảo hiểm và người được bảo hiểm. Bên thứ ba với tư cách là “nạn nhân” trong các sự cố mà từ đó trách nhiệm bồi thường người được bảo hiểm đối với thiệt hại của họ phát sinh. Như vậy, trong một sự cố, bên thứ ba có thể là một người, đại diện cho một quyền lợi nhưng bên thứ ba cũng có thể là nhiều người, đại diện cho nhiều quyền lợi.

Là nạn nhân, bên thứ ba có quyền khiếu nại, đòi người được bảo hiểm bồi thường cho mình. Cho dù không ký hợp đồng với người bảo hiểm, nhưng nghĩa vụ bồi thường của người bảo hiểm trong trường hợp phát sinh thiệt hại của bên thứ ba đã được xác lập trong hợp đồng bảo hiểm mà người được bảo hiểm đã ký với người bảo hiểm.

+ *Bảo hiểm trách nhiệm dân sự theo hợp đồng*: Trong nhiều trường hợp, trách nhiệm bồi thường của người được bảo hiểm cho bên thứ ba được phát sinh trong quá trình thực hiện hợp đồng được ký kết giữa họ, chẳng hạn như hợp đồng vận chuyển, hợp

đồng cung cấp dịch vụ...Trong trường hợp này có hai loại hợp đồng được thiết lập: hợp đồng giữa người được bảo hiểm với bên thứ ba và hợp đồng bảo hiểm giữa người bảo hiểm với người được bảo hiểm. Trong đó, hợp đồng bảo hiểm được xác định trên cơ sở trách nhiệm bồi thường có thể phát sinh của người được bảo hiểm trong hợp đồng mà họ đã ký kết với bên thứ ba.

Tương tự bảo hiểm trách nhiệm ngoài hợp đồng, trong trường hợp này bên thứ ba là người có quyền lợi bị thiệt hại, tuy nhiên, bên thứ ba ở đây mang tính cụ thể hơn và đối với trách nhiệm bồi thường của người được bảo hiểm thì có thể xác định được trước mức độ tối đa trong đa số các trường hợp.

Trong thực tế có nhiều hợp đồng bảo hiểm không phân biệt ranh giới giữa trách nhiệm theo hợp đồng và trách nhiệm ngoài hợp đồng. Sự phân chia hai trường hợp trên chỉ có ý nghĩa giúp cho sự phân tích mối quan hệ phức tạp giữa người bảo hiểm, người được bảo hiểm và bên thứ ba trong bảo hiểm trách nhiệm dân sự.

Trên phương diện pháp lý, người bảo hiểm có trách nhiệm bồi thường cho người được bảo hiểm phần trách nhiệm bồi thường của họ đối với bên thứ ba, tuy nhiên cũng không loại trừ trường hợp do yêu cầu của pháp luật hoặc thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm mà người bảo hiểm bồi thường trực tiếp cho bên thứ ba. Trong trường hợp này bên thứ ba được coi như người được hưởng quyền lợi bảo hiểm không được xác định trước trong hợp đồng và có quyền khiếu nại đòi bồi thường đối với người bảo hiểm.

- Vấn đề xác định giới hạn trách nhiệm bảo hiểm

Đối tượng bảo hiểm là trách nhiệm bồi thường theo pháp luật của người được bảo hiểm đối với thiệt hại của bên thứ ba nên có nhiều trường hợp khi giao kết hợp đồng bảo hiểm không định lượng trước được về giá trị thiệt hại tối đa của đối tượng bảo hiểm có thể phát sinh trong một sự cố cũng như trong thời hạn bảo hiểm. Vì thế, vẫn tồn tại hai phương thức bảo hiểm: bảo hiểm có giới hạn trách nhiệm và bảo hiểm không giới hạn trách nhiệm.

Trường hợp bảo hiểm có giới hạn trách nhiệm, thoả thuận hợp đồng bảo hiểm đã xác định rõ số tiền bồi thường tối đa mà doanh nghiệp bảo hiểm có thể phải chi trả trong một sự cố bảo hiểm hoặc cho cả thời hạn bảo hiểm. Đại đa số các nghiệp vụ bảo hiểm

trách nhiệm dân sự bảo hiểm theo phương thức này. Giới hạn trách nhiệm thường được phân biệt đối với thiệt hại về người và thiệt hại về tài sản của bên thứ ba.

Đối với thiệt hại về người, mức trách nhiệm được tính cho mỗi người /1 sự cố và có thể đi kèm tổng mức trách nhiệm /1 sự cố. Đối với thiệt hại về tài sản, mức trách nhiệm thường được tính cho mỗi cũng như mọi thiệt hại về tài sản của một cũng như nhiều người thứ ba trong một sự cố.

Phương pháp xác định số tiền bồi thường của bảo hiểm đối với các hợp đồng bảo hiểm trách nhiệm dân sự thông thường phải theo trình tự sau:

- a) Xác định trách nhiệm bồi thường của người được bảo hiểm cho bên thứ ba (căn cứ vào mức độ lỗi của người được bảo hiểm và thiệt hại của bên thứ ba)
- b) Xác định số tiền bồi thường của bảo hiểm bằng cách so sánh số tiền bồi thường mà người được bảo hiểm phải trả cho bên thứ ba (trường hợp mức trách nhiệm tính chung cho tất cả thiệt hại của tất cả những người thứ ba trong một sự cố) hoặc từng người thứ ba (trường hợp mức trách nhiệm tính riêng cho thiệt hại của từng những người thứ ba trong một sự cố: (Z) và mức trách nhiệm của hợp đồng bảo hiểm: (S).
 - ☐ nếu $Z < S$; số tiền bồi thường của bảo hiểm = Z
 - ☐ nếu $Z = S$; số tiền bồi thường của bảo hiểm = S
 - ☐ nếu $Z > S$; số tiền bồi thường của bảo hiểm = S

Trường hợp phương thức bảo hiểm không giới hạn, hợp đồng bảo hiểm không thỏa thuận về giới hạn trách nhiệm của bảo hiểm. Điều đó có nghĩa là doanh nghiệp bảo hiểm cam kết bồi thường toàn bộ trách nhiệm bồi thường của người được bảo hiểm đối với thiệt hại của bên thứ ba phát sinh trong sự kiện bảo hiểm.

Rất ít nghiệp vụ bảo hiểm theo phương thức không giới hạn vì một thực tế là bảo hiểm không giới hạn có thể ảnh hưởng lớn đến khả năng thanh toán của doanh nghiệp bảo hiểm cũng như khả năng trả phí bảo hiểm của các tổ chức, cá nhân có nhu cầu bảo hiểm.

- Nguyên tắc bồi thường.

Số tiền bồi thường mà người được bảo hiểm cũng như người thứ ba có thể nhận được tối đa chỉ bằng thiệt hại của họ trong sự kiện bảo hiểm. Đó là nội dung nguyên tắc cơ bản chi phối việc bồi thường của mọi hợp đồng bảo hiểm trách nhiệm dân sự. Như đã đề cập trong phần trước, cũng giống như bảo hiểm tài sản, bảo hiểm trách nhiệm dân sự

được xếp vào loại bảo hiểm thiệt hại. Nguyên tắc bồi thường đã được đề cập trong các chương trước, vì vậy phần này chỉ nhấn mạnh thêm là người bảo hiểm chỉ bồi thường trên cơ sở người được bảo hiểm thừa nhận nghĩa vụ bồi thường của mình.

Thực hiện nguyên tắc bồi thường đòi hỏi phải áp dụng một số biện pháp cần thiết trong những trường hợp đặc biệt.

Thứ nhất: **Thế quyền.**

Thế quyền được sử dụng trong trường hợp xác định được có người thứ ba phải chịu trách nhiệm đối với thiệt hại của đối tượng bảo hiểm trong sự kiện bảo hiểm. Người bảo hiểm sau khi bồi thường sẽ thế quyền người được bảo hiểm để khiếu nại người có lỗi trong sự cố bảo hiểm. Chẳng hạn luật của Cộng hoà Pháp cho phép người bảo hiểm trách nhiệm dân sự của chủ xe cơ giới sau khi đã bồi thường thiệt hại cho bên thứ ba được quyền thay thế người được bảo hiểm khiếu nại người sử dụng xe mà không được phép của người được bảo hiểm gây ra tai nạn.

Thứ hai: Biện pháp chia sẻ trách nhiệm bồi thường được sử dụng trong trường hợp **bảo hiểm trùng.**

Bảo hiểm trùng trong bảo hiểm trách nhiệm dân sự là trường hợp trách nhiệm bồi thường của người được bảo hiểm cho bên thứ ba được bảo hiểm đồng thời bằng nhiều hợp đồng bảo hiểm trách nhiệm dân sự. Nếu sự kiện bảo hiểm làm phát sinh trách nhiệm bồi thường của nhiều hợp đồng bảo hiểm, việc chia sẻ trách nhiệm bồi thường được giải quyết như sau:

- ☐ Xác định trách nhiệm bồi thường độc lập của từng hợp đồng bảo hiểm (số tiền mà từng hợp đồng bảo hiểm phải chi trả nếu không tồn tại hợp đồng bảo hiểm khác).
 - ☐ Xác định tổng trách nhiệm bồi thường độc lập của các hợp đồng bảo hiểm (S)
 - ☐ So sánh tổng trách nhiệm bồi thường độc lập của các hợp đồng bảo hiểm (S) và số tiền bồi thường của người được bảo hiểm cho người thứ ba hoặc bên thứ ba (F).
- a) Trường hợp $S \leq F$: số tiền bồi thường của từng hợp đồng bảo hiểm bằng trách nhiệm bồi thường độc lập của hợp đồng đó.
- b) Trường hợp $S > F$: thực hiện việc chia sẻ trách nhiệm bồi thường. Thông thường áp dụng công thức sau:

Số tiền bồi thường của từng hợp đồng	Số tiền bồi thường của người được bảo hiểm cho	Trách nhiệm bồi thường độc lập của hợp đồng bảo hiểm đó

Liên quan đến hợp đồng bảo hiểm trách nhiệm dân sự nói riêng và bảo hiểm thiệt hại nói chung có tình huống rất đáng chú ý: sự kiện bảo hiểm xảy ra thuộc phạm vi bảo hiểm đồng thời của cả hợp đồng bảo hiểm trách nhiệm dân sự lẫn hợp đồng bảo hiểm tài sản. Cụ thể, đó là trường hợp tài sản của người thứ ba của hợp đồng bảo hiểm trách nhiệm dân sự lại đang được bảo hiểm bằng hợp đồng bảo hiểm tài sản. Nói cách khác, người thứ ba có lỗi trong thiệt hại của đối tượng bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm tài sản lại đang được bảo hiểm bằng hợp đồng trách nhiệm dân sự tương ứng. Trên thực tế, tình huống này không hiếm và cần có sự phối hợp giải quyết bồi thường giữa các hợp đồng bảo hiểm. Thông thường hợp đồng bảo hiểm tài sản sẽ bồi thường và vận dụng thế quyền đòi người thứ ba có lỗi, sau đó hợp đồng bảo hiểm trách nhiệm dân sự sẽ bồi thường theo thoả thuận của hợp đồng bảo hiểm trách nhiệm dân sự. Cũng có những cách phối hợp khác và dù cho có áp dụng cách nào đi chăng nữa cũng không ngoài mục đích thực hiện nguyên tắc bồi thường trong bảo hiểm thiệt hại.

3.3. NỘI DUNG CƠ BẢN CỦA MỘT SỐ LOẠI BẢO HIỂM TRÁCH NHIỆM DÂN SỰ

Tiến trình phát triển của thể loại bảo hiểm trách nhiệm gắn với sự phát triển kinh tế cũng như sự hoàn thiện các Bộ luật dân sự của các quốc gia. Hiện nay các hãng bảo hiểm trên thế giới đã triển khai nhiều nghiệp vụ bảo hiểm trách nhiệm dân sự nhằm đáp ứng một cách tốt nhất nhu cầu bảo hiểm của xã hội. Dưới đây là phần giới thiệu nội dung cơ bản của một số nghiệp vụ bảo hiểm trách nhiệm dân sự phổ biến nhất.

- Bảo hiểm trách nhiệm dân sự của chủ xe cơ giới đối với người thứ ba

Bảo hiểm trách nhiệm dân sự của chủ xe cơ giới đối với người thứ ba có đối tượng bảo hiểm là phần trách nhiệm dân sự - trách nhiệm bồi thường của người được bảo hiểm cho người thứ ba phát sinh trong các vụ tai nạn giao thông đường bộ có nguyên nhân từ hoạt động của xe cơ giới. Đối tượng bảo hiểm trong nghiệp vụ bảo hiểm này là một dạng trách nhiệm bồi thường thiệt hại ngoài hợp đồng phát sinh giữa một bên

là chủ xe với một bên là người thứ ba. Người thứ ba được đề cập trong phần này là người có tính mạng, sức khỏe và/hoặc tài sản bị thiệt hại do xe cơ giới gây ra.

Trách nhiệm bồi thường của người được bảo hiểm cho người thứ ba được xác định căn cứ vào thiệt hại của người thứ ba và mức độ lỗi của chủ xe trong vụ tai nạn. Trừ khi người thứ ba cũng có một phần lỗi trong tai nạn, dù lỗi của chủ xe là vô ý hay cố ý, chủ xe đều phải bồi thường thiệt hại xảy ra cho người thứ ba.

Vì nhiều lý do mà ở Việt nam hiện nay và nhiều nước khác, loại hình bảo hiểm này được tiến hành theo phương thức bắt buộc. Người có nghĩa vụ tham gia bảo hiểm và là người được bảo hiểm trong nghiệp vụ bảo hiểm này là chủ xe cơ giới.

Phí bảo hiểm được xác định cho mỗi loại xe và có thể điều chỉnh theo mục đích sử dụng xe, tuổi đời, tuổi nghề của lái xe, tổn thất trong quá khứ ...

Bên mua bảo hiểm và người bảo hiểm thường thỏa thuận về các mức trách nhiệm và ghi trong giấy chứng nhận bảo hiểm, đó là giới hạn trách nhiệm bồi thường của người bảo hiểm.

Ví dụ: pháp luật hiện hành ở Việt nam quy định chủ xe phải tham gia bảo hiểm trách nhiệm dân sự của chủ xe ô tô là đối với người thứ ba với mức trách nhiệm tối thiểu là 50.000.000 VND/người/vụ và 50.000.000 VND/ tài sản/ vụ và chủ xe máy là 50.000.000 VND/người/vụ và 30.000.000 VND/ tài sản/ vụ. Bên cạnh các mức trách nhiệm tối thiểu đó, các công ty bảo hiểm còn đưa ra các loại mức trách nhiệm cao hơn để các chủ xe lựa chọn

Trong giới hạn của mức trách nhiệm đã thỏa thuận, người bảo hiểm chịu trách nhiệm bồi thường khoản tiền mà theo luật định hoặc theo phán quyết của tòa án, chủ xe phải có nghĩa vụ bồi thường cho người thứ ba. Người bảo hiểm không chịu trách nhiệm bồi thường phần trách nhiệm phát sinh theo hợp đồng giữa chủ xe với các chủ thể khác như: trách nhiệm đối với người thuê vận chuyển hàng hoá, trách nhiệm đối với người ngồi trên xe...Người bảo hiểm cũng không chịu trách nhiệm bồi thường trong trường hợp trách nhiệm phát sinh do hành động cố ý của chủ xe, lái xe; những trường hợp chủ xe, lái xe vi phạm nghiêm trọng luật giao thông đường bộ và một số trường hợp loại trừ khác.

- Bảo hiểm trách nhiệm dân sự của chủ xe cơ giới đối với hành khách

Đối tượng bảo hiểm của nghiệp vụ bảo hiểm này là trách nhiệm bồi thường của chủ xe đối với tính mạng, sức khỏe của hành khách phát sinh theo hợp đồng vận chuyển hành khách.

Đây là loại hình bảo hiểm bắt buộc ở Việt nam hiện nay, áp dụng cho những chủ xe được cơ quan chức năng của Nhà nước cấp giấy phép kinh doanh vận tải hành khách. Trên cơ sở hợp đồng bảo hiểm được ký kết với chủ xe, người bảo hiểm có trách nhiệm bồi thường số tiền mà (theo luật định hoặc theo phán quyết của toà án) chủ xe phải chịu trách nhiệm bồi thường thiệt hại về tính mạng, sức khỏe của những hành khách chuyên chở trên xe, do việc sử dụng xe cơ giới gây ra.

Pháp luật hiện hành ở Việt nam quy định chủ xe phải tham gia bảo hiểm trách nhiệm dân sự của chủ xe đối với người thứ ba với mức trách nhiệm tối thiểu là 50.000.000 VND/người/vụ. Thông thường bảo hiểm trách nhiệm dân sự của chủ xe đối với người thứ ba và bảo hiểm trách nhiệm dân sự của chủ xe đối với hành khách được cấp chung trong một giấy chứng nhận bảo hiểm.

- Bảo hiểm trách nhiệm dân sự của chủ xe đối với hàng hoá vận chuyển

Loại bảo hiểm này chỉ áp dụng cho những xe có giấy phép kinh doanh vận tải hàng hoá. Khi nhận hàng để chuyên chở, chủ xe phải có nghĩa vụ đưa hàng hoá đến điểm giao hàng cuối cùng một cách đầy đủ và nguyên vẹn và phải chịu trách nhiệm về những thiệt hại của hàng hoá mà họ nhận chuyên chở xảy ra do lỗi của họ hoặc người làm công của họ. Trong giới hạn của mức trách nhiệm đã thoả thuận trên hợp đồng và được ghi trong giấy chứng nhận bảo hiểm, người bảo hiểm sẽ bồi thường số tiền mà theo luật định chủ xe phải chịu trách nhiệm bồi thường cho chủ hàng.

- Bảo hiểm trách nhiệm dân sự của người vận tải hàng không

Đây là nghiệp vụ bảo hiểm nhằm bảo hiểm rủi ro phát sinh trách nhiệm của người vận tải hàng không đối với thiệt hại của hành khách, hành lý, bưu kiện, hàng hoá và người thứ ba khác. Người ta chia lĩnh vực hàng không dân dụng thành hai loại: hàng không nội địa và hàng không quốc tế. Trách nhiệm của người vận tải hàng không đối với các chuyến bay trong nước được điều chỉnh theo nguồn luật của từng quốc gia. Đối với các chuyến bay quốc tế, thông thường trách nhiệm của người vận tải hàng không được giới hạn và điều chỉnh theo các công ước quốc tế. Hiện nay, luật pháp

của một số khu vực và nhiều nước phát triển còn không cho phép người vận tải hàng không được giới hạn trách nhiệm của mình đối với thiệt hại tính mạng, sức khỏe của hành khách. Như vậy, thiệt hại về tính mạng, sức khỏe của hành khách là bao nhiêu thì người vận tải hàng không phải bồi thường bấy nhiêu. Hợp đồng bảo hiểm có thể bảo hiểm không giới hạn trách nhiệm đối với thiệt hại về người nhưng kèm theo tổng giới hạn trách nhiệm chung.

- Bảo hiểm trách nhiệm sản phẩm

Nhằm bảo vệ quyền lợi của người tiêu dùng, nhiều quốc gia đã xây dựng và hoàn chỉnh luật về trách nhiệm sản phẩm. Theo quy định của luật này mọi nhà sản xuất và cung ứng phải có nghĩa vụ cung cấp cho khách hàng những sản phẩm có chất lượng tốt, phù hợp với tiêu chuẩn chất lượng quy định của cơ quan chức năng. Trường hợp khách hàng mua phải các sản phẩm xấu, có khuyết tật thì người bán phải có nghĩa vụ đổi hoặc sửa chữa những khuyết tật đó. Nếu vì những sản phẩm kém chất lượng, có sai sót trong sản xuất và lắp đặt mà người tiêu dùng bị thiệt hại thì người sản xuất, người cung ứng sản phẩm phải bồi thường. Tổ chức bảo vệ quyền lợi người tiêu dùng được thành lập và được bảo hộ ở nhiều nước. Các tổ chức này đứng về phía người tiêu dùng, bảo vệ quyền lợi của họ.

Người sản xuất, kinh doanh phải chịu trách nhiệm về sản phẩm mà mình cung cấp ngay cả khi sản phẩm đó được cho, tặng trong chiến dịch khuyến mại của họ. Trách nhiệm của nhà sản xuất, cung ứng về cơ bản được xác định căn cứ vào lỗi, sai sót của họ trong thiết kế, trong chế tạo hoặc trong chú ý hay chỉ dẫn sử dụng và những khiếm khuyết này là nguyên nhân gây ra thiệt hại cho người tiêu dùng. Tuy nhiên, do nhiều lý do, các khiếu nại có thể phát sinh ngay cả khi có những bằng chứng về sự đảm bảo các tiêu chuẩn chất lượng đã đăng ký.

Như vậy, mỗi nhà sản xuất, kinh doanh một loại hàng hoá nào đó đều có thể phải đối đầu với những khiếu nại về trách nhiệm sản phẩm. Bảo hiểm trách nhiệm sản phẩm cung cấp cho các nhà sản xuất, kinh doanh những đảm bảo để chống lại rủi ro phát sinh trách nhiệm bồi thường trước những khiếu nại của người tiêu dùng trong một số trường hợp nhất định.

Trong thực tế những khiếu nại này có thể liên quan đến nhiều loại sản phẩm như thực phẩm, đồ hộp, các loại thuốc chữa bệnh, các sản phẩm về điện và một số các sản phẩm khác như thang công nghiệp, mũ xe máy, lốp ô tô... Nhiều trường hợp, tác hại của sản phẩm biểu hiện ngay tức thì trong hoặc sau khi sử dụng. Tuy vậy, cũng không loại trừ những trường hợp mà tác hại của việc sử dụng một sản phẩm nào đó chỉ xuất hiện sau nhiều năm sử dụng chẳng hạn như một số dược phẩm. Vì thế, thời hạn hiệu lực hợp đồng bảo hiểm thường được xác định trên cơ sở các khiếu nại phát sinh nhằm ổn định trách nhiệm của người bảo hiểm.

- Bảo hiểm trách nhiệm dân sự của chủ thầu với người thứ ba trong xây lắp

Rủi ro phát sinh trách nhiệm dân sự mà chủ thầu có thể gặp trong quá trình thi công xây dựng, lắp đặt là những khiếu nại về thiệt hại tài sản hoặc thân thể của người thứ ba. Trách nhiệm chủ thầu có thể phát sinh trong những trường hợp như là: thiệt hại về sức khỏe tính mạng con người; thiệt hại về tài sản, nhà cửa, các công trình xung quanh do việc đào và việc xử lý móng công trình; do sự cố kỹ thuật hoặc do những bất cẩn trong thi công xây lắp...

Trách nhiệm của chủ thầu trong các trường hợp này có thể được bảo hiểm bằng một hợp đồng bảo hiểm trách nhiệm riêng biệt nhưng thông thường được bảo hiểm cùng với bảo hiểm tổn thất vật chất trong cùng một hợp đồng bảo hiểm mọi rủi ro trong xây dựng, lắp đặt (đã nói ở trên).

- Bảo hiểm trách nhiệm của chủ sử dụng lao động đối với người lao động

Bộ Luật Lao động của các quốc gia là văn bản pháp luật bao quát mọi lĩnh vực của quan hệ lao động mà *trách nhiệm của người sử dụng lao động đối với trường hợp người lao động bị tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp* là một trong những lĩnh vực quan trọng. Trong lĩnh vực này, trách nhiệm của người sử dụng lao động thường bao gồm: trang trải toàn bộ chi phí y tế liên quan đến việc cấp cứu, điều trị; bồi thường một khoản tiền tối thiểu tính theo lương cho một khoảng thời gian nhất định trong trường hợp người lao động bị chết hoặc bị suy giảm khả năng lao động do hậu quả của tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp..

Người sử dụng lao động có thể tham gia bảo hiểm cho phần trách nhiệm theo luật định hoặc theo hợp đồng với người lao động. Dạng hợp đồng bảo hiểm này thường

được gọi là *hợp đồng bảo hiểm bồi thường cho người lao động*. Theo hợp đồng bảo hiểm này, người bảo hiểm sẽ bồi thường cho người được bảo hiểm những khoản tiền mà người được bảo hiểm có trách nhiệm bồi thường cho người lao động theo quy định của pháp luật hoặc quy định của hợp đồng lao động.

Trên đây chỉ là một số nét minh họa cho bảo hiểm trách nhiệm dân sự, một thể loại bảo hiểm tuy ra đời muộn hơn bảo hiểm tài sản nhưng đến nay đang phát triển rất mạnh cùng với sự phát triển ngày càng phức tạp của pháp luật dân sự các quốc gia và quốc tế.

Chương 4

BẢO HIỂM CON NGƯỜI

4.1. CÁC LOẠI BẢO HIỂM CON NGƯỜI CƠ BẢN

Thể loại bảo hiểm con người bao gồm những hợp đồng bảo hiểm cho tính mạng, sức khỏe, khả năng lao động, tuổi thọ con người trước các rủi ro như là tai nạn, bệnh tật, ốm đau, tuổi già mất khả năng lao động.

- Bảo hiểm nhân thọ

☐ ***Bảo hiểm nhân thọ tử kỳ***

Loại bảo hiểm nhân thọ này có đặc tính cơ bản là bảo hiểm cho sự cố tử vong của người được bảo hiểm. Thời hạn hợp đồng bảo hiểm được xác định rõ, nếu sự cố tử vong thuộc phạm vi bảo hiểm xảy ra trong thời hạn đó, người bảo hiểm sẽ trả số tiền bảo hiểm thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm.

Ví dụ: Trích một số thông tin của 1 hợp đồng bảo hiểm nhân thọ tử kỳ: tuổi của người được bảo hiểm (nam giới) khi bắt đầu tham gia bảo hiểm là tròn 50 tuổi; thời hạn bảo hiểm là 5 năm; số tiền bảo hiểm là 100.000 \$. Như vậy, nếu sự kiện tử vong thuộc phạm vi bảo hiểm xảy ra trong quãng thời gian 5 năm đó, người bảo hiểm sẽ trả một khoản tiền là 100.000 \$; kết thúc thời hạn bảo hiểm nói trên mà người được bảo hiểm còn sống thì người bảo hiểm không phải trả tiền bảo hiểm.

☐ ***Bảo hiểm trọn đời***

Loại bảo hiểm nhân thọ này có đặc tính cơ bản là bảo hiểm cho sự cố tử vong của người được bảo hiểm. Thời hạn hợp đồng bảo hiểm không được xác định, kể từ thời điểm bắt đầu hiệu lực bảo hiểm thì sự cố tử vong thuộc phạm vi bảo hiểm xảy ra bất kỳ thời điểm nào, người bảo hiểm sẽ trả số tiền bảo hiểm thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm.

Ví dụ: Trích một số thông tin của 1 hợp đồng bảo hiểm nhân thọ trọn đời: tuổi của người được bảo hiểm (nam giới) khi bắt đầu tham gia bảo hiểm là tròn 50 tuổi; số

tiền bảo hiểm là 100.000 \$. Như vậy, khi sự kiện tử vong thuộc phạm vi bảo hiểm xảy ra vào bất kỳ thời điểm nào kể từ thời điểm bắt đầu hiệu lực của bảo hiểm, người bảo hiểm sẽ trả một khoản tiền là 100.000 \$.

Nhìn chung, tương tự như loại bảo hiểm tử kỳ, loại hợp đồng này cần thiết cho những trường hợp như là: người trụ cột trong tạo ra thu nhập của gia đình có nhu cầu bảo vệ những người thân ổn định cuộc sống; những người vay tiền cần đến sự đảm bảo chắc chắn khả năng hoàn trả nợ trong trường hợp bất trắc...

□ **Bảo hiểm sinh kỳ**

Loại bảo hiểm nhân thọ này có đặc tính cơ bản là bảo hiểm cho sự kiện sống của người được bảo hiểm. Thời hạn hợp đồng bảo hiểm được xác định rõ, nếu người được bảo hiểm sống đến thời điểm đáo hạn hợp đồng, người bảo hiểm sẽ trả số tiền bảo hiểm thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm.

Ví dụ: Trích một số thông tin của 1 hợp đồng bảo hiểm nhân thọ sinh kỳ: tuổi của người được bảo hiểm (nam giới) khi bắt đầu tham gia bảo hiểm là tròn 50 tuổi; thời hạn bảo hiểm là 5 năm; số tiền bảo hiểm là 100.000 \$. Như vậy, nếu kết thúc thời hạn bảo hiểm 5 năm mà người được bảo hiểm còn sống thì người bảo hiểm người bảo hiểm sẽ trả một khoản tiền là 100.000 \$; còn nếu như sự kiện tử vong xảy ra trong quãng thời gian đó, người bảo hiểm không phải trả tiền bảo hiểm.

□ **Niên kim nhân thọ**

Loại bảo hiểm nhân thọ này có đặc tính cơ bản là bảo hiểm cho sự kiện sống của người được bảo hiểm. Người tham gia bảo hiểm đóng phí bảo hiểm để từ một thời điểm thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm, người bảo hiểm sẽ trả khoản tiền bảo hiểm định kỳ theo thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm (có thể trả trong một thời hạn nhất định hoặc cho đến khi người được bảo hiểm chấm dứt cuộc sống).

Ví dụ: Trích một số thông tin của 1 hợp đồng bảo hiểm niên kim nhân thọ: tuổi của người được bảo hiểm (nam giới) khi bắt đầu tham gia bảo hiểm là tròn 50 tuổi; thời hạn đóng phí bảo hiểm là 10 năm; giá trị 1 niên kim là 10.000 \$/ năm; thời hạn trả niên kim là 10 năm; niên kim được trả vào đầu kỳ. Như vậy, bắt đầu từ thời điểm tròn 60 tuổi, người được bảo hiểm sẽ được người bảo hiểm sẽ trả một khoản tiền là

10.000 \$ hằng năm và người bảo hiểm chỉ phải trả niên kim khi người được bảo hiểm còn sống, số lượng niên kim tối đa mà người bảo hiểm có thể phải trả là 10.

Vẫn ví dụ trên nhưng nếu lại là dạng niên kim trọn đời (hợp đồng bảo hiểm không quy định thời hạn trả niên kim) thì người bảo hiểm có trách nhiệm trả niên kim cho đến khi người được bảo hiểm không còn sống nữa.

Nhìn chung, các hợp đồng bảo hiểm sinh kỳ và nhất là niên kim nhân thọ gắn với các mục đích như là: bảo đảm mức sống, giảm bớt sự phụ thuộc vào con cái, vào phúc lợi xã hội khi khi tuổi già mất khả năng lao động, tiết kiệm sinh lời tiền nhàn rỗi ...

☐ **Bảo hiểm nhân thọ hỗn hợp**

Loại bảo hiểm nhân thọ này có đặc tính cơ bản là bảo hiểm đồng thời cho cả sự kiện sống và tử vong của người được bảo hiểm. Thời hạn hợp đồng bảo hiểm được xác định rõ, nếu người được bảo hiểm bị chết trong thời hạn bảo hiểm hoặc sống đến thời điểm đáo hạn hợp đồng, người bảo hiểm đều trả số tiền bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm.

Ví dụ: Trích một số thông tin của 1 hợp đồng bảo hiểm nhân thọ hỗn hợp: tuổi của người được bảo hiểm (nam giới) khi bắt đầu tham gia bảo hiểm là tròn 50 tuổi; thời hạn bảo hiểm là 5 năm; số tiền bảo hiểm là 100.000 \$. Như vậy, nếu kết thúc thời hạn bảo hiểm 5 năm mà người được bảo hiểm còn sống thì người bảo hiểm người bảo hiểm sẽ trả một khoản tiền là 100.000 \$; còn nếu như sự kiện tử vong xảy ra trong quãng thời gian đó, người bảo hiểm cũng vẫn trả tiền bảo hiểm.

Thực tế, 1 phần lớn các sản phẩm bảo hiểm nhân thọ của nhiều doanh nghiệp bảo hiểm được thiết kế dưới dạng bảo hiểm nhân thọ hỗn hợp và không những thế các sản phẩm còn được linh hoạt hóa bằng các điều khoản như là: bảo đảm rủi ro thương tật vĩnh viễn của người được bảo hiểm, điều khoản miễn trả phí bảo hiểm khi người tham gia bảo hiểm tử vong... Mặt khác, các sản phẩm bảo hiểm nhân thọ thường được đặt tên theo kiểu thương mại hơn là căn cứ vào các yếu tố kỹ thuật nghiệp vụ (ví dụ: an sinh giáo dục, an khang thịnh vượng, phú tích lũy giáo dục...) nhưng về cơ bản, kỹ thuật bảo hiểm vẫn dựa trên các dạng bảo hiểm nhân thọ nói trên.

☐ **Bảo hiểm nhân thọ liên kết đầu tư**

Bảo hiểm liên kết đầu tư là loại sản phẩm bảo hiểm nhân thọ có khả năng đáp ứng đồng thời nhu cầu chuyển giao hậu quả tài chính của rủi ro và nhu cầu đầu tư của người mua bảo hiểm

- Bảo hiểm con người phi nhân thọ

☐ Bảo hiểm tai nạn

Loại bảo hiểm này có đặc tính cơ bản là bảo hiểm cho sự cố tai nạn của người được bảo hiểm. Các hợp đồng bảo hiểm được thiết kế nhằm bảo đảm cho những hậu quả khác nhau của sự cố tai nạn có thể xảy ra với con người như là chết, thương tật vĩnh viễn, thương tật tạm thời. Thực tế, tai nạn có thể xảy ra cho mọi người, trong mọi lĩnh vực hoạt động. Tuy nhiên, khả năng xảy ra tai nạn, mức độ rủi ro, tính chất của hậu quả của các loại tai nạn không hoàn toàn giống nhau. Vì thế, các nhà bảo hiểm đã đưa ra nhiều sản phẩm bảo hiểm tai nạn khác nhau thích hợp với đặc tính rủi ro và nhu cầu bảo hiểm của từng nhóm khách hàng tiềm năng như là: bảo hiểm tai nạn hành khách, bảo hiểm tai nạn lái xe, bảo hiểm tai nạn người trên xe cơ giới, bảo hiểm tai nạn học sinh, bảo hiểm tai nạn thuyền viên, bảo hiểm tai nạn người đi du lịch...

Phương pháp tính tiền trả bảo hiểm có thể áp dụng cách trả tiền theo chi phí thực tế phát sinh (trong giới hạn số tiền bảo hiểm) hoặc trả khoán theo định mức cho từng loại hậu quả tai nạn (ví dụ : nếu người được bảo hiểm bị chết: trả 100 % số tiền bảo hiểm; bị thương tật toàn bộ vĩnh viễn: trả 100% x số tiền bảo hiểm; bị mất một ngón tay cái: trả 10% x số tiền bảo hiểm)

☐ Bảo hiểm bệnh tật

Loại bảo hiểm phi nhân thọ này có đặc tính cơ bản là bảo hiểm sự cố bệnh tật của người được bảo hiểm. Các hợp đồng bảo hiểm được thiết kế nhằm bảo đảm cho những hậu quả của bệnh tật, ốm đau như là: bị chết, phải nằm viện, phẫu thuật, phát sinh chi phí y tế...

Phương pháp tính tiền trả bảo hiểm thường áp dụng cách trả theo chi phí thực tế (trong giới hạn số tiền bảo hiểm) hoặc cũng có thể tính theo định mức (ví dụ: người được bảo hiểm bị viêm ruột thừa phải phẫu thuật: trả 15 % x số tiền bảo hiểm)

4.2. ĐẶC ĐIỂM CỦA BẢO HIỂM CON NGƯỜI

Trên phương diện so sánh với bảo hiểm tài sản và bảo hiểm trách nhiệm dân sự, bảo hiểm con người có những đặc điểm cơ bản sau:

- Sự phức tạp trong quan hệ giữa người tham gia bảo hiểm, người được bảo hiểm và người thụ hưởng

Hợp đồng bảo hiểm con người có thể được ký kết cho từng cá nhân hoặc một nhóm người được bảo hiểm (ví dụ: một chủ doanh nghiệp kinh doanh khai thác than có thể đứng ra ký một hợp đồng bảo hiểm tai nạn lao động cho 500 người được bảo hiểm là công nhân làm việc tại mỏ). Thậm chí có những trường hợp không xác định cụ thể trước về người được bảo hiểm (ví dụ: hợp đồng bảo hiểm tai nạn con người theo số chỗ ngồi trên xe cơ giới – một chủ xe Toyota có thể mua bảo hiểm tai nạn người trên xe cho 12 chỗ ngồi theo thiết kế của xe. Trong thời hạn bảo hiểm, những người khác nhau được chở trên những chỗ ngồi đó sẽ trở thành những người được bảo hiểm). Trong bảo hiểm nhân thọ có bảo hiểm cho sự cố chết của người được bảo hiểm, người tham gia bảo hiểm cần chỉ định người thụ hưởng bảo hiểm. Khi bảo hiểm cho người vị thành niên, tất yếu người tham gia bảo hiểm sẽ phải là người khác.

Như vậy, rất nhiều trường hợp, tư cách người tham gia bảo hiểm, người được bảo hiểm và người được hưởng quyền lợi bảo hiểm thuộc về những người khác nhau. Mặt khác, vì đặc tính của sự kiện bảo hiểm liên quan tới sự sống, sinh mạng của con người nên pháp luật và các nhà bảo hiểm rất thận trọng trong giao kết và thực hiện hợp đồng bảo hiểm nhằm ngăn ngừa trục lợi, rủi ro đạo đức. Việc giao kết hợp đồng bảo hiểm phải tuân theo quy định về lợi ích có thể được bảo hiểm của pháp luật. Bảo hiểm cho những người được bảo hiểm là trẻ em, người không có khả năng có thu nhập tự kiếm sống; việc chỉ định, thay đổi người thụ hưởng - những vấn đề hết sức nhạy cảm với rủi ro đạo đức, đòi hỏi phải có quy định nghiêm ngặt của pháp luật và sự tuân thủ khi giao kết và thực hiện hợp đồng bảo hiểm. Các quy định như là không cho phép bảo hiểm cho sự cố chết của người bị bệnh tâm thần, giới hạn số tiền bảo hiểm trong bảo hiểm cho người được bảo hiểm là trẻ em... có trong luật pháp một số quốc gia là những quy định rất cần thiết.

- Các nguyên tắc chi phối việc trả tiền bảo hiểm

Nguyên tắc bồi thường có thể được sử dụng đối với loại nghiệp vụ bảo hiểm con người mang đặc tính là có phát sinh và xác định được hậu quả thiệt hại về mặt vật chất, tài chính của người được bảo hiểm trong sự kiện bảo hiểm. Số tiền trả bảo hiểm sẽ phụ thuộc vào mức độ thiệt hại của đối tượng bảo hiểm - tối đa bằng thiệt hại và trong giới hạn trách nhiệm bảo hiểm thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm. Nguyên tắc bồi thường thường được sử dụng chủ yếu trong bảo hiểm các chi phí y tế.

Phần lớn các hợp đồng bảo hiểm con người, đặc biệt là bảo hiểm nhân thọ áp dụng nguyên tắc khoán. Xuất phát từ những đặc tính của đối tượng bảo hiểm, sự kiện bảo hiểm (sự kiện bảo hiểm không gây nên thiệt hại hoặc việc xác định thiệt hại vật chất, tài chính quá phức tạp; số tiền bảo hiểm, mức trách nhiệm được thoả thuận có thể không căn cứ vào sự ước lượng về giá trị thiệt hại có thể xảy ra...) cho nên một số nghiệp vụ bảo hiểm buộc phải (hoặc thích hợp) cho việc trả tiền theo kiểu khoán.

Trả tiền theo kiểu khoán thể hiện như là: một số trường hợp, số tiền trả bảo hiểm được ấn định cụ thể trong hợp đồng bảo hiểm, tiền trả bảo hiểm chỉ còn phụ thuộc vào việc xảy ra sự kiện bảo hiểm (ví dụ: hợp đồng bảo hiểm nhân thọ tử kỳ với số tiền bảo hiểm là 120.000 \$, nếu sự kiện bảo hiểm xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, số tiền người bảo hiểm phải trả sẽ là 120.000 \$ đã xác định trước); những trường hợp khác, số tiền trả bảo hiểm chỉ phụ thuộc vào giới hạn trách nhiệm đã thoả thuận và các quy định khoán trong hợp đồng bảo hiểm nên ngay cả đối với sự kiện bảo hiểm có phát sinh thiệt hại, tiền trả bảo hiểm cũng không mang tính bồi thường - đền bù thiệt hại vật chất xảy ra trong sự kiện bảo hiểm (ví dụ: hợp đồng bảo hiểm tai nạn cá nhân có số tiền bảo hiểm là 2.000 \$. Trong thời hạn bảo hiểm, người được bảo hiểm bị tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm và bị mất một ngón tay cái, hậu quả thiệt hại về mặt tài chính của người được bảo hiểm trong sự cố - chi phí cấp cứu, điều trị., mất giảm thu nhập... là 2500 \$, tuy nhiên quy định trả khoán cho loại thương tật trên là 10 % nên người bảo hiểm trả một số tiền là $10 \% \times 2000 \$ = 200 \$$).

- Vấn đề không áp dụng thế quyền

Nhìn chung, trong bảo hiểm con người không áp dụng thế quyền ngoại trừ một vài trường hợp đặc biệt (một số hợp đồng bảo hiểm con người phi nhân thọ như : bảo

hiểm chi phí y tế và vận chuyển y tế cấp cứu; bảo hiểm người du lịch... vẫn có quy định về thể quyền, thông thường đó là những loại bảo hiểm con người áp dụng nguyên tắc bồi thường).

Do không áp dụng thể quyền nên nếu có người thứ ba có lỗi trong thiệt hại của đối tượng bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm con người thì việc trả tiền bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm hoàn toàn độc lập với trách nhiệm bồi thường theo pháp luật của người thứ ba. Nếu người thứ ba đó lại được bảo hiểm bằng hợp đồng bảo hiểm trách nhiệm dân sự tương ứng thì việc trả tiền bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm con người cũng hoàn toàn độc lập với bồi thường của hợp đồng bảo hiểm trách nhiệm dân sự.

- Không đề cập đến vấn đề bảo hiểm trùng

Một đối tượng bảo hiểm hoàn toàn có thể được bảo hiểm đồng thời bằng nhiều hợp đồng bảo hiểm con người. Cách nhìn nhận, giải quyết trường hợp đó không giống như đối với bảo hiểm trùng trong bảo hiểm tài sản và bảo hiểm trách nhiệm dân sự. Ngoại trừ quy định đặc thù của một vài sản phẩm bảo hiểm, (ví dụ: xuất phát từ những lý do riêng mà bảo hiểm tai nạn cá nhân, bảo hiểm con người kết hợp của Bảo Việt hiện đang có quy định giới hạn tổng số tiền bảo hiểm và số tiền trả bảo hiểm trong trường hợp đối tượng bảo hiểm được bảo hiểm bằng nhiều hợp đồng bảo hiểm), trường hợp xảy ra sự kiện thuộc phạm vi bảo hiểm của nhiều hợp đồng bảo hiểm, việc trả tiền bảo hiểm của các hợp đồng bảo hiểm mang tính độc lập hoàn toàn.

- Đặc trưng của Bảo hiểm nhân thọ

Riêng bảo hiểm nhân thọ, bên cạnh những đặc trưng của hợp đồng bảo hiểm con người nêu trên, so với bảo hiểm tài sản, bảo hiểm trách nhiệm dân sự cũng như bảo hiểm con người phi nhân thọ, hợp đồng bảo hiểm nhân thọ còn có những điểm khác biệt, đó là:

☐ *Thời hạn bảo hiểm*

Hợp đồng bảo hiểm có thời hạn bảo hiểm dài. Bao trùm lên nhiều năm tài chính của doanh nghiệp bảo hiểm, thời hạn có thể là 5 năm, 10 năm và lâu hơn nữa.

☐ *Phí bảo hiểm*

Phí bảo hiểm có thể được nộp một lần hoặc thông thường nộp định kỳ trong một thời hạn nhất định theo thoả thuận của hợp đồng bảo hiểm. Lãi suất đầu tư là một yếu tố chi phối trực tiếp kỹ thuật tính phí bảo hiểm nhân thọ truyền thống.

Ví dụ: hợp đồng bảo hiểm nhân thọ sinh kỳ, thời hạn 10 năm, người được bảo hiểm là nam giới, tuổi của người được bảo hiểm khi bắt đầu tham gia bảo hiểm là 30, số tiền bảo hiểm là 100.000 \$. Theo bảng thống kê tỷ lệ tử vong nam giới: cứ 100.000 người nam giới sinh ra thì có 97 931 người sống đến độ tuổi 30 và 96 850 người còn sống ở độ tuổi 40. Giả định là phí bảo hiểm được đóng một lần toàn bộ vào thời điểm giao kết hợp đồng bảo hiểm nhân thọ và hợp đồng chỉ đơn thuần là việc chuyển giao rủi ro thì số phí bảo hiểm thuần mà người bảo hiểm phải thu sẽ là:

$$96\ 850 \times 100\ 000 \$$$

$$97\ 931$$

Tuy nhiên, bảo hiểm nhân thọ không chỉ đơn thuần là hình thức chuyển giao rủi ro mà sản phẩm bảo hiểm còn phải đáp ứng được nhu cầu tiết kiệm, sinh lời tiền nhàn rỗi của người mua bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm có thời hạn dài, điều đó tạo điều kiện và đòi hỏi người bảo hiểm phải thực hiện công việc đầu tư số phí bảo hiểm tạm thời nhàn rỗi. Do đó, ngay từ khi thiết kế sản phẩm bảo hiểm, tính giá - phí bảo hiểm, người bảo hiểm đã phải cam kết với người mua bảo hiểm về mức lãi suất tối thiểu trong khả năng sinh lời số phí bảo hiểm đóng trước của họ.

Trong ví dụ trên, giả sử người bảo hiểm tính toán và cam kết về mức lãi suất đó là 4%/năm thì số phí bảo hiểm thuần mà người mua bảo hiểm phải đóng phải là:

$$96\ 850 \times 100\ 000 \$ \times 1 / (1 + 0,04)^{10}$$

$$----- = 66.810 \$$$

$$97\ 931$$

☐ *Việc thực hiện nghĩa vụ trả tiền bảo hiểm và nộp phí bảo hiểm*

Việc trả tiền bảo hiểm trong 1 số loại hợp đồng bảo hiểm về cơ bản là chắc chắn (ví dụ: hợp đồng bảo hiểm tử vong trọn đời; hợp đồng bảo hiểm nhân thọ hỗn hợp), trong khi đó lượng phí bảo hiểm nộp ở một số loại hợp đồng bảo hiểm lại có tính bấp bênh (ví dụ: hợp đồng bảo hiểm tử kỳ có thời hạn 5 năm, theo thoả thuận của hợp đồng, bên mua

bảo hiểm sẽ đóng 5 khoản phí bảo hiểm / năm vào đầu kỳ, tuy nhiên rất có thể người bảo hiểm mới chỉ đóng 3 khoản phí thì sự kiện bảo hiểm đã xảy ra. Như vậy, người bảo hiểm chỉ thu được 3 khoản phí bảo hiểm và vẫn phải trả toàn bộ số tiền bảo hiểm đã thoả thuận).

□ *Sự khác nhau trong mức độ ràng buộc cam kết của hai bên trong hợp đồng bảo hiểm*

Người bảo hiểm không được chấm dứt hợp đồng bảo hiểm trước thời điểm kết thúc thời hạn bảo hiểm, ngoại trừ việc thực hiện hợp đồng bảo hiểm rơi vào các trường hợp phải chấm dứt theo quy định của pháp luật. Trong khi đó, bên mua bảo hiểm lại có quyền chấm dứt hợp đồng bảo hiểm vào bất kỳ thời điểm nào và nhận được giá trị giải ước (nếu hợp đồng bảo hiểm đã có giá trị giải ước). Đặc tính này là xuất phát từ tính tiết kiệm của bảo hiểm nhân thọ.

□ *Tính đa mục đích của hợp đồng bảo hiểm nhân thọ.*

Hợp đồng bảo hiểm nhân thọ đáp ứng nhiều mục đích khác nhau của công chúng như là: khắc phục khó khăn tài chính khi gặp sự cố bất thường; tiết kiệm, tích lũy tài chính; bảo đảm tương lai, sự nghiệp, việc học tập cho con trẻ; ổn định mức sống, không phụ thuộc vào phúc lợi xã hội khi tuổi già; hưởng chính sách ưu đãi của nhà nước đối với bảo hiểm nhân thọ...

So với bảo hiểm nhân thọ truyền thống, bảo hiểm liên kết đầu tư có các đặc điểm sau:

+ *Thứ nhất:* Giá trị của sản phẩm liên kết đầu tư liên kết chặt chẽ với hoạt động của quỹ đầu tư, cộc chỉ phó quản lý được tính gộp trong phí bảo hiểm và/hoặc tiền bán các đơn vị đầu tư. Phí bảo hiểm mà bên mua bảo hiểm đóng cho doanh nghiệp bảo hiểm được tách thành hai phần: một phần dùng để mua sự bảo đảm của bảo hiểm - bảo hiểm rủi ro (tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn...); một phần phần phí bảo hiểm dành cho đầu tư - được dùng để góp vào một quỹ đầu tư hay cũn gọi là mua các đơn vị đầu tư trong quỹ đầu tư chuyên nghiệp được quản lý bởi doanh nghiệp bảo hiểm (quỹ này cũn được gọi là quỹ liên kết chung). Quỹ đầu tư được chia ra thành những phần bằng nhau gọi là đơn vị đầu tư; mỗi đơn vị đầu tư đại diện cho phần vốn và lợi ích bằng nhau đối với quỹ, bên mua bảo hiểm sở hữu số lượng đơn vị trong mỗi quỹ tương ứng với số phí bảo hiểm phân bổ cho quỹ đó.

Các công ty bảo hiểm thường đưa ra một danh mục quỹ đầu tư với các mục tiêu, chiến lược, lĩnh vực đầu tư, rủi ro, lợi tức đầu tư kỳ vọng khác nhau để bên mua bảo hiểm lựa chọn. Bên mua bảo hiểm có thể lựa chọn một hay nhiều quỹ đầu tư đồng thời. Trong trường hợp đầu tư vào nhiều quỹ, bên mua bảo hiểm xác định tỷ lệ đầu tư vào mỗi quỹ và có thể thay đổi tỷ lệ đầu tư vào các quỹ, thay đổi quỹ đầu tư trong thời hạn hợp đồng bảo hiểm.

Trong thời hạn của hợp đồng bảo hiểm, bên mua bảo hiểm có thể đóng thêm phí bảo hiểm để tham gia đầu tư vào các quỹ liên kết chung. Toàn bộ phí bảo hiểm đóng thêm sẽ được đầu tư vào quỹ liên kết chung sau khi trừ đi một khoản chi phí ban đầu. Tuy nhiên theo quy định, trong mỗi năm hợp đồng, tổng số phí bảo hiểm đóng thêm không được vượt quá 5 lần mức phí bảo hiểm năm đầu đối với hợp đồng đóng phí định kỳ hoặc không quá 50% phí bảo hiểm lần đầu đối với hợp đồng đóng phí một lần.

+ *Thứ hai:* quyền lợi bảo hiểm cũng được tách bạch thành quyền lợi bảo hiểm rủi ro (số tiền bên mua bảo hiểm được nhận khi gặp các rủi ro như tử vong, thương tật toàn bộ vĩnh viễn...) và quyền lợi đầu tư (quyền lợi được hưởng từ phần đầu tư phí bảo hiểm vào các quỹ đầu tư).

+ *Thứ ba:* sản phẩm bảo hiểm liên kết đầu tư giúp bên mua bảo hiểm tham gia đầu tư vào nhiều danh mục của các ngành nghề khác nhau, tại nhiều khu vực khác nhau. Bên mua bảo hiểm có thể theo dõi hoạt động của các quỹ đầu tư mỗi ngày thông qua bản công bố đơn giá đầu tư. Bên mua bảo hiểm được nhận lãi từ hoạt động đầu tư và kết quả đầu tư mà bên mua bảo hiểm được hưởng phụ thuộc vào kết quả đầu tư của quỹ liên kết chung do doanh nghiệp bảo hiểm quản lý. Bên mua bảo hiểm có được hỗ trợ từ sự tư vấn của công ty bảo hiểm để có thể lựa chọn những danh mục đầu tư phù hợp với khả năng của mình. Bên mua bảo hiểm phải chấp nhận rủi ro là quỹ đầu tư lựa chọn có thể không sinh lời và đơn giá đầu tư lên xuống theo thời gian. Nguyên tắc chung là bên mua bảo hiểm phải chấp nhận toàn bộ rủi ro đầu tư từ các quỹ đầu tư mà mình đã lựa chọn. Tuy nhiên, để giảm bớt rủi ro đầu tư mà bên mua bảo hiểm phải gánh chịu, hợp đồng bảo hiểm nhân thọ liên kết đầu tư cũng có thể đưa ra cam kết về mức lãi suất đầu tư tối thiểu.

+ *Thứ tư*, doanh nghiệp bảo hiểm được hưởng các khoản phí do bên mua bảo hiểm trả theo thỏa thuận tại hợp đồng bảo hiểm như phí ban đầu, phí quản lý hợp đồng, phí quản lý quỹ liên kết chung, phí thu khi khách hàng hủy bỏ hợp đồng... Bên mua bảo hiểm biết rõ các khoản phí mà doanh nghiệp bảo hiểm sẽ thu và cách thức thu.

+ *Thứ năm*: bên mua bảo hiểm có quyền bán lại hợp đồng cho nhà cung cấp dịch vụ bảo hiểm. Các doanh nghiệp bảo hiểm trong trường hợp này không được quyền từ chối việc mua lại hợp đồng của khách hàng.

Trên thế giới, sản phẩm bảo hiểm liên kết đầu tư lần đầu tiên được giới thiệu bởi Công ty London & Manchester Assurance Company Limited vào năm 1957, tại Vương quốc Anh, đó là một giao dịch dạng niên kim hưu trí cá nhân. Đến năm 1960 đã có 6 công ty chào bán bảo hiểm liên kết đầu tư; năm 1970, con số đó là 91 và vào năm 1986 đã lên tới gần 130 công ty.

Ở Mỹ, loại sản phẩm này thông thường được gọi dưới cái tên bảo hiểm nhân thọ biến đổi (Variable life insurance) được chào bán cho công chúng vào năm 1976 - sau khi bảo hiểm liên kết đầu tư đó thành công trên thị trường Netherlands, United Kingdom và Canada. Hiện nay, sản phẩm bảo hiểm liên kết đầu tư rất phổ biến ở Europe, North America và một số nước châu Á như Singapore, Malaysia...

Sự phát triển của bảo hiểm liên kết đầu tư có quan hệ rất chặt chẽ với sự phát triển của thị trường chứng khoán (tại Anh, sau sự sụp đổ của thị trường chứng khoán năm 1987, phải mất 6 năm doanh thu khai thác mới của các hợp đồng bảo hiểm liên kết đầu tư mới đạt được mức của năm 1987). Vở thế, ở Việt Nam, cuối năm 2006 đầu năm 2007, thị trường chứng khoán phát triển vượt bậc và ngày càng trở nên đại chúng hơn, vấn đề thiết kế và cho phép triển khai sản phẩm này đã được đặt ra.

Ngày 23/11/2007, Bộ trưởng Bộ Tài chính đã ban hành Quyết định số 96/2007/QĐ-BTC về việc ban hành Quy chế triển khai sản phẩm bảo hiểm liên kết chung. Sau khi Quyết định số 96/2007/QĐ-BTC được lưu hành, tháng 01 năm 2008 Công ty Bảo hiểm nhân thọ Prudential Việt Nam đã chính thức đưa ra thị trường: *PRUlink - Phú - Bảo Gia Đầu Tư*. Đây là sản phẩm bảo hiểm liên kết đầu tư đầu tiên tại Việt Nam khởi đầu cho một dòng sản phẩm nhân thọ mới, đáp ứng nhu cầu của công chúng trong xu hướng phát triển tất yếu của thị trường tài chính, chứng khoán.

Với những đặc trưng cơ bản nói trên, từ chỗ chỉ bảo hiểm cho sự cố tử vong và còn sống, về sau này các loại bảo hiểm nhân thọ ngày càng phong phú, đa dạng và linh hoạt hơn, nhờ đó bảo hiểm nhân thọ đã có được vị trí quan trọng trong lĩnh vực bảo hiểm cũng như trong nền kinh tế các quốc gia.

Phần 2

CÁC LOẠI BẢO HIỂM PHI LỢI NHUẬN

1. BẢO HIỂM XÃ HỘI (BHXH)

1.1. TỔNG QUAN VỀ BHXH

1.1.1. Đặc điểm của bảo hiểm xã hội

BHXH đã có một bề dày lịch sử hàng trăm năm. Xuất phát điểm ra đời của BHXH bắt nguồn từ nhu cầu giảm nhẹ rủi ro trong cuộc sống được thực hiện bằng việc đoàn kết, tương trợ lẫn nhau trong cộng đồng. BHXH xuất hiện đầu tiên ở nước Đức trong bối cảnh quá trình công nghiệp hóa diễn ra rất mạnh mẽ ở châu Âu vào thế kỷ XIX. Thời kỳ này, các đô thị ở châu Âu trở thành nơi có công nghiệp phát triển và thương mại sầm uất. Người nông dân bỏ thôn quê ra thành phố làm thuê, chấp nhận từ bỏ tấm lá chắn bền vững, truyền kiếp bảo vệ cho họ và gia đình khi gặp khó khăn là quan hệ họ hàng, làng xã. Thay vào đó, chỗ dựa duy nhất để có cái ăn, cái mặc, chỗ ở của họ là tiền lương và cuộc sống của họ luôn bị đe dọa bởi các rủi ro như: ốm đau, tai nạn lao động, thất nghiệp, tuổi già... Trong bối cảnh đó, các hội tương tế đã xuất hiện, tổ chức ra việc để dành tiền tiết kiệm nhằm trợ giúp cho người lao động những lúc khó khăn cả khi còn đang làm việc và khi đã về già. Đồng thời, sự đấu

tranh mạnh mẽ của giai cấp công nhân đã buộc giới chủ và Nhà nước cũng phải trợ giúp, đảm bảo cho cuộc sống cho họ.

Năm 1850, ở Đức, các quỹ trợ cấp ốm đau được thành lập và công nhân bắt buộc phải đóng góp để đề phòng khi bị giảm thu nhập do ốm đau. Sau đó, các quỹ được thành lập bảo đảm cả trường hợp thất nghiệp, tuổi già và tàn tật. Ban đầu các quỹ này chỉ có giới thợ tham gia, đến năm 1880, cơ chế đóng góp của ba bên được thực hiện bao gồm: đóng góp của người làm thuê, đóng góp của giới chủ và đóng góp của Nhà nước. Mô hình của Đức dần dần được truyền bá rộng rãi ra toàn châu Âu và thế giới và mặc dù không dập khuôn, BHXH đã được hình thành và phát triển ở nhiều nước.

BHXH là một bộ phận cấu thành của hệ thống *An sinh xã hội* (ASXH). Hệ thống ASXH trên thế giới nói chung và ở Việt nam nói riêng đang trong quá trình phát triển và hoàn thiện. Trong thực tế tồn tại nhiều quan niệm khác nhau về ASXH và mỗi quốc gia có thể theo đuổi một mô hình hệ thống ASXH phù hợp với mục tiêu, điều kiện kinh tế - xã hội của quốc gia đó.

Theo ILO (Tổ chức lao động quốc tế- International Labour Organization), *An sinh xã hội là sự bảo vệ của xã hội đối với các thành viên của mình thông qua một loạt biện pháp công cộng, nhằm chống lại những khó khăn về kinh tế và xã hội do bị ngừng hoặc bị giảm thu nhập, gây ra bởi ốm đau, thai sản, tai nạn lao động, thất nghiệp, thương tật, tuổi già và chết, đồng thời bảo đảm chăm sóc y tế và trợ cấp cho các gia đình đông con*. Ngày nay, khái niệm ASXH được hiểu theo nghĩa rộng hơn, đó là sự bảo vệ mà xã hội cung cấp cho các thành viên không may bị lâm vào hoàn cảnh không bình thường trong xã hội, thông qua hệ thống các biện pháp phân phối lại tiền bạc, của cải và dịch vụ xã hội. Theo cách hiểu này, hệ thống ASXH bao gồm 2 bộ phận cơ bản là: BHXH và cứu trợ xã hội.

Cứu trợ xã hội là sự giúp đỡ của Nhà nước và xã hội về thu nhập và các điều kiện sinh sống thiết yếu khác đối với các thành viên của xã hội trong trường hợp bất hạnh, rủi ro, nghèo đói không đủ khả năng để tự lo được cuộc sống tối thiểu của bản thân và của gia đình. (Từ điển bách khoa Việt nam).

Nếu nguồn tài chính chủ yếu của BHXH là do các bên tham gia BHXH đóng góp thì cứu trợ xã hội được thực hiện bởi nguồn tài chính từ Ngân sách Nhà nước, các tổ chức từ thiện hoặc đóng góp tự nguyện của các tổ chức và cá nhân trong xã hội với mục đích từ thiện, nhân đạo. Cứu trợ xã hội bao gồm hai nhánh cơ bản là: cứu tế xã hội và trợ giúp xã hội. Cứu tế xã hội là sự giúp đỡ bằng tiền hoặc hiện vật có tính chất tức thời, cấp thiết và ở mức độ tối cần thiết cho đối tượng khi họ bị rơi vào hoàn cảnh bần cùng, không còn khả năng tự lo liệu cuộc sống thường ngày của bản thân và của gia đình. Với nội dung như vậy, cứu tế xã hội thường được thực hiện đối với người dân ở những vùng bị thiên tai khi nhu cầu bảo đảm cái ăn, cái mặc, thuốc chữa bệnh...với họ mang tính cấp bách. Trợ giúp xã hội là sự giúp đỡ thêm của các tổ chức và cá nhân trong xã hội, bằng tiền hoặc các phương tiện vật chất khác để đối tượng được giúp đỡ có thể phát huy khả năng tự lo liệu cuộc sống cho mình và gia đình, sớm hòa nhập trở lại với cuộc sống của cộng đồng.

BHXH là bộ phận chủ yếu và quan trọng nhất trong hệ thống ASXH. Có nhiều khái niệm khác nhau về BHXH được nêu ra trong các sách vở, tài liệu. Theo Từ điển bách khoa Việt nam: *"BHXH là sự bảo đảm thay thế hoặc bù đắp một phần thu nhập cho người lao động khi họ mất hoặc giảm thu nhập do bị ốm đau, thai sản, TNLD và bệnh nghề nghiệp, tàn tật, thất nghiệp, tuổi già, tử tuất, dựa trên cơ sở một quỹ tài chính do sự đóng góp của các bên tham gia BHXH, có sự bảo hộ của Nhà nước theo pháp luật, nhằm bảo đảm an toàn đời sống của người lao động và gia đình họ, đồng thời góp phần bảo đảm an toàn xã hội."*

BHXH là thực hiện chuyển giao rủi ro của cộng đồng theo nguyên tắc *phân tán "số đông bù số ít"* và *phân tán, dần trải theo thời gian*. Theo nguyên tắc *"số đông bù số ít"*, rủi ro của một hoặc một số người sẽ được chia sẻ cho nhiều người tham gia BHXH cùng gánh chịu. Theo cách đó, những rủi ro trong cuộc sống như: đau ốm, tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp, tàn tật, chết sớm...là gánh nặng của bản thân và gia đình của số ít những người không may sẽ được san sẻ cho nhiều người. Theo nguyên tắc *phân tán, dần trải theo thời gian*, người tham gia BHXH phải "đề dành" một khoản thu nhập bằng việc đều đặn đóng góp khoản "đề dành" đó vào quỹ BHXH

trong thời gian có thu nhập để được hưởng trợ cấp lúc tạm thời hoặc vĩnh viễn mất khả năng lao động.

Mục tiêu cơ bản của BHXH là thực thi chính sách xã hội, không nhằm mục đích kinh doanh. Cụ thể là: thay thế hoặc bù đắp cho người lao động những khoản thu nhập bị mất để đảm bảo nhu cầu sinh sống thiết yếu của họ và gia đình; chăm sóc sức khỏe và chống lại bệnh tật; bảo đảm điều kiện sống tối thiểu để người lao động không lâm vào cảnh túng quẫn, góp phần bảo đảm an sinh xã hội.

1.1.2 Các chế độ BHXH

- Kết cấu của chế độ BHXH

Chế độ BHXH được xác định bởi các yếu tố cơ bản là: đối tượng BHXH, rủi ro được BHXH, điều kiện, mức hưởng và thời gian hưởng trợ cấp.

• Đối tượng BHXH

Tùy theo từng nước và tùy từng chế độ BHXH mà có quy định về đối tượng khác nhau. Đối tượng BHXH được chia thành 2 nhóm: Đối tượng BHXH bắt buộc và đối tượng BHXH tự nguyện.

Đối tượng BHXH bắt buộc là những người lao động theo luật, sẽ phải đóng góp và được hưởng trợ cấp BHXH. Đối tượng tham gia BHXH bắt buộc thường là những người có quan hệ lao động, làm công ăn lương. Đối tượng BHXH tự nguyện là các đối tượng không thuộc diện đối tượng BHXH bắt buộc. Tùy thuộc vào chính sách BHXH của mỗi quốc gia mà đối tượng BHXH tự nguyện có thể mở rộng cho những nhóm đối tượng nào. Họ có thể tham gia BHXH tự nguyện với tất cả các chế độ BHXH hiện có ở quốc gia đó hoặc chỉ tham gia BHXH tự nguyện ở một hoặc một số chế độ BHXH nào đó.

• Rủi ro được BHXH

Các rủi ro có thể được bảo hiểm trong các chế độ BHXH là các rủi ro mang tính xã hội. Tức là chúng phổ biến trong đời sống của những người lao động, là những rủi ro tác động đến cuộc sống, sức khỏe, tính mạng người lao động tiêu biểu như: ốm đau, thai sản, tai nạn lao động - bệnh nghề nghiệp, tuổi già, tử vong, thất nghiệp...v.v. Các rủi ro BHXH nêu trên có thể phát sinh trong quá trình lao động hoặc trong đời

sống của người lao động. Tuy nhiên, không phải bất cứ "rủi ro xã hội" nào cũng được bảo hiểm mà phạm vi bảo đảm của hoạt động BHXH phụ thuộc vào điều kiện kinh tế - xã hội và khả năng tài chính của quỹ BHXH ở mỗi quốc gia.

- *Các điều kiện hưởng BHXH:*

Để ràng buộc giữa trách nhiệm, nghĩa vụ và quyền lợi của người tham gia BHXH và để hạn chế sự lạm dụng về BHXH, trong các chế độ BHXH đều quy định các điều kiện hưởng BHXH chặt chẽ. Việc quy định điều kiện hưởng BHXH ở từng quốc gia cũng khác nhau, xuất phát từ những cơ sở thiết lập khác nhau. Cơ sở của việc quy định điều kiện hưởng BHXH bao gồm: cơ sở nhân khẩu học, điều kiện lao động và môi trường lao động, điều kiện kinh tế - xã hội và quan hệ tài chính BHXH.

Cơ sở nhân khẩu học là một trong những căn cứ quan trọng để xác lập điều kiện hưởng của một chế độ BHXH. Ví dụ để xác định điều kiện tuổi đời của chế độ hưu trí thì cơ sở nhân khẩu học ở đây là khái niệm "già" của dân cư và của người lao động. Tuổi già để hưởng hưu trí của các nước, các vùng là khác nhau vì tuổi già sinh học có khác nhau. Có nước, 50-60 tuổi đã là tuổi nghỉ hưu, nhưng lại có nước cao hơn.

Song song với cơ sở nhân khẩu học, điều kiện lao động và môi trường lao động là một căn cứ rất quan trọng để xác lập điều kiện nghỉ hưởng BHXH. Điểm chung nhất của điều kiện lao động ảnh hưởng đến người lao động là suy giảm khả năng lao động của họ. Điều kiện lao động khác nhau sẽ có ảnh hưởng khác nhau tới khả năng lao động của người lao động. Cùng một độ tuổi như nhau, nhưng mức độ nặng nhọc khác nhau, tính chất của công việc khác nhau thì mức độ "già lao động" khác nhau. Đây là yếu tố có liên quan tới "tuổi thọ lao động" của người lao động. Khi xây dựng các điều kiện của chế độ BHXH, nhất là chế độ hưu trí, chế độ tai nạn lao động - bệnh nghề nghiệp cần chú ý điều kiện suy giảm khả năng lao động.

Ngoài các yếu tố sinh học và điều kiện lao động, khi xác định điều kiện hưởng BHXH, phải căn cứ vào điều kiện kinh tế - xã hội của quốc gia trong mỗi thời kỳ. Các điều kiện kinh tế - xã hội bao gồm:

Điều kiện tài chính BHXH là điều kiện tiên quyết để xác lập các điều kiện của một chế độ BHXH. Khi tính toán giữa các mức đóng góp và mức hưởng; thời gian đóng góp và thời gian hưởng, luôn phải thể hiện nguyên tắc cân bằng cân bằng thu - chi.

Từ đó, phải quy định thời hạn đóng BHXH tối thiểu (nhất là đối với các chế độ Bảo hiểm xã hội dài hạn).

- *Mức hưởng và thời hạn hưởng trợ cấp BHXH:*

Mức hưởng trợ cấp BHXH được quy định cho từng loại trợ cấp BHXH. Việc quy định mức hưởng trợ cấp BHXH dựa trên cơ sở các nguyên tắc căn bản sau:

- + Mức trợ cấp BHXH chỉ được xem là khoản bảo đảm chi tiêu, bảo đảm mức sống tối thiểu cho người hưởng trợ cấp.

- + Mức hưởng trợ cấp BHXH thấp hơn mức thu nhập làm căn cứ đóng BHXH lúc làm việc. Nguyên tắc này nhằm khuyến khích người lao động làm việc và không ỷ lại vào chế độ trợ cấp.

- + Mức hưởng trợ cấp BHXH thường có quan hệ tỷ lệ với mức thu nhập làm căn cứ đóng BHXH. Với cùng điều kiện so sánh, mức hưởng trợ cấp BHXH của người đóng BHXH nhiều hơn sẽ lớn hơn.

Về thời gian hưởng trợ cấp BHXH cũng không giống nhau ở các chế độ. Nhìn chung, trừ những chế độ trợ cấp BHXH có tính dài hạn, thời gian hưởng trợ cấp BHXH ngắn hạn thường căn cứ vào khoảng thời gian để người lao động có thể phục hồi được khả năng lao động hoặc tìm được việc làm.

- Các chế độ BHXH theo Công ước quốc tế 102

Tùy thuộc vào điều kiện cụ thể của từng nước mà chế độ BHXH bao gồm những nhánh nào trong số 9 nhánh của các chế độ BHXH theo Công ước quốc tế 102 (Convention No. 102/1952 - Concerning Minimum Standards of Social Security).

Ngày 28/6/1952, Tổ chức Lao động Quốc tế (ILO) đã thông qua Công ước số 102 về BHXH (qui phạm tối thiểu), tập hợp các chế độ BHXH đã có trên toàn thế giới bao gồm 9 nhánh chế độ:

1. Chăm sóc y tế
2. Trợ cấp ốm đau
3. Trợ cấp thai sản
4. Trợ cấp tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp
5. Trợ cấp thất nghiệp
6. Trợ cấp hưu trí

7. *Trợ cấp gia đình*

8. *Trợ cấp tàn tật*

9. *Chế độ tử tuất (trợ cấp mất người nuôi dưỡng)*

Tiếp sau Công ước 102 (1952), một loạt các Công ước và Khuyến nghị khác được ILO ban hành như: Công ước số 103 (1952-xét lại) và Khuyến nghị số 95 (1952) về bảo vệ thai sản; Công ước số 118 (1962) về đối xử bình đẳng đối với kiều dân và người trong nước; Công ước và Khuyến nghị số 121 (1964) về trợ giúp trong những trường hợp bị tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp; Công ước số 128 (1967) về trợ giúp lúc tàn tật tuổi già, mất người trụ cột gia đình; Công ước số 130 và Khuyến nghị 134 (1969) về chăm sóc y tế và trợ giúp lúc ốm đau; Khuyến nghị số 162 (1980) về người lao động cao tuổi; Công ước số 157 (1982) và Khuyến nghị số 167 (1983) về bảo lưu các quyền đảm bảo xã hội;... . Các Công ước và khuyến nghị này thực chất là sự phát triển xoay quanh các nội dung cốt lõi của Công ước 102 và xu hướng phát triển của hệ thống an sinh xã hội hiện đại là tiến tới sự bảo vệ phổ cập, mở rộng cho toàn thể cộng đồng bằng nhiều chế độ đa dạng.

1. 2 BẢO HIỂM XÃ HỘI Ở VIỆT NAM

Kỳ họp thứ 9, Quốc hội Khoá XI, nước cộng hoà xó hội chủ nghĩa Việt Nam đã thông qua Luật số: 71/2006/QH11: Luật bảo hiểm xó hội (trong mục này, từ Luật hàm ý chỉ Luật bảo hiểm xó hội).

Luật quy định về chế độ, chính sách bảo hiểm xó hội; quyền và trách nhiệm của người lao động, của cơ quan, tổ chức, cá nhân tham gia bảo hiểm xó hội; tổ chức bảo hiểm xó hội; quỹ bảo hiểm xó hội; thủ tục thực hiện bảo hiểm xó hội và quản lý nhà nước về bảo hiểm xó hội. Luật không áp dụng đối với bảo hiểm y tế, bảo hiểm tiền gửi và các loại bảo hiểm mang tính kinh doanh. Theo Luật, có những điểm đáng chú ý sau:

- Đối tượng áp dụng

1. Người lao động tham gia bảo hiểm xó hội bắt buộc là cộng dñn Việt Nam, bao gồm:

- a) Người làm việc theo hợp đồng lao động không xác định thời hạn, hợp đồng lao động có thời hạn từ đủ ba tháng trở lên;
- b) Cán bộ, công chức, viên chức;

c) Cụng nhõn quốck phũng, cụng nhõn cụng an;

d) Sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp quân đội nhân dân; sĩ quan, hạ sĩ quan nghiệp vụ, sĩ quan, hạ sĩ quan chuyên môn kỹ thuật công an nhân dân; người làm công tác cơ yếu hưởng lương như đối với quân đội nhân dân, công an nhân dân;

đ) Hạ sĩ quan, binh sĩ quân đội nhân dân và hạ sĩ quan, chiến sĩ công an nhân dân phục vụ có thời hạn;

e) Người làm việc có thời hạn ở nước ngoài mà trước đó đã đóng bảo hiểm xã hội bắt buộc.

2. Người sử dụng lao động tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc bao gồm cơ quan nhà nước, đơn vị sự nghiệp, đơn vị vũ trang nhân dân; tổ chức chính trị, tổ chức chính trị - xã hội, tổ chức chính trị xã hội - nghề nghiệp, tổ chức xã hội - nghề nghiệp, tổ chức xã hội khác; cơ quan, tổ chức nước ngoài, tổ chức quốc tế hoạt động trên lãnh thổ Việt Nam; doanh nghiệp, hợp tác xã, hộ kinh doanh cá thể, tổ hợp tác, tổ chức khác và cá nhân có thuê mướn, sử dụng và trả công cho người lao động.

3. Người lao động tham gia bảo hiểm thất nghiệp là công dân Việt Nam làm việc theo hợp đồng lao động hoặc hợp đồng làm việc mà các hợp đồng này không xác định thời hạn hoặc xác định thời hạn từ đủ mười hai tháng đến ba mươi sáu tháng với người sử dụng lao động quy định tại khoản 4.

4. Người sử dụng lao động tham gia bảo hiểm thất nghiệp là người sử dụng lao động quy định tại khoản 2 có sử dụng từ mười lao động trở lên.

5. Người tham gia bảo hiểm xã hội tự nguyện là công dân Việt Nam trong độ tuổi lao động, không thuộc quy định tại khoản 1.

6. Cơ quan, tổ chức, cá nhân có liên quan đến bảo hiểm xã hội.

- Các chế độ bảo hiểm xã hội

1. Bảo hiểm xã hội bắt buộc bao gồm các chế độ sau đây:

a) ốm đau;

b) Thai sản;

c) Tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp;

d) Hưu trí;

đ) Tử tuất.

2. Bảo hiểm xó hội tự nguyện bao gồm các chế độ sau đây:

- a) Hưu trí;
- b) Tử tuất.

3. Bảo hiểm thất nghiệp bao gồm các chế độ sau đây:

- a) Trợ cấp thất nghiệp;
- b) Hỗ trợ học nghề;
- c) Hỗ trợ tìm việc làm.

- Nguyên tắc bảo hiểm xó hội

1. Mức hưởng bảo hiểm xó hội được tính trên cơ sở mức đóng, thời gian đóng bảo hiểm xó hội và cú chia sẻ giữa những người tham gia bảo hiểm xó hội.

2. Mức đóng bảo hiểm xó hội bắt buộc, bảo hiểm thất nghiệp được tính trên cơ sở tiền lương, tiền công của người lao động. Mức đóng bảo hiểm xó hội tự nguyện được tính trên cơ sở mức thu nhập do người lao động lựa chọn nhưng mức thu nhập này không thấp hơn mức lương tối thiểu chung.

3. Người lao động vừa có thời gian đóng bảo hiểm xó hội bắt buộc vừa có thời gian đóng bảo hiểm xó hội tự nguyện được hưởng chế độ hưu trí và chế độ tử tuất trên cơ sở thời gian đóng bảo hiểm xó hội.

4. Quỹ bảo hiểm xó hội được quản lý thống nhất, dân chủ, công khai, minh bạch, được sử dụng đúng mục đích, được hạch toán độc lập theo các quỹ thành phần của bảo hiểm xó hội bắt buộc, bảo hiểm xó hội tự nguyện và bảo hiểm thất nghiệp.

- Quỹ bảo hiểm xó hội bắt buộc

+ *Nguồn hỡnh thành quỹ*

- 1. Người sử dụng lao động đóng theo quy định tại Điều 92 của Luật.
- 2. Người lao động đóng theo quy định tại Điều 91 của Luật.
- 3. Tiền sinh lời của hoạt động đầu tư từ quỹ.
- 4. Hỗ trợ của Nhà nước.
- 5. Các nguồn thu hợp pháp khác.

+ *Mức đóng và phương thức đóng của người lao động*

1. Hằng tháng, người lao động quy định tại các điểm a, b, c và d khoản 1 Điều 2 của Luật đóng bằng 5% mức tiền lương, tiền công vào quỹ hưu trí và tử tuất; từ năm 2010 trở đi, cứ hai năm một lần đóng thêm 1% cho đến khi đạt mức đóng là 8%.

2. Người lao động hưởng tiền lương, tiền công theo chu kỳ sản xuất, kinh doanh trong các doanh nghiệp nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp, diêm nghiệp thờ mức đóng bảo hiểm xó hội hằng tháng theo quy định tại khoản 1; phương thức đóng được thực hiện hằng tháng, hằng quý hoặc sáu tháng một lần.

3. Mức đóng và phương thức đóng của người lao động quy định tại điểm e khoản 1 Điều 2 của Luật do Chính phủ quy định.

+ *Mức đóng và phương thức đóng của người sử dụng lao động*

1. Hằng tháng, người sử dụng lao động đóng trên quỹ tiền lương, tiền công đóng bảo hiểm xó hội của người lao động quy định tại các điểm a, b, c và d khoản 1 Điều 2 của Luật như sau:

a) 3% vào quỹ ốm đau và thai sản; trong đó người sử dụng lao động giữ lại 2% để trả kịp thời cho người lao động đủ điều kiện hưởng chế độ quy định tại Mục 1 và Mục 2 Chương III của Luật và thực hiện quyết toán hằng quý với tổ chức bảo hiểm xó hội;

b) 1% vào quỹ tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp;

c) 11% vào quỹ hưu trí và tử tuất; từ năm 2010 trở đi, cứ hai năm một lần đóng thêm 1% cho đến khi đạt mức đóng là 14%.

2. Hằng tháng, người sử dụng lao động đóng trên mức lương tối thiểu chung đối với mỗi người lao động quy định tại điểm đ khoản 1 Điều 2 của Luật như sau:

a) 1% vào quỹ tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp;

b) 16% vào quỹ hưu trí và tử tuất; từ năm 2010 trở đi, cứ hai năm một lần đóng thêm 2% cho đến khi đạt mức đóng là 22%.

3. Người sử dụng lao động thuộc các doanh nghiệp nông nghiệp, lâm nghiệp, ngư nghiệp, diêm nghiệp trả lương theo chu kỳ sản xuất, kinh doanh thờ mức đóng hằng tháng theo quy định tại khoản 1; phương thức đóng được thực hiện hằng tháng, hằng quý hoặc sáu tháng một lần.

- Quỹ bảo hiểm xó hội tự nguyện

+ *Nguồn hữnh thành quỹ*

1. Người lao động đóng theo quy định tại Điều 100 của Luật.
2. Tiền sinh lời của hoạt động đầu tư từ quỹ.
3. Hỗ trợ của Nhà nước.
4. Các nguồn thu hợp pháp khác.

+ *Sử dụng quỹ*

1. Trả các chế độ bảo hiểm xó hội cho người lao động theo quy định tại Chương IV của Luật.
2. Đóng bảo hiểm y tế cho người tham gia bảo hiểm xó hội tự nguyện đang hưởng lương hưu.
3. Chi phớ quản lý.
4. Đầu tư để bảo toàn và tăng trưởng quỹ theo quy định tại Điều 96 và Điều 97 của Luật.

+ *Mức đóng và phương thức đóng của người lao động*

1. Mức đóng hằng tháng bằng 16% mức thu nhập người lao động lựa chọn đóng bảo hiểm xó hội; từ năm 2010 trở đi, cứ hai năm một lần đóng thêm 2% cho đến khi đạt mức đóng là 22%.

Mức thu nhập làm cơ sở để tính đóng bảo hiểm xó hội được thay đổi tùy theo khả năng của người lao động ở từng thời kỳ, nhưng thấp nhất bằng mức lương tối thiểu chung và cao nhất bằng hai mươi tháng lương tối thiểu chung.

2. Người lao động được chọn một trong các phương thức đóng sau đây:

- a) Hằng tháng;
- b) Hằng quý;
- c) Sáu tháng một lần.

- **Quỹ bảo hiểm thất nghiệp**

+ *Nguồn hữnh thành quỹ*

1. Người lao động đóng bằng 1% tiền lương, tiền công tháng đóng bảo hiểm thất nghiệp.
2. Người sử dụng lao động đóng bằng 1% quỹ tiền lương, tiền công tháng đóng bảo hiểm thất nghiệp của những người lao động tham gia bảo hiểm thất nghiệp.

3. Hằng tháng, Nhà nước hỗ trợ từ ngân sách bằng 1% quỹ tiền lương, tiền công tháng đóng bảo hiểm thất nghiệp của những người lao động tham gia bảo hiểm thất nghiệp và mỗi năm chuyển một lần.

4. Tiền sinh lời của hoạt động đầu tư từ quỹ.

5. Các nguồn thu hợp pháp khác.

+ *Sử dụng quỹ*

1. Trả trợ cấp thất nghiệp.

2. Hỗ trợ học nghề.

3. Hỗ trợ tìm việc làm.

4. Đóng bảo hiểm y tế cho người hưởng trợ cấp thất nghiệp.

5. Chi phí quản lý.

6. Đầu tư để bảo toàn và tăng trưởng quỹ theo quy định tại Điều 96 và Điều 97 của Luật.

2. BẢO HIỂM Y TẾ (BHYT)

- Đối tượng tham gia bảo hiểm y tế

1. Người lao động làm việc theo hợp đồng lao động không xác định thời hạn, hợp đồng lao động có thời hạn từ đủ 3 tháng trở lên theo quy định của pháp luật về lao động; người lao động là người quản lý doanh nghiệp hưởng tiền lương, tiền công theo quy định của pháp luật về tiền lương, tiền công; cán bộ, công chức, viên chức theo quy định của pháp luật (sau đây gọi chung là người lao động).

2. Sĩ quan, hạ sĩ quan nghiệp vụ và sĩ quan, hạ sĩ quan chuyên môn, kỹ thuật đang công tác trong lực lượng Công an nhân dân.

3. Người hưởng lương hưu, trợ cấp mất sức lao động hằng tháng.

4. Người đang hưởng trợ cấp bảo hiểm xó hội hằng tháng do bị tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp.

5. Người đó thui hưởng trợ cấp mất sức lao động đang hưởng trợ cấp hằng tháng từ ngân sách nhà nước.

6. Cón bộ xó, phường, thị trấn đó nghỉ việc đang hưởng trợ cấp bảo hiểm xó hội hằng tháng.

7. Cản bộ xó, phường, thị trấn đó nghỉ việc đang hưởng trợ cấp từ ngân sách nhà nước hằng tháng.
8. Người đang hưởng trợ cấp thất nghiệp.
9. Người có công với cách mạng.
10. Cựu chiến binh theo quy định của pháp luật về cựu chiến binh.
11. Người trực tiếp tham gia kháng chiến chống Mỹ cứu nước theo quy định của Chính phủ.
12. Đại biểu Quốc hội, đại biểu Hội đồng nhân dân các cấp đương nhiệm.
13. Người thuộc diện hưởng trợ cấp bảo trợ xã hội hằng tháng theo quy định của pháp luật.
14. Người thuộc hộ gia đình nghèo; người dân tộc thiểu số đang sinh sống tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, đặc biệt khó khăn.
15. Thân nhân của người có công với cách mạng theo quy định của pháp luật về ưu đãi người có công với cách mạng.
16. Thân nhân của các đối tượng sau đây theo quy định của pháp luật về sĩ quan Quân đội nhân dân, nghĩa vụ quân sự, Công an nhân dân và cơ yếu:
 - a) Sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp thuộc Quân đội nhân dân đang tại ngũ; hạ sĩ quan, binh sĩ đang phục vụ trong Quân đội nhân dân;
 - b) Sĩ quan, hạ sĩ quan nghiệp vụ và sĩ quan, hạ sĩ quan chuyên môn, kỹ thuật đang công tác trong lực lượng Công an nhân dân; hạ sĩ quan, chiến sĩ Công an nhân dân phục vụ có thời hạn;
 - c) Sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp đang làm công tác cơ yếu tại Ban Cơ yếu Chính phủ và người đang làm công tác cơ yếu hưởng lương theo bảng lương cấp bậc quân hàm sĩ quan Quân đội nhân dân và bảng lương quân nhân chuyên nghiệp thuộc Quân đội nhân dân nhưng không phải là quân nhân, công an nhân dân.
17. Trẻ em dưới 6 tuổi.
18. Người đó hiến bộ phận cơ thể người theo quy định của pháp luật về hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến, lấy xác.
19. Người nước ngoài đang học tập tại Việt Nam được cấp học bổng từ ngân sách của Nhà nước Việt Nam.

20. Người thuộc hộ gia đình cận nghèo.
21. Học sinh, sinh viên.
22. Người thuộc hộ gia đình làm nung nghiệp, lôm nghiệp, ngư nghiệp và diêm nghiệp.
23. Thân nhân của người lao động quy định tại khoản 1 Điều này mà người lao động có trách nhiệm nuôi dưỡng và sống trong cùng hộ gia đình.
24. Xó vườn hợp tác xó, hộ kinh doanh cỡ nhỏ.
25. Các đối tượng khác theo quy định của Chính phủ.

- Mức đóng và trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế

+ Mức đóng và trách nhiệm đóng bảo hiểm y tế được quy định như sau:

- a) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại khoản 1 và khoản 2 (nói trên) tối đa bằng 6% mức tiền lương, tiền công tháng của người lao động, trong đó người sử dụng lao động đóng 2/3 và người lao động đóng 1/3. Trong thời gian người lao động nghỉ việc hưởng chế độ thai sản khi sinh con hoặc nuôi con nuôi dưới 4 tháng tuổi theo quy định của pháp luật về bảo hiểm xó hội thì người lao động và người sử dụng lao động không phải đóng bảo hiểm y tế nhưng vẫn được tính vào thời gian tham gia bảo hiểm y tế liên tục để hưởng chế độ bảo hiểm y tế;
- b) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại khoản 3 (nói trên) tối đa bằng 6% mức lương hưu, trợ cấp mất sức lao động và do tổ chức bảo hiểm xó hội đóng;
- c) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại các khoản 4, 5 và 6 (nói trên) tối đa bằng 6% mức lương tối thiểu và do tổ chức bảo hiểm xó hội đóng;
- d) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại khoản 8 (nói trên) tối đa bằng 6% mức trợ cấp thất nghiệp và do tổ chức bảo hiểm xó hội đóng;
- đ) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại các khoản 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 và 18 (nói trên) tối đa bằng 6% mức lương tối thiểu và do ngân sách nhà nước đóng;
- e) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại khoản 19 (nói trên) tối đa bằng 6% mức lương tối thiểu và do cơ quan, tổ chức, đơn vị cấp học bổng đóng;
- g) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại các khoản 20, 21 và 22 (nói trên) tối đa bằng 6% mức lương tối thiểu và do đối tượng đóng;

Ngân sách nhà nước hỗ trợ một phần mức đóng bảo hiểm y tế cho đối tượng quy định tại khoản 20 và khoản 21 (nói trên) và đối tượng quy định tại khoản 22 (nói trên) mà có mức sống trung bình;

h) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại khoản 23 (nói trên) tối đa bằng 6% mức lương tối thiểu và do người lao động đóng;

i) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại khoản 24 (nói trên) tối đa bằng 6% mức lương tối thiểu và do đối tượng đóng;

k) Mức đóng hằng tháng của đối tượng quy định tại khoản 25 (nói trên) tối đa bằng 6% mức lương tối thiểu.

+ Chính phủ quy định cụ thể mức đóng, mức hỗ trợ quy định.

- Quyền lợi bảo hiểm y tế

Người tham gia bảo hiểm y tế được quỹ bảo hiểm y tế chi trả các chi phí sau đây:

a) Khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng, khám thai định kỳ, sinh con;

b) Khám bệnh để sàng lọc, chẩn đoán sớm một số bệnh;

c) Vận chuyển người bệnh từ tuyến huyện lên tuyến trên đối với đối tượng quy định tại các khoản 9, 13, 14, 17 và 20 (nói trên) trong trường hợp cấp cứu hoặc khi đang điều trị nội trú phải chuyển tuyến chuyên môn kỹ thuật.

+ Mức hưởng bảo hiểm y tế

1. Người tham gia bảo hiểm y tế khi đi khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại các điều 26, 27 và 28 của Luật Bảo hiểm y tế thì được quỹ bảo hiểm y tế thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng như sau:

a) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với đối tượng quy định tại các khoản 2, 9 và 17 (nói trên);

b) 100% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp chi phí cho một lần khám bệnh, chữa bệnh thấp hơn mức do Chính phủ quy định và khám bệnh, chữa bệnh tại tuyến xó;

c) 95% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với đối tượng quy định tại các khoản 3, 13 và 14 (nói trên);

d) 80% chi phí khám bệnh, chữa bệnh đối với các đối tượng khác.

- Các trường hợp không được hưởng bảo hiểm y tế

1. Chi phí trong trường hợp quy định tại khoản 1 Điều 21, Luật Bảo hiểm y tế đó được ngân sách nhà nước chi trả.

2. Điều dưỡng, an dưỡng tại cơ sở điều dưỡng, an dưỡng.

3. Khám sức khỏe.

4. Xét nghiệm, chẩn đoán thai không nhằm mục đích điều trị.

5. Sử dụng kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, nạo hút thai, phá thai, trừ trường hợp phải đình chỉ thai nghén do nguyên nhân bệnh lý của thai nhi hay của sản phụ.

6. Sử dụng dịch vụ thẩm mỹ.

7. Điều trị lác, cận thị và tật khúc xạ của mắt.

8. Sử dụng vật tư y tế thay thế bao gồm chân tay giả, mắt giả, răng giả, kính mắt, máy trợ thính, phương tiện trợ giúp vận động trong khám bệnh, chữa bệnh và phục hồi chức năng.

9. Khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng đối với bệnh nghề nghiệp, tai nạn lao động, thảm họa.

10. Khám bệnh, chữa bệnh trong trường hợp tự tử, tự gây thương tích.

11. Khám bệnh, chữa bệnh nghiện ma túy, nghiện rượu hoặc chất gây nghiện khác.

12. Khám bệnh, chữa bệnh tổn thương về thể chất, tinh thần do hành vi vi phạm pháp luật của người đó gây ra.

13. Giám định y khoa, giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần.

14. Tham gia thử nghiệm lâm sàng, nghiên cứu khoa học.

3. BẢO HIỂM TIỀN GỬI (BHTG)

3.1. KHÁI QUÁT VỀ BẢO HIỂM TIỀN GỬI

Bảo hiểm tiền gửi là loại bảo hiểm được thực hiện bởi tổ chức bảo hiểm mà thành viên tham gia bảo hiểm là các tổ chức hoạt động ngân hàng nhằm bảo đảm (có giới hạn) cho những khoản tiền gửi trong trường hợp mất khả năng thanh toán của các tổ chức thành viên.

- Tổ chức bảo hiểm tiền gửi

Tổ chức thành lập với chức năng bảo hiểm tiền gửi và các chức năng khác theo quy định của pháp luật. Các chức năng cơ bản theo thông lệ quốc tế bao gồm: thu phí bảo hiểm, và chi trả tiền gửi được bảo hiểm; chấp thuận hoặc chấm dứt bảo hiểm tiền gửi theo nguyên tắc nhất định; quyết định cơ chế tính phí hoặc xây dựng và đệ trình lên cơ quan giám sát tài chính quyết định; tiếp cận nguồn tài chính bổ sung từ Nhà nước; quản lý, đầu tư quỹ bảo hiểm tích lũy; giám sát rủi ro và thu thập, kiểm tra thông tin về các tổ chức tham gia bảo hiểm tiền gửi; can thiệp vào việc lựa chọn giải pháp và triển khai hỗ trợ tài chính hoặc tiếp nhận xử lý; giải quyết khủng hoảng với tư cách là thành viên mạng an toàn tài chính quốc gia.

Từ khi thế giới cũn chưa hõnh thành khõ niệm BHTG thờ ở Mỹ đó tồn tại nhiều hõnh thức bảo vệ tiền gửi, trong đó chủ yếu nhất là hõnh thức "bảo vệ ngầm". "Bảo vệ ngầm" là việc [Ngân hàng Trung Ương](#) hoặc Chính phủ có cam kết (không công khai) sẽ bảo đảm hoàn trả tiền gửi cho người gửi tiền nếu có hiện tượng đóng cửa ngân hàng hoặc ngân hàng đó không có khả năng thanh toán cho người gửi tiền. Đến nay, một số quốc gia vẫn cũn tồn tại hõnh thức bảo vệ ngầm.

Xuất phát từ hoạt động "bảo vệ ngầm" mà hõnh thức "bảo vệ cụng khai" ra đời. Bảo hiểm tiền gửi là chính sách bảo đảm tất cả hoặc một phần tiền gửi cùng tiền lỏi nhập gốc tròn tài khoản sẽ được thanh toán cho người gửi tiền theo cơ chế hợp đồng hoặc cam kết công khai. Bảo vệ tiền gửi công khai xuất hiện đầu tiên ở New York năm 1829 với tên gọi "Chương trình bảo hiểm trõch nhiệm Ngõn hàng".

Tiếp theo từ 1831-1858, 6 bang ở Mỹ đã thành lập các tổ chức bảo hiểm tiền gửi với mục đích bảo vệ các ngân hàng sắp đổ bể và bảo vệ người gửi tiền cá thể, người giữ các công cụ huy động tiền gửi, nhưng đến năm 1870 cả 6 tổ chức này bị đóng cửa.

Giai đoạn tiếp theo 1908-1930, bảo hiểm tiền gửi lại tiếp tục được thành lập ở 8 bang khác. Trong 8 tổ chức bảo hiểm tiền gửi này có bốn tổ chức quy định bảo hiểm tiền gửi là bắt buộc, 2 tổ chức quy định tự chọn và 2 tổ chức cũn lại quy định tính chất bắt buộc tùy thuộc vào từng đối tượng và từng thời điểm. Đến năm 1930 cả 8 tổ chức trên đều bị đóng cửa do ảnh hưởng của cuộc khủng hoảng kinh tế lớn (1929-1933) làm cho nhiều ngân hàng bị [phá sản](#) dẫn đến các tổ chức bảo hiểm tiền gửi mất khả năng thanh toán.

Những năm đầu 1930, đặc biệt là giai đoạn 1930-1934, tởnh hõnh ngày càng trở nên khó khăn. Mỗi năm có hơn 1000 ngân hàng ngừng hoạt động. Riêng năm 1933 có tới 4000 ngân hàng lâm vào tởnh trạng phỏ sản. Trước tởnh hõnh đó, tháng 1/1934, tổ chức bảo hiểm tiền gửi liên bang Mỹ ra đời, đó là Federal Deposit Insurance Corporation (FDIC). Đây là tổ chức có thời gian hoạt động lâu dài nhất thế giới. Vốn của FDIC do Kho bạc Mỹ đóng góp 150 triệu USD và 12 Ngân hàng nhà nước Liên bang đóng góp 130 triệu USD. Đối tượng bắt buộc tham gia bảo hiểm tiền gửi là tất cả các ngân hàng quốc gia, ngân hàng được cấp giấy phép của các bang, các tổ chức tiết kiệm ở Mỹ cũn đối tượng không bắt buộc là các ngân hàng Mỹ đăng ký hoạt động ở nước ngoài. Ngay từ khi mới thành lập, FDIC đã cú 13.021 ngỏn hàng và 214 tổ chức tiết kiệm tham gia bảo hiểm tiền gửi.

Khi mới thành lập các ngân hàng tham gia bảo hiểm tiền gửi phải nộp một mức phí hàng năm như nhau là 1% số dư tiền gửi thuộc phạm vi bảo hiểm nhưng chỉ phải trả trước một nửa mức phí, phần cũn lại là đóng khi FDIC yêu cầu. Đến năm 1935 do luật Ngân hàng mới ra đời làm thay đổi mức phí cũn 1/12 của 1% tổng số dư tiền gửi tương đương với 8,3 cent phí BHTG cho 100 USD tiền gửi huy động và năm 1950 giảm xuống cũn 3,7 cent/100 USD tiền gửi. Sau đó tiếp tục giảm xuống cũn 3,1 cent/100 USD tiền gửi. Sau năm 1980 nhiều ngân hàng đổ bể, mức phí bảo hiểm tiền gửi lại lên tới 8,7 cent/100 USD tiền gửi. Từ tháng 1/1993, FDIC áp dụng cách tính tỷ lệ phí bảo hiểm tiền gửi có phân biệt theo mức độ rủi ro của các tổ chức tham gia bảo hiểm tiền gửi (dao động từ 0.001% đến 0,27% tổng số dư tiền gửi thuộc phạm vi bảo hiểm)

Trên thế giới, theo Hiệp hội bảo hiểm tiền gửi Quốc tế - International Association of Deposit Insurers (IADI), vào thời điểm tháng 6 năm 2006, có 118 nước có hệ thống bảo hiểm tiền gửi hoạt động (95 đang hoạt động; 11 chờ xử lý pending; 12 đang có kế hoạch hoặc đang được nghiên cứu nghiêm túc planned or under serious study). Có những nước có số lượng nhiều hơn 1 tổ chức bảo hiểm tiền gửi đang hoạt động như: Canada, Germany, Italy, United States. Mặt khác, một tổ chức bảo hiểm tiền gửi có thể có phạm vi hoạt động không phải chỉ ở 1 nước như: Marshall Islands, Micronesia và Puerto Rico đang được bảo hiểm bởi US Federal Deposit Insurance Corporation.

Ở Việt nam, tổ chức Bảo hiểm tiền gửi Việt Nam (tên giao dịch quốc tế là Deposit Insurance of Viet Nam - DIV) ra đời tháng 7/2000, là một tổ chức tài chính nhà nước do nhà nước thành lập, cấp vốn, hoạt động không vì mục tiêu lợi nhuận, trên cơ sở bảo đảm an toàn vốn và tự bù đắp chi phí.

- Đối tượng bảo hiểm

Đối tượng bảo hiểm thường bị quan niệm là các khoản tiền gửi, tuy nhiên nếu xét về bản chất thì đây là loại bảo hiểm cho trách nhiệm hoàn trả của tổ chức tiến hành hoạt động ngân hàng đối với các khoản tiền gửi thuộc phạm vi bảo hiểm. Tùy theo quy định ở từng quốc gia mà chủng loại tiền gửi thuộc phạm vi bảo hiểm có thể khác nhau. Ở Việt nam hiện nay, bao gồm: các khoản tiền gửi được bảo hiểm là tiền gửi bằng đồng Việt Nam của cá nhân - tiền gửi tiết kiệm không kỳ hạn, tiền gửi tiết kiệm có kỳ hạn; tiền gửi không kỳ hạn, có kỳ hạn bao gồm cả tiền gửi trên tài khoản cá nhân; tiền mua các chứng chỉ tiền gửi và các trái phiếu ghi danh do cơ quan nhà nước có thẩm quyền cho phép tổ chức tham gia bảo hiểm tiền gửi phát hành. Các loại chứng chỉ tiền gửi và các trái phiếu vô danh do tổ chức tham gia bảo hiểm tiền gửi phát hành không thuộc phạm vi bảo hiểm bảo hiểm.

- Tổ chức tham gia bảo hiểm tiền gửi (người tham gia bảo hiểm) và người được hưởng quyền lợi bảo hiểm

Người tham gia bảo hiểm: bảo hiểm tiền gửi ở các nước thường được quy định là loại bảo hiểm bắt buộc và luật pháp có quy định về nghĩa vụ tham gia bảo hiểm cho các loại đối tượng nhất định. Ở Việt nam hiện nay, các tổ chức tín dụng, tổ chức không phải là tổ chức tín dụng được phép thực hiện một số hoạt động ngân hàng theo qui định của

Luật các tổ chức tín dụng có nhận tiền gửi bằng đồng Việt Nam của các cá nhân bắt buộc phải tham gia bảo hiểm tiền gửi. Tổ chức tham gia bảo hiểm có nghĩa vụ nộp phí bảo hiểm cho tổ chức bảo hiểm tiền gửi (trên tổng số dư tiền gửi) theo tỉ lệ quy định. Người được hưởng quyền lợi bảo hiểm là người sở hữu các khoản tiền gửi được bảo hiểm.

3.2 BẢO HIỂM TIỀN GỬI VIỆT NAM

Bảo hiểm tiền gửi Việt Nam thành lập theo Quyết định số 218/1999/QĐ-TTg ngày 09 tháng 11 năm 1999 của Thủ tướng Chính phủ, là tổ chức tài chính nhà nước hoạt động không vì mục tiêu lợi nhuận, bảo đảm an toàn vốn và tự bù đắp chi phí, được Nhà nước cấp vốn điều lệ, được miễn nộp các loại thuế.

Bảo hiểm tiền gửi Việt Nam ra đời vào giai đoạn hệ thống Quỹ tín dụng nhân dân tuy đạt một số kết quả nhất định nhưng cũng đó bộc lộ những yếu kém, khiếm khuyết gây mất an toàn trong hoạt động. Tại thời điểm này có gần tới 40% số Quỹ tín dụng nhân dân hoạt động yếu kém (trong đó có khoảng 17% thua lỗ kéo dài không đủ khả năng tồn tại và phát triển thường xuyên đối mặt với nguy cơ đổ vỡ, phá sản)

Tháng 1 năm 2001, Bảo hiểm tiền gửi Việt Nam đã thực hiện thanh toán chi trả tiền bảo hiểm cho người gửi tiền ở Quỹ tín dụng nhân dân Rạch Sỏi là đơn vị đầu tiên bị thu hồi giấy phép hoạt động có trụ sở tại Kiên Giang (là tỉnh trọng điểm có toàn bộ 45 Quỹ tín dụng nhân dân hoạt động yếu kém, trong đó có 15 Quỹ tín dụng nhân dân có nguy cơ mất khả năng thanh toán buộc phải thu hồi giấy phép hoạt động). Tháng 2/2003 Bảo hiểm tiền gửi Việt Nam chính thức gia nhập Hiệp hội bảo hiểm tiền gửi Quốc tế.

Hiện nay, văn bản có giá trị pháp lý cao nhất trực tiếp điều chỉnh hoạt động bảo hiểm tiền gửi ở Việt Nam là nghị định (Nghị định 89/1999/NĐ-CP ngày 1/9/1999 về bảo hiểm tiền gửi và Nghị định 109/2005/NĐ-CP ngày 24/8/2005 về việc sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định 89)

Theo quy định, bất cứ một tổ chức nào có hoạt động huy động tiền gửi của dân cư (trừ ngân hàng chính sách hoặc tiết kiệm bưu điện) đều bắt buộc phải tham gia bảo hiểm tiền gửi và phải đóng phí trên tổng số dư tiền gửi theo tỉ lệ do pháp luật quy định.

Trong trường hợp các ngân hàng lâm vào hoàn cảnh khó khăn, giải thể, phá sản, cơ quan bảo hiểm tiền gửi có thể hỗ trợ bằng cách cho vay, bảo lónh, mua lại nợ của các

đơn vị này. Đối với các trường hợp bị cơ quan nhà nước có thẩm quyền xác định là không có khả năng thanh toán được các khoản nợ đến hạn, bảo hiểm tiền gửi sẽ có trách nhiệm chi trả tiền bảo hiểm cho người gửi tiền.

Trong trường hợp vốn hoạt động của tổ chức bảo hiểm tiền gửi tạm thời không đủ để hỗ trợ các ngân hàng gặp khó khăn hoặc để chi trả tiền bảo hiểm cho người gửi tiền, cơ quan bảo hiểm tiền gửi có thể vay hoặc tiếp nhận vốn hỗ trợ đặc biệt của Chính phủ, phát hành trái phiếu hay vay của tổ chức tín dụng hoặc tổ chức khác có bảo lãnh của Chính phủ.

Mục đích cơ bản của bảo hiểm tiền gửi là: bảo vệ quyền và lợi ích hợp pháp của người gửi tiền, góp phần duy trì sự ổn định của các tổ chức tín dụng, bảo đảm sự phát triển an toàn lành mạnh hoạt động ngân hàng, góp phần tạo sự yên tâm cho những người gửi tiền vào các ngân hàng thương mại và tổ chức tín dụng.

Chức năng cơ bản của bảo hiểm tiền gửi là hỗ trợ và giám sát. Bảo hiểm tiền gửi hỗ trợ các tổ chức tín dụng bằng việc cho vay hỗ trợ để chi trả tiền gửi được bảo hiểm, bảo lãnh cho các khoản vay đặc biệt để có nguồn chi trả tiền gửi được bảo hiểm, mua lại nợ trong những trường hợp cần thiết.

Cùng với việc thực hiện chức năng hỗ trợ, bảo hiểm tiền gửi còn giúp cho cơ quan quản lý nhà nước (trực tiếp là Ngân hàng Nhà nước Việt Nam) giám sát việc huy động và sử dụng vốn của các đơn vị tham gia bảo hiểm tiền gửi. BHTG xây dựng các quy chế, quy trình nghiệp vụ để có thể giám sát từ xa và kiểm tra tại chỗ; các tổ chức tín dụng tham gia bảo hiểm tiền gửi phải báo cáo Bảo hiểm tiền gửi về tình hình huy động vốn. Qua báo cáo kết quả kinh doanh và việc thực hiện nộp phí BHTG có thể nắm bắt biến động vốn tự có, việc đảm bảo quy định tỉ lệ an toàn vốn tối thiểu; tỉ lệ nợ quá hạn, khó đòi và sử dụng dự phòng rủi ro... Dựa trên các số liệu được cung cấp, Bảo hiểm tiền gửi có thể thấy được thực trạng tình hình kinh doanh của các tổ chức tín dụng, sớm phát hiện các vi phạm trong thực hiện quy chế của Nhà nước về BHTG, các quy định về an toàn hoạt động ngân hàng, những tổ chức tín dụng có dấu hiệu mất khả năng an toàn về vốn, từ đó đưa ra các cảnh báo sớm đối với tổ chức tín dụng và các cơ quan quản lý Nhà nước.

Để có thể thực hiện các chức năng trên, điều 9, mục II, chương II Điều lệ về tổ chức và hoạt động của Bảo hiểm tiền gửi Việt nam đã quy định về quyền của Bảo hiểm tiền gửi Việt nam như sau:

- ☐ Quản lý, sử dụng vốn điều lệ, vốn bổ sung từ nguồn thu phí của các tổ chức tham gia bảo hiểm tiền gửi và nguồn vốn tiếp nhận, đi vay theo quy định.
- ☐ Chuyển nhượng, cho thuê, thế chấp, cầm cố tài sản thuộc quyền quản lý theo quy định pháp luật.
- ☐ Yêu cầu các tổ chức tham gia bảo hiểm tiền gửi cung cấp tài liệu, thông tin, báo cáo về tình hình hoạt động, kinh doanh theo định kỳ hay đột xuất; thực hiện các biện pháp chấn chỉnh vi phạm các quy định về an toàn trong hoạt động ngân hàng và nguy cơ mất khả năng chi trả.
- ☐ Kiểm tra định kỳ hoặc đột xuất việc chấp hành các quy định về an toàn trong hoạt động của tổ chức tham gia bảo hiểm tiền gửi.
- ☐ Kiến nghị với Ngân hàng Nhà nước có biện pháp xử lý đối với các tổ chức tham gia bảo hiểm tiền gửi vi phạm các quy định về an toàn trong hoạt động ngân hàng có nguy cơ mất khả năng chi trả.
- ☐ Chấm dứt bảo hiểm tiền gửi đối với tổ chức tham gia bảo hiểm tiền gửi vi phạm quy định tại khoản 1, Điều 10, Nghị định số 89/1999/NĐ - CP ngày 01 tháng 9 năm 1999 của Chính phủ về bảo hiểm tiền gửi.
- ☐ Tham gia quản lý, thanh lý tài sản của tổ chức tham gia bảo hiểm tiền gửi bị phá sản.
- ☐ Kiến nghị với các cơ quan Nhà nước có thẩm quyền trong việc xây dựng, sửa đổi, bổ sung các chủ trương, chính sách về bảo hiểm tiền gửi.
- ☐ Hợp tác với các tổ chức trong và ngoài nước nhằm tăng cường năng lực hoạt động của Bảo hiểm tiền gửi Việt Nam và của tổ chức tham gia bảo hiểm tiền gửi.
- ☐ Tuyển chọn, thuê mướn, bố trí, sử dụng, đào tạo lao động, lựa chọn hình thức trả lương, thưởng và thực hiện các quyền khác theo quy định của pháp luật.
- ☐ Thực hiện các quyền hạn khác theo quy định của pháp luật.

- Đặc điểm hoạt động của Bảo hiểm tiền gửi Việt nam

+ *Đối tượng tham gia Bảo hiểm tiền gửi Việt nam*: Các tổ chức tín dụng và tổ chức không phải là tổ chức tín dụng được phép thực hiện một số hoạt động ngân hàng quy định của Luật các tổ chức tín dụng có nhận tiền gửi của cá nhân phải tham gia bảo hiểm tiền gửi bắt buộc

+ ***Giới hạn trách nhiệm bảo hiểm***: Số tiền bảo hiểm được trả cho tất cả các khoản tiền gửi (gồm cả gốc và lãi) của một cá nhân tại một tổ chức tham gia bảo hiểm tiền gửi được điều chỉnh theo quyết định của Thủ tướng Chính phủ, hiện nay theo Nghị định 109 - sửa đổi bổ sung một số điều của Nghị định 89 về bảo hiểm tiền gửi tối đa là 50 triệu VND. Nếu số tiền gửi (gồm cả gốc và lãi) vượt quá mức 50 triệu đồng, khách hàng sẽ được nhận phần tài sản còn lại của mình trong quá trình thanh lý ngân hàng.

+ *Các loại tiền gửi được bảo hiểm*:

- ☐ Tiền gửi tiết kiệm có kỳ hạn, không kỳ hạn
- ☐ Tiền gửi không kỳ hạn, có kỳ hạn bao gồm cả tiền gửi trên tài khoản cá nhân
- ☐ Tiền mua các chứng chỉ tiền gửi và các trái phiếu ghi danh do các cơ quan nhà nước có thẩm quyền cho phép tổ chức tham gia BHTG phát hành

+ *Phí bảo hiểm*. Tổ chức tham gia bảo hiểm tiền gửi phải nộp phí bảo hiểm tiền gửi (theo mức 0,15 %/năm) tính trên số dư tiền gửi bình quân của các cá nhân tại tổ chức tham gia bảo hiểm tiền gửi, mức phí được điều chỉnh theo quyết định của Thủ tướng Chính phủ trên cơ sở đề nghị của BHTG và ý kiến của NHNN và Bộ tài chính

Phí bảo hiểm tiền gửi được tính và nộp làm 4 kỳ trong một năm theo các quý. Cơ sở tính phí bảo hiểm tiền gửi là số dư các loại tiền gửi thuộc đối tượng bảo hiểm của quý trước sát với quý thu phí bảo hiểm tiền gửi.

Công thức tính phí:

$$P = \frac{S_0 + S_3}{2} + S_1 + S_2 \times \frac{0,15}{100 \times 4}$$

Trong đó:

-> P là số phí BHTG phải nộp trong một quý

-> S_0 là số dư tiền gửi thuộc đối tượng bảo hiểm đầu tháng thứ nhất của quý trước sát với quý thu phí BHTG

-> S_1, S_2, S_3 là số dư tiền gửi thuộc đối tượng bảo hiểm ở cuối các tháng thứ nhất, thứ hai, thứ ba của quý trước sát với quý thu phí BHTG

0,15

-> ----- là tỷ lệ phí BHTG phải nộp cho một quý trong năm
 100×4

+ **Các hoạt động nghiệp vụ của BHTG**

- ☐ Thu phí bảo hiểm tiền gửi của các tổ chức tham gia bảo hiểm tiền gửi theo quy định
- ☐ Chi trả các khoản tiền gửi được bảo hiểm cho người gửi tiền trong phạm vi mức bảo hiểm tối đa theo quy định. Việc chi trả của Bảo hiểm tiền gửi Việt nam được thực hiện như sau:
 - + Khi các tổ chức tham gia bảo hiểm tiền gửi bị cơ quan nhà nước có thẩm quyền có văn bản chấm dứt hoạt động và tổ chức đó mất khả năng thanh toán, Bảo hiểm tiền gửi Việt nam có trách nhiệm chi trả tiền gửi được bảo hiểm của người gửi tiền
 - + Trường hợp tổ chức tham gia bảo hiểm tiền gửi bị phá sản thì Bảo hiểm tiền gửi Việt nam trở thành chủ nợ đối với tổ chức tham gia bảo hiểm tiền gửi đó với số tiền mà Bảo hiểm tiền gửi Việt nam đã chi trả cho người gửi tiền. Bảo hiểm tiền gửi Việt nam được quyền tham gia quá trình quản lý và thanh lý tài sản của tổ chức tham gia bảo hiểm tiền gửi theo quy định của luật phá sản.
- ☐ Theo dõi, giám sát và kiểm tra việc chấp hành các quy định của Chính phủ về Bảo hiểm tiền gửi và các quy định về an toàn trong hoạt động của các tổ chức tham gia bảo hiểm tiền gửi
- ☐ Cho vay hỗ trợ, bảo lãnh cho tổ chức tham gia bảo hiểm tiền gửi vay vốn để có nguồn chi trả tiền gửi và mua lại nợ của tổ chức tham gia bảo hiểm tiền gửi trong trường hợp khoản nợ đó có tài sản bảo đảm.

- Vay vốn của các tổ chức tín dụng và tổ chức khác để giải quyết khó khăn tạm thời về vốn hoạt động. Trong trường hợp cần thiết việc vay vốn này được thực hiện với sự bảo lãnh của Chính phủ.
- Tiếp nhận các nguồn tài trợ của các tổ chức, cá nhân trong và ngoài nước để tăng cường năng lực hoạt động.
- Trong trường hợp đặc biệt, khi gặp khó khăn về vốn hoạt động, được vay hoặc tiếp nhận nguồn vốn hỗ trợ đặc biệt của Nhà nước.
- Được mua trái phiếu Chính phủ; trái phiếu, tín phiếu Ngân hàng Nhà nước hoặc tổ chức tín dụng nhà nước; gửi tiền tại Kho bạc Nhà nước, Ngân hàng Nhà nước Việt Nam hoặc tổ chức tín dụng nhà nước nhằm đảm bảo an toàn vốn, bảo tồn vốn, bù đắp chi phí. Việc sử dụng vốn nhàn rỗi để đầu tư vào các trái phiếu, tín phiếu trên đây do Hội đồng quản trị Bảo hiểm tiền gửi Việt Nam quyết định.
- Tổ chức tuyên truyền về bảo hiểm tiền gửi đối với công chúng; hướng dẫn, đào tạo, tư vấn về các nghiệp vụ bảo hiểm tiền gửi và các nghiệp vụ liên quan tới bảo hiểm tiền gửi. Thực hiện dịch vụ trao đổi thông tin phục vụ cho hoạt động của Bảo hiểm tiền gửi Việt Nam.
- Thực hiện các hoạt động nghiệp vụ khác khi được Thủ tướng Chính phủ cho phép.

- **Vốn và tài sản:** vốn hoạt động của BHTG bao gồm:

- 1) Vốn điều lệ 1.000 tỷ VND do Nhà nước cấp
- 2) Vốn vay khi được Thủ tướng Chính phủ cho phép
- 3) Vốn tài trợ của các tổ chức, cá nhân trong và ngoài nước nếu có
- 4) Các khoản chênh lệch do đánh giá lại tài sản
- 5) Quỹ dự phòng nghiệp vụ (hình thành từ nguồn thu phí bảo hiểm tiền gửi hàng năm sau khi đã trừ đi số phí được bổ sung vào thu nhập của Bảo hiểm tiền gửi Việt Nam – số phí thu được từ các tổ chức tham gia bảo hiểm tiền gửi Việt Nam trong 3 năm đầu từ năm 2001 – 2003 được phân chia: 88% số phí được hạch toán vào quỹ dự phòng nghiệp vụ, 12 % hạch toán vào thu nhập của Bảo hiểm tiền gửi Việt Nam, Quỹ dự phòng nghiệp vụ dùng để chi trả tiền bảo hiểm cho người gửi tiền)

- 6) Các loại quỹ dự phòng tài chính, quỹ đầu tư phát triển, quỹ dự phòng trợ cấp mất việc làm, quỹ khen thưởng, quỹ phúc lợi.
- 7) Vốn đầu tư xây dựng cơ bản và mua sắm tài sản cố định do Nhà nước cấp (nếu có)
- 8) Vốn khác.

Trong trường hợp vốn hoạt động của tổ chức bảo hiểm tiền gửi tạm thời không đủ để hỗ trợ các ngân hàng gặp khó khăn hoặc để chi trả tiền bảo hiểm cho người gửi tiền, cơ quan bảo hiểm tiền gửi có thể vay hoặc tiếp nhận vốn hỗ trợ đặc biệt của Chính phủ, phát hành trái phiếu hay vay của tổ chức tín dụng hoặc tổ chức khác có bảo lãnh của Chính phủ.

- Sử dụng vốn tạm thời nhàn rỗi: Bảo hiểm tiền gửi Việt Nam được sử dụng vốn tạm thời nhàn rỗi để đầu tư:

- ☐ Gửi kho bạc nhà nước, NHNN hoặc các tổ chức tín dụng nhà nước
- ☐ Mua trái phiếu Chính phủ, trái phiếu, tín phiếu của NHNN hoặc các tổ chức tín dụng nhà nước phát hành

Bảo hiểm tiền gửi Việt Nam đang khẳng định giá trị của chính sách bảo hiểm tiền gửi. Tuy nhiên, vì ra đời chưa lâu nên không tránh khỏi những hạn chế về mức giới hạn trách nhiệm bảo hiểm thấp, về loại phạm vi tiền gửi được bảo hiểm, về nguyên tắc “cào bằng” phí bảo hiểm...và nhất là năng lực tài chính. Năng lực tài chính của Bảo hiểm tiền gửi Việt Nam đến nay cũng rất hạn chế, trong khi quy mô hoạt động và quy mô tiền gửi thuộc đối tượng bảo hiểm mở rộng, tăng lên, áp lực tăng mức tiền gửi được bảo hiểm tối đa ngày càng cao theo xu hướng tăng thu nhập bình quân đầu người, cạnh tranh trong kinh doanh tiền tệ trong nước và quốc tế ngày càng gay gắt, tiềm ẩn nhiều rủi ro. Vỡ thế, xu thế tất yếu là Bảo hiểm tiền gửi Việt Nam sẽ tiếp tục phát triển khẳng định vai trò trong đời sống cộng đồng.

LIEN THONG 56.TK

cuu duong than cong. com

cuu duong than cong. com