

TRƯỜNG ĐẠI HỌC KINH TẾ QUỐC DÂN
BỘ MÔN KINH TẾ BẢO HIỂM

Chủ biên : PGS.TS. HỒ SĨ SÀ

GIÁO TRÌNH BẢO HIỂM

NHÀ XUẤT BẢN THỐNG KÊ
HÀ NỘI - 2000

TRƯỜNG ĐẠI HỌC KINH TẾ QUỐC DÂN
BỘ MÔN KINH TẾ BẢO HIỂM

CHỦ BIÊN: PGS.TS HỒ SĨ SÀ

GIÁO TRÌNH
BẢO HIỂM

NHÀ XUẤT BẢN THỐNG KÊ
HÀ NỘI - 2000

33-335 155-07-2000
TK-2000

LỜI GIỚI THIỆU

Trong công cuộc đổi mới và phát triển của đất nước, các ngành, các lĩnh vực hoạt động đều có đóng góp nhất định và luôn tự cải tiến để vươn tới sự hoàn thiện.

Bảo hiểm là ngành dịch vụ, có vị trí quan trọng trong nền kinh tế quốc dân. Bảo hiểm không chỉ thực hiện việc huy động vốn cho nền kinh tế mà điều quan trọng là góp phần đảm bảo ổn định tài chính cho các cá nhân, gia đình, cho mọi tổ chức và doanh nghiệp để khôi phục đời sống và hoạt động sản xuất kinh doanh. Ngày nay, bảo hiểm không còn xa lạ mà đã len lỏi đến mọi làng quê, mọi cơ quan, doanh nghiệp và đã thâm nhập vào mọi hoạt động trong đời sống kinh tế xã hội. Kinh tế càng phát triển, đời sống càng cao thì nhu cầu bảo hiểm càng lớn, càng xuất hiện nhiều nghiệp vụ mới.

Để đáp ứng nhu cầu học tập, nghiên cứu tìm hiểu của sinh viên, cán bộ cũng như những người quan tâm đến bảo hiểm, Bộ môn Kinh tế Bảo hiểm - Trường Đại học Kinh tế Quốc dân biên soạn cuốn “Giáo trình Bảo hiểm”.

Giáo trình Bảo hiểm được biên soạn trên cơ sở đúc rút kinh nghiệm giảng dạy nhiều năm kết hợp tham khảo thực tế phong phú của Việt Nam và của các nước nhằm cung cấp những nguyên lý cơ bản về bảo hiểm xã hội và bảo hiểm thương mại – hai loại bảo hiểm chủ yếu hiện nay trong nền kinh tế.

Tham gia biên soạn gồm có:

- PGS. TS. Hồ Sĩ Sà chủ biên và viết các chương I, VII, XVI và XVII;
- TS. Nguyễn Văn Định viết các chương II, III, XIII, XV;
- Thạc sỹ Phạm Thị Định viết chương VIII;
- Thạc sỹ Nguyễn Thị Hải Đường viết các chương IX, X, đồng tác giả chương XIV;
- Cử nhân Tô Thị Thiên Hương viết các chương IV, VI, đồng tác giả chương XIV;
- Cử nhân Tôn Thị Thanh Huyền viết các chương V và đồng tác giả chương XIV;
- Cử nhân Nguyễn Thị Chính viết các chương XI, XII.

Mặc dù các tác giả đã có nhiều cố gắng và đã qua bộ môn trao đổi góp ý nhưng chắc chắn không tránh khỏi những khiếm khuyết. Bộ môn chân thành cảm ơn bạn đọc gần xa góp ý, xây dựng để chúng tôi bổ sung hoàn thiện trong lần xuất bản sau. Những ý kiến đóng góp xin gửi về: **Bộ môn Kinh tế bảo hiểm - Trường Đại học Kinh tế Quốc dân - Hà Nội**

Hà Nội, tháng 8 năm 2000

Chủ biên

PGS.TS. HỒ SĨ SÀ

MỘT SỐ TỪ VIẾT TẮT THÔNG DỤNG TRONG GIÁO TRÌNH

- | | | | |
|-----|--------|---|-----------------------------|
| 1. | BHXXH | - | Bảo hiểm xã hội |
| 2. | BHYT | - | Bảo hiểm y tế |
| 3. | BHTN | - | Bảo hiểm thất nghiệp |
| 4. | BHTM | - | Bảo hiểm thương mại |
| 5. | BHTNDS | - | Bảo hiểm trách nhiệm dân sự |
| 6. | GTBH | - | Giá trị bảo hiểm |
| 7. | STBH | - | Số tiền bảo hiểm |
| 8. | STBT | - | Số tiền bồi thường |
| 9. | TBH | - | Tái bảo hiểm |
| 10. | HĐBH | - | Hợp đồng bảo hiểm |

CHƯƠNG I

ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU CỦA BẢO HIỂM

I. SỰ CẦN THIẾT KHÁCH QUAN VÀ TÁC DỤNG CỦA BẢO HIỂM

Trong cuộc sống sinh hoạt cũng như hoạt động sản xuất kinh doanh hàng ngày dù đã luôn luôn chú ý ngăn ngừa và đề phòng nhưng con người vẫn có nguy cơ gặp phải những rủi ro bất ngờ xảy ra. Các rủi ro đó do nhiều nguyên nhân, ví dụ như:

- Các rủi ro do môi trường thiên nhiên: Bão, lụt, động đất, rét, hạn, sương muối, dịch bệnh v.v...

- Các rủi ro xảy ra do sự tiến bộ và phát triển của khoa học và kỹ thuật. Khoa học kỹ thuật phát triển, một mặt thúc đẩy sản xuất và tạo điều kiện thuận lợi cho cuộc sống của con người; nhưng mặt khác cũng gây ra nhiều tai nạn bất ngờ như tai nạn ô tô, hàng không, tai nạn lao động v.v...

- Các rủi ro do môi trường xã hội. Đây cũng là một trong những nguyên nhân gây ra rủi ro cho con người. Chẳng hạn, nếu xã hội tổ chức quản lý chặt chẽ - mọi người làm việc và sống theo pháp luật thì sẽ không xảy ra hiện tượng thất nghiệp, trộm cắp; nếu làm tốt công tác chăm sóc sức khoẻ sẽ hạn chế được ốm đau, bệnh tật; nếu mọi người có ý thức hơn thì sẽ giảm được các rủi ro không đáng có như hoả hoạn, bạo lực, v.v...

Bất kể do nguyên nhân gì, khi rủi ro xảy ra thường đem lại cho con người những khó khăn trong cuộc sống như mất

hoặc giảm thu nhập, phá hoại nhiều tài sản, làm ngưng trệ sản xuất và kinh doanh của các tổ chức, doanh nghiệp, cá nhân v.v... làm ảnh hưởng đến đời sống kinh tế - xã hội nói chung.

Để đối phó với các rủi ro, con người đã có nhiều biện pháp khác nhau nhằm kiểm soát cũng như khắc phục hậu quả do rủi ro gây ra. Hiện nay, theo quan điểm của các nhà quản lý rủi ro, có hai nhóm biện pháp đối phó với rủi ro và hậu quả do rủi ro gây ra - đó là nhóm các biện pháp kiểm soát rủi ro và nhóm các biện pháp tài trợ rủi ro.

+ Nhóm các biện pháp kiểm soát rủi ro bao gồm các biện pháp tránh né rủi ro, ngăn ngừa tổn thất, giảm thiểu rủi ro. Các biện pháp này thường được sử dụng để ngăn chặn hoặc giảm thiểu khả năng xảy ra rủi ro.

- Tránh né được rủi ro là biện pháp được sử dụng thường xuyên trong cuộc sống. Mỗi người, mỗi đơn vị sản xuất kinh doanh đều lựa chọn những biện pháp thích hợp để né tránh rủi ro có thể xảy ra, tức loại trừ cơ hội dẫn đến tổn thất. Chẳng hạn, để tránh các tai nạn giao thông người ta hạn chế việc đi lại; để tránh tai nạn lao động người ta chọn những nghề không nguy hiểm... Tránh né rủi ro chỉ với những rủi ro có thể né tránh được. Nhưng trong cuộc sống có rất nhiều rủi ro bất ngờ không thể tránh né được.

- Ngăn ngừa tổn thất: Các biện pháp ngăn ngừa tổn thất đưa ra các hành động làm giảm tổn thất hoặc giảm mức thiệt hại do tổn thất gây ra. Ví dụ, để giảm thiểu các tai nạn lao động, người ta tổ chức các khoá học nâng cao trình độ của người lao động hay nâng cao chất lượng các hoạt động đảm bảo an toàn lao động; để phòng chống hoả hoạn người ta thực hiện tốt việc phòng cháy chữa cháy...

- Giảm thiểu tổn thất: người ta có thể giảm thiểu tổn thất thông qua các biện pháp làm giảm giá trị thiệt hại khi

tổn thất đã xảy ra. Ví dụ, như khi có hoả hoạn, để giảm thiểu tổn thất người ta cố gắng cứu các tài sản còn dùng được; hay trong một tai nạn giao thông, để giảm thiểu các thiệt hại về người và của người ta đưa ngay những người bị thương đến nơi cấp cứu và điều trị...

Mặc dù các biện pháp kiểm soát rủi ro rất có hiệu quả trong việc ngăn chặn hoặc giảm thiểu rủi ro nhưng khi rủi ro đã xảy ra, người ta không thể lường hết được hậu quả.

+ Nhóm các biện pháp tài trợ rủi ro bao gồm các biện pháp chấp nhận rủi ro và bảo hiểm. Đây là các biện pháp được sử dụng trước khi rủi ro xảy ra với mục đích khắc phục các hậu quả tổn thất do rủi ro gây ra nếu có.

- Chấp nhận rủi ro: Đây là hình thức mà người gặp phải tổn thất tự chấp nhận khoản tổn thất đó. Một trường hợp điển hình của chấp nhận rủi ro là tự bảo hiểm. Có rất nhiều cách thức khác nhau trong biện pháp chấp nhận rủi ro, tuy nhiên có thể phân chia làm hai nhóm: Chấp nhận rủi ro thụ động và chấp nhận rủi ro chủ động. Trong chấp nhận rủi ro thụ động, người gặp tổn thất không có sự chuẩn bị trước và họ có thể phải vay mượn để khắc phục hậu quả tổn thất. Đối với chấp nhận rủi ro chủ động, người ta lập ra quỹ dự trữ dự phòng và quỹ này chỉ được sử dụng để bù đắp tổn thất do rủi ro gây ra. Tuy nhiên, việc này dẫn đến việc nguồn vốn không được sử dụng một cách tối ưu hoặc nếu đi vay thì sẽ bị động và còn gặp phải các vấn đề gia tăng về lãi suất...

- Bảo hiểm: Đây là một phần quan trọng trong các chương trình quản lý rủi ro của các tổ chức cũng như cá nhân. Theo quan điểm của các nhà quản lý rủi ro, bảo hiểm là sự chuyển giao rủi ro trên cơ sở hợp đồng. Theo quan điểm xã hội, bảo hiểm không chỉ là chuyển giao rủi ro mà còn là sự giảm rủi ro do việc tập trung một số lớn các rủi ro cho phép có thể tiên đoán về các tổn thất khi chúng xảy ra. Bảo hiểm

là công cụ đối phó với hậu quả tổn thất do rủi ro gây ra, có hiệu quả nhất. Như vậy, bảo hiểm ra đời là đòi hỏi khách quan của cuộc sống, của hoạt động sản xuất kinh doanh.

Do đòi hỏi về sự tự chủ và sự an toàn về tài chính cũng như các nhu cầu của con người, hoạt động bảo hiểm ngày càng phát triển và không thể thiếu đối với mỗi cá nhân, doanh nghiệp và mỗi quốc gia. Ngày nay, sự giao lưu kinh tế, văn hoá giữa các quốc gia càng phát triển thì bảo hiểm cũng ngày càng mở rộng.

Vì vậy, khái niệm "bảo hiểm" trở nên gần gũi, gần bó với con người, với các đơn vị sản xuất kinh doanh. Có được quan hệ đó vì bảo hiểm đã mang lại lợi ích kinh tế xã hội thiết thực cho mọi thành viên, mọi đơn vị có tham gia bảo hiểm.

Tác dụng đó được thể hiện:

- Người tham gia bảo hiểm (cá nhân hay tổ chức) được trợ cấp, bồi thường những thiệt hại thực tế do rủi ro, bất ngờ gây ra thuộc phạm vi bảo hiểm. Nhờ đó họ nhanh chóng ổn định kinh tế, khôi phục đời sống và sản xuất kinh doanh...

- Nhờ có bảo hiểm những người tham gia đóng góp một số phí tạo thành nguồn quỹ bảo hiểm lớn ngoài chi trả hay bồi thường còn là nguồn vốn để đầu tư phát triển kinh tế...

- Bảo hiểm, nhất là bảo hiểm thương mại còn đóng góp tích lũy cho ngân sách...

- Bảo hiểm cùng với người tham gia bảo hiểm thực hiện các biện pháp để phòng ngừa tai nạn xảy ra nhằm giảm bớt và hạn chế hậu quả thiệt hại.

- Bảo hiểm là chỗ dựa tinh thần cho mọi người, mọi tổ chức; giúp họ yên tâm trong cuộc sống, trong sinh hoạt sản xuất kinh doanh; bảo hiểm thể hiện tính cộng đồng, tương trợ, nhân văn sâu sắc.

- Bảo hiểm còn góp phần thúc đẩy phát triển quan hệ kinh tế giữa các nước, nhất là thông qua hoạt động tái bảo hiểm v.v...

- Cuối cùng, hoạt động bảo hiểm thu hút một số lao động nhất định, góp phần giảm bớt tình trạng thất nghiệp cho xã hội. (Theo thống kê, bảo hiểm các nước thu hút 1% lực lượng lao động xã hội).

Bảo hiểm có tác dụng rất lớn cả về kinh tế lẫn xã hội. Vì vậy, ông Wiston Churchill - một chính khách đã nói: "Nếu có thể, tôi sẽ viết từ "Bảo hiểm" trong mỗi nhà và trên trán mỗi người - càng ngày tôi càng tin chắc rằng, với một giá khiêm tốn, bảo hiểm có thể giải phóng các gia đình ra khỏi thảm họa không lường trước được".

Ông Henny Ford đã viết:

"New York không phải là nơi sinh ra loài người nhưng lại là nơi sinh ra các nhà bảo hiểm. Không có bảo hiểm, sẽ không có các toà nhà chọc trời bởi không một công nhân nào sẽ chấp nhận làm việc ở độ cao như vậy và có nguy cơ bị rơi xuống chết người để lại gia đình khốn khổ. Không có bảo hiểm sẽ không có nhà tư bản nào giám đầu tư hàng triệu đôla để xây dựng các toà nhà lớn, bởi một tàn thuốc lá có thể biến một toà nhà ấy thành tro dễ dàng. Không có bảo hiểm, không có ai dám lái xe hơi qua các phố. Một người lái xe giỏi vẫn có ý thức rằng anh ta có thể đâm vào người đi bộ bất cứ lúc nào."

II. BẢN CHẤT CỦA BẢO HIỂM

1 . Các định nghĩa về bảo hiểm

"Bảo hiểm là một phương pháp lập quỹ dự trữ bằng tiền do những người có cùng khả năng gặp một loại rủi ro nào đó đóng góp tạo nên". Định nghĩa này chỉ mới đề cập đến

phương pháp lập quỹ dự trữ bảo hiểm, mà chưa rõ phương thức sử dụng nó.

“Bảo hiểm là hoạt động thể hiện người bảo hiểm cam kết bồi thường (theo quy luật thống kê) cho người tham gia bảo hiểm trong từng trường hợp xảy ra rủi ro thuộc phạm vi bảo hiểm với điều kiện người tham gia nộp một khoản phí cho chính anh ta hoặc cho người thứ ba”; Điều này có nghĩa là người tham gia chuyển giao rủi ro cho người bảo hiểm bằng cách nộp khoản phí để hình thành quỹ dự trữ. Khi người tham gia gặp rủi ro dẫn đến tổn thất, người bảo hiểm lấy quỹ dự trữ trợ cấp hoặc bồi thường thiệt hại thuộc phạm vi bảo hiểm cho người tham gia. Phạm vi bảo hiểm là những rủi ro mà người tham gia đăng ký với người bảo hiểm.

Đây là định nghĩa mang tính chung nhất của bảo hiểm.

Có định nghĩa chỉ rõ đặc trưng riêng của một loại bảo hiểm. Chẳng hạn “Bảo hiểm xã hội là sự đảm bảo đời sống vật chất cho người lao động và gia đình họ khi có nguy cơ mất an toàn về kinh tế do bị giảm hoặc mất khả năng lao động thông qua sử dụng nguồn quỹ huy động từ người tham gia và sự tài trợ của Nhà nước”. Định nghĩa này chỉ rõ mục đích của bảo hiểm xã hội là đảm bảo đời sống cho người lao động và gia đình họ thông qua sử dụng quỹ huy động từ người tham gia (người sử dụng và người lao động) và sự tài trợ của Nhà nước để trợ cấp cho người lao động trong trường hợp người lao động bị giảm sức lao động (do ốm đau, tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp....) hoặc mất sức lao động (hết tuổi lao động...).

2. Bản chất của bảo hiểm

Mục đích chủ yếu của bảo hiểm là góp phần ổn định kinh tế cho người tham gia từ đó khôi phục và phát triển sản xuất đời sống; đồng thời tạo nguồn vốn cho phát triển kinh tế và

xã hội của đất nước.

Thực chất của hoạt động bảo hiểm là quá trình phân phối lại tổng sản phẩm trong nước giữa những người tham gia nhằm đáp ứng nhu cầu tài chính phát sinh khi tai nạn, rủi ro bất ngờ xảy ra gây tổn thất đối với người tham gia bảo hiểm.

Phân phối trong bảo hiểm là phân phối không đều, không bằng nhau, nghĩa là không phải ai tham gia cũng được phân phối và phân phối với số tiền như nhau. Phân phối trong bảo hiểm là phân phối cho số ít người tham gia bảo hiểm không may gặp rủi ro bất ngờ gây thiệt hại đến sản xuất và đời sống trên cơ sở mức thiệt hại thực tế và điều kiện bảo hiểm. Điều đó cũng có nghĩa, phân phối trong bảo hiểm không mang tính bồi hoàn, tức là dù có tham gia đóng góp vào quỹ bảo hiểm nhưng không tổn thất thì không được phân phối.

Hoạt động bảo hiểm dựa trên nguyên tắc “Số đông bù số ít”. Nguyên tắc được quán triệt trong quá trình lập quỹ dự trù bảo hiểm cũng như quá trình phân phối bồi thường, quá trình phân tán rủi ro...

Hoạt động bảo hiểm còn liên kết, gắn bó các thành viên trong xã hội cùng vì lợi ích chung của cộng đồng, vì sự ổn định, sự phồn vinh của đất nước. Bảo hiểm với nguyên tắc “Số đông bù số ít” cũng thể hiện tính tương trợ, tính xã hội và nhân văn sâu sắc của xã hội trước rủi ro của mỗi thành viên.

III. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU CỦA BẢO HIỂM

1. Đối tượng nghiên cứu

Hoạt động của bảo hiểm vừa có tính kinh tế vừa có tính xã hội, vừa mang đặc trưng của ngành dịch vụ.

Tính kinh tế biểu hiện qua mối quan hệ giữa người tham gia với quỹ dự trữ (bảo hiểm). Người tham gia nộp vào quỹ dự trữ dưới hình thức phí bảo hiểm; người bảo hiểm sử dụng quỹ đó để trợ cấp hoặc bồi thường thiệt hại cho người tham gia, nếu thiệt hại đó thuộc rủi ro bảo hiểm. Mặt khác, người bảo hiểm sử dụng quỹ dự trữ đầu tư phát triển kinh tế - xã hội, để tăng tích lũy theo ngân sách v.v...

Tính xã hội của hoạt động bảo hiểm phản ánh tính cộng đồng, tính nhân đạo của bảo hiểm. Bảo hiểm hoạt động trên nguyên tắc “số đông bù số ít”, do đó, bảo hiểm phải thu hút số đông người tham gia; phải thâm nhập vào mọi hoạt động trong nền kinh tế. Tính xã hội còn thể hiện trách nhiệm của xã hội đối với các thành viên của xã hội, như trách nhiệm của người sử dụng lao động đối với người lao động v.v...

Bảo hiểm là ngành hoạt động dịch vụ. Sản phẩm của bảo hiểm có những đặc thù riêng. Là ngành dịch vụ, bảo hiểm phải thoả mãn yêu cầu của mọi thành viên xã hội; mọi đơn vị kinh tế - xã hội trong nền kinh tế quốc dân... Điều đó có nghĩa, ở đâu có nhu cầu chuyển giao rủi ro, ở đó bảo hiểm phải xem xét, chấp nhận.

Hoạt động bảo hiểm phát triển trong mối quan hệ ràng buộc giữa người tham gia với người bảo hiểm (tổ chức bảo hiểm). Trong thực tế, hoạt động này không dừng lại ở người tham gia với người bảo hiểm, mà còn phát triển trong mối quan hệ giữa các tổ chức bảo hiểm với nhau.

Từ đó, có thể xác định đối tượng nghiên cứu của bảo hiểm là “các mối quan hệ kinh tế - xã hội giữa người tham gia với các tổ chức bảo hiểm (người bảo hiểm) cũng như quan hệ giữa các tổ chức bảo hiểm với nhau”.

Các mối quan hệ được thể hiện thông qua các hợp đồng bảo hiểm và sự cam kết giữa các bên tham gia bảo hiểm (đối với BHTM) hoặc các quy định trong văn bản pháp luật của

Nhà nước (đối với BHXH, BHYT) về mức đóng góp phí bảo hiểm cũng như mức nhận được trợ cấp hay bồi thường của bảo hiểm.

2. Phân biệt đối tượng nghiên cứu của bảo hiểm với quản trị kinh doanh bảo hiểm

Bảo hiểm là ngành dịch vụ, mang đặc trưng của dịch vụ tài chính thông qua chức năng phân phối theo nguyên tắc “Số đông bù số ít”... Quá trình hoạt động theo những đặc trưng đó phát sinh những mối quan hệ:

- Quan hệ trong quá trình huy động phí bảo hiểm của người tham gia để lập quỹ bảo hiểm. Quỹ bảo hiểm càng lớn khi số lượng người tham gia càng đông. Người tham gia là các thành viên trong xã hội, các tổ chức, đơn vị sản xuất kinh doanh (có sức khỏe, tính mạng, tài sản và trách nhiệm dân sự) cần bảo hiểm (đối với bảo hiểm thương mại); là những người lao động và chủ sử dụng lao động (trong BHXH, BHYT, BHTN);

- Quan hệ trong quá trình sử dụng quỹ bảo hiểm - đó là quá trình phân phối lại thu nhập giữa những người tham gia bảo hiểm – Phân phối lại quỹ bảo hiểm vừa mang tính bồi hoàn, tức ai có tham gia đóng góp vào quỹ, người đó sẽ được phân phối khi có thiệt hại do rủi ro được bảo hiểm gây ra; vừa không mang tính bồi hoàn nếu người tham gia không có thiệt hại thì không được quỹ bảo hiểm phân phối lại. Phân phối trong bảo hiểm là phân phối không đều, không biết trước về thời gian v.v...

- Quan hệ giữa các tổ chức bảo hiểm trong quá trình phân tán rủi ro và phân phối lại thu nhập từ phí bảo hiểm...

Chính những mối quan hệ đó quyết định đối tượng nghiên cứu của bảo hiểm.

Bảo hiểm là “từ” chỉ đặc trưng chung của các hoạt động bảo hiểm trong nền kinh tế – Bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế, bảo hiểm thất nghiệp, bảo hiểm thương mại. Tuy nhiên, bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế, bảo hiểm thất nghiệp mang tính xã hội, nhân đạo... đậm nét hơn; bảo hiểm thương mại mang tính kinh doanh nhiều hơn.

Quản trị kinh doanh bảo hiểm nghiên cứu phương pháp và công nghệ quản lý, vận hành các công ty bảo hiểm, nhằm đảm bảo cho các công ty hoạt động có hiệu quả. Phương pháp quản trị của công ty bảo hiểm rất phong phú như phương pháp thu hút khách hàng, nâng cao chất lượng dịch vụ; phương pháp truyền thông quảng cáo, phương pháp tổ chức và quản lý mạng lưới đại lý, chiếm lĩnh thị trường, mở rộng thị phần v.v... Quản trị kinh doanh bảo hiểm cũng cung cấp những kiến thức, công nghệ để công ty quản trị nguồn nhân lực, tài sản, vốn của công ty đúng pháp luật, đạt hiệu quả cao trong kinh doanh v.v...

Quản trị kinh doanh bảo hiểm nghiên cứu phương pháp tổ chức và quản lý của các công ty bảo hiểm hoạt động trong lĩnh vực bảo hiểm thương mại.

Quản trị kinh doanh bảo hiểm bổ sung kiến thức về quản trị mà lý thuyết bảo hiểm chưa đề cập, giúp cho sinh viên có kiến thức đầy đủ về bảo hiểm, nhất là bảo hiểm thương mại thuận lợi bước vào đời.

3. Sơ lược lịch sử phát triển của bảo hiểm – Bảo hiểm xã hội và bảo hiểm thương mại

Bảo hiểm xã hội là nhu cầu tất yếu khách quan của người lao động. Nhu cầu đó đã xuất hiện khá sớm và phát triển theo quá trình phát triển xã hội. Năm 1883, nước Phổ (Cộng hòa liên bang Đức ngày nay) đã ban hành luật bảo hiểm ốm đau đầu tiên trên thế giới, đánh dấu sự ra đời của

bảo hiểm xã hội. Bảo hiểm xã hội đã trở thành một trong những quyền của con người và được xã hội thừa nhận. Tuyên ngôn nhân quyền của Liên Hợp Quốc (10/12/1948) đã ghi: "Tất cả mọi người với tư cách là thành viên của xã hội có quyền hưởng bảo hiểm xã hội" Ngày 4 tháng 6 năm 1952, Tổ chức lao động quốc tế (ILO) đã ký công ước Ginevơ (công ước số 102) về "Bảo hiểm xã hội cho người lao động" đã khẳng định tất yếu các nước phải tiến hành bảo hiểm xã hội cho người lao động và gia đình họ.

Bảo hiểm xã hội đã có mầm mống dưới thời phong kiến Pháp thuộc. Sau cách mạng tháng 8 năm 1945 Chính phủ nước Việt Nam Dân chủ Cộng hoà - nay là Cộng hoà Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam, đã ban hành sắc lệnh 29/SL ngày 12/3/1947 thực hiện bảo hiểm ốm đau, tai nạn lao động và hưu trí. Các chế độ này được thực hiện đối với những người làm việc trong các cơ quan từ cơ sở đến Trung ương.

Tuy nhiên, do chiến tranh và khả năng kinh tế có hạn nên chỉ một bộ phận lao động xã hội được hưởng quyền lợi bảo hiểm xã hội.

Sau khi hoà bình lập lại, ngày 27 tháng 12 năm 1961 Nhà nước ban hành Nghị định 128/CP của Chính phủ về "Điều lệ tạm thời thực hiện các chế độ BHXH đối với công nhân viên chức" và được thi hành từ 01/01/1962. Sau 20 năm thực hiện chế độ bảo hiểm xã hội đối với công nhân viên chức, các chế độ bảo hiểm xã hội đã bộc lộ nhiều hạn chế. Do đó ngày 18 tháng 9 năm 1985 Chính phủ (lúc đó là Hội đồng Bộ trưởng) đã ban hành Nghị định 236/HĐBT về việc sửa đổi, bổ sung chính sách và chế độ bảo hiểm xã hội đối với người lao động. Nội dung chủ yếu của Nghị định này là điều chỉnh mức đóng và hưởng.

Tuy nhiên, chính sách bảo hiểm xã hội ở Việt Nam vẫn còn nhiều hạn chế không phù hợp với cơ chế mới. Vì vậy,

ngày 22 tháng 6 năm 1993 Chính phủ đã Ban hành Nghị định 43/CP quy định tạm thời về các chế độ bảo hiểm xã hội áp dụng cho các thành phần kinh tế, đánh dấu bước đổi mới của bảo hiểm xã hội Việt Nam.

Tuy vậy, chỉ khi Bộ luật lao động được Quốc hội nước Cộng hoà Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam thông qua ngày 15 tháng 6 năm 1994, điều lệ tạm thời về bảo hiểm xã hội theo Nghị định 12/CP của Chính phủ Ban hành ngày 26 tháng 1 năm 1995 và Nghị định 45/CP Ban hành ngày 15 tháng 7 năm 1995 cho các đối tượng hưởng bảo hiểm xã hội là công nhân viên chức và lực lượng vũ trang, bảo hiểm xã hội Việt Nam thực sự đổi mới nội dung, phương thức hoạt động cũng như tổ chức quản lý.

Cùng với sự tăng trưởng kinh tế, đời sống của con người được nâng cao và nhu cầu khám chữa bệnh cũng tăng lên. Để chủ động về tài chính cho khám và chữa bệnh, con người đã sử dụng nhiều biện pháp, trong đó có biện pháp bảo hiểm y tế. Vì thế, cuối thế kỷ XIX, bảo hiểm y tế (BHYT) ra đời nhằm giúp đỡ mọi người lao động và gia đình họ ổn định đời sống khi rủi ro ốm đau, bệnh tật xảy ra...

Bảo hiểm y tế mang tính chất bảo hiểm xã hội, là một trong hai hình thức bảo hiểm sức khỏe được các nước quan tâm phát triển mạnh mẽ. Bảo hiểm y tế Việt Nam được thành lập theo Nghị định 299/HĐBT của Hội đồng Bộ trưởng (nay là chính phủ) ngày 15 tháng 8 năm 1992.

Bảo hiểm thương mại (BHTM) loại hình bảo hiểm có tính kinh doanh xuất hiện khá sớm. Trước công nguyên ở Ai Cập những người thợ dẻo đã biết thành lập “quỹ tương trợ” để giúp đỡ nạn nhân trong các vụ tai nạn. Từ đó, hoạt động mang tính chất bảo hiểm phát triển dần theo sự phát triển của xã hội loài người. Những nghiệp vụ bảo hiểm xuất hiện liên tục. Năm 1182, ở miền Bắc nước Italia xuất hiện bản hợp

đồng bảo hiểm hàng hoá vận chuyển bằng đường biển; năm 1667 công ty bảo hiểm hoả hoạn ở Anh xuất hiện; năm 1759 công ty bảo hiểm Nhân Thọ đầu tiên ra đời ở Mỹ; năm 1846 công ty tái bảo hiểm chuyên nghiệp đầu tiên trên thế giới được thành lập ở Đức vv.... Có thể nói, các nghiệp vụ bảo hiểm kế tiếp nhau ra đời ở tất cả các nước trên thế giới. Bảo hiểm ngày càng quan trọng đối với nền kinh tế, nó trở thành nhu cầu của mọi người, mọi đơn vị kinh tế; là động lực phát triển kinh tế - và có đóng góp xứng đáng vào GDP của mỗi quốc gia...

Thị trường bảo hiểm thương mại thế giới năm 1997

Nước	Doanh thu phí (triệu USD)	Thị phần so thị trường thế giới (%)	Phí bình quân đầu người (USD/người)	Cơ cấu trong GDP (%)
1	2	3	4	5
Mỹ	688.534 (01)	32.35	2.570,6 (03)	8,94 (09)
Anh	158.046 (03)	7.42	2451,5 (04)	11,22 (05)
CHLB Đức	136.717 (04)	6.42	1666,1 (11)	6,53 (14)
Pháp	128.902 (05)	6.06	2.203,6 (05)	9,25 (07)
Thụy Sĩ	30.511 (11)	1.43	4.289,7 (01)	11,94 (03)
Nhật Bản	490.626 (02)	23.05	3.896,0 (02)	11,87 (04)
Hàn Quốc	56.674 (06)	2.66	1.232,3 (18)	15,42 (02)
Trung Quốc	13.429 (17)	0.63	10,9 (77)	1,46 (62)
Singapore	4.964 (32)	0.23	1.327,3 (17)	5,14 (22)
Malaysia	4.307 (33)	0.20	198,8 (34)	4,37 (26)
Thái Lan	3.179 (35)	0.15	52,2 (54)	2,44 (44)
Indonesia	2.033 (37)	0.12	13,1 (75)	1,23 (68)
Việt Nam	116 (86)	0.01	1,5 (86)	0,46 (84)

(Nguồn: Thông tin thị trường bảo hiểm - tái bảo hiểm số 4 - 11/1999)

Ghi chú: Trong ngoặc (-) vị trí so thị trường thế giới.

Bảo hiểm thương mại Việt Nam - một loại hình bảo hiểm kinh doanh chính thức đi vào hoạt động từ tháng 01 năm 1965. Hoạt động bảo hiểm thương mại phát triển không ngừng theo sự phát triển chung của nền kinh tế. Có thể chia thành hai giai đoạn chủ yếu:

- Từ 1965 - 1992 là thời kỳ bảo hiểm độc quyền, duy nhất chỉ có một công ty bảo hiểm - đó là Bảo Việt. Đây cũng là một thời kỳ thử nghiệm nên số nghiệp vụ chưa nhiều, phí bảo hiểm chưa phản ánh đầy đủ xác suất rủi ro.

- Từ 1993 trở lại đây - sau khi có Chỉ thị 100/CP của chính phủ về kinh doanh bảo hiểm, các doanh nghiệp bảo hiểm ra đời với phương thức tổ chức khác nhau: doanh nghiệp nhà nước (Bảo Việt, Bảo Minh, Công ty tái bảo hiểm quốc gia - Vinare,...) ; doanh nghiệp cổ phần bảo hiểm (Petrolimex, Bảo Long,...); doanh nghiệp bảo hiểm ngành (bảo hiểm dầu khí - PVIC, bảo hiểm bưu điện,...) doanh nghiệp liên doanh (VIA - công ty liên doanh bảo hiểm quốc tế Việt Nam...) v.v...

Có thể nói, thị trường bảo hiểm thương mại Việt Nam đang "nở rộ". Thị phần các công ty bảo hiểm trên thị trường Việt Nam 3 năm qua đã thay đổi:

Thị phần các công ty bảo hiểm

Đơn vị tính: %

Công ty	1996	1997	1998
Bảo Việt	69,06	63,45	59,71
Bảo Minh	20,28	21,15	23,10
Bảo Long	1,49	1,77	1,38
Pjico	4,08	5,89	5,76
Pvic	4,96	6,64	6,89
VIA	0,13	1,10	1,18
UIC	-	-	1,69
PTI	-	-	0,29

(Nguồn: Thông tin thị trường bảo hiểm - tái bảo hiểm các năm 1997, 1998, 1999).

Tuy nhiên, so với tiềm năng, bảo hiểm thương mại Việt Nam chưa phát triển, chưa đáp ứng nhu cầu của thị trường.

IV. HỆ THỐNG TỔ CHỨC BẢO HIỂM

Căn cứ tính chất hoạt động, bảo hiểm chia thành bảo hiểm xã hội (BHXH), bảo hiểm y tế (BHYT) và bảo hiểm thương mại (BHTM).

Bảo hiểm xã hội và bảo hiểm y tế do Nhà nước tổ chức và quản lý thống nhất, thường do một cơ quan quản lý Nhà nước (Bộ Lao động-Thương binh và xã hội, Bộ Y tế...) chịu trách nhiệm.

Bảo hiểm thương mại thường do Bộ Tài chính quản lý (có nước do Ngân hàng nhà nước quản lý). Bảo hiểm thương mại hoạt động kinh doanh, do đó có nhiều tổ chức của các thành phần kinh tế cùng tham gia; Nhà nước quản lý hoạt động bảo hiểm thương mại thông qua luật, các văn bản pháp quy, các điều lệ; thông qua xét duyệt hình thành cũng như giải thể các tổ chức, kiểm tra hoạt động của các tổ chức có phù hợp luật pháp, điều lệ v.v...

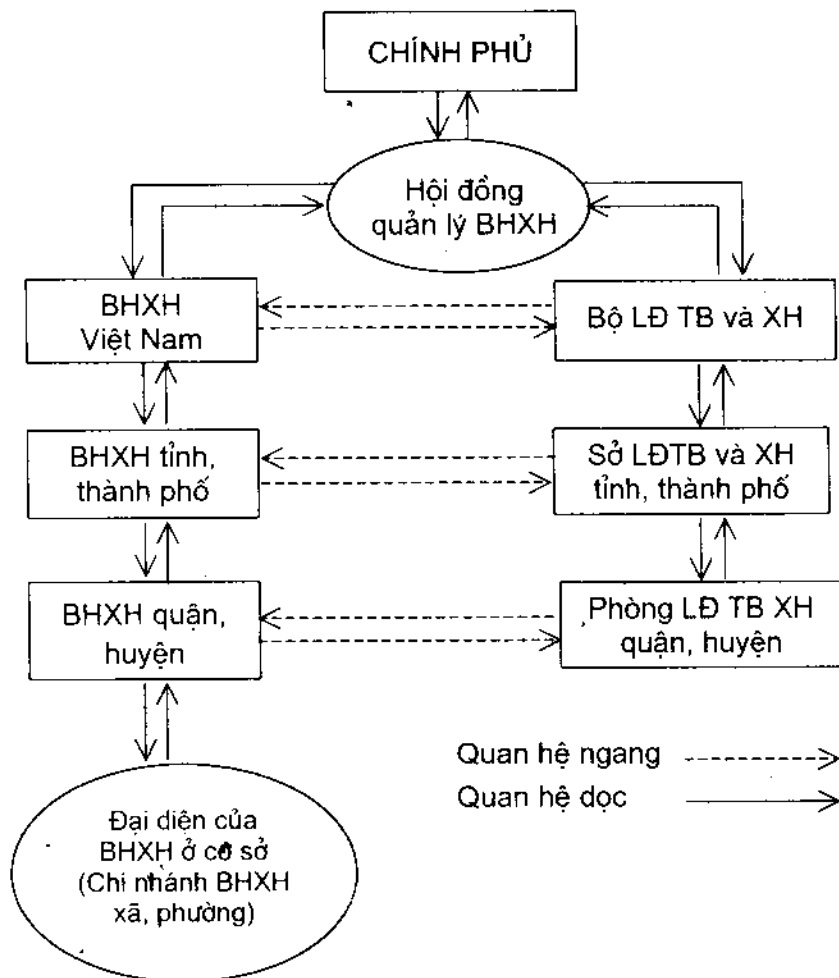
Mô hình tổ chức các loại bảo hiểm Việt Nam cũng tương đồng với các nước trên thế giới.

- Tổ chức bảo hiểm xã hội Việt Nam có sự kết hợp hài hoà giữa quản lý Nhà nước và hoạt động nghiệp vụ. Quản lý Nhà nước do Bộ Lao động thương binh và xã hội đảm nhiệm; hoạt động nghiệp vụ do Bảo hiểm xã hội Việt Nam đảm nhiệm với trách nhiệm thu chi và quản lý quỹ bảo hiểm xã hội.

Hệ thống bảo hiểm xã hội được tổ chức theo ngành dọc là bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, bảo hiểm xã hội quận, huyện và đại diện bảo hiểm xã hội ở cơ sở...

Mối quan hệ giữa Bộ Lao động - Thương Binh và xã hội với BHXH Việt Nam là mối quan hệ cộng tác, bình đẳng cùng thực hiện một mục tiêu là thực hiện BHXH đối với người lao động công bằng, đúng chế độ v.v... Sự kết hợp 2 chức năng này thông qua Hội đồng Quản lý Trung ương.

Có thể vẽ sơ đồ tóm tắt như sau:

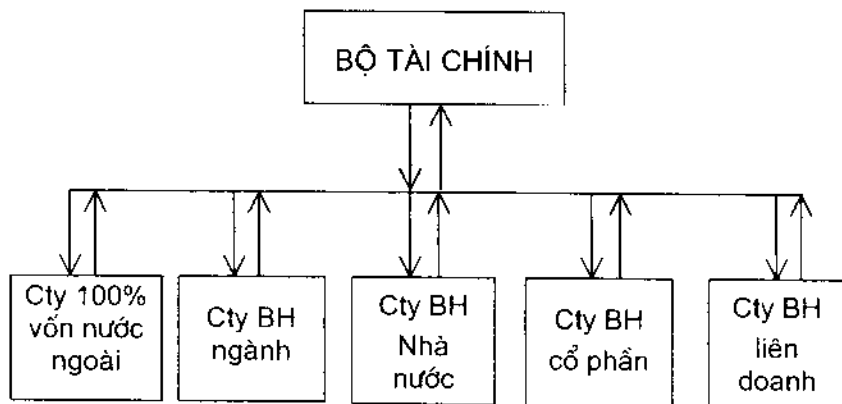


- Bảo hiểm y tế trực thuộc Bộ Tài chính và cũng được tổ chức theo ngành dọc: Bảo hiểm y tế tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương; bảo hiểm y tế quận, huyện và bảo hiểm y tế cơ sở.

- Bảo hiểm thương mại trực thuộc Bộ Tài chính quản lý. Mô hình tổ chức quản lý chủ yếu là tổng công ty, công ty của các thành phần kinh tế ở các tỉnh, thành phố lớn.

Tuỳ theo khả năng phát triển, các tổng công ty, công ty thành lập văn phòng đại diện ở các địa phương và tổ chức mạng lưới đại lý tiếp cận với khách hàng.

Sơ đồ hệ thống tổ chức BHTM Việt Nam hiện nay



Thị trường bảo hiểm thương mại Việt Nam thực sự sôi động sau khi có Nghị định 100/CP của Chính phủ về kinh doanh bảo hiểm (18.12.1993).

Cho đến nay, thị trường bảo hiểm thương mại Việt Nam gồm:

- 03 Tổng công ty và công ty bảo hiểm Nhà nước
- 01 Công ty bảo hiểm ngành (cũng thuộc Nhà nước)
- 03 Công ty cổ phần

- 05 Công ty liên doanh (trong đó 01 liên doanh môi giới)
- 04 Công ty 100% vốn nước ngoài

Ngoài ra, trên 60 công ty trực thuộc, hàng chục văn phòng đại diện và mạng lưới đại lý các công ty ở khắp đất nước.

Sự xuất hiện nhiều công ty bảo hiểm hoạt động làm nảy sinh nhiều mối quan hệ trong thị trường:

- Quan hệ giữa người bảo hiểm với người được bảo hiểm;
- Quan hệ giữa các tổ chức bảo hiểm với nhau: Đây là quan hệ vừa có tính cạnh tranh, vừa hợp tác...
- Quan hệ giữa các tổ chức hoạt động kinh doanh bảo hiểm với cơ quan quản lý nhà nước về kinh doanh bảo hiểm; với các tổ chức kinh tế - xã hội trong nước;
- Quan hệ giữa các tổ chức kinh doanh bảo hiểm trong nước với các tổ chức kinh doanh bảo hiểm các nước v.v...

Để điều tiết các mối quan hệ trên với mục đích tạo điều kiện để phát triển hoạt động kinh doanh bảo hiểm cần thiết phải thành lập Hội hiệp nghề nghiệp. Ngày 9/7/1999, Chính phủ đã có Quyết định số 23/1999/QĐ - BTCCBCP cho phép thành lập Hiệp hội bảo hiểm Việt Nam.

CHƯƠNG II

BẢO HIỂM XÃ HỘI

I. ĐỐI TƯỢNG, CHỨC NĂNG VÀ TÍNH CHẤT CỦA BẢO HIỂM XÃ HỘI

Bảo hiểm xã hội (BHXH) là một trong những loại hình bảo hiểm ra đời khá sớm và đến nay đã được thực hiện ở tất cả các nước trên thế giới. So với các loại hình bảo hiểm khác, đối tượng, chức năng và tính chất của BHXH có những điểm khác biệt do bản chất của nó chi phối.

1. Bản chất của bảo hiểm xã hội .

Con người muốn tồn tại và phát triển trước hết phải ăn, mặc, ở và đi lại v.v... Để thoả mãn những nhu cầu tối thiểu đó, người ta phải lao động để làm ra những sản phẩm cần thiết. Khi sản phẩm được tạo ra ngày càng nhiều thì đời sống con người ngày càng đầy đủ và hoàn thiện, xã hội ngày càng văn minh hơn. Như vậy, việc thoả mãn những nhu cầu sinh sống và phát triển của con người phụ thuộc vào chính khả năng lao động của họ. Nhưng trong thực tế, không phải lúc nào con người cũng chỉ gặp thuận lợi, có đầy đủ thu nhập và mọi điều kiện sinh sống bình thường. Trái lại, có rất nhiều trường hợp khó khăn bất lợi, ít nhiều ngẫu nhiên phát sinh làm cho người ta bị giảm hoặc mất thu nhập hoặc các điều kiện sinh sống khác. Chẳng hạn, bất ngờ bị ốm đau hay bị tai nạn trong lao động, mất việc làm hay khi tuổi già khả năng lao động và khả năng tự phục vụ bị suy giảm v.v... Khi rơi

vào những trường hợp này, các nhu cầu cần thiết trong cuộc sống không vì thế mà mất đi, trái lại có cái còn tăng lên, thậm chí còn xuất hiện thêm một số nhu cầu mới như: cần được khám chữa bệnh và điều trị khi ốm đau; tai nạn thương tật nặng cần phải có người chăm sóc nuôi dưỡng v.v... Bởi vậy, muốn tồn tại và ổn định cuộc sống, con người và xã hội loài người phải tìm ra và thực tế đã tìm ra nhiều cách giải quyết khác nhau như: san sẻ, đùm bọc lẫn nhau trong nội bộ cộng đồng; đi vay, đi xin hoặc dựa vào sự cứu trợ của Nhà nước v.v... Rõ ràng, những cách đó là hoàn toàn thụ động và không chắc chắn.

Khi nền kinh tế hàng hoá phát triển, việc thuê mướn nhân công trở nên phổ biến. Lúc đầu người chủ chỉ cam kết trả công lao động, nhưng về sau đã phải cam kết cả việc bảo đảm cho người làm thuê có một số thu nhập nhất định để họ trang trải những nhu cầu thiết yếu khi không may bị ốm đau, tai nạn, thai sản v.v... Trong thực tế, nhiều khi các trường hợp trên không xảy ra và người chủ không phải chi ra một đồng nào. Nhưng cũng có khi xảy ra dồn dập, buộc họ phải bỏ ra một lúc nhiều khoản tiền lớn mà họ không muốn. Vì thế, mâu thuẫn chủ - thợ phát sinh, giới thợ liên kết đấu tranh buộc giới chủ thực hiện cam kết. Cuộc đấu tranh này diễn ra ngày càng rộng lớn và có tác động nhiều mặt đến đời sống kinh tế xã hội. Do vậy, Nhà nước đã phải đứng ra can thiệp và điều hoà mâu thuẫn. Sự can thiệp này một mặt làm tăng được vai trò của Nhà nước, mặt khác buộc cả giới chủ và giới thợ phải đóng góp một khoản tiền nhất định hàng tháng được tính toán chặt chẽ dựa trên cơ sở xác suất rủi ro xảy ra đối với người làm thuê. Số tiền đóng góp của cả chủ và thợ hình thành một quỹ tiền tệ tập trung trên phạm vi quốc gia. Quỹ này còn được bổ sung từ ngân sách Nhà nước khi cần thiết nhằm đảm bảo đời sống cho người lao động khi gặp phải

những biến cố bất lợi. Chính nhờ những mối quan hệ ràng buộc đó mà rủi ro, bất lợi của người lao động được dàn trải, cuộc sống của người lao động và gia đình họ ngày càng được đảm bảo ổn định. Giới chủ cũng thấy mình có lợi và được bảo vệ, sản xuất kinh doanh diễn ra bình thường, tránh được những xáo trộn không cần thiết. Vì vậy, nguồn quỹ tiền tệ tập trung được thiết lập ngày càng lớn và nhanh chóng. Khả năng giải quyết các phát sinh lớn của quỹ ngày càng đảm bảo.

Toàn bộ những hoạt động với những mối quan hệ ràng buộc chặt chẽ trên được thể giới quan niệm là bảo hiểm xã hội đối với người lao động. Như vậy, BHXH là sự đảm bảo thay thế hoặc bù đắp một phần thu nhập đối với người lao động khi họ gặp phải những biến cố làm giảm hoặc mất khả năng lao động, mất việc làm trên cơ sở hình thành và sử dụng một quỹ tiền tệ tập trung nhằm đảm bảo đời sống cho người lao động và gia đình họ góp phần bảo đảm an toàn xã hội.

Với cách hiểu như trên, bản chất của BHXH được thể hiện ở những nội dung chủ yếu sau đây:

- BHXH là nhu cầu khách quan, đa dạng và phức tạp của xã hội, nhất là trong xã hội mà sản xuất hàng hoá hoạt động theo cơ chế thị trường, mối quan hệ thuê mướn lao động phát triển đến một mức độ nào đó. Kinh tế càng phát triển thì BHXH càng đa dạng và hoàn thiện. Vì thế có thể nói kinh tế là nền tảng của BHXH hay BHXH không vượt quá trạng thái kinh tế của mỗi nước.

- Mối quan hệ giữa các bên trong BHXH phát sinh trên cơ sở quan hệ lao động và diễn ra giữa 3 bên: Bên tham gia BHXH, bên BHXH và bên được BHXH. Bên tham gia BHXH có thể chỉ là người lao động hoặc cả người lao động và người sử dụng lao động. Bên BHXH (bên nhận nhiệm vụ BHXH)

thông thường là cơ quan chuyên trách do Nhà nước lập ra và bảo trợ. Bên được BHXH là người lao động và gia đình họ khi có đủ các điều kiện ràng buộc cần thiết.

- Những biến cố làm giảm hoặc mất khả năng lao động, mất việc làm trong BHXH có thể là những rủi ro ngẫu nhiên trái với ý muốn chủ quan của con người như: Ốm đau, tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp... Hoặc cũng có thể là những trường hợp xảy ra không hoàn toàn ngẫu nhiên như: Tuổi già, thai sản v.v... Đồng thời những biến cố đó có thể diễn ra cả trong và ngoài quá trình lao động.

- Phần thu nhập của người lao động bị giảm hoặc mất đi khi gặp phải những biến cố, rủi ro sẽ được bù đắp hoặc thay thế từ một nguồn quỹ tiền tệ tập trung được tồn tích lại. Nguồn quỹ này do bên tham gia BHXH đóng góp là chủ yếu, ngoài ra còn được sự hỗ trợ từ phía Nhà nước.

- Mục tiêu của BHXH là nhằm thảo mãn những nhu cầu thiết yếu của người lao động trong trường hợp bị giảm hoặc mất thu nhập, mất việc làm. Mục tiêu này đã được tổ chức lao động quốc tế (ILO) cụ thể hoá như sau:

- + Đền bù cho người lao động những khoản thu nhập bị mất để đảm bảo nhu cầu sinh sống thiết yếu của họ.

- + Chăm sóc sức khoẻ và chống bệnh tật.

- + Xây dựng điều kiện sống đáp ứng các nhu cầu của dân cư và các nhu cầu đặc biệt của người già, người tàn tật và trẻ em.

Với những mục tiêu trên, BHXH đã trở thành một trong những quyền con người và được Đại hội đồng Liên hợp quốc thừa nhận và ghi vào Tuyên ngôn Nhân quyền ngày 10/12/1948 rằng: "Tất cả mọi người với tư cách là thành viên của xã hội có quyền hưởng bảo hiểm xã hội, quyền đó được đặt cơ sở trên sự thoả mãn các quyền về kinh tế, xã hội và văn hoá nhu cầu cho nhân cách và sự tự do phát triển con người".

Ở nước ta, BHXH là một bộ phận quan trọng trong chính sách bảo đảm xã hội. Ngoài BHXH, chính sách bảo đảm xã hội còn có cứu trợ xã hội và ưu đãi 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 khác đối với mọi thành viên của xã hội, trong những trường hợp bị bất hạnh, rủi ro, nghèo đói, không đủ khả năng để tự lo cuộc sống tối thiểu của bản thân và gia đình. Sự giúp đỡ này được thực hiện bằng các nguồn quỹ dự phòng của Nhà nước, bằng tiền hoặc hiện vật đóng góp của các tổ chức xã hội và những người hảo tâm.

Ưu đãi xã hội là sự đãi ngộ đặc biệt cả về vật chất và tinh thần của Nhà nước, của xã hội nhằm đền đáp công lao đối với những người hay một bộ phận xã hội có nhiều cống hiến cho xã hội. Chẳng hạn những người có công với nước, liệt sỹ và thân nhân liệt sỹ, thương binh, bệnh binh v.v... đều là những đối tượng được hưởng sự đãi ngộ của Nhà nước, của xã hội, ưu đãi xã hội tuyệt nhiên không phải là sự bố thí, ban ơn, mà nó là một chính sách xã hội có mục tiêu chính trị - kinh tế - xã hội, góp phần củng cố thể chế chính trị của Nhà nước trước mắt và lâu dài, đảm bảo sự công bằng xã hội.

Mặc dù có nhiều điểm khác nhau về đối tượng và phạm vi, song BHXH, cứu trợ xã hội và ưu đãi xã hội đều là những chính sách xã hội không thể thiếu được của một quốc gia. Những chính sách này luôn bổ sung cho nhau, hỗ trợ nhau và tất cả đều góp phần đảm bảo an toàn xã hội.

2. Đối tượng bảo hiểm xã hội

BHXH ra đời vào những năm giữa thế kỷ 19, khi nền công nghiệp và kinh tế hàng hoá đã bắt đầu phát triển mạnh mẽ ở các nước châu Âu. Từ năm 1883, ở nước Phổ (CHLB Đức ngày nay) đã ban hành luật bảo hiểm y tế. Một số nước châu

Âu và Bắc Mỹ mãi đến cuối năm 1920 mới có đạo luật về BHXH.

Tuy ra đời lâu như vậy, nhưng đối tượng của BHXH vẫn có nhiều quan điểm chưa thống nhất. Đôi khi còn có sự nhầm lẫn giữa đối tượng BHXH với đối tượng tham gia BHXH.

Chúng ta đều biết, BHXH là một hệ thống đảm bảo khoản thu nhập bị giảm hoặc bị mất đi do người lao động bị giảm hoặc mất khả năng lao động, mất việc làm vì các nguyên nhân như ốm đau, tai nạn, già yếu v.v... Chính vì vậy, đối tượng của BHXH chính là thu nhập của người lao động bị biến động giảm hoặc mất đi do bị giảm hoặc mất khả năng lao động, mất việc làm của những người lao động tham gia BHXH.

Đối tượng tham gia BHXH là người lao động và người sử dụng lao động. Tuy vậy, tùy theo điều kiện phát triển kinh tế - xã hội của mỗi nước mà đối tượng này có thể là tất cả hoặc một bộ phận những người lao động nào đó.

Hầu hết các nước khi mới có chính sách BHXH, đều thực hiện BHXH đối với các viên chức Nhà nước, những người làm công hưởng lương. Việt Nam cũng không vượt ra khỏi thực tế này, mặc dù biết rằng như vậy là không bình đẳng giữa tất cả những người lao động.

Nếu xem xét trên mối quan hệ ràng buộc trong BHXH, ngoài người lao động còn có người sử dụng lao động và cơ quan BHXH, dưới sự bảo trợ của Nhà nước. Người sử dụng lao động đóng góp vào quỹ BHXH là trách nhiệm của họ để bảo hiểm cho người lao động mà họ sử dụng. Còn cơ quan BHXH nhận sự đóng góp của người lao động và người sử dụng lao động phải có trách nhiệm quản lý, sử dụng quỹ để thực hiện mọi công việc về BHXH đối với người lao động. Mối quan hệ ràng buộc này chính là đặc trưng riêng có của BHXH. Nó quyết định sự tồn tại, hoạt động và phát triển của BHXH một cách ổn định và bền vững.

3. Chức năng của bảo hiểm xã hội

BHXH có những chức năng chủ yếu sau đây:

- Thay thế hoặc bù đắp một phần thu nhập cho người lao động tham gia bảo hiểm khi họ bị giảm hoặc mất thu nhập do mất khả năng lao động hoặc mất việc làm. Sự bảo đảm thay thế hoặc bù đắp này chắc chắn sẽ xảy ra vì suy cho cùng, mất khả năng lao động sẽ đến với tất cả mọi người lao động khi hết tuổi lao động theo các điều kiện quy định của BHXH. Còn mất việc làm và mất khả năng lao động tạm thời làm giảm hoặc mất thu nhập, người lao động cũng sẽ được hưởng trợ cấp BHXH với mức hưởng phụ thuộc vào các điều kiện cần thiết, thời điểm và thời hạn được hưởng phải đúng quy định. Đây là chức năng cơ bản nhất của BHXH, nó quyết định nhiệm vụ, tính chất và cả cơ chế tổ chức hoạt động của BHXH.

- Tiến hành phân phối và phân phối lại thu nhập giữa những người tham gia BHXH. Tham gia BHXH không chỉ có người lao động mà cả những người sử dụng lao động. Các bên tham gia đều phải đóng góp vào quỹ BHXH. Quỹ này dùng để trợ cấp cho một số người lao động tham gia khi họ bị giảm hoặc mất thu nhập. Số lượng những người này thường chiếm tỷ trọng nhỏ trong tổng số những người tham gia đóng góp. Như vậy, theo quy luật số đông bù số ít, BHXH thực hiện phân phối lại thu nhập theo cả chiều dọc và chiều ngang. Phân phối lại giữa những người lao động có thu nhập cao và thấp, giữa những người khoẻ mạnh đang làm việc với những người ốm yếu phải nghỉ việc v.v... Thực hiện chức năng này có nghĩa là BHXH góp phần thực hiện công bằng xã hội.

- Góp phần kích thích người lao động hăng hái lao động sản xuất nâng cao năng suất lao động cá nhân và năng suất lao động xã hội. Khi khoẻ mạnh tham gia lao động sản xuất, người lao động được chủ sử dụng lao động trả lương hoặc tiền

công. Khi bị ốm đau, thai sản, tai nạn lao động, hoặc khi về già đã có BHXH trợ cấp thay thế nguồn thu nhập bị mất. Vì thế cuộc sống của họ và gia đình họ luôn được đảm bảo ổn định và có chỗ dựa. Do đó, người lao động luôn yên tâm, gắn bó tận tình với công việc, với nơi làm việc. Từ đó, họ rất tích cực lao động sản xuất, nâng cao năng suất lao động và hiệu quả kinh tế. Chúc năng này biểu hiện như một đòn bẩy kinh tế kích thích người lao động nâng cao năng suất lao động cá nhân và kéo theo là năng suất lao động xã hội.

- Gắn bó lợi ích giữa người lao động với người sử dụng lao động, giữa người lao động với xã hội. Trong thực tế lao động sản xuất, người lao động và người sử dụng lao động vốn có những mâu thuẫn nội tại, khách quan về tiền lương, tiền công, thời gian lao động v.v... Thông qua BHXH, những mâu thuẫn đó sẽ được điều hoà và giải quyết. Đặc biệt, cả hai giới này đều thấy nhờ có BHXH mà mình có lợi và được bảo vệ. Từ đó làm cho họ hiểu nhau hơn và gắn bó lợi ích được với nhau. Đối với Nhà nước và xã hội, chỉ cho BHXH là cách thức phải chi ít nhất và có hiệu quả nhất nhưng vẫn giải quyết được khó khăn về đời sống cho người lao động và gia đình họ, góp phần làm cho sản xuất ổn định, kinh tế, chính trị và xã hội được phát triển và an toàn hơn.

4. Tính chất của bảo hiểm xã hội

BHXH gắn liền với đời sống của người lao động, vì vậy nó có một số tính chất cơ bản sau:

- Tính tất yếu khách quan trong đời sống xã hội

Như ở phần trên đã trình bày, trong quá trình lao động sản xuất người lao động có thể gặp nhiều biến cố, rủi ro khi đó người sử dụng lao động cũng rơi vào tình cảnh khó khăn không kém như: sản xuất kinh doanh bị gián đoạn, vấn đề tuyển dụng và hợp đồng lao động luôn phải được đặt ra để

thay thế v.v... Sản xuất càng phát triển, những rủi ro đối với người lao động và những khó khăn đối với người sử dụng lao động càng nhiều và trở nên phức tạp, dẫn đến mối quan hệ chủ - thợ ngày càng căng thẳng. Để giải quyết vấn đề này, Nhà nước phải đứng ra can thiệp thông qua BHXH. Và như vậy, BHXH ra đời hoàn toàn mang tính khách quan trong đời sống kinh tế xã hội của mỗi nước.

- BHXH có tính ngẫu nhiên, phát sinh không đồng đều theo thời gian và không gian. Tính chất này thể hiện rất rõ ở những nội dung cơ bản của BHXH. Từ thời điểm hình thành và triển khai, đến mức đóng góp của các bên tham gia để hình thành quỹ BHXH. Từ những rủi ro phát sinh ngẫu nhiên theo thời gian và không gian đến mức trợ cấp BHXH theo từng chế độ cho người lao động v.v...

- BHXH vừa có tính kinh tế, vừa có tính xã hội, đồng thời còn có tính dịch vụ.

Tính kinh tế thể hiện rõ nhất là ở chỗ, quỹ BHXH muốn được hình thành, bảo toàn và tăng trưởng phải có sự đóng góp của các bên tham gia và phải được quản lý chặt chẽ, sử dụng đúng mục đích. Mức đóng góp của các bên phải được tính toán rất cụ thể dựa trên xác suất phát sinh thiệt hại của tập hợp người lao động tham gia BHXH. Quỹ BHXH chủ yếu dùng để trợ cấp cho người lao động theo các điều kiện của BHXH. Thực chất, phần đóng góp của mỗi người lao động là không đáng kể, nhưng quyền lợi nhận được là rất lớn khi gặp rủi ro. Đối với người sử dụng lao động việc tham gia đóng góp vào quỹ BHXH là để bảo hiểm cho người lao động mà mình sử dụng. Xét dưới góc độ kinh tế, họ cũng có lợi vì không phải bỏ ra một khoản tiền lớn để trang trải cho những người lao động bị mất hoặc giảm khả năng lao động. Với Nhà nước BHXH góp phần làm giảm gánh nặng cho ngân sách đồng thời quỹ BHXH còn là nguồn đầu tư đáng kể cho nền kinh tế quốc dân.

BHXXH là bộ phận chủ yếu của hệ thống bảo đảm xã hội, vì vậy tính xã hội của nó thể hiện rất rõ. Xét về lâu dài, mọi người lao động trong xã hội đều có quyền tham gia BHXXH. Và ngược lại, BHXXH phải có trách nhiệm bảo hiểm cho mọi người lao động và gia đình họ, kể cả khi họ còn đang trong độ tuổi lao động. Tính xã hội của BHXXH luôn gắn chặt với tính dịch vụ của nó. Khi nền kinh tế - xã hội ngày càng phát triển thì tính dịch vụ và tính chất xã hội hoá của BHXXH cũng ngày càng cao.

II. NHỮNG QUAN ĐIỂM CƠ BẢN VỀ BẢO HIỂM XÃ HỘI

Khi thực hiện BHXXH, các nước đều phải lựa chọn hình thức, cơ chế và mức độ thoả mãn các nhu cầu BHXXH phù hợp với tập quán, khả năng trang trải và định hướng phát triển kinh tế - xã hội của nước mình. Đồng thời, phải nhận thức thống nhất các quan điểm về BHXXH sau đây:

1. Chính sách BHXXH là một bộ phận cấu thành và là bộ phận quan trọng nhất trong chính sách xã hội

Mục đích chủ yếu của chính sách này nhằm đảm bảo đời sống cho người lao động và gia đình họ, khi người lao động bị giảm hoặc mất thu nhập do bị giảm hoặc mất khả năng lao động, mất việc làm. Ở nước ta, BHXXH nằm trong hệ thống các chính sách xã hội của Đảng và Nhà nước. Thực chất, đây là một trong những loại chính sách đối với con người nhằm đáp ứng một trong những quyền và nhu cầu hiển nhiên của con người, nhu cầu an toàn về việc làm, an toàn lao động, an toàn xã hội v.v... Chính sách BHXXH còn thể hiện trình độ văn minh, tiềm lực và sức mạnh kinh tế, khả năng tổ chức và quản lý của mỗi quốc gia. Trong một chừng mực nhất định, nó còn thể hiện tính ưu việt của một chế độ xã hội. Nếu tổ chức và thực hiện tốt chính sách BHXXH sẽ là động lực to lớn

phát huy tiềm năng sáng tạo của người lao động trong quá trình phát triển kinh tế - xã hội của đất nước.

2. Người sử dụng lao động phải có nghĩa vụ và trách nhiệm BHXH cho người lao động. Người sử dụng lao động thực chất là các tổ chức, các doanh nghiệp và các cá nhân có thuê mướn lao động. Họ phải có nghĩa vụ đóng góp vào quỹ BHXH và có trách nhiệm thực hiện đầy đủ các chế độ BHXH đối với người lao động mà mình sử dụng theo đúng luật pháp quy định. Người sử dụng lao động muốn ổn định và phát triển sản xuất kinh doanh thì ngoài việc phải chăm lo đầu tư để có máy móc thiết bị hiện đại, công nghệ tiên tiến còn phải chăm lo tay nghề và đời sống cho người lao động mà mình sử dụng. Khi người lao động làm việc bình thường thì phải trả lương thoả đáng cho họ. Khi họ gặp rủi ro, bị ốm đau, tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp v.v... trong đó có rất nhiều trường hợp gắn với quá trình lao động với những điều kiện lao động cụ thể của doanh nghiệp thì phải có trách nhiệm BHXH cho họ. Chỉ có như vậy, người lao động mới yên tâm, tích cực lao động sản xuất, phát huy sáng kiến cải tiến kỹ thuật góp phần nâng cao năng suất lao động và tăng hiệu quả kinh tế cho doanh nghiệp.

3. Người lao động được bình đẳng về nghĩa vụ và quyền lợi đối với BHXH, không phân biệt nam nữ, dân tộc, tôn giáo, nghề nghiệp v.v... Điều đó có nghĩa là mọi người lao động trong xã hội đều được hưởng BHXH như tuyên ngôn nhân quyền đã nêu, đồng thời bình đẳng về nghĩa vụ đóng góp và quyền lợi trợ cấp BHXH. Người lao động khi gặp rủi ro không mong muốn và không phải hoàn toàn hay trực tiếp do lỗi của người khác thì trước hết đó là rủi ro của bản thân. Vì thế, nếu muốn được BHXH tức là muốn nhiều người khác hỗ trợ cho mình là dấn trải rủi ro của mình cho nhiều người khác thì tự mình phải gánh chịu trực

tiếp và trước hết. Điều đó có nghĩa là bản thân người lao động phải có trách nhiệm tham gia BHXH để tự bảo hiểm cho mình.

Tuy nhiên, nghĩa vụ và quyền lợi của người lao động về BHXH còn tùy thuộc vào điều kiện kinh tế - xã hội, vào các mối quan hệ kinh tế, chính trị, xã hội và lịch sử của mỗi quốc gia. Nhìn chung, khi sản xuất phát triển, kinh tế tăng trưởng, chính trị, xã hội ổn định thì người lao động tham gia và được hưởng trợ cấp BHXH ngày càng đông.

4. Mức trợ cấp BHXH phụ thuộc vào các yếu tố

- Tình trạng mất khả năng lao động
- Tiền lương lúc đang đi làm
- Tuổi thọ bình quân của người lao động
- Điều kiện kinh tế - xã hội của đất nước trong từng thời kỳ.

Tuy nhiên, về nguyên tắc mức trợ cấp BHXH phải thấp hơn mức lương lúc đang đi làm, nhưng thấp nhất cũng phải đảm bảo mức sống tối thiểu.

Quan điểm này vừa phản ánh tính cộng đồng xã hội, vừa phản ánh nguyên tắc phân phối lại quỹ BHXH cho những người lao động tham gia BHXH. Trợ cấp BHXH là loại trợ cấp thay thế tiền lương. Mà tiền lương là khoản tiền mà người sử dụng lao động trả cho người lao động khi họ thực hiện được những công việc hoặc định mức công việc nào đó. Nghĩa là, chỉ người lao động có sức khỏe bình thường, có việc làm bình thường và thực hiện được những công việc nhất định mới có tiền lương. Khi đã bị ốm đau, tai nạn hay tuổi già không làm việc được mà trước đó có tham gia BHXH thì chỉ có trợ cấp BHXH và trợ cấp đó không thể bằng tiền lương do lao động tạo ra được. Nếu mức trợ cấp bằng hoặc cao hơn

tiền lương thì không một người lao động nào phải cố gắng tìm kiếm việc làm và tích cực làm việc để có lương, mà ngược lại sẽ lợi dụng BHXH để được nhận trợ cấp. Hơn nữa cách lập quỹ BHXH theo phương thức dần trải rủi ro cũng không cho phép trả trợ cấp BHXH bằng tiền lương lúc đang đi làm. Và như vậy thì chẳng khác gì người lao động bị rủi ro qua rủi ro của mình dần trải hết cho những người khác.

Như vậy, mức trợ cấp BHXH phải thấp hơn mức tiền lương lúc đang đi làm. Tuy nhiên, do mục đích bản chất và phương thức BHXH thì mức trợ cấp thấp nhất cũng không thể thấp hơn mức sống tối thiểu.

5. Nhà nước quản lý thống nhất chính sách BHXH, tổ chức bộ máy thực hiện chính sách BHXH

Bởi vì, BHXH là một bộ phận cấu thành các chính sách xã hội, nó vừa là nhân tố ổn định, vừa là nhân tố động lực phát triển kinh tế - xã hội. Cho nên, vai trò của Nhà nước là rất quan trọng. Thực tế đã chỉ rõ, nếu không có sự can thiệp của Nhà nước, nếu không có sự quản lý vĩ mô của Nhà nước thì mối quan hệ giữa người lao động và người sử dụng lao động sẽ không được duy trì bền vững, mối quan hệ ba bên trong BHXH sẽ bị phá vỡ.

Hơn nữa, BHXH được thực hiện thông qua một quy trình, từ việc hoạch định chính sách, đảm bảo vật chất đến việc xét trợ cấp v.v... Vì vậy, Nhà nước quản lý toàn bộ quy trình này, hay có những giới hạn về mức độ và phạm vi.

Trước hết, phải khẳng định rằng việc hoạch định chính sách BHXH là khâu đầu tiên và quan trọng nhất. Sự quản lý của Nhà nước về vấn đề này thể hiện ở việc xây dựng các dự án luật, các văn bản pháp quy về BHXH và ban hành thực hiện. Sau đó là hướng dẫn, kiểm tra, thanh tra các tổ chức, cá nhân thực hiện chính sách.

Đối với việc đảm bảo vật chất cho BHXH thì vai trò của Nhà nước phụ thuộc vào chính sách BHXH do Nhà nước quy định. Có những mô hình về bảo đảm vật chất cho BHXH do ngân sách Nhà nước cung cấp thì vai trò quản lý Nhà nước là trực tiếp và toàn diện, nếu nguồn đảm bảo trợ cấp do người sử dụng lao động, người lao động và Nhà nước đóng góp thì Nhà nước tham gia quản lý.

Để quản lý BHXH, Nhà nước sử dụng các công cụ chủ yếu như luật pháp và bộ máy tổ chức. Nhìn chung, hầu hết các nước trên thế giới, việc quản lý vĩ mô BHXH đều được Nhà nước giao cho Bộ Lao động hoặc Bộ Xã hội trực tiếp điều hành.

III. NGUỒN QUỸ BHXH VÀ MỤC ĐÍCH SỬ DỤNG

1. Nguồn quỹ bảo hiểm xã hội

Quỹ BHXH là quỹ tài chính độc lập, tập trung nằm ngoài ngân sách Nhà nước.

Quỹ BHXH được hình thành chủ yếu từ các nguồn sau đây:

- Người sử dụng lao động đóng góp,
- Người lao động đóng góp,
- Nhà nước đóng và hỗ trợ thêm,
- Các nguồn khác (như cá nhân và các tổ chức từ thiện ủng hộ, lãi do đầu tư phần quỹ nhàn rỗi).

Trong nền kinh tế hàng hoá, trách nhiệm tham gia đóng góp BHXH cho người lao động được phân chia cho cả người sử dụng lao động và người lao động trên cơ sở quan hệ lao động. Điều này không phải là sự phân chia rủi ro, mà là lợi ích giữa hai bên. Về phía người sử dụng lao động, sự đóng góp một phần BHXH cho người lao động sẽ tránh được thiệt hại kinh tế do phải chi ra một khoản tiền lớn khi có rủi ro

xảy ra đối với người lao động mà mình thuê mượn. Đồng thời nó còn góp phần giảm bớt tình trạng tranh chấp, kiến tạo được mối quan hệ tốt đẹp giữa chủ - thợ. Về phía người lao động, sự đóng góp một phần để BHXH cho mình vừa biểu hiện sự tự gánh chịu trực tiếp rủi ro của chính mình, vừa có ý nghĩa ràng buộc nghĩa vụ và quyền lợi một cách chặt chẽ.

Mối quan hệ chủ - thợ trong BHXH thực chất là mối quan hệ lợi ích. Vì thế, cũng như nhiều lĩnh vực khác trong quan hệ lao động, BHXH không thể thiếu được sự tham gia đóng góp của Nhà nước. Trước hết các luật lệ của Nhà nước về BHXH là những chuẩn mực pháp lý mà cả người lao động và người sử dụng lao động đều phải tuân theo, những tranh chấp chủ - thợ trong lĩnh vực BHXH có cơ sở vững chắc để giải quyết. Ngoài ra, bằng nhiều hình thức, biện pháp và mức độ can thiệp khác nhau, Nhà nước không chỉ tham gia đóng góp và hỗ trợ thêm cho quỹ BHXH, mà còn trở thành chỗ dựa để đảm bảo cho hoạt động BHXH chắc chắn và ổn định.

Phần lớn các nước trên thế giới, quỹ BHXH đều được hình thành từ các nguồn nêu trên. Tuy nhiên, phương thức đóng góp và mức đóng góp của các bên tham gia BHXH có khác nhau.

Về phương thức đóng góp BHXH của người lao động và người sử dụng lao động hiện vẫn còn hai quan điểm. Quan điểm thứ nhất cho rằng, phải căn cứ vào mức lương cá nhân và quỹ lương của cơ quan, doanh nghiệp. Quan điểm thứ hai lại nêu lên, phải căn cứ vào mức thu nhập cơ bản của người lao động được cân đối chung trong toàn bộ nền kinh tế quốc dân để xác định mức đóng góp.

Về mức đóng góp BHXH, một số nước quy định người sử dụng lao động phải chịu toàn bộ chi phí cho chế độ tai nạn lao động. Chính phủ trả chi phí y tế và trợ cấp gia đình, các

chế độ còn lại cả người lao động và người sử dụng lao động cùng đóng góp mỗi bên một phần bằng nhau. Một số nước khác lại quy định, Chính phủ bù thiếu cho quỹ BHXH hoặc chịu toàn bộ chi phí quản lý BHXH v.v...

Mức đóng góp BHXH ở một số nước trên thế giới

Tên nước	Chính phủ	Tỷ lệ đóng góp của người lao động so với tiền lương (%)	Tỷ lệ đóng góp của người sử dụng lao động so với quỹ lương (%)
CHLB Đức	Bù thiếu	14,8 ÷ 18,8	16,3 ÷ 22,6
CH Pháp	Bù thiếu	11,82	19,68
Indônêxia	Bù thiếu	3,0	6,5
Philippin	Bù thiếu	2,85 ÷ 9,25	6,85 ÷ 8,05
Malaixia	Chi toàn bộ chế độ ốm đau, thai sản	9,5	12,75

(Nguồn: BHXH ở một số nước trên thế giới)

Ở nước ta, từ 1962 đến 1987, quỹ BHXH chỉ được hình thành từ 2 nguồn: các xí nghiệp sản xuất vật chất đóng góp 4,7% quỹ lương của xí nghiệp, phần còn lại do ngân sách Nhà nước đài thọ. Thực chất là không tồn tại quỹ BHXH độc lập. Từ năm 1988 đến nay, các đơn vị sản xuất kinh doanh đóng góp 15% quỹ lương của đơn vị. Sau khi nền kinh tế nước ta chuyển sang cơ chế thị trường, Chính phủ đã ban hành Nghị định 43/CP ngày 22/06/1993 và Điều lệ BHXH Việt Nam ban hành kèm theo Nghị định 12/CP ngày 26/01/1995, trong các văn bản này đều quy định quỹ BHXH được hình thành từ các nguồn sau đây:

- Người sử dụng lao động đóng bằng 15% so với tổng quỹ tiền lương của những người tham gia BHXH trong đơn vị. Trong đó 10% để chi trả các chế độ hưu trí, tử tuất và 5% để chi các

chế độ ốm đau, thai sản, tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp.

- Người lao động đóng bằng 5% tiền lương tháng để chi các chế độ hưu trí và tử tuất.

- Nhà nước đóng và hỗ trợ thêm để đảm bảo thực hiện các chế độ BHXH đối với người lao động.

- Các nguồn khác

Mức đóng góp BHXH thực chất là phí BHXH. Phí BHXH là yếu tố quyết định sự cân đối thu chi quỹ BHXH. Vì vậy, quỹ này phải được tính toán một cách khoa học. Trong thực tế, việc tính phí BHXH là một nghiệp vụ chuyên sâu của BHXH và người ta thường sử dụng các phương pháp toán học khác nhau để xác định. Khi tính phí BHXH, có thể có những căn cứ tính toán khác nhau:

- Dựa vào tiền lương và thang lương để xác định mức trợ cấp BHXH, từ đó có cơ sở xác định mức phí đóng.

- Quy định mức phí BHXH trước rồi từ đó xác định mức hưởng.

- Dựa vào nhu cầu khách quan của người lao động để xác định mức hưởng, rồi từ mức hưởng BHXH này có thể xác định được mức phí phải đóng.

Mặc dù chỉ thuần túy mang tính kỹ thuật nhưng xác định phí BHXH lại khá phức tạp vì nó liên quan đến cả người lao động, người sử dụng lao động và Nhà nước. Liên quan đến khả năng cân đối thu nhập của người lao động và điều kiện phát triển kinh tế xã hội của đất nước. Tuy nhiên, khi xác định phí BHXH vẫn phải đảm bảo các nguyên tắc: cân bằng thu chi, lấy số đông bù số ít và có dự phòng. Mức phí xác định phải được cân đối với mức hưởng, với nhu cầu BHXH và điều chỉnh sao cho tối ưu nhất.

Phí BHXH xác định theo công thức:

$$P = f_1 + f_2 + f_3$$

Trong đó: P - Phí BHXH

f_1 - Phí thuần túy trợ cấp BHXH

f_2 - Phí dự phòng

f_3 - Phí quản lý

Phí thuần túy trợ cấp BHXH cho cả các chế độ ngắn hạn và dài hạn. Đối với các chế độ BHXH ngắn hạn việc đóng và hưởng BHXH xảy ra trong thời gian ngắn (thường là 1 năm) như: ốm đau, thai sản, tai nạn lao động nhẹ... Vì vậy, số đóng góp BHXH phải đủ cho số phát sinh chi trả trong năm. Đối với các chế độ BHXH dài hạn như: Hưu trí, trợ cấp mất người nuôi dưỡng, tai nạn lao động hoặc bệnh nghề nghiệp nặng v.v... quá trình đóng và quá trình hưởng BHXH tương đối độc lập với nhau và diễn ra trong khoảng thời gian nhất định. Cho nên, sự cân bằng giữa đóng góp và hưởng BHXH phải được dàn trải trong cả thời kỳ dài. Vì thế, ngoài phí thuần túy phải có phí dự phòng để đảm bảo quỹ BHXH có dự trữ đủ lớn.

Như vậy, để xác định được mức phí phải đóng và mức hưởng BHXH phải dựa vào nhiều yếu tố và nhiều thông tin khác nhau về nguồn lao động, cơ cấu nguồn lao động theo độ tuổi, giới tính, ngành nghề v.v... Ngoài ra còn phải xác định và dự báo được tuổi thọ bình quân của quốc gia; xác suất ốm đau, tai nạn, tử vong của người lao động v.v...

2. Mục đích sử dụng quỹ Bảo hiểm xã hội

Quỹ BHXH được sử dụng chủ yếu cho 2 mục đích sau đây:

- Chi trả và trợ cấp cho các chế độ BHXH
- Chi phí cho sự nghiệp quản lý BHXH.

Theo khuyến nghị của Tổ chức lao động quốc tế (ILO) quỹ BHXH được sử dụng để trợ cấp cho các đối tượng tham gia BHXH, nhằm ổn định cuộc sống cho bản thân và gia đình họ, khi đối tượng tham gia BHXH gặp rủi ro. Thực chất là trợ cấp cho 9 chế độ mà tổ chức này đã nêu lên trong Công ước 102 tháng 6 năm 1952 tại Gionevơ:

1. Chăm sóc y tế
2. Trợ cấp ốm đau
3. Trợ cấp thất nghiệp
4. Trợ cấp tuổi già
5. Trợ cấp tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp
6. Trợ cấp gia đình
7. Trợ cấp sinh đẻ
8. Trợ cấp khi tàn phế
9. Trợ cấp cho người còn sống (trợ cấp mất người nuôi dưỡng).

9 chế độ trên hình thành một hệ thống các chế độ BHXH. Tùy điều kiện kinh tế - xã hội mà mỗi nước tham gia công ước Gionevơ thực hiện khuyến nghị đó ở mức độ khác nhau, nhưng ít nhất phải thực hiện được 3 chế độ. Trong đó, ít nhất phải có một trong năm chế độ: (3); (4); (5); (8); (9). Mỗi chế độ trong hệ thống trên khi xây dựng đều dựa trên những cơ sở kinh tế - xã hội; tài chính; thu nhập; tiền lương v.v... Đồng thời, tùy từng chế độ khi xây dựng còn phải tính đến các yếu tố sinh học; tuổi thọ bình quân của quốc gia; nhu cầu dinh dưỡng; xác suất tử vong v.v...

Hệ thống các chế độ BHXH có những đặc điểm chủ yếu sau đây:

- + Các chế độ được xây dựng theo luật pháp mỗi nước.
- + Hệ thống các chế độ mang tính chất chia sẻ rủi ro, chia sẻ tài chính.

+ Mỗi chế độ được chi trả đều căn cứ chủ yếu vào mức đóng góp của các bên tham gia BHXH.

+ Phần lớn các chế độ là chi trả định kỳ.

+ Đồng tiền được sử dụng làm phương tiện chi trả và thanh quyết toán.

+ Chi trả BHXH như là quyền lợi của mỗi chế độ BHXH.

+ Mức chi trả còn phụ thuộc vào quỹ dự trữ. Nếu quỹ dự trữ được đầu tư có hiệu quả và an toàn thì mức chi trả sẽ cao và ổn định.

+ Các chế độ BHXH cần phải được điều chỉnh định kỳ để phản ánh hết sự thay đổi của điều kiện kinh tế - xã hội.

Tuy nhiên, cơ sở để xác định điều kiện hưởng BHXH phải tính đến một loạt các yếu tố liên quan đến toàn bộ hệ thống các chế độ cũng như từng chế độ BHXH cụ thể. Chẳng hạn, khi xác định điều kiện hưởng trợ cấp BHXH tuổi già phải dựa vào cơ sở sinh học là tuổi đời và giới tính, của người lao động là chủ yếu. Bởi vì tuổi già để hưởng trợ cấp hưu trí của mỗi giới, mỗi vùng, mỗi quốc gia có những khác biệt nhất định. Do đó, có những nước quy định: Nam 60 tuổi và nữ 55 tuổi sẽ được nghỉ hưu. Nhưng cũng có những nước quy định: nam 65 tuổi và nữ 60 tuổi v.v... Hoặc khi xác định điều kiện hưởng trợ cấp cho chế độ tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp phải tính đến các yếu tố như: điều kiện và môi trường lao động; bảo hộ lao động v.v... Các yếu tố này thường có quan hệ và tác động qua lại với nhau ít nhiều ảnh hưởng đến điều kiện BHXH của từng chế độ và toàn bộ hệ thống các chế độ BHXH.

Thời gian hưởng trợ cấp và mức hưởng trợ cấp BHXH nói chung phụ thuộc vào từng trường hợp cụ thể và thời gian đóng phí bảo hiểm của người lao động, trên cơ sở tương ứng giữa đóng và hưởng. Đồng thời mức trợ cấp còn phụ thuộc vào khả năng thanh toán chung của từng quỹ tài chính

BHXXH; mức sống chung của các tầng lớp dân cư và người lao động. Nhưng về nguyên tắc, mức trợ cấp này không cao hơn mức tiền lương hoặc tiền công khi người lao động đang làm việc và nó chỉ bằng một tỷ lệ phần trăm nhất định so với mức tiền lương hay tiền công. Ở các nước kinh tế phát triển do mức lương cao, nên tỷ lệ này thường thấp và ngược lại ở những nước đang phát triển do mức tiền lương còn thấp nên phải áp dụng một tỷ lệ khá cao. Ví dụ, ở Pháp, mức trợ cấp hưu trí chỉ bằng 50% mức lương bình quân của 10 năm cao nhất (với điều kiện đóng BHXXH đủ 37,5 năm). Ốm đau được hưởng trợ cấp bằng 50% tiền lương, thời gian nghỉ ốm được hưởng trợ cấp không quá 12 tháng. Sinh con được hưởng trợ cấp BHXXH bằng 90% tiền lương trong vòng 16 tuần v.v... Còn ở Philipin, mức trợ cấp hưu trí từ 42% đến 102%, tùy thuộc từng nhóm lương khác nhau. Ốm đau được hưởng 65%, sinh con được nghỉ 45 ngày và được trợ cấp bằng 100% tiền lương v.v...

Tuy vậy, việc các nước quy định trợ cấp BHXXH bằng tỷ lệ phần trăm so với tiền lương hay tiền công thường dẫn đến bội chi quỹ BHXXH. Vì vậy, một số nước đã phải tìm cách khắc phục như: trả ngay một lần khi nghỉ hưu (Nhật Bản một lần khi nghỉ hưu là 15 triệu yên; Ấn Độ, Malaixia, Indônêxia trả một lần bằng tổng số tiền mà chủ và thợ đã đóng góp cộng với lãi) hoặc suốt đời đóng theo tỷ lệ phần trăm của một mức thu nhập quy định và hưởng cũng theo tỷ lệ phần trăm của mức quy định.

Ngoài việc chi trả trợ cấp theo các chế độ BHXXH, quỹ BHXXH còn được sử dụng cho chi phí quản lý như: tiền lương cho những người làm việc trong hệ thống BHXXH; khấu hao tài sản cố định, văn phòng phẩm và một số khoản chi khác v.v... Phần quỹ nhàn rỗi phải được đem đầu tư sinh lợi. Mục đích đầu tư quỹ BHXXH là nhằm bảo toàn và tăng trưởng nguồn quỹ.

Quá trình đầu tư quỹ BHXH phải đảm bảo nguyên tắc: an toàn, có lợi nhuận, có khả năng thanh toán và đảm bảo lợi ích kinh tế - xã hội.

IV. BHXH VIỆT NAM TRONG ĐIỀU KIỆN KINH TẾ THỊ TRƯỜNG

Sau cách mạng tháng 8 thành công, trên cơ sở Hiến pháp năm 1946 của nước Việt Nam dân chủ cộng hoà, Chính phủ đã ban hành một loạt các sắc lệnh quy định về các chế độ trợ cấp ốm đau, tai nạn, hưu trí cho công nhân viên chức Nhà nước (có Sắc lệnh 29/SL ngày 12/3/1947; Sắc lệnh 76/SL ngày 20/5/1950 và Sắc lệnh 77/SL ngày 22/5/1950). Cơ sở pháp lý tiếp theo của BHXH được thể hiện trong Hiến pháp năm 1959. Hiến pháp năm 1959 của nước ta đã thừa nhận công nhân viên chức có quyền được trợ cấp BHXH. Quyền này được cụ thể hoá trong Điều lệ tạm thời về BHXH đối với công nhân viên chức Nhà nước, ban hành kèm theo Nghị định 218/CP ngày 27/12/1961 và Điều lệ dài ngò quân nhân ban hành kèm theo Nghị định 161/CP ngày 30/10/1964 của Chính phủ. Suốt trong những năm tháng kháng chiến chống xâm lược, chính sách BHXH nước ta đã góp phần ổn định về mặt thu nhập, ổn định cuộc sống cho công nhân viên chức, quân nhân và gia đình họ, góp phần rất lớn trong việc động viên sức người sức của cho thắng lợi của cuộc kháng chiến chống xâm lược thống nhất đất nước.

Từ năm 1986, Việt Nam tiến hành cải cách kinh tế và chuyển đổi nền kinh tế từ cơ chế kế hoạch hoá tập trung sang cơ chế thị trường. Sự thay đổi mới về cơ chế kinh tế đòi hỏi có những thay đổi tương ứng về chính sách xã hội nói chung và chính sách BHXH nói riêng. Hiến pháp năm 1992 đã nêu rõ: "Nhà nước thực hiện chế độ BHXH đối với công chức Nhà nước và người làm công ăn lương, khuyến khích phát triển

các hình thức BHXH khác đối với người lao động”. Trong văn kiện Đại hội VII của Đảng cộng sản Việt Nam cũng đã chỉ rõ, cần đổi mới chính sách BHXH theo hướng mọi người lao động và các đơn vị kinh tế thuộc các thành phần kinh tế đều có nghĩa vụ đóng góp BHXH, thống nhất tách quỹ BHXH ra khỏi ngân sách. Tiếp đến Văn kiện Đại hội Đảng lần thứ VIII cũng đã nêu lên “Mở rộng chế độ BHXH đối với người lao động thuộc các thành phần kinh tế”. Như vậy, các văn bản trên của Đảng và Nhà nước là những cơ sở pháp lý quan trọng cho việc đổi mới chính sách BHXH nước ta theo cơ chế thị trường. Ngay sau khi Bộ luật lao động có hiệu lực từ ngày 1/1/1995, Chính phủ đã ban hành Nghị định 12/CP ngày 26/1/1995 về Điều lệ BHXH đối với người lao động trong các thành phần kinh tế. Nội dung của bản điều lệ này góp phần thực hiện mục tiêu của Đảng và Nhà nước đề ra, góp phần thực hiện công bằng và sự tiến bộ xã hội, góp phần làm lành mạnh hoá thị trường lao động và đồng thời đáp ứng được sự mong mỏi của đông đảo người lao động trong các thành phần kinh tế của cả nước.

1. Đối tượng tham gia BHXH

Bộ luật lao động đã có một chương về BHXH, trong đó quy định các đối tượng sau đây phải áp dụng các chế độ BHXH:

- Người lao động làm việc trong các doanh nghiệp Nhà nước,
- Người lao động làm việc trong các doanh nghiệp thuộc các thành phần kinh tế ngoài quốc doanh có sử dụng từ 10 lao động trở lên;
- Người lao động Việt Nam làm việc trong các doanh nghiệp có vốn đầu tư nước ngoài, khu chế xuất, khu công nghiệp; trong các cơ quan, tổ chức nước ngoài hoặc tổ chức

quốc tế tại Việt Nam, trừ trường hợp Điều ước quốc tế mà Cộng hoà Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam ký kết hoặc tham gia có quy định khác;

- Người lao động làm việc trong các tổ chức kinh doanh dịch vụ thuộc cơ quan hành chính, sự nghiệp, cơ quan Đảng, đoàn thể;

- Người lao động làm việc trong các doanh nghiệp, các tổ chức dịch vụ thuộc lực lượng vũ trang;

- Người giữ chức vụ dân cử, bầu cử làm việc trong các cơ quan quản lý Nhà nước, Đảng, đoàn thể từ Trung ương đến cấp huyện.

- Công chức, viên chức Nhà nước làm việc trong các cơ quan hành chính sự nghiệp; người làm việc trong các cơ quan Đảng, đoàn thể từ Trung ương đến cấp huyện;

Các đối tượng trên đi học, thực tập, công tác điều dưỡng ở ngoài nước mà vẫn hưởng tiền lương hoặc tiền công thì cũng thuộc đối tượng thực hiện BHXH bắt buộc.

Các đối tượng quy định trên gọi chung là người lao động.

Cùng với đối tượng tham gia BHXH được mở rộng hơn so với trước đây, thì loại hình tham gia BHXH cũng được thống nhất: BHXH bắt buộc và BHXH tự nguyện. Vấn đề này bước đầu đã tạo ra sự bình đẳng giữa những người lao động thuộc các thành phần kinh tế. Với đối tượng đã được quy định như ở trên, hiện nay cả nước ta đã có khoảng 15% lực lượng lao động tham gia BHXH.

2. Các chế độ Bảo hiểm xã hội

Theo điều 2 của Điều lệ BHXH Việt Nam, BHXH nước ta hiện nay bao gồm 5 chế độ: Chế độ trợ cấp ốm đau; chế độ trợ cấp thai sản; chế độ trợ cấp tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp; chế độ hưu trí và chế độ tử tuất. So với trước đây, chế

độ trợ cấp mất sức lao động đã bị loại bỏ. Nội dung của 5 chế độ nêu trên được quy định thống nhất trong chương II của Điều lệ. Mỗi chế độ BHXH khi xây dựng đều căn cứ vào một loạt những cơ sở như: sinh học; kinh tế - xã hội; điều kiện và môi trường lao động v.v...

- Chế độ trợ cấp ốm đau. Chế độ này đã giúp cho người lao động có được khoản trợ cấp thay thế thu nhập bị mất do không làm việc khi bị ốm đau. Việc thiết kế chế độ này như hiện hành đã tránh được những hiện tượng lạm dụng và bình quân hoá trong khi xét trợ cấp. Đảm bảo công bằng giữa đóng và hưởng BHXH, đồng thời có tính đến yếu tố san sẻ cộng đồng giữa những người tham gia BHXH. Tuy nhiên trong quá trình thực hiện, vẫn còn một số vấn đề cần phải tiếp tục nghiên cứu xem xét như: không quy định thời gian dự bị trước khi hưởng BHXH; thời hạn hưởng tối đa chưa rõ; thủ tục, danh mục các bệnh dài hạn quy định đã lâu, cần phải bổ sung một số bệnh mới v.v...

- Chế độ trợ cấp thai sản: Thiết kế chế độ này như hiện nay đã giúp lao động nữ có được khoản trợ cấp thay thế cho phần thu nhập bị mất do không làm việc vì sinh con. Hơn nữa, việc quy định thời gian nghỉ đã tính đến yếu tố điều kiện và môi trường lao động nhằm đảm bảo sức khỏe cho sản phụ thuộc các nhóm lao động khác nhau. Qua thực tiễn, chế độ này còn một số điểm cần phải khắc phục như: còn đan xen giữa chính sách BHXH với chính sách dân số, kế hoạch hoá gia đình; thời gian dự bị trước khi được hưởng cũng chưa có v.v...

- Chế độ tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp: Thực tiễn triển khai chế độ này ở nước ta trong những năm vừa qua đã góp phần không nhỏ đảm bảo thu nhập, ổn định cuộc sống cho người lao động; không may bị TNLĐ hoặc bệnh nghề nghiệp. Đồng thời chế độ này còn quy định rõ trách nhiệm của người sử dụng lao động đối với các trường hợp xảy ra

TNLD hoặc bệnh nghề nghiệp. Mức trợ cấp của chế độ này dựa trên cơ sở tỷ lệ suy giảm khả năng lao động là hợp lý. Tuy vậy, cần phải xác định rõ hơn TNLD xảy ra trên đường đi từ nhà tới nơi làm việc và ngược lại, danh mục bệnh nghề nghiệp cần phải được bổ sung vì có một số loại bệnh mới phát sinh nhưng chưa được xếp vào bệnh nghề nghiệp v.v...

- Chế độ hưu trí: Đây là chế độ nhằm cung cấp một khoản trợ cấp thay thế cho phần thu nhập không được nhận nữa từ nghề nghiệp do nghỉ hưu. Nội dung chế độ này đã khắc phục được những hạn chế trước đây như: Việc quy đổi thời gian công tác; bóc tách được phần lớn các chế độ ưu đãi xã hội ra khỏi chế độ hưu trí v.v... vì thế đã đảm bảo được sự công bằng, bình đẳng giữa đóng và hưởng BHXH; giữa các nhóm lao động khác nhau. Tuy vậy, chế độ này vẫn còn nhiều điểm nổi cộm cần khắc phục như: tuổi đời về hưu giữa các ngành, các nhóm lao động; những người hưởng trợ cấp một lần đưa vào chế độ là chưa hợp lý, vì những người này vừa chưa đủ tuổi, vừa không đủ tích lũy cần thiết để hưởng trợ cấp. Đây chỉ là sự trả lại một phần số tiền cho người lao động khi họ không còn quan hệ lao động nữa, do quỹ BHXH đảm nhận.

- Chế độ tử tuất: Một trong những chế độ BHXH mang tính nhân đạo nhất đó là chế độ tử tuất. Chế độ này đã giúp cho thân nhân người chết có được khoản trợ cấp bù đắp một phần thiếu hụt thu nhập của gia đình do người lao động bị chết; khi xây dựng chế độ này, đã tính đến yếu tố đóng góp của người tham gia bảo hiểm và yếu tố xã hội giữa người sống và người chết. Đặc biệt là có tính đến yếu tố kế thừa đối với thân nhân của người chết. Song, việc quy định đối tượng được hưởng bao gồm cả bố mẹ bên vợ, bên chồng là chưa hợp lý. Vì bố mẹ bên vợ, bên chồng còn có thân nhân của cả hai bên chịu trách nhiệm. Điều này cần phải căn cứ vào hoàn cảnh cụ thể để thống nhất quy định v.v...

3. Quỹ Bảo hiểm xã hội

Theo điều lệ BHXH hiện hành, quỹ BHXH nước ta được hình thành từ các nguồn sau đây:

a) Người sử dụng lao động đóng bằng 15% so với tổng quỹ tiền lương của những người tham gia BHXH trong đơn vị; trong đó 10% để chi các chế độ hưu trí, tử tuất 5% để chi các chế độ ốm đau, thai sản, tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp.

b) Người lao động đóng bằng 5% tiền lương tháng để chi các chế độ hưu trí và tử tuất;

c) Nhà nước đóng và hỗ trợ thêm để bảo đảm thực hiện các chế độ BHXH đối với người lao động;

d) Các nguồn khác.

Hàng tháng, người sử dụng lao động có trách nhiệm đóng BHXH theo quy định. Tiền lương tháng căn cứ đóng BHXH gồm lương theo ngạch bậc, chức vụ, thâm niên, hệ số chênh lệch bảo lưu (nếu có). Bộ Tài chính trích từ ngân sách Nhà nước số tiền chuyển vào quỹ BHXH đủ chi các chế độ hưu trí, trợ cấp mất sức lao động, tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp, tử tuất và hỗ trợ chi lương hưu cho người lao động thuộc khu vực Nhà nước về hưu trước ngày thi hành Điều lệ này. Việc tổ chức thu BHXH do tổ chức BHXH Việt Nam thực hiện. Quỹ BHXH được quản lý thống nhất theo chế độ tài chính của Nhà nước, hạch toán độc lập và được Nhà nước bảo hộ. Quỹ BHXH được sử dụng để chi cho 5 chế độ mà điều lệ BHXH đã qui định. Đồng thời được sử dụng để chi phí cho sự nghiệp quản lý BHXH ở các cấp, các ngành. Phần quỹ nhàn rỗi được phép đầu tư để bảo tồn giá trị và tăng trưởng theo quy định của Chính phủ.

Mặc dù so với trước đây, quỹ BHXH được hình thành từ các nguồn nêu trên là phù hợp với chính sách BHXH trong cơ chế thị trường, đảm bảo được các nguyên tắc của BHXH, tạo

điều kiện phấn đấu để quỹ BHXH tự cân bằng được thu chi trong quá trình hoạt động. Song, quá trình tạo nguồn quỹ vẫn còn hai vấn đề cần phải được cân nhắc, xem xét:

Thứ nhất là, theo quy định hiện hành tiền lương dùng làm căn cứ đóng BHXH là tiền lương cấp bậc theo thang lương, bảng lương hoặc tiền lương cơ bản. Trong khi đó sự chênh lệch giữa tiền lương cơ bản với tiền lương thực tế là khá lớn (trừ một số trường hợp đối với công chức Nhà nước). Điều đó sẽ ảnh hưởng tới tiền lương hưu sau này của người lao động, vì khi đó lương hưu tối đa cũng chỉ bằng 75% tiền lương cơ bản.

Thứ hai là, cơ cấu đóng góp hiện nay, mặc dù quy định trong phần đóng góp của người lao động chủ yếu dùng để chi cho chế độ hưu trí và tử tuất, còn trong phần đóng góp của người sử dụng lao động có 10% để chi cho các chế độ bảo hiểm dài hạn. Tuy nhiên, trong thực tế việc chi phí không được rành rọt như vậy vì quỹ BHXH không có quỹ thành phần. Điều này, sẽ gây khó khăn cho việc phân tích quỹ để có thể điều chỉnh theo từng giai đoạn cho hợp lý. Vấn đề thu - chi BHXH cũng còn nhiều vướng mắc. Tỷ lệ thu ở khối doanh nghiệp quốc doanh còn thấp. Khối doanh nghiệp tư nhân tỷ lệ đóng góp đã thấp, trong khi đó còn một tỷ lệ đáng kể vi phạm luật lao động như: Không ký kết hợp đồng lao động hoặc ký sai hợp đồng nhằm trốn tránh nghĩa vụ nộp BHXH. Một số doanh nghiệp thuộc các ngành nông - lâm - ngư nghiệp có tính đặc thù mà quy định như hiện nay là chưa thật phù hợp. Vì trên thực tế, loại hình doanh nghiệp này chỉ quản lý về mặt hình thức còn toàn bộ hoạt động sản xuất kinh doanh đều đã khoán cho người lao động. Sản phẩm thu hoạch vào cuối vụ, cuối năm cho nên đóng BHXH hàng tháng là rất khó thực hiện v.v...

Việc đầu tư tăng trưởng quỹ BHXH, mặc dù đã đảm bảo nguyên tắc: An toàn, có lãi, đảm bảo lợi ích kinh tế - xã hội, song định hướng đầu tư còn lúng túng, lãi suất đầu tư chưa

cao cần tạo ra môi trường vĩ mô để đầu tư bảo toàn và tăng trưởng quỹ.

4. Tổ chức và quản lý Bảo hiểm xã hội

Theo Nghị định 19/CP ngày 16/2/1995 của Chính phủ, hệ thống BHXH được thành lập đặt dưới sự chỉ đạo trực tiếp của Chính phủ, sự quản lý Nhà nước của Bộ Lao động - thương binh và xã hội và các cơ quan quản lý Nhà nước có liên quan, sự giám sát của Tổ chức công đoàn. Theo Nghị định này, BHXH Việt Nam có các nhiệm vụ và quyền hạn sau:

- Tổ chức thu BHXH và tổ chức việc chi trả cho người lao động tham gia BHXH các khoản trợ cấp BHXH.

- Từ chối việc chi trả BHXH cho đối tượng được hưởng BHXH khi có kết luận của cơ quan Nhà nước có thẩm quyền về hành vi gian lận, làm giả hồ sơ tài liệu v.v...

- Xây dựng và tổ chức thực hiện các dự án và biện pháp để đảm bảo giá trị và tăng trưởng quỹ BHXH theo quy định của Chính phủ.

- Tổ chức thực hiện công tác thống kê, kế toán - hạch toán hướng dẫn nghiệp vụ thu chi BHXH.

- Kiểm tra việc thực hiện thu chi BHXH.

- Giải quyết các khiếu nại về thực hiện chính sách BHXH.

Về mặt tổ chức, BHXH Việt Nam được hình thành theo một hệ thống dọc từ Trung ương đến địa phương và được chia thành 3 cấp: cấp trung ương, cấp tỉnh và thành phố, cấp quận, huyện.

Với những nhiệm vụ và quyền hạn được giao, đến nay, BHXH Việt Nam đã và đang quản lý hơn 3.2 triệu lao động tham gia BHXH và hơn 1,7 triệu người được hưởng BHXH thường xuyên. Để quản lý các đối tượng tham gia BHXH, cơ quan BHXH thực hiện việc cấp sổ BHXH và cập nhật các

thông tin về đối tượng tham gia vào máy vi tính. Những đối tượng đã hoàn tất hồ sơ và làm đầy đủ các thủ tục quản lý được cấp sổ BHXH.

a) Mục đích và yêu cầu cấp sổ BHXH

- *Mục đích:* Nhằm quản lý chặt chẽ các đối tượng tham gia và đóng BHXH giúp người lao động có cơ sở pháp lý kiểm tra, giám sát kết quả đóng và thực hiện các chế độ BHXH của người sử dụng lao động. Tạo điều kiện thuận lợi và đảm bảo sự công bằng cho người lao động khi chuyển nơi làm việc vẫn duy trì được quyền lợi BHXH... Sổ BHXH còn là cơ sở giải quyết các tranh chấp phát sinh giữa người lao động, người sử dụng lao động với cơ quan BHXH.

- *Yêu cầu:* Việc cấp sổ BHXH phải đảm bảo các yêu cầu sau:

Thứ nhất là, tính trung thực trong việc kê khai thời gian làm việc, thời gian đóng BHXH.

Thứ hai là, việc cấp sổ BHXH phải được thực hiện tại đơn vị cơ sở.

Thứ ba là, phải được ghi chép chính xác đầy đủ theo hồ sơ gốc của mỗi người đã xác định trong tờ khai cấp sổ BHXH.

Thứ tư là, trong sổ không được tẩy, xoá và sửa chữa tùy tiện, không được sử dụng sai mục đích.

b) Tờ khai cấp sổ BHXH

Để cấp sổ BHXH, trước hết người lao động phải ghi vào tờ khai cấp sổ BHXH toàn bộ quá trình lao động, công tác, đóng BHXH và được hưởng các chế độ BHXH để cơ quan BHXH duyệt sau đó ghi vào sổ BHXH. Tờ khai cấp sổ BHXH mang nội dung kinh tế, chính trị, xã hội. Nó là tài liệu mang tính pháp lý ghi nhận quá trình lao động, tham gia và đóng BHXH. là tài liệu gốc để xem xét cấp sổ BHXH. Kết cấu và nội dung tờ khai này thể hiện ở mẫu sau:

TỜ KHAI CẤP SỐ BHXH

1. Họ và tên nam (1) nữ (2)
2. Ngày tháng năm sinh:
3. Nơi sinh:
4. Số sổ BHXH (do cơ quan BHXH ghi)
5. Dân tộc: Quốc tịch :
6. Chức danh, nghề nghiệp cấp bậc:
7. Cơ quan, đơn vị làm việc:
8. Địa chỉ thường trú: (nơi đăng ký hộ khẩu thường trú)
.....
9. Chứng minh thư số:..... Nơi cấp... ngày... tháng... năm...

I. Quá trình làm việc có đóng BHXH

Từ tháng năm	Đến tháng năm	Cấp bậc, chức vụ, công việc, đơn vị, địa điểm đơn vị đóng	Thời gian đóng BHXH năm tháng		Mức lương đóng BHXH	
					Lương	Phụ cấp
1	2	3	4	5	6	7

II. Các chế độ BHXH đã được hưởng:

Ngày tháng năm

Người khai
(Ký, ghi rõ họ tên)

Phân xét duyệt của Thủ trưởng cơ quan, đơn vị

Thời gian đóng BHXH tính đến ngày là ... năm ... tháng
Thủ trưởng cơ quan, đơn vị
(ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)

Phân xét duyệt của Giám đốc BHXH tỉnh, thành phố

Thời gian đóng BHXH tính đến ngày là năm tháng
Giám đốc BHXH
(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)

c) Sổ BHXH

Sổ BHXH bao gồm 3 phần:

Phần I: Là những thông tin chung về người lao động như: Họ và tên, giới tính, ngày tháng năm sinh v.v...

Phần II: Là những nội dung có liên quan đến quá trình công tác và tham gia BHXH của người lao động. Đây là nội dung quan trọng và thông tin ở đây được lấy từ tờ khai cấp sổ để ghi vào. Phần này được ghi từ trang 4 của cuốn sổ trở đi và có kết cấu sau:

Quá trình làm việc có đóng BHXH

Thời gian		Cấp bậc, chức vụ, chức danh nghề, công việc đơn vị làm, địa điểm đơn vị đóng	Mức tăng lương tháng làm căn cứ đóng BHXH		Tỷ lệ đóng BHXH		Tổng số tiền đóng BHXH	Xác nhận	
Từ tháng năm	Đến tháng năm		Lương cơ bản	Các khoản phụ cấp				Thủ trưởng đơn vị	Cơ quan BHXH
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Phần III: Ghi các chế độ BHXH đã được hưởng. Các chế độ này được thực hiện theo Nghị định 12/CP như: thai sản; tai nạn lao động - bệnh nghề nghiệp; trợ cấp hưu trí hàng tháng v.v...

Như vậy, trình tự cấp sổ BHXH phải tiến hành qua một số bước công việc cụ thể như: lập danh sách, hướng dẫn kê khai, ghi chép và xét duyệt v.v... Tất cả những công việc này đều do cơ quan BHXH thông báo, hướng dẫn cụ thể. Tuy nhiên, người lao động chỉ được trực tiếp quản lý sổ BHXH khi di chuyển từ đơn vị làm việc này sang đơn vị làm việc

khác, hoặc chấm dứt hợp đồng lao động. Khi ký kết hợp đồng lao động mới, người lao động phải nộp sổ BHXH cho người sử dụng lao động mới để tiếp tục theo dõi, ghi chép, thực hiện việc thu nộp và giải quyết theo các chế độ BHXH. Người sử dụng lao động có trách nhiệm lưu giữ; bảo quản sổ BHXH cho người lao động thuộc phạm vi quản lý trong suốt quá trình lao động. Khi làm thủ tục hưởng chế độ hưu trí hoặc trợ cấp một lần cho người lao động, người sử dụng lao động phải nộp BHXH của những người này cho cơ quan BHXH nơi giải quyết chế độ chính sách để lưu cùng với hồ sơ hưởng BHXH. Cơ quan BHXH các cấp theo phạm vi phân cấp của mình tổ chức quản lý theo danh sách người lao động ở từng đơn vị sử dụng lao động được cấp sổ BHXH. Hàng tháng, báo cáo danh sách những người tăng giảm khi cấp sổ BHXH thuộc địa bàn và phạm vi mình phụ trách cho cơ quan BHXH cấp trên. Nếu sổ BHXH bị mất hoặc hư hỏng sẽ được cấp lại nhưng phải tuân thủ sự hướng dẫn của cơ quan BHXH.

CHƯƠNG III

BẢO HIỂM THẤT NGHIỆP

I. LAO ĐỘNG, VIỆC LÀM VÀ THẤT NGHIỆP TRONG ĐIỀU KIỆN KINH TẾ THỊ TRƯỜNG

Trong quá trình phát triển của xã hội loài người, lao động luôn được coi là nhu cầu cơ bản nhất, chính đáng nhất và lớn nhất của con người, P.Ăng Ghen đã khẳng định “Lao động là điều kiện cơ bản đầu tiên của toàn bộ đời sống con người, đến một mức và trên một ý nghĩa nào đó chúng ta phải nói rằng: Lao động đã tạo ra chính bản thân con người”. Thật vậy, ai sinh ra cũng phải sống, muốn sống phải có ăn, mặc, ... muốn có ăn, mặc phải lao động và được lao động. Nhu cầu đó tưởng chừng đơn giản, song trong điều kiện kinh tế thị trường không phải ai cũng được đáp ứng và được đáp ứng một cách đầy đủ. Muốn được lao động, người lao động phải có việc làm để từ đó tạo ra của cải vật chất và dịch vụ - tạo ra thu nhập nuôi sống mình và gia đình mình. Nhưng để có được việc làm, nhất là những việc làm phù hợp với năng lực, trình độ và ngành nghề đào tạo của mình thì không phải người lao động nào cũng dễ tìm kiếm. Bởi vì, nguồn lao động xã hội thường tăng nhanh hơn cơ hội việc làm, do đó luôn có một bộ phận người lao động thiếu hoặc không có việc làm. Những người không có việc làm thực chất là họ đã bị thất nghiệp.

Theo nhà kinh tế học E.Wayne Nafziger, trong giai đoạn từ 1975 đến năm 2000, tỷ lệ thất nghiệp ở các nước công

ng nghiệp phát triển bình quân hàng năm là 4,5%; ở các nước có nền kinh tế kế hoạch hoá là 5,9%; ở các nước đang phát triển con số này là 6,8%. Tỷ lệ thất nghiệp sẽ tăng cao khi nền kinh tế bị khủng hoảng, chẳng hạn cuộc tổng khủng hoảng (1929 - 1933), ở Mỹ có hơn 25% lực lượng lao động bị thất nghiệp, cuộc khủng hoảng tài chính tiền tệ ở khu vực châu Á, đã làm cho tỷ lệ thất nghiệp ở Indônêxia đạt con số kỷ lục là 22% và Nhật Bản là 10% vào năm 1998. Chính vì vậy, các nhà kinh tế hiện nay đều thống nhất cho rằng:

- Trong điều kiện kinh tế thị trường, việc làm và thất nghiệp là vấn đề mang tính toàn cầu, vấn đề này không loại trừ một quốc gia nào cho dù quốc gia đó là nước đang phát triển hay là nước công nghiệp phát triển.

- Giải quyết tình trạng thất nghiệp luôn là vấn đề nan giải, bởi vì thất nghiệp vừa là vấn đề kinh tế, vừa là vấn đề chính trị - xã hội.

- Trong một chừng mực nhất định, có thể kiểm soát được tình trạng thất nghiệp và có thể sử dụng các biện pháp hữu hiệu giải quyết nạn thất nghiệp tùy theo điều kiện cụ thể của mỗi nước.

Để thấy rõ tính quy luật trên và tìm ra phương hướng giải quyết nạn thất nghiệp, trước hết phải có sự thống nhất trong nhận thức về “việc làm” và “thất nghiệp”.

1. Khái niệm về thất nghiệp

Đã có nhiều khái niệm về thất nghiệp, song định nghĩa thất nghiệp của Tổ chức lao động quốc tế (ILO) được nhiều nhà kinh tế và nhiều nước tán thành. Theo định nghĩa của tổ chức này thì: Thất nghiệp là tình trạng tồn tại khi một số người trong độ tuổi lao động, muốn làm việc nhưng không thể tìm được việc làm ở mức lương thịnh hành. Còn khái niệm về người thất nghiệp cũng có những quan điểm và nhận

thức khác nhau; tùy theo mục đích và hoàn cảnh của mỗi nước, chẳng hạn:

- Luật bảo hiểm thất nghiệp của Cộng hoà Liên bang Đức định nghĩa: Người thất nghiệp là người lao động tạm thời không có quan hệ lao động hoặc chỉ thực hiện những công việc ngắn hạn.

- Ở Thái Lan người ta cho rằng: Người thất nghiệp là người lao động không có việc làm, muốn làm việc, có năng lực làm việc.

- Nhật Bản lại quan niệm: Người thất nghiệp là người không có việc làm trong tuần lễ điều tra, có khả năng làm việc, đang tích cực tìm việc làm hoặc chờ kết quả xin việc làm.

- Tổ chức lao động quốc tế (ILO) thì cho rằng: Người thất nghiệp là người lao động không có việc làm, không làm kể cả 1 giờ trong tuần lễ điều tra, đang đi tìm việc làm và có điều kiện là họ làm ngay.

Như vậy, dù quan niệm thế nào đi chăng nữa thì một người lao động được coi là thất nghiệp phải thể hiện đầy đủ các đặc trưng sau:

- + Là người lao động, có khả năng lao động;
- + Đang không có việc làm;
- + Đang đi tìm việc làm.

Người thất nghiệp có thể là công nhân trong các doanh nghiệp, có thể là học sinh, sinh viên các trường chuyên nghiệp đã tốt nghiệp ra trường hoặc là bộ đội xuất ngũ. Những người ngoài độ tuổi lao động hoặc trong độ tuổi lao động, có khả năng lao động nhưng không lao động, không có nhu cầu việc làm thì không được coi là người thất nghiệp. Chẳng hạn, những người đang có việc làm nhưng tạm thời không làm việc vì một lý do nào đó như: nghỉ phép, nghỉ ốm,

nghỉ tạm thời vì tai nạn lao động, hoặc học sinh, sinh viên còn đang theo học tại các trường, những người nội trợ... không phải là những người thất nghiệp.

Ở các nước đang phát triển, tỷ lệ người lao động bị thất nghiệp ở thành thị thường cao hơn nông thôn, phụ nữ cao hơn nam giới, độ tuổi từ 16 đến 24 cao hơn độ tuổi trên 24. Thất nghiệp có quan hệ chặt chẽ với công tác giáo dục và đào tạo, với tốc độ tăng trưởng của nền kinh tế, với lạm phát và với tỷ lệ tăng dân số của mỗi quốc gia. Bên cạnh khái niệm thất nghiệp là khái niệm việc làm. Mọi hoạt động lao động tạo ra các sản phẩm vật chất và dịch vụ, tạo ra thu nhập không bị pháp luật ngăn cấm đều được thừa nhận là việc làm. Thất nghiệp và việc làm là hai khái niệm được sử dụng phổ biến trong các cuộc điều tra lao động và nghiên cứu nguồn lao động xã hội.

2. Phân loại thất nghiệp

Có nhiều hình thái thất nghiệp khác nhau, tùy theo mục đích nghiên cứu và việc lựa chọn tiêu thức phân loại.

a. Căn cứ vào tính chất thất nghiệp, người ta phân ra các loại sau:

- *Thất nghiệp tự nhiên*: Loại này xảy ra do quy luật cung cầu của thị trường sức lao động tác động. Tỷ lệ thất nghiệp tự nhiên có quan hệ chặt chẽ với tỷ lệ lạm phát. Do nhiều nguyên nhân, tỷ lệ thất nghiệp tự nhiên ở mỗi nước mỗi khác và có xu hướng tăng lên.

- *Thất nghiệp cơ cấu*: Xảy ra khi mất cân đối giữa cung và cầu về các loại lao động. Cầu của loại lao động này tăng lên, loại lao động khác lại giảm xuống, cung điều chỉnh không kịp cầu. Trong quá trình vận động của nền kinh tế thị trường, sẽ có những ngành kinh tế phát triển thu hút nhiều lao động, nhưng cũng có ngành bị thu hẹp lại làm dư thừa

lao động, loại thất nghiệp này thường thấy rõ nhất giữa hai ngành nông nghiệp và công nghiệp. Do ứng dụng những tiến bộ khoa học kỹ thuật vào sản xuất nông nghiệp làm dư thừa lao động nông nghiệp, trong khi đó nhu cầu lao động trong công nghiệp lại tăng lên do thu hút được vốn đầu tư nước ngoài nhưng chưa kịp đào tạo và đào tạo lại nghề cho những lao động dư thừa để kịp thời bổ sung.

- *Thất nghiệp tạm thời*: Phát sinh do sự di chuyển lao động giữa các vùng, các miền, chuyển công tác giữa các giai đoạn khác nhau trong quá trình sản xuất. Loại này khá phổ biến và diễn ra thường xuyên. Thất nghiệp tạm thời còn được gọi là thất nghiệp bề mặt.

- *Thất nghiệp chu kỳ*: Loại này xảy ra do mức cầu về lao động giảm xuống. Sau một chu kỳ kinh tế phát triển hưng thịnh, đến giai đoạn suy thoái, nền kinh tế lâm vào tình trạng khủng hoảng, thất nghiệp và lạm phát gia tăng rất gay gắt. Loại thất nghiệp này diễn ra theo chu kỳ và vì thế đã mang tính quy luật.

- *Thất nghiệp thời vụ*: Phát sinh theo các chu kỳ sản xuất kinh doanh, loại này xảy ra rất phổ biến trong ngành nông, lâm, ngư nghiệp.

- *Thất nghiệp công nghệ*: Do sự áp dụng những tiến bộ khoa học kỹ thuật và công nghệ vào sản xuất ngày càng được tăng cường làm cho người lao động trong các dây chuyền sản xuất bị dôi ra, từ đó làm phát sinh thất nghiệp công nghệ. Thất nghiệp công nghệ thể hiện rõ nhất từ những năm đầu của thập kỷ 60 trở lại đây.

b. Căn cứ vào ý chí người lao động, có thể phân thành 2 loại thất nghiệp:

- *Thất nghiệp tự nguyện*: Là hiện tượng người lao động từ chối một công việc nào đó do mức lương được trả không thỏa đáng hoặc do không phù hợp với trình độ chuyên môn, mặc

dù họ vẫn có nhu cầu làm việc.

- *Thất nghiệp không tự nguyện*: Là hiện tượng người lao động có khả năng lao động, trong độ tuổi lao động có nhu cầu làm việc và chấp nhận mức lương được trả, nhưng người sử dụng lao động không chấp nhận hoặc không có người sử dụng nên trở thành thất nghiệp.

c. Căn cứ vào mức độ thất nghiệp, có thể chia ra: Thất nghiệp toàn phần và thất nghiệp bán phần.

- *Thất nghiệp toàn phần*: Có nghĩa là người lao động hoàn toàn không có việc làm hoặc thời gian làm việc thực tế mỗi tuần dưới 8 giờ và họ vẫn có nhu cầu làm thêm.

- *Thất nghiệp bán phần*: Có nghĩa là người lao động vẫn có việc làm, nhưng khối lượng công việc ít hoặc thời gian lao động thực tế trung bình chỉ đạt 3 đến 4 giờ trong một ngày làm việc và họ vẫn có nhu cầu làm thêm.

Mỗi loại thất nghiệp có những tác động đến nền kinh tế một cách khác nhau và Nhà nước quan tâm giải quyết theo các phương thức khác nhau.

3. Nguyên nhân và hậu quả của thất nghiệp

a. Nguyên nhân

Trong nền kinh tế thị trường có rất nhiều nguyên nhân gây ra thất nghiệp và kèm theo là những tác động xấu đến sự phát triển kinh tế - xã hội và sự ổn định của đất nước. Dưới đây là một số nguyên nhân chính:

- *Chu kỳ kinh doanh* có thể mở rộng hay thu hẹp do sự điều tiết của thị trường. Khi mở rộng thì thu hút thêm lao động, nhưng khi bị thu hẹp thì lại dư thừa lao động, từ đó làm cho cung và cầu trên thị trường sức lao động co giãn, thay đổi, phát sinh hiện tượng thất nghiệp.

- *Do sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật*, đặc biệt là sự tự

động hoá quá trình sản xuất diễn ra nhanh chóng, nên trong một chừng mực nhất định máy móc đã thay thế con người. Với mục tiêu tối đa hoá lợi nhuận, các nhà sản xuất luôn tìm cách mở rộng sản xuất, đổi mới công nghệ, đưa những dây truyền tự động hoá vào quá trình sản xuất nhằm nâng cao chất lượng sản phẩm, hạ giá thành sản phẩm để cạnh tranh. Một cỗ máy, một dây truyền sản xuất tự động hoá có thể thay thế hàng chục, thậm chí hàng trăm công nhân. Số công nhân bị máy móc thay thế lại tiếp tục được bổ sung vào đội quân thất nghiệp.

- *Sự gia tăng dân số và nguồn lao động*, cùng với quá trình quốc tế hoá và toàn cầu hoá nền kinh tế cũng có những mặt tác động tiêu cực đến thị trường lao động, làm một bộ phận người lao động bị thất nghiệp. Nguyên nhân này chủ yếu diễn ra ở các nước đang phát triển. Ở những nước này, dân số và nguồn lao động thường tăng nhanh, để hội nhập với nền kinh tế thế giới một cách nhanh chóng họ phải tiến hành cơ cấu lại nền kinh tế, đổi mới và sắp xếp lại các doanh nghiệp. Những doanh nghiệp làm ăn thua lỗ phải giải thể hoặc phá sản, số doanh nghiệp còn lại phải nhanh chóng đầu tư theo chiều sâu, đổi mới thiết bị, công nghệ và sử dụng ít lao động dẫn đến lao động dư thừa.

- *Do người lao động* không ưa thích công việc đang làm hoặc địa điểm làm việc, họ phải đi tìm công việc mới, địa điểm mới.

Những nguyên nhân trên đây làm cho tình trạng thất nghiệp luôn tồn tại. Thất nghiệp ở các nước chỉ khác nhau về mức độ, không có trường hợp nào tỷ lệ thất nghiệp bằng 0.

b. Hậu quả

Thất nghiệp có ảnh hưởng trực tiếp đến người lao động và gia đình họ, tác động mạnh mẽ đến tất cả các vấn đề kinh

tế, chính trị, xã hội của mỗi quốc gia.

+ *Đối với nền kinh tế*: Thất nghiệp là một sự lãng phí nguồn lực xã hội, là một trong những nguyên nhân cơ bản làm cho nền kinh tế bị đình đốn, chậm phát triển, làm khả năng sản xuất thực tế kém hơn tiềm năng, nghĩa là tổng thu nhập quốc gia (GNI) thực tế thấp hơn (GNI) tiềm năng. Nếu tình trạng thất nghiệp gia tăng sẽ kéo theo sự gia tăng của lạm phát, từ đó làm cho nền kinh tế bị suy thoái; khả năng phục hồi chậm. Đối với người thất nghiệp, thu nhập bị mất đi dẫn đến đời sống khó khăn...

+ *Đối với xã hội*: Thất nghiệp đã làm cho người lao động hoang mang, buồn chán và thất vọng, tinh thần luôn bị căng thẳng và dẫn tới khủng hoảng lòng tin. Về khía cạnh xã hội, thất nghiệp là một trong những nguyên nhân gây nên những hiện tượng tiêu cực, đẩy người thất nghiệp đến chỗ bất chấp kỷ cương, luật pháp và đạo đức để tìm kế sinh nhai như: trộm cắp, cờ bạc, mại dâm, tiêm chích ma túy...

+ Thất nghiệp gia tăng còn làm cho *tình hình chính trị* xã hội bất ổn, hiện tượng bãi công, biểu tình có thể xảy ra. Người lao động giảm niềm tin vào chế độ, vào khả năng lãnh đạo của nhà cầm quyền. Tỷ lệ thất nghiệp là một trong những chỉ tiêu đánh giá uy tín của nhà cầm quyền.

4. Các chính sách và biện pháp khắc phục tình trạng thất nghiệp

Khắc phục và giải quyết tình trạng thất nghiệp luôn là vấn đề nan giải, bởi lẽ vấn đề này đã trở thành căn bệnh cố hữu của nền kinh tế thị trường. Tuy nhiên, do những tác động tiêu cực của nó đến tất cả các vấn đề kinh tế, chính trị và xã hội, cho nên buộc chính phủ các nước phải quan tâm giải quyết. Tùy theo điều kiện thực tế mà mỗi nước có những chính sách và những biện pháp giải quyết khác nhau. Dưới

dây là một số chính sách và biện pháp giải quyết tình trạng thất nghiệp mà các nước đã và đang áp dụng:

a. Chính sách dân số: Đây là chính sách mang tính chiến lược lâu dài nó không chỉ góp phần làm giảm thất nghiệp, mà còn tác động nhiều mặt đến đời sống kinh tế - xã hội. Hạ thấp tỷ lệ tăng dân số cũng có nghĩa là giảm được tỷ lệ tăng lực lượng lao động từ đó tạo thêm cơ hội tìm kiếm việc làm. Chính sách này đã và đang được áp dụng ở nhiều nước như: Ấn Độ, Trung Quốc, Indônêxia và Việt Nam. Thực hiện chính sách dân số cũng có nghĩa là thực hiện các chương trình kế hoạch hoá gia đình, cải thiện sức khoẻ, dinh dưỡng, giáo dục và cơ hội cho phụ nữ, giảm tỷ lệ sinh đẻ để từ đó giảm được tỷ lệ tăng dân số và nguồn lao động. EWayne Nafziger cho rằng, nếu làm tốt chính sách dân số ở các nước đang phát triển thì sau 15 đến 20 năm lực lượng lao động sẽ giảm đi rõ rệt và tình trạng thất nghiệp khó có cơ hội tăng lên đột biến.

b. Ngăn cản di cư từ nông thôn ra thành thị: Tỷ lệ thất nghiệp ở thành thị thường cao hơn nông thôn, nhưng một bộ phận dân cư nông thôn vẫn có xu hướng di cư ra thành thị để tìm kiếm việc làm. Bởi lẽ, quá trình đô thị hoá diễn ra nhanh chóng, nếu ở thành thị người lao động tìm được việc làm thì thu nhập thường cao hơn khi họ làm việc ở nông thôn. Đây là một áp lực rất lớn làm cho bản thân cư dân thành thị cũng lâm vào tình cảnh thất nghiệp. Để giải quyết vấn đề này, người ta đã thực hiện một loạt các chương trình như: định hướng phát triển nông nghiệp, nông thôn, thay đổi công nghệ trong nông nghiệp, xây dựng thêm trường học, bệnh viện và cơ sở hạ tầng, tăng cường các dự án đầu tư để phát triển công nghiệp ở khu vực nông thôn... Tuy nhiên, khi thực hiện các chương trình này, chính phủ các nước thường gặp khó khăn về vốn và sử dụng vốn đầu tư.

c. Áp dụng các công nghệ thích hợp: Nói chung khi áp dụng các công nghệ thích hợp sẽ sử dụng được nhiều lao động hơn. Vì vậy, chính phủ thường khuyến khích các doanh nghiệp địa phương, doanh nghiệp vừa và nhỏ ở khu vực nông thôn sử dụng công nghệ thích hợp để sản xuất ra những hàng hoá thu hút nhiều lao động phù hợp với thị hiếu và túi tiền của người có thu nhập thấp. Khi thực hiện chính sách này, có thể sử dụng các công cụ thuế, lãi suất để điều tiết, chẳng hạn: những hàng xa xỉ phẩm đánh thuế cao hơn những mặt hàng thiết yếu hay giảm lãi suất cho vay đối với các doanh nghiệp địa phương thu hút nhiều lao động...

d. Giảm độ tuổi nghỉ hưu: Đây là biện pháp “tình thế”, khi tỷ lệ thất nghiệp tăng nhanh gây nên những áp lực lớn về chính trị. Việc cắt giảm tuổi nghỉ hưu của người lao động sẽ nhanh chóng thu hút được một bộ phận lao động đang bị thất nghiệp, thay thế chỗ làm việc của người về hưu. Bộ phận này chủ yếu nằm ở độ tuổi lao động từ 16 đến 24 tuổi. Tuy nhiên, cách làm này sẽ làm cho số tiền chi trả trợ cấp hưu trí tăng lên, người lao động và người sử dụng lao động sẽ phải đóng góp cao hơn, ảnh hưởng trực tiếp đến cuộc sống và sản xuất của họ, đồng thời ngân sách chính phủ cũng phải gánh vác một phần để giải quyết hậu quả. Chính vì vậy, khi thực hiện biện pháp này người ta phải tính toán và cân nhắc khá kỹ lưỡng.

e. Chính phủ tăng cường đầu tư cho nền kinh tế: Ngoài việc gọi vốn và kích thích đầu tư nước ngoài, chính phủ còn tăng cường đầu tư cho nền kinh tế bằng cách “bơm tiền” một cách trực tiếp để xây dựng thêm những vùng kinh tế, xây dựng cơ sở hạ tầng và các công trình công cộng để tạo thêm việc làm cho người lao động và thực hiện những mục tiêu kinh tế- xã hội khác. Tuy vậy, nếu số chi lớn hơn số thu từ thuế của Chính phủ thì rất có thể lạm phát sẽ xảy ra.

Cách làm này được Mỹ tiến hành sau cuộc tổng khủng hoảng (1929-1933) nhưng kết quả rất hạn chế và phát sinh nhiều khó khăn cho Chính phủ, đặc biệt là tình trạng lạm phát.

g. Trợ cấp thôi việc, mất việc làm: Đây cũng là biện pháp “tình thế” mà các doanh nghiệp thường áp dụng góp phần giải quyết khó khăn, ổn định cuộc sống khi người lao động của mình phải thôi việc hoặc mất việc làm do doanh nghiệp bị phá sản, giải thể, tình giảm biên chế... Khoản tiền trợ cấp mà người lao động nhận được do phải thôi việc, là bởi họ có một quá trình đóng góp để tạo nên phúc lợi cho doanh nghiệp, thực chất là phần lợi nhuận mà trước đây người lao động đã tham gia tạo nên. Mức trợ cấp phụ thuộc vào thời gian làm việc cho doanh nghiệp trước khi người lao động thôi việc, mất việc làm. Tuy nhiên biện pháp này có nhược điểm cơ bản là, khi doanh nghiệp có nhiều người thôi việc, mất việc, cũng là lúc doanh nghiệp gặp khó khăn trong sản xuất kinh doanh, đồng thời lại phải chi ra một khoản tiền lớn để trả trợ cấp thôi việc, mất việc nên sẽ rất bị động về tài chính, nhiều doanh nghiệp không có khả năng chi trả.

h. Trợ cấp thất nghiệp: Biện pháp này được thực hiện rất đa dạng và phong phú. Có nước do Liên đoàn Lao động thực hiện nhằm giúp các thành viên của họ có được một khoản tiền để ổn định cuộc sống và xúc tiến tìm kiếm việc làm mới sau khi bị thất nghiệp. Có nước do Nhà nước trợ cấp cho người lao động bị thất nghiệp. Khoản tiền trợ cấp này lấy từ quỹ bảo hiểm quốc gia, với điều kiện người được nhận trợ cấp phải có quá trình đóng góp vào quỹ trước khi bị thất nghiệp. Thực chất đây là chế độ trợ cấp thất nghiệp nằm trong hệ thống các chế độ BHXH mà Tổ chức Lao động Quốc tế (ILO) đã khuyến cáo từ năm 1952 và cho đến nay đã nhiều nước thực hiện. Có những nước, trợ cấp thất nghiệp vừa do Liên đoàn Lao động thực hiện vừa do Nhà nước thực hiện.

Liên đoàn Lao động thực hiện cho thành viên của mình là những người lao động làm trong các doanh nghiệp không may bị thất nghiệp, còn Nhà nước thực hiện với những đối tượng còn lại, số tiền trợ cấp từ phía Nhà nước được lấy từ ngân sách.

i. Bảo hiểm thất nghiệp: Đây là một chính sách nằm trong hệ thống các chính sách kinh tế - xã hội của quốc gia. Bảo hiểm thất nghiệp là một bộ phận của BHXH nhưng vì nhiều lý do khác nhau nó đã dần dần tách khỏi BHXH. Ngày nay, bảo hiểm thất nghiệp được coi là một trong những chính sách có vai trò to lớn khắc phục tình trạng thất nghiệp.

II. NỘI DUNG CỦA BẢO HIỂM THẤT NGHIỆP

1. Sự ra đời và phát triển của bảo hiểm thất nghiệp

Bảo hiểm thất nghiệp xuất hiện lần đầu tiên ở châu Âu, trong một nghề khá phổ biến và phát triển: Nghề sản xuất các mật hàng thuỷ tinh ở Thụy Sĩ. Nghề này rất cần thợ lành nghề và được tổ chức trong một phạm vi nhỏ hẹp khoảng 20 đến 30 công nhân. Để giữ được những công nhân có tay nghề cao gắn bó với mình, năm 1893 các chủ doanh nghiệp ở Thụy Sĩ đã lập ra quỹ doanh nghiệp để trợ cấp cho những người thợ phải nghỉ việc vì lý do thời vụ sản xuất. Sau đó, nhiều nghiệp đoàn ở châu Âu cũng đã lập ra quỹ công đoàn để trợ cấp cho đoàn viên trong những trường hợp phải nghỉ việc, mất việc. Tiền trợ cấp được tính vào giá thành sản phẩm và người sử dụng hàng hoá phải gánh chịu. Khi thấy rõ vai trò và tác dụng của trợ cấp nghỉ việc, mất việc đối với công nhân, nhiều cấp chính quyền địa phương đã tổ chức liên kết các doanh nghiệp, các nghiệp đoàn lao động để hình thành quỹ trợ cấp, thực chất đó là quỹ bảo hiểm thất nghiệp. Quỹ bảo hiểm thất nghiệp tự nguyện đầu tiên ra đời tại Bécơ (Thụy

Sỹ) vào năm 1893. Tham gia đóng góp cho quỹ lúc này không chỉ có giới chủ mà cả những người lao động có công việc làm không ổn định. Để tăng mức trợ cấp thất nghiệp đòi hỏi quy mô của quỹ phải lớn, cho nên đã có sự tham gia đóng góp của cả chính quyền địa phương và trung ương.

Năm 1900 và 1910, Na Uy và Đan Mạch ban hành Đạo luật quốc gia về bảo hiểm thất nghiệp tự nguyện có sự hỗ trợ về tài chính của Nhà nước.

Năm 1911, Vương quốc Anh ban hành đạo luật đầu tiên về bảo hiểm thất nghiệp bắt buộc và tiếp sau đó là một số nước khác ở châu Âu như: Thụy Điển, Cộng hoà Liên bang Đức...

Sau cuộc tổng khủng hoảng kinh tế thế giới (1929-1933) một số nước châu Âu và Bắc Mỹ ban hành các Đạo luật về BHXH và bảo hiểm thất nghiệp, chẳng hạn: Ở Mỹ năm 1935, Canada vào năm 1939.

Sau chiến tranh thế giới lần thứ II, đặc biệt là sau khi có Công ước số 102, năm 1952 của Tổ chức Lao động Quốc tế (ILO) thì một loạt nước trên thế giới đã triển khai bảo hiểm thất nghiệp và trợ cấp thất nghiệp. Tính đến năm 1981, có 30 nước thực hiện bảo hiểm thất nghiệp bắt buộc và 7 nước thực hiện bảo hiểm thất nghiệp tự nguyện, đến năm 1992 những con số trên là 39 và 12 nước. Ở châu Á, các nước như Trung Quốc, Nhật Bản, Hàn Quốc,... đều đã thực hiện bảo hiểm thất nghiệp.

2. Đối tượng và phạm vi bảo hiểm

Bảo hiểm thất nghiệp là bảo hiểm bồi thường cho người lao động bị thiệt hại về thu nhập do bị mất việc làm để họ ổn định cuộc sống và có điều kiện tham gia vào thị trường lao động.

Như vậy, mục đích của bảo hiểm thất nghiệp là trợ giúp về mặt tài chính cho người thất nghiệp để họ ổn định cuộc sống cá nhân và gia đình trong một chừng mực nhất định, từ đó tạo điều kiện cho họ tham gia vào thị trường lao động để có những cơ hội mới về việc làm. Vì thế, một số nhà kinh tế học còn cho rằng bảo hiểm thất nghiệp là hạt nhân của thị trường lao động và nằm trong chính sách kinh tế xã hội của quốc gia. Chính sách này trước hết vì lợi ích của người lao động và người sử dụng lao động, sau nữa là vì lợi ích xã hội.

Bảo hiểm thất nghiệp cũng là một loại hình bảo hiểm con người, song nó có một số đặc điểm khác như: không có hợp đồng trước, người tham gia và người thụ hưởng quyền lợi là một, không có việc chuyển rủi ro của những người bị thất nghiệp sang những người khác có khả năng thất nghiệp. Bảo hiểm thất nghiệp không có dự báo chính xác về số lượng và phạm vi và có thể bị thiệt hại về kinh tế rất lớn, đặc biệt là trong những thời kỳ nền kinh tế bị khủng hoảng.

Mặc dù nhiều nước triển khai bảo hiểm thất nghiệp độc lập với BHXH, song đối tượng của bảo hiểm thất nghiệp cũng giống đối tượng của BHXH, đó là thu nhập của người lao động. Còn đối tượng tham gia bảo hiểm thất nghiệp cũng là người lao động và người sử dụng lao động, song đối tượng này rộng hay hẹp còn tùy thuộc vào điều kiện cụ thể và quy định của từng nước. Đại đa số các nước đều quy định đối tượng tham gia bảo hiểm thất nghiệp là những người lao động trong độ tuổi lao động, có khả năng lao động. Bao gồm:

- Những người làm công ăn lương trong các doanh nghiệp có sử dụng một số lượng lao động nhất định.

- Những người làm việc theo hợp đồng lao động với một thời gian nhất định (thường là một năm trở lên) trong các doanh nghiệp, các cơ quan đoàn thể, các đơn vị hành chính sự nghiệp (nhưng không phải là viên chức và công chức).

Những công chức, viên chức nhà nước; những người lao động độc lập không có chủ; những người làm thuê theo mùa vụ thường không thuộc đối tượng tham gia bảo hiểm thất nghiệp. Bởi vì, hoặc là họ được Nhà nước tuyển dụng, bổ nhiệm lâu dài nên khả năng thất nghiệp thấp, hoặc là những người khó xác định thu nhập để xác định phí bảo hiểm, thời gian làm việc ngắn, công việc không ổn định, thời gian đóng phí bảo hiểm không đủ v.v... Như vậy, đối tượng tham gia bảo hiểm thất nghiệp hẹp hơn rất nhiều so với BHXH.

- Rủi ro thuộc phạm vi bảo hiểm thất nghiệp là rủi ro nghề nghiệp, rủi ro việc làm. Người lao động tham gia bảo hiểm thất nghiệp bị mất việc làm họ sẽ được hưởng trợ cấp thất nghiệp. Điều kiện để được hưởng trợ cấp thất nghiệp khá chặt chẽ.

+ Người tham gia bảo hiểm phải nộp phí bảo hiểm trong một thời gian nhất định.

+ Thất nghiệp không phải do lỗi của người lao động

+ Phải đăng ký thất nghiệp, đăng ký tìm kiếm việc làm tại Cơ quan lao động có thẩm quyền do Nhà nước quy định.

+ Phải sẵn sàng làm việc.

+ Có sổ bảo hiểm thất nghiệp để chứng nhận có tham gia đóng bảo hiểm thất nghiệp đủ thời hạn quy định.

Những người thất nghiệp mặc dù có đóng bảo hiểm thất nghiệp nhưng không được hưởng trợ cấp khi họ đơn phương chấm dứt hợp đồng lao động trái pháp luật, bị sa thải do vi phạm kỷ luật lao động hoặc từ chối không đi làm việc do Cơ quan lao động việc làm giới thiệu ...

3. Quỹ bảo hiểm và mức trợ cấp bảo hiểm thất nghiệp

a. Quỹ bảo hiểm thất nghiệp

Là một quỹ tài chính độc lập tập trung nằm ngoài ngân

sách Nhà nước. Quỹ được hình thành chủ yếu từ 3 nguồn sau đây:

- Người tham gia bảo hiểm thất nghiệp đóng góp.
- Người sử dụng lao động đóng góp.
- Nhà nước bù thiếu.

Ngoài ra còn được bổ sung bởi lãi suất đầu tư đem lại từ phân quỹ nhàn rỗi. Cũng giống như BHXH, người tham gia bảo hiểm thất nghiệp và người sử dụng lao động đóng góp bằng một tỷ lệ phần trăm nhất định so với tiền lương và tổng quỹ lương.

Hầu hết các quốc gia quy định mức đóng góp bảo hiểm thất nghiệp trong luật tài chính để đảm bảo an toàn và chắc chắn cho quỹ hoạt động.

***Tình hình đóng góp bảo hiểm thất nghiệp
ở một số nước trên thế giới***

Nước	Tỷ lệ đóng góp (%)			Ngân sách nhà nước
	Người lao động	Người sử dụng lao động	Chung	
1. Bỉ	0,87	1,23	2,10	Bù thiếu
2. Ba Lan	-	2,00	2,00	"
3. Pháp	2,97	4,43	7,40	"
4. Hà Lan	1,87	1,87	3,74	"
5. Đức	2,15	2,15	4,30	"
6. Hy Lạp	1,20	2,00	3,32	"

(Nguồn: Bộ Lao động - Thương binh và xã hội)

Quỹ bảo hiểm thất nghiệp nhiều hay ít phụ thuộc vào tỷ lệ đóng góp của các bên tham gia và số người tham gia bảo

hiểm thất nghiệp. Tỷ lệ đóng góp của người tham gia và người sử dụng lao động phụ thuộc chủ yếu vào tỷ lệ thất nghiệp, mức hưởng và thời gian hưởng trợ cấp thất nghiệp cũng như nội dung sử dụng quỹ.

Tỷ lệ thất nghiệp là tỷ số giữa số người thất nghiệp so với lực lượng lao động. Lực lượng lao động phải được xác định thống nhất với nội dung của mục (2.). Còn số người thất nghiệp được xác định thông qua điều tra hay dựa vào số liệu thống kê những người đã đăng ký thất nghiệp. Nhìn chung, tỷ lệ thất nghiệp thường xuyên biến động, vì thế nó là nhân tố có ảnh hưởng lớn đến tỷ lệ đóng góp của các bên tham gia bảo hiểm thất nghiệp cũng như sự hỗ trợ của Nhà nước.

Quỹ bảo hiểm thất nghiệp được sử dụng chủ yếu để chi trả trợ cấp thất nghiệp. Ngoài ra nó còn được sử dụng cho các hoạt động nhằm đưa người thất nghiệp mau chóng trở lại vị trí làm việc (như: đào tạo và đào tạo lại tay nghề cho người lao động; chi phí tìm kiếm và môi giới việc làm,...); chi cho tổ chức hoạt động bảo hiểm thất nghiệp v.v...

b. Mức trợ cấp bảo hiểm thất nghiệp

Về nguyên tắc mức trợ cấp thất nghiệp phải thấp hơn thu nhập của người lao động khi đang làm việc. Việc xác định mức trợ cấp phải dựa trên cơ sở đảm bảo cho người thất nghiệp đủ sống ở mức tối thiểu trong thời gian không có việc làm, đồng thời sao cho họ không thể lạm dụng để muốn hưởng trợ cấp hơn là đi làm. Vì vậy, hầu hết các nước đã triển khai bảo hiểm thất nghiệp đều dựa trên những cơ sở sau đây để xác định mức trợ cấp bảo hiểm thất nghiệp:

- Mức lương tối thiểu.
- Mức lương bình quân cá nhân
- Mức lương tháng cuối cùng trước khi bị thất nghiệp.

Dựa vào mức lương nào là tùy thuộc vào điều kiện cụ

thể, nhưng mức lương nào dùng để xác định mức trợ cấp cũng là mức lương làm căn cứ đóng phí bảo hiểm thất nghiệp. Theo (ILO), mức trợ cấp bảo hiểm thất nghiệp tối thiểu bằng 45% thu nhập trước khi thất nghiệp. Song trong quá trình vận dụng đã có 3 phương pháp xác định mức trợ cấp thất nghiệp sau đây:

- *Phương pháp thứ nhất*: Xác định theo một tỷ lệ đồng đều cho tất cả mọi người thất nghiệp căn cứ vào mức lương tối thiểu, mức lương bình quân cá nhân, hay mức lương tháng cuối cùng.

- *Phương pháp thứ hai*: Xác định theo tỷ lệ giảm dần so với tiền lương tháng cuối cùng. Ví dụ: Ở nước Cộng hoà Séc và Hungary quy định:

- + 3 tháng đầu mức trợ cấp là 70% lương tháng cuối cùng.

- + 6 tháng sau mức trợ cấp là 50% lương tháng cuối cùng.

- + 3 tháng cuối mức trợ cấp là 40% lương tháng cuối cùng.

- *Phương pháp thứ ba*: Xác định theo tỷ lệ lũy tiến điều hoà, nghĩa là mức lương thấp thì được hưởng tỷ lệ trợ cấp cao, ngược lại mức lương cao thì tỷ lệ trợ cấp lại thấp nhằm duy trì mức sống tối thiểu, tránh tình trạng lợi dụng bảo hiểm thất nghiệp. Ví dụ: mức lương thấp thì tỷ lệ được trợ cấp là 80%, còn mức lương cao thì tỷ lệ được trợ cấp là 50% so với tiền lương tháng cuối cùng của người lao động trước khi bị thất nghiệp.

Ngoài ra, có nước còn căn cứ vào số con trong gia đình, lao động trí óc, lao động chân tay, thành thị và nông thôn khi xác định mức trợ cấp thất nghiệp.

4. Thời gian hưởng trợ cấp bảo hiểm thất nghiệp

Thời gian hưởng trợ cấp bảo hiểm thất nghiệp tối đa phụ thuộc chủ yếu vào yếu tố tài chính, vào quỹ bảo hiểm và thời gian tham gia bảo hiểm thất nghiệp, ngoài ra còn phụ thuộc

nhiều vào các điều kiện kinh tế - xã hội. Trong các thời kỳ mà tỷ lệ thất nghiệp thấp, người lao động có khả năng tìm kiếm được việc làm và có nhiều ngành nghề, mức cầu về lao động còn có khả năng thụ hút dễ hơn, thì thời hạn hưởng trợ cấp sẽ hạ thấp xuống. Ngược lại, vào thời kỳ khủng hoảng kinh tế, số người thất nghiệp gia tăng thì thời hạn hưởng được kéo dài, nhưng cũng chỉ có thể kéo dài trong phạm vi quỹ bảo hiểm thất nghiệp có thể chịu được.

Cụ thể, người lao động thất nghiệp được hưởng trợ cấp thất nghiệp trong một thời gian ngắn, sau đó có việc làm sẽ ngừng hưởng trợ cấp vì họ đã có lương. Thời hạn hưởng trợ cấp tối đa phải được quy định cụ thể, nếu quá thời hạn tối đa mà người thất nghiệp chưa có việc làm vẫn phải ngừng trợ cấp và khi đó họ có thể được trợ giúp từ phía xã hội. Nhìn chung, các nước thường quy định thời hạn trợ cấp tối đa từ 12 đến 52 tuần (từ 3 tháng đến 1 năm). Thời hạn tạm chờ từ 3 đến 7 ngày đầu thất nghiệp không được hưởng trợ cấp. Điều này làm giảm nhẹ tải chính cho quỹ bảo hiểm và đơn giản hoá khâu quản lý trong trường hợp thất nghiệp ngắn ngày.

Thất nghiệp là một hiện tượng kinh tế - xã hội, là vấn đề nan giải đối với mỗi quốc gia. Để khắc phục và đẩy lùi hiện tượng thất nghiệp các nước đã có nhiều biện pháp và chính sách cụ thể. Song bảo hiểm thất nghiệp vẫn luôn được coi là chính sách hữu hiệu mang tính chiến lược lâu dài. Việc ban hành và tổ chức thực hiện chính sách này phụ thuộc vào điều kiện cụ thể của từng nước.

III. TÌNH HÌNH THẤT NGHIỆP Ở VIỆT NAM VÀ SỰ CẦN THIẾT PHẢI BẢO HIỂM THẤT NGHIỆP

Từ khi chuyển sang cơ chế thị trường, nền kinh tế nước ta đã đạt được những thành tựu đáng kể, nổi bật nhất là tốc độ tăng trưởng kinh tế cao và tương đối ổn định, lạm phát

được kiểm soát chặt chẽ và đã bị đẩy lùi, đời sống nhân dân được cải thiện rõ rệt và từng bước nâng cao... Tuy nhiên, những mặt trái của nền kinh tế thị trường đã bộc lộ khá rõ, đặc biệt là tình trạng thất nghiệp. Từ năm 1989 đến nay, số người thất nghiệp tăng lên cả về số lượng và tỷ lệ. Theo số liệu thống kê của ngành lao động thương binh - xã hội, nếu năm 1989 tỷ lệ thất nghiệp ở nước ta là 5,73% thì đến năm 1999 là 7,40%. Tỷ lệ thất nghiệp ở thành thị cao hơn nông thôn, nhất là các thành phố lớn và các khu công nghiệp.

Tỷ lệ thất nghiệp ở một số thành phố (1997 - 1999)

		%		
Thành phố	Năm	1997	1998	1999
1. Hà Nội		8,56	9,09	10,31
2. TP. Hồ Chí Minh		6,13	6,76	7,04
3. Hải Phòng		-	8,43	7,92
4. Đà Nẵng		-	6,35	6,64

(Nguồn: Bộ Lao động - Thương binh và xã hội)

Nếu tính cả số lao động bị “thất nghiệp ẩn” như: nghỉ hưu non, trợ cấp một lần thì tỷ lệ thất nghiệp còn cao hơn rất nhiều.

Ngoài những nguyên nhân chủ yếu giống như các nước, tình trạng thất nghiệp ở nước ta trong những năm vừa qua còn do một số nguyên nhân sau:

- Trong quá trình chuyển từ nền kinh tế kế hoạch hoá tập trung sang nền kinh tế thị trường, các doanh nghiệp phải tổ chức lại sản xuất, sắp xếp lại lao động nên số lao động dư thừa tương đối nhiều

- Kinh nghiệm và trình độ quản lý còn non yếu, máy móc thiết bị, công cụ còn lạc hậu, chất lượng sản phẩm kém, giá thành sản phẩm cao không cạnh tranh được với hàng ngoại đã ảnh hưởng trực tiếp đến việc tiêu thụ sản phẩm, mở rộng quy mô sản xuất để thu hút thêm lao động.

- Do quản lý thị trường chưa tốt, hàng ngoại chen ép hàng nội dẫn đến một số doanh nghiệp không tiêu thụ nổi sản phẩm, sản xuất đình đốn, phải phá sản, phải sa thải công nhân.

- Do sự tan rã của hệ thống XHCN nên thị trường truyền thống bị thu hẹp, một số doanh nghiệp làm hàng xuất khẩu cho Liên Xô (cũ) và các nước Đông Âu phải giải thể hoặc chuyển hướng không kịp đã làm cho một bộ phận lao động trở nên thất nghiệp hoặc thiếu việc làm.

Nhận thức rõ vấn đề này, trong những năm qua Đảng và Nhà nước ta đã có nhiều chính sách và biện pháp giải quyết tình trạng thất nghiệp. Chẳng hạn: trợ cấp thôi việc và trợ cấp một lần cho người lao động tự nguyện xin thôi việc, đồng thời Nhà nước đã dành ra những khoản tiền khá lớn từ ngân sách để lập quỹ quốc gia giải quyết việc làm. Vay vốn để đầu tư cho các chương trình trồng rừng “327” và chương trình “135” để góp phần thu hút thêm lực lượng lao động. Cho phép thành lập các trung tâm môi giới việc làm, tư vấn lao động và tư vấn nghề nghiệp. Hỗ trợ và khuyến khích các doanh nghiệp thu hút nhiều lao động, giải quyết việc làm bằng các chính sách tín dụng, đầu tư và thuế... Thực hiện các chương trình đào tạo người lao động hồi hương từ nước ngoài trở về và xúc tiến việc xuất khẩu lao động... Những biện pháp và chính sách trên đã góp phần giải quyết việc làm cho hàng triệu lao động, khắc phục đáng kể tình trạng thất nghiệp. Tuy nhiên hầu hết các biện pháp và chính sách trên vẫn chỉ

mang tính “tình thế”, tình trạng thất nghiệp vẫn gia tăng. Phải chăng đã đến lúc phải xem xét, nghiên cứu thực hiện bảo hiểm thất nghiệp cho người lao động.

Mặc dù hiện nay nước ta chưa triển khai bảo hiểm thất nghiệp, song những năm vừa qua Nhà nước, ngành Lao động - Thương binh và Xã hội đã có nhiều đề án và đề tài nghiên cứu khoa học đề cập đến vấn đề này để chuẩn bị triển khai trong những năm sắp tới. Rõ ràng, đây là vấn đề bức xúc và tất yếu, là trách nhiệm của cả Nhà nước, người sử dụng lao động và người lao động. Để triển khai bảo hiểm thất nghiệp, phải xây dựng được chính sách hay pháp lệnh về bảo hiểm thất nghiệp, tạo hành trang pháp lý trong qua trình tổ chức thực hiện. Đây là công việc khá mới mẻ và sẽ có nhiều vấn đề cần phải đặt ra như: nhận dạng thất nghiệp, xác định rõ điều kiện hưởng, mức đóng góp để hình thành quỹ, mức trợ cấp, thời gian hưởng trợ cấp và ngay cả vấn đề tổ chức bảo hiểm thất nghiệp sao cho phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội nước ta. Hy vọng rằng bảo hiểm thất nghiệp sẽ sớm được triển khai ở Việt Nam, góp phần giải quyết căn bệnh cố hữu do cơ chế thị trường đẻ ra đó là thất nghiệp.

CHƯƠNG IV

BẢO HIỂM Y TẾ

I. SỰ CẦN THIẾT VÀ TÁC DỤNG CỦA BẢO HIỂM Y TẾ

Con người ai cũng muốn sống khỏe mạnh, ấm no, hạnh phúc. Nhưng trong đời người, những rủi ro bất ngờ về sức khỏe như ốm đau, bệnh tật... có thể xảy ra. Các chi phí khám và chữa bệnh này không được xác định trước, mang tính "đột xuất", vì vậy cho dù lớn hay nhỏ, đều gây khó khăn cho ngân quỹ mỗi gia đình, mỗi cá nhân, đặc biệt đối với người có thu nhập thấp. Không những thế, những rủi ro này nếu tái phát, biến chứng... vừa làm suy giảm sức khỏe, suy giảm khả năng lao động, vừa kéo dài thời gian không tham gia lao động sẽ làm cho khó khăn trong cuộc sống tăng lên.

Để khắc phục khó khăn cũng như chủ động về tài chính khi rủi ro bất ngờ về sức khỏe xảy ra, người ta đã sử dụng nhiều biện pháp khác nhau như tự tích lũy, bán tài sản, kêu gọi sự hỗ trợ của người thân, đi vay... Mỗi biện pháp đều có ưu điểm và hạn chế nhất định. Tuy nhiên, không thể áp dụng trong trường hợp rủi ro kéo dài về thời gian và lặp đi lặp lại. Vì thế, cuối thế kỷ XIX, bảo hiểm y tế (BHYT) ra đời nhằm giúp đỡ mọi người lao động và gia đình khi gặp rủi ro về sức khỏe để ổn định đời sống, góp phần bảo đảm an toàn xã hội.

Đồng thời cùng với sự tăng trưởng kinh tế, đời sống con người được nâng cao và nhu cầu khám, chữa bệnh cũng tăng lên. Bởi vì khi điều kiện kinh tế cho phép thì dù trạng thái

sức khoẻ thay đổi rất ít như nhức đầu, mệt mỏi, kém ngủ,... đều có nhu cầu khám chữa bệnh. Hơn nữa, một số bệnh mới và nguy hiểm xuất hiện, đe dọa đời sống con người. Trong lúc đó chi phí khám chữa bệnh ngày càng tăng lên vì:

- Ngành y tế sử dụng các trang thiết bị y tế hiện đại, đắt tiền trong việc chẩn đoán và điều trị bệnh;

- Các loại biệt dược, thuốc men tăng giá do biến động giá cả chung của thị trường. Đặc biệt có những bệnh phải sử dụng thuốc quý hiếm, chi phí rất lớn.

Do đó phải huy động các thành viên trong xã hội đóng góp nhằm giảm gánh nặng cho ngân sách nhà nước và cũng để phục vụ chính bản thân mình khi gặp rủi ro về sức khoẻ. Càng ngày BHYT càng tỏ ra không thể thiếu trong đời sống con người.

BHYT ra đời có tác dụng rất thiết thực:

- *Thứ nhất*, giúp những người tham gia BHYT khắc phục khó khăn về kinh tế khi bất ngờ bị ốm đau, bệnh tật bởi vì trong quá trình điều trị bệnh, chi phí rất tốn kém, ảnh hưởng đến ngân sách gia đình, trong khi thu nhập của họ bị giảm đáng kể, thậm chí mất thu nhập.

- *Thứ hai*, góp phần giảm gánh nặng cho ngân sách nhà nước. Các quốc gia trên thế giới thường có các khoản chi từ ngân sách cho hệ thống y tế. Tuy nhiên ở một số quốc gia, đặc biệt là những nước đang phát triển, khoản chi này thường chưa đáp ứng được nhu cầu phát triển ngành y. Ở phần lớn các quốc gia, Chính phủ chỉ đầu tư khoảng 60% ngân sách y tế. Có nhiều biện pháp mà Chính phủ các nước đã thực hiện để giải quyết vấn đề này, như sự đóng góp của cộng đồng xã hội, trong đó có biện pháp thu viện phí của người đến khám, chữa bệnh. Nhưng đôi khi giải pháp này lại vấp phải trở ngại từ mức sống của dân cư. Vì vậy, biện pháp hiệu quả nhất là thực hiện BHYT để giảm gánh nặng cho

ngân sách Nhà nước, khắc phục sự thiếu hụt về tài chính, đáp ứng nhu cầu khám, chữa bệnh ngày càng tăng của người dân. Ở Việt Nam ngay trước khi thực hiện BHYT, hai năm 1991 và 1992, ngân sách Nhà nước cấp cho y tế là 51% và 54%, các khoản thu khác từ viện trợ nước ngoài và thu viện phí là 15% và 12%. Như vậy ngân sách y tế vẫn còn thiếu hụt 34% mỗi năm. Vì vậy, BHYT ra đời đã góp phần giải quyết vấn đề trên.

- *Thứ ba*, góp phần nâng cao chất lượng và thực hiện công bằng xã hội trong khám chữa bệnh. Sự thiếu hụt ngân sách y tế đã không đảm bảo nhu cầu khám, chữa bệnh. Số lượng và chất lượng cơ sở vật chất, trang thiết bị của ngành y tế không những không theo kịp sự phát triển của nhu cầu khám, chữa bệnh của người dân mà còn bị giảm sút. Vì vậy, thông qua việc đóng góp vào quỹ BHYT sẽ hỗ trợ cho ngân sách y tế, nhằm cải thiện và nâng cao chất lượng phục vụ của ngành y. Hơn nữa, sau khi tham gia BHYT thì mọi người bất kể giàu nghèo đều được khám, chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe tại các cơ sở y tế. Do đó đảm bảo được công bằng xã hội...

- *Thứ tư*, nâng cao tính cộng đồng và gắn bó mọi thành viên với xã hội. Trên cơ sở quy luật số lớn, phương châm của BHYT là “mình vì mọi người, mọi người vì mình”, “lá lành đùm lá rách” và “lá rách ít đùm lá rách nhiều”. Vì vậy, mọi thành viên trong xã hội gắn bó và tính cộng đồng được nâng lên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHẠM VI BẢO HIỂM Y TẾ

1. Đối tượng bảo hiểm y tế

Hoạt động y tế thường bao gồm: Phòng bệnh, chữa bệnh và phục hồi chức năng. Tùy theo tính chất và phạm vi mà

BHYT ở mỗi quốc gia có tên gọi khác nhau như bảo hiểm sức khoẻ (có thể gồm cả phòng bệnh và chữa bệnh; chữa bệnh và phục hồi chức năng; hoặc cả ba) hay BHYT (thường chỉ gồm hoạt động chữa bệnh).

Dù tên gọi khác nhau nhưng đối tượng BHYT đều là sức khoẻ của người được bảo hiểm. Có nghĩa là nếu người được bảo hiểm gặp rủi ro về sức khoẻ (bị ốm đau, bệnh tật...) thì sẽ được cơ quan BHYT xem xét chi trả bồi thường.

BHYT nói riêng và bảo hiểm sức khoẻ nói chung là một dịch vụ bảo hiểm rất phổ biến trên thế giới và được toàn dân tham gia. Bất kỳ ai có sức khoẻ, có nhu cầu bảo hiểm sức khoẻ đều có quyền tham gia bảo hiểm. Như vậy đối tượng tham gia BHYT là mọi người dân có nhu cầu BHYT cho sức khoẻ của mình hoặc cũng có thể là một người đại diện cho một tập thể, một đơn vị, một cơ quan... đứng ra ký kết hợp đồng BHYT cho tập thể, đơn vị, cơ quan đó. Trong trường hợp này, mỗi cá nhân tham gia BHYT tập thể sẽ được cấp một giấy chứng nhận BHYT hoặc thẻ BHYT để phục vụ cho quyền lợi của riêng mình.

Trong thời kỳ đầu mới triển khai BHYT, thông thường các nước đều có hai nhóm đối tượng tham gia BHYT: bắt buộc và tự nguyện. Hình thức bắt buộc áp dụng đối với công nhân viên chức nhà nước và một số đối tượng như người về hưu có hưởng lương hưu... Hình thức tự nguyện áp dụng cho mọi thành viên khác trong xã hội có nhu cầu và thường giới hạn trong độ tuổi nhất định tùy theo từng quốc gia.

Theo Nghị định 299/HĐBT ngày 15 tháng 8 năm 1992 của Hội đồng Bộ trưởng, BHYT Việt Nam chính thức đi vào hoạt động và thực hiện theo điều lệ BHYT ban hành kèm theo Nghị định này. Trong 6 năm thực hiện BHYT, thực tế cho thấy có những điểm cần điều chỉnh cho phù hợp. Do đó, có sự thay đổi bổ sung và các quy định cũ đã được thay thế

bằng điều lệ BHYT ban hành kèm theo nghị định số 58/1998/NĐ - CP ngày 13/8/1998 của Chính phủ. Hiện nay BHYT Việt Nam tiến hành bảo hiểm bắt buộc cho các đối tượng là lao động Việt Nam làm việc trong các doanh nghiệp nhà nước, các tổ chức kinh tế thuộc cơ quan hành chính sự nghiệp, cơ quan Đảng, các tổ chức chính trị - xã hội, đoàn thể hưởng lương từ ngân sách, các doanh nghiệp có vốn đầu tư nước ngoài, khu chế xuất, các tổ chức quốc tế tại Việt Nam, các doanh nghiệp ngoài quốc doanh có từ 10 lao động trở lên, người đang nghỉ hưu, người có công với cách mạng,... Các đối tượng khác tham gia bảo hiểm tự nguyện, kể cả người nước ngoài đến làm việc, học tập, du lịch tại Việt Nam.

2. Phạm vi bảo hiểm y tế

BHYT là hoạt động thu phí bảo hiểm và đảm bảo thanh toán chi phí y tế cho người tham gia bảo hiểm. Vì vậy tuy mọi người dân trong xã hội đều có quyền tham gia BHYT nhưng thực tế BHYT không chấp nhận bảo hiểm thông thường cho những người mắc bệnh nan y nếu không có thỏa thuận gì thêm.

Những người đã tham gia BHYT khi gặp rủi ro về sức khỏe đều được thanh toán chi phí khám chữa bệnh với nhiều mức độ khác nhau tại các cơ quan y tế. Tuy nhiên nếu khám chữa bệnh trong các trường hợp cố tình tự hủy hoại bản thân, trong tình trạng say, vi phạm pháp luật ... thì không được cơ quan BHYT chịu trách nhiệm.

Ngoài ra, mỗi quốc gia đều có những chương trình sức khỏe quốc gia khác nhau. Cơ quan BHYT cũng không có trách nhiệm đối với người được BHYT nếu họ khám chữa những bệnh thuộc chương trình này.

Ở Việt Nam hiện nay, điều lệ BHYT loại trừ các bệnh phong, lao, sốt rét, tâm thần phân liệt, dịch vụ kế hoạch hoá gia đình, bệnh dại, tiêm chủng phòng bệnh, điều dưỡng, an dưỡng, chỉnh hình và tạo hình thẩm mỹ, làm chân tay giả, mắt giả và các bệnh bẩm sinh, bệnh nghề nghiệp, tai nạn lao động, tai nạn giao thông.... Đặc biệt là các trường hợp tự tử, nghiện ma túy, vi phạm pháp luật...

III. PHƯƠNG THỨC BẢO HIỂM Y TẾ

Căn cứ vào mức độ thanh toán chi phí khám chữa bệnh cho người có thẻ BHYT, BHYT được phân ra:

- *BHYT trọn gói*: là phương thức BHYT trong đó cơ quan BHYT sẽ chịu trách nhiệm về mọi chi phí y tế thuộc phạm vi BHYT cho người được BHYT.

- *BHYT trọn gói, trừ các đại phẫu thuật*: là phương thức BHYT trong đó cơ quan BHYT sẽ chịu trách nhiệm về mọi chi phí y tế thuộc phạm vi BHYT cho người được BHYT, trừ các chi phí y tế cho các cuộc đại phẫu thuật (theo quy định của cơ quan y tế).

- *BHYT thông thường*: là phương thức BHYT trong đó trách nhiệm của cơ quan BHYT được giới hạn tương xứng với trách nhiệm và nghĩa vụ của người được BHYT.

Đối với các nước phát triển, mức sống dân cư cao, hoạt động BHYT đã có từ lâu và phát triển, có thể thực hiện BHYT theo cả ba phương thức trên. Đối với các nước nghèo, mới triển khai hoạt động BHYT thường áp dụng phương thức BHYT thông thường.

Đối với phương thức BHYT thông thường, có hai hình thức tham gia bảo hiểm, đó là BHYT bắt buộc và BHYT tự nguyện. BHYT bắt buộc được thực hiện với một số đối tượng

nhất định, được quy định trong các văn bản pháp luật về bảo hiểm. Dù muốn hay không, những người thuộc đối tượng này đều phải tham gia BHYT. Số còn lại (không thuộc nhóm đối tượng bắt buộc), tùy theo nhu cầu và khả năng có thể tham gia BHYT tự nguyện.

Ở Việt Nam đang thực hiện cả hai hình thức BHYT bắt buộc và tự nguyện này; và thực hiện thanh toán BHYT theo phương thức cùng chi trả (BHYT thông thường). Theo điều lệ BHYT hiện hành, BHYT Việt Nam chi trả 80% chi phí khám, chữa bệnh theo giá viện phí (không thanh toán phần chênh lệch giữa giá viện phí và giá các dịch vụ theo yêu cầu riêng của bệnh nhân), 20% còn lại (chưa quá 6 tháng lương tối thiểu trong thời gian 1 năm) sẽ thuộc trách nhiệm thanh toán của bệnh nhân có tham gia BHYT. Tuy nhiên, BHYT thể hiện tính nhân đạo và nhân văn cao cả, rõ rệt nhất ở chỗ: đối với những bệnh nhân tham gia BHYT mà thuộc diện ưu đãi xã hội quy định tại Pháp lệnh ưu đãi người hoạt động cách mạng, liệt sỹ và gia đình liệt sỹ, thương binh, bệnh binh, người hoạt động kháng chiến, người có công giúp đỡ cách mạng được quỹ BHYT chi trả 100% chi phí khám, chữa bệnh theo giá viện phí.

Trong thực tế, có một bộ phận BHYT mang đặc trưng của bảo hiểm xã hội và một bộ phận khác cũng liên quan đến hoạt động chăm sóc sức khỏe của con người nhưng mang tính chất kinh doanh như bảo hiểm tai nạn lao động, bảo hiểm trợ cấp nằm viện và phẫu thuật... Vì vậy cần phân biệt 2 loại này.

Đây là hai loại hình bảo hiểm sức khỏe thông dụng hiện nay. Hai loại hình bảo hiểm sức khỏe này có mục đích giống nhau. Nhưng cũng có những đặc trưng khác nhau cơ bản như sau:

Số sánh BHYT thuộc BHXH và BHYT kinh doanh

Tiêu thức	BHYT thuộc BHXH	BHYT kinh doanh
(1)	(2)	(3)
1. Đối tượng tham gia	Người lao động làm công hưởng lương...	Những người có nhu cầu
2. Hình thức thực hiện	Bắt buộc	Tự nguyện
3. Cơ quan quản lý	Cơ quan BHYT do nhà nước tổ chức quản lý	Các công ty bảo hiểm kinh doanh của Nhà nước, tư nhân, công ty cổ phần...
4. Tính chất bảo hiểm	Tính nhân đạo, tính cộng đồng...	Hạch toán kinh tế, cân đối thu chi và làm nghĩa vụ đối với Nhà nước
5. Nguồn quỹ BHYT	Người sử dụng lao động, người lao động đóng góp theo tỷ lệ % quỹ lương và tiền lương có sự hỗ trợ của ngân sách	Người tham gia bảo hiểm nộp phí bảo hiểm theo các mức thỏa thuận ...
6. Phương thức và mức thanh toán tiền BHYT	Chủ yếu chuyển thẳng cho cơ sở y tế đảm nhận khám và chữa bệnh theo qui định của cơ quan BHYT. Mức thanh toán theo qui định của những bệnh thông thường	Trả cho người được bảo hiểm hoặc bệnh viện đã ký hợp đồng với công ty bảo hiểm. Mức chi trả theo mức đã ký trong hợp đồng.

Hiện nay, BHYT Việt Nam được thành lập trên cơ sở thống nhất hệ thống cơ quan BHYT từ Trung ương đến địa phương và BHYT ngành để quản lý và triển khai hoạt động theo điều lệ BHYT.

Ở Trung ương, BHYT Việt Nam trực thuộc Bộ Y tế.

Ở tỉnh và thành phố trực thuộc Trung ương có BHYT tỉnh, thành phố. Các cơ quan này lại quản lý các chi nhánh BHYT ở cấp quận, huyện, thành phố, thị xã thuộc tỉnh và thành phố.

Lãnh đạo các cơ quan này là hội đồng quản trị, thành viên bao gồm các thành phần của Bộ Y tế, cơ quan BHYT và Ủy ban nhân dân ở các cấp tương ứng.

Ở một số ngành nghề, do tính chất đặc thù của lao động ngành đó mà Chính phủ cho phép thực hiện BHYT ngành như BHYT giao thông vận tải, BHYT ngành than trực thuộc BHYT Việt Nam, đồng thời chịu sự quản lý, giám sát của các Bộ chủ quản (Bộ giao thông vận tải, Bộ công nghiệp...). Ngoài ra, cá biệt có ngành dầu khí, BHYT ngành này được thực hiện bởi cơ quan kinh doanh bảo hiểm chuyên ngành dầu khí – PVIC, nhưng hoàn toàn tuân thủ điều lệ BHYT chung của cả nước.

IV. QUỸ BẢO HIỂM Y TẾ VÀ PHƯƠNG PHÁP TÍNH PHÍ

1. Quỹ bảo hiểm y tế

Quỹ BHYT là một quỹ tài chính có quy mô phụ thuộc vào số lượng thành viên đóng góp và mức độ đóng góp vào quỹ của các thành viên đó. Thông thường, với mục đích nhân đạo, không đặt mục đích kinh doanh lên hàng đầu, quỹ BHYT được hình thành chủ yếu từ hai nguồn chính là do người sử dụng lao động và người lao động đóng góp (tỷ lệ đóng góp của

hai bên được quy định cụ thể trong từng giai đoạn lịch sử khác nhau của mỗi quốc gia là không giống nhau) hoặc chỉ do đóng góp của người tham gia BHYT.

Ở Việt Nam, số đối tượng tham gia BHYT bắt buộc (quy định trong điều lệ BHYT) đóng góp 3% tổng quỹ lương hoặc tổng thu nhập, trong đó người sử dụng lao động đóng 2/3, người lao động đóng 1/3 vào quỹ BHYT nếu còn đang tham gia lao động. Những người nghỉ hưu, mất sức lao động tham gia BHYT bắt buộc sẽ đóng góp 3% mức lương hưu hoặc mức trợ cấp mất sức lao động vào quỹ BHYT (điều 12, chương III - Điều lệ BHYT). Số tiền này được nộp định kỳ 3 tháng 1 lần.

Ngoài ra, quỹ BHYT còn được bổ sung bằng một số nguồn khác như: sự hỗ trợ của ngân sách nhà nước, sự đóng góp và ủng hộ của các tổ chức từ thiện, lãi do đầu tư phần quỹ nhàn rỗi theo quy định của luật bảo hiểm (nếu có) hoặc theo quy định trong các văn bản pháp luật về BHYT. Ở Việt Nam, điều lệ BHYT quy định số tiền tạm thời nhàn rỗi này được mua tín phiếu, trái phiếu do Kho bạc Nhà nước và các ngân hàng thương mại quốc doanh phát hành; và được thực hiện các biện pháp khác nhằm bảo tồn, tăng trưởng quỹ BHYT nhưng phải đảm bảo nguồn chi trả khi cần thiết (trích Điều 19, chương V - Điều lệ BHYT).

Sau khi hình thành, quỹ BHYT được sử dụng như sau:

- Chi thanh toán chi phí y tế cho người được BHYT
- Chi dự trữ, dự phòng dao động lớn
- Chi để phòng, hạn chế tổn thất
- Chi quản lý

Tỷ lệ và quy mô các khoản chi này thường được quy định trước bởi cơ quan BHYT và có thể thay đổi theo từng điều kiện cụ thể (Cơ quan BHYT không phải là đơn vị kinh doanh nên không phải nộp thuế).

Ở Việt Nam hiện nay, theo điều lệ BHYT, đối với hình

thức BHYT bắt buộc, quỹ BHYT được sử dụng như sau:

- Dành 91,5% cho quỹ khám, chữa bệnh; trong đó dành 5% lập quỹ dự phòng khám chữa bệnh. Nếu trong năm không sử dụng hết quỹ khám chữa bệnh thì kết chuyển vào quỹ dự phòng. Ngược lại sẽ được bổ sung từ quỹ dự phòng.

- Dành 8,5% cho chi quản lý thường xuyên của toàn hệ thống BHYT Việt Nam theo quy định.

- Tiền tạm thời nhàn rỗi (nếu có) của quỹ BHYT được mua tín phiếu, trái phiếu do kho bạc nhà nước, các ngân hàng thương mại quốc doanh phát hành và được thực hiện các biện pháp khác nhằm bảo tồn, tăng trưởng quỹ BHYT nhưng phải đảm bảo nguồn chi trả khi cần thiết.

Đối với hình thức BHYT tự nguyện, quỹ BHYT được hạch toán riêng và được sử dụng chi trả cho các chi phí khám, chữa bệnh, thanh toán cho đại lý BHYT và chi quản lý thường xuyên của cơ quan BHYT.

2. Phương pháp tính phí bảo hiểm y tế

Phí BHYT là số tiền mà người tham gia BHYT phải đóng góp để hình thành quỹ BHYT. Phí BHYT phụ thuộc vào nhiều yếu tố: xác suất mắc bệnh, chi phí y tế, độ tuổi tham gia BHYT... Ngoài ra, có thể có nhiều mức phí khác nhau cho những người có khả năng tài chính khác nhau trong việc nộp phí lựa chọn... Trong đó chi phí y tế lại phụ thuộc vào các yếu tố sau: tổng số lượt người khám chữa bệnh, số ngày bình quân của một đợt điều trị, chi phí bình quân cho một lần khám chữa bệnh, tần suất xuất hiện các loại bệnh ...

Phí BHYT thường được tính trên cơ sở các số liệu thống kê về chi phí y tế và số người tham gia BHYT thực tế trong thời gian liên ngay trước đó.

Công thức tính: $P = f + d$

Trong đó P : phí BHYT/người/năm
 f : phí thuần
 d : phụ phí

Phụ phí thường được quy định bằng một tỷ lệ phần trăm (thông thường khoảng 20%-30%) so với phí BHYT.

Phí thuần được xác định như sau:

$$f = \frac{\sum_{i=1}^n f_i}{\sum_{i=1}^n n_i}$$

Trong đó:

f_i : chi phí y tế thuộc trách nhiệm BHYT trong năm i của toàn bộ người được BHYT

n_i : số người được BHYT trong năm i

i : số năm thống kê để tính toán, thường từ 3 đến 5 năm.

V. BẢO HIỂM Y TẾ Ở MỘT SỐ NƯỚC TRÊN THẾ GIỚI

1. Bảo hiểm y tế ở Pháp

BHYT ở Pháp được coi là một trong những tổ chức BHYT tốt nhất trên thế giới. BHYT thuộc hệ thống bảo hiểm xã hội, gọi là tiểu ban BHYT. Tiểu ban BHYT gồm 4 phòng:

- Phòng chỉ đạo các cơ sở y tế và vấn đề y tế - xã hội
- Phòng chỉ đạo quan hệ các đối tượng bảo hiểm, các hoạt động y tế - xã hội và vấn đề dự phòng.
- Phòng chỉ đạo nghiệp vụ y dược và trang thiết bị
- Phòng chỉ đạo BHYT đối tượng không hưởng lương.

Theo ngành dọc, BHYT gồm 3 cấp:

- BHYT trung ương
- BHYT vùng

- BHYT cơ sở.

Phương thức thực hiện BHYT ở Pháp là bắt buộc. Có 99% dân số Pháp tham gia BHYT này. Ngoài ra nếu có nhu cầu, họ có thể tham gia BHYT tự nguyện do hệ thống liên hiệp các hội tương tế thực hiện. Đã có 69,3% dân số tham gia BHYT tự nguyện của Hội tương tế.

Đối tượng tham gia BHYT được phân theo nghề nghiệp. Việc đóng BHYT được tập trung vào quỹ BHYT Trung ương, bao gồm các bên:

- Người sử dụng lao động đóng 66% của quỹ BHYT
- Người lao động đóng góp 29,5% của quỹ BHYT
- Nhà nước hỗ trợ 1,9% của quỹ BHYT
- Các nguồn khác: 2,6% của quỹ BHYT.

Sau đó kinh phí được chuyển về các quỹ địa phương. Các khoản chi của BHYT bao gồm:

+ 94% chi cho dịch vụ y tế, trong đó:

- 77,93% chi bảo hiểm bệnh tật gồm:

41,38% chi cho bệnh viện

13,09% chi thù lao thầy thuốc

10,05% chi thuốc

6,16% chi xét nghiệm, bảo quản dụng cụ, dịch vụ y tế

4,6% chi trợ cấp lương nghỉ

2,65% chi khác.

- 16,07% chi tai nạn lao động, tàn tật, sinh đẻ, tử tuất

+ 6% chi cho hoạt động quản lý BHYT.

Hoạt động BHYT tại Pháp có quan hệ rất chặt chẽ với các cơ sở y tế. Việc thanh toán BHYT thường được thực hiện qua hệ thống ngân hàng. Hơn nữa, hệ thống kỹ thuật thông tin, tính toán như máy vi tính, điện toán... được sử dụng rộng rãi. Những điều này đã góp phần rất lớn vào thành công của BHYT tại Pháp.

2. Bảo hiểm y tế ở Hàn Quốc

Ở Hàn Quốc, toàn dân đều có quyền tham gia BHYT, trừ những người đang là viên chức nhà nước, giáo viên tư thực, nhân viên BHYT và những người thuộc diện bảo vệ y tế (theo các quy định và luật pháp của Hàn Quốc). Những người này có thể tham gia BHYT ở liên đoàn BHYT.

Luật BHYT ở Hàn Quốc quy định BHYT bắt buộc đối với người làm công ở nơi làm việc. Ngoài ra, họ cũng có thể tham gia bảo hiểm không bắt buộc ở các công ty bảo hiểm do chủ xí nghiệp hoặc một số chủ xí nghiệp nơi họ làm việc thành lập và được phê chuẩn. Nhưng khi người này rời bỏ công việc (đã đăng ký), thay đổi quốc tịch hoặc trở thành người được bảo vệ y tế... thì sẽ thuộc nhóm đối tượng BHYT tùy ý lựa chọn.

Phí BHYT tại các công ty BHYT do người sử dụng lao động đóng 50% và người lao động đóng 50% trong khoảng 3%-8%, còn BHYT tùy ý lựa chọn sẽ do người tham gia bảo hiểm đóng góp toàn bộ. Những người phục vụ trong quân đội sẽ được BHYT miễn phí. Và phí BHYT cũng có thể được giảm đối những người làm việc và sống ở vùng đảo, nông thôn xa xôi, hẻo lánh.

Quỹ BHYT được sử dụng để:

Trợ cấp chăm sóc y tế cho người tham gia bảo hiểm (kể cả người phụ thuộc) khi bị ốm, chấn thương, bao gồm:

- Chi phí chẩn đoán
- Cấp thuốc điều trị và tiêu hao vật chất khác để phục vụ cho điều trị
- Điều trị, phẫu thuật và các chăm sóc y tế khác
- Điều trị nội trú với các phương tiện y tế
- Chăm sóc, phục vụ của y tá và hộ lý.
- Chi phí vận chuyển và đi lại.

Ngoài ra, còn chi cho quản lý hoạt động của quỹ.

Tuy nhiên, trừ bệnh lao, còn các trường hợp khác quỹ BHYT chỉ thanh toán tối đa cho người bệnh trong vòng 180 ngày. Người phụ thuộc ở đây bao gồm vợ (hoặc chồng) của người tham gia BHYT.

3. Bảo hiểm y tế ở Trung Quốc

BHYT ở Trung Quốc có 2 hình thức chính: BHYT đối với công nhân (do Bộ Lao động quản lý) và BHYT vùng nông thôn (do Bộ Y tế quản lý).

BHYT đối với công nhân đã có tác dụng thiết thực trong việc giảm lãng phí ở bệnh viện, từ đó nâng cao hiệu quả phục vụ bệnh nhân và tăng quỹ bệnh viện.

BHYT vùng nông thôn gồm nhiều hình thức rất phong phú và đa dạng:

- Chăm sóc y tế hợp tác xã: người tham gia BHYT đóng góp vào quỹ và quỹ chi trả phục vụ các bệnh nhẹ;

- BHYT các nguy cơ cao: Bổ sung cho hình thức trên, trong trường hợp chi trả cho các bệnh nặng;

- BHYT riêng biệt cho phòng bệnh: tiêm chủng trẻ em, chăm sóc thai, bảo vệ bà mẹ trẻ em trong thời gian sinh đẻ;

- Các bệnh viện do nông thôn trả tiền: người tham gia sẽ được giảm 20% chi phí y tế về thuốc men;

- Hợp đồng về chăm sóc phòng bệnh: nông dân phải chịu 50% chi phí phòng bệnh hàng năm;

- Chăm sóc răng cho học sinh phổ thông: học sinh sẽ được khám chữa răng 6 tháng một lần do các bác sỹ răng tiến hành;

- Trợ cấp cho chăm sóc y tế: các quỹ BHYT này do các uỷ ban xã thành lập. Mục đích là trợ cấp cho các bệnh nhân nghèo và trợ cấp cho họ khoảng 20 –40% tiền thuốc men.

4. Bảo hiểm y tế ở Singapore

Đối tượng tham gia BHYT ở Singapore bao gồm những người lao động dưới 65 tuổi, trừ những người tàn tật, quân nhân tại ngũ, trẻ em từ 15 ngày tuổi đến 19 tuổi chưa đi làm và người dưới 25 tuổi đang theo học ở các trường đại học như sinh viên chính thức.

Phạm vi BHYT loại trừ các trường hợp sau:

- Nằm viện (không do tai nạn) trong vòng 30 ngày sau khi tham gia BHYT ;
- Bị tàn tật do tham gia biểu tình, đánh nhau, nổi dậy, chiến tranh;
- Bị thương do đi du lịch;
- Tự gây thương tích, tự tử dù tình tảo hay mất trí;
- Bị thương do phạm tội;
- Bị bệnh tâm thần, nghiện rượu, ma túy;
- Kế hoạch hoá gia đình;
- Các công việc về răng, mắt;
- Phẫu thuật thẩm mỹ (trừ khi việc này là cần thiết do các vết thương vì tai nạn nằm trong phạm vi BHYT) ;
- Nằm viện để chẩn đoán, thử phản ứng thuốc, chụp X-quang;
- Tàn phế do trượt băng, đua ngựa vượt rào, pôlô, đua mô tô, leo núi hoặc các loại đua dùng phương tiện;
- Chi phí cho chăm sóc đặc biệt như xe đẩy, máy hô hấp nhân tạo... và các chi phí dịch vụ phi y tế như đài, tivi, điện thoại...
- Điều trị bệnh AIDS.

BHYT ở Singapore chịu trách nhiệm cả 24 giờ và thanh toán chi phí y tế thực tế trong thời gian nằm viện trong

phạm vi bảo hiểm.

Ngoài ra người tham gia BHYT còn được thanh toán các chi phí sau:

- Chi phí cho giường bệnh
- Chi phí ăn uống
- Các dịch vụ của bệnh viện, bao gồm: phòng phẫu thuật, quần áo, các xét nghiệm, điện tâm đồ, vật lý trị liệu...
- Trợ cấp phẫu thuật
- Chi phí khám bệnh.

CHƯƠNG V

BẢO HIỂM THƯƠNG MẠI

I. TÁC DỤNG CỦA BẢO HIỂM THƯƠNG MẠI

Bảo hiểm thương mại - còn được gọi là bảo hiểm rủi ro hay bảo hiểm kinh doanh - được hiểu là sự kết hợp giữa hoạt động kinh doanh với việc quản lý các rủi ro. Mạnh nũa của hoạt động này có từ rất lâu trong lịch sử văn minh nhân loại, từ thuở con người biết săn bắn tìm kiếm thức ăn, đồ mặc, rồi tích trữ phòng khi không kiếm được hay khi có chiến tranh v.v... Xã hội ngày càng phát triển với các cuộc cách mạng công nghiệp, đến cách mạng thông tin thì bảo hiểm cũng ngày càng khẳng định sự có mặt không thể thiếu được trong mọi hoạt động của con người bởi rủi ro nhiều hơn và các nhu cầu về an toàn cũng lớn hơn.

Tuy nhiên, cho đến bây giờ vẫn chưa có một định nghĩa thống nhất về bảo hiểm thương mại mà người ta chỉ đưa ra các quan điểm khác nhau về bảo hiểm thương mại theo các góc độ tiếp cận khác nhau. Với người Pháp thì “ Bảo hiểm là một hoạt động thông qua đó một cá nhân hay một tổ chức có quyền được hưởng bồi thường hoặc chi trả nếu rủi ro xảy ra nhờ vào khoản đóng góp cho mình hay cho người khác. Khoản bồi thường hoặc chi trả này do một tổ chức đảm nhiệm, tổ chức này có trách nhiệm trước các rủi ro và bù trừ chúng theo đúng qui luật thống kê”.

Trong khi đó, bằng cách nhìn nhận bảo hiểm như một cơ chế chuyển giao rủi ro, một tập đoàn bảo hiểm lớn của Mỹ

cho rằng: “Bảo hiểm là một cơ chế, theo cơ chế này một người, một doanh nghiệp hay một tổ chức chuyển nhượng rủi ro cho công ty bảo hiểm, công ty đó sẽ bồi thường cho người được bảo hiểm các tổn thất thuộc phạm vi bảo hiểm và phân chia giá trị thiệt hại giữa tất cả những người được bảo hiểm” (AIG).

Các quan điểm đều thể hiện rõ một điểm chung rằng, *về bản chất, bảo hiểm thương mại là biện pháp chia nhỏ tổn thất của một hay một số ít người có khả năng cùng gặp một loại rủi ro dựa vào một quỹ chung bằng tiền được lập bởi sự đóng góp của nhiều người cũng có khả năng gặp tổn thất đó thông qua hoạt động của công ty bảo hiểm.* Bằng cách chia nhỏ tổn thất như vậy, hậu quả lẽ ra rất nặng nề, nghiêm trọng với một hoặc một số người sẽ trở nên không đáng kể có thể chấp nhận được đối với cả cộng đồng những người tham gia bảo hiểm

Bảo hiểm thương mại, ở một phương diện khác, chính là tổng thể các mối quan hệ kinh tế giữa các đơn vị và các cá nhân tham gia bảo hiểm với các công ty bảo hiểm nhằm khắc phục hậu quả do thiên tai, tai nạn bất ngờ gây ra để ổn định đời sống và khôi phục hoạt động sản xuất kinh doanh.

Rõ ràng, cùng với bảo hiểm xã hội, bảo hiểm thương mại ra đời là một tất yếu khách quan. Hoạt động của bảo hiểm thương mại mang lại cho các cá nhân, tổ chức và cả cộng đồng những tác dụng rất to lớn:

1. Khắc phục hậu quả rủi ro, đảm bảo ổn định đời sống và hoạt động sản xuất kinh doanh cho người được bảo hiểm

Qua công tác bồi thường nhanh chóng đầy đủ của các nhà bảo hiểm, tình trạng khó khăn ban đầu về tài chính do rủi ro gây ra sẽ nhanh chóng được giải quyết, nhờ đó một

người có thể trang trải được các chi phí bất ngờ phát sinh vượt quá khả năng tài chính của mình; nhờ đó một doanh nghiệp có thể bảo toàn được vốn kinh doanh, hạn chế được ngắn nhất thời gian gián đoạn kinh doanh có thể xảy ra do gặp rủi ro và vì thế tổn thất lợi nhuận kéo theo có thể được hạn chế; nhờ đó một chủ tàu có thể mua ngay tàu mới để tiếp tục hoạt động kinh doanh...

Bên cạnh những lợi ích kinh tế từ việc hỗ trợ tài chính khác phục hậu quả, bảo hiểm thương mại còn đáp ứng được các nhu cầu về bảo đảm an toàn cho người tham gia, đưa đến cho họ một sự tin cậy về an toàn và một chỗ dựa tinh thần.

2. Góp phần để phòng hạn chế các rủi ro có thể xảy ra, giúp cho cuộc sống con người an toàn hơn, xã hội trật tự hơn, giảm bớt nỗi lo cho mỗi cá nhân, mỗi doanh nghiệp

Sẽ có nhiều người có ý thức hơn về việc tự bảo vệ bản thân và tài sản của họ cũng như của cộng đồng khi có sự tuyên truyền sâu rộng của các nhà bảo hiểm về các rủi ro, các nguy cơ và hậu quả của chúng. Ngay chính các công ty bảo hiểm cũng đóng góp tài chính một cách tích cực để thực hiện các biện pháp để phòng hạn chế rủi ro như tham gia luyện tập phòng cháy chữa cháy, làm đường lánh nạn, trồng các biển báo nguy hiểm...

3. Nền kinh tế của một nước chắc chắn luôn có được một nguồn vốn đầu tư đáng kể từ quỹ của các công ty bảo hiểm

Với nguồn vốn tạm thời nhàn rỗi không nhỏ, các công ty bảo hiểm có thể cho vay, mua trái phiếu, kinh doanh bất động sản, tham gia vào thị trường chứng khoán... hoạt động kinh tế nhờ vậy mà sôi động hơn, hiệu quả hơn.

4. Cùng với bảo hiểm xã hội, bảo hiểm thương mại góp phần hỗ trợ rất lớn cho hoạt động chi tiêu của ngân sách Nhà nước ổn định hơn

Nhà nước có thể tiết kiệm được những khoản chi khắc phục hậu quả tổn thất khi đã có hệ thống bảo hiểm, tránh những biến động chi tiêu ảnh hưởng đến kế hoạch của ngân sách nhà nước.

Ngoài ra, hoạt động bảo hiểm thương mại còn góp phần tăng thu ngoại tệ cho Nhà nước khi hoạt động tái bảo hiểm được thực hiện tốt giữa những nhà bảo hiểm trong nước hoặc khi thị trường bảo hiểm hoạt động phát triển thu hút nhiều hơn sự tham gia bảo hiểm của các nhà xuất nhập khẩu trong và ngoài nước cũng như sự chú ý của các nhà đầu tư.

Tóm lại, trước các rủi ro xảy ra bất ngờ hoạt động bảo hiểm thương mại ra đời đã đáp ứng các dịch vụ bảo đảm cho các cá nhân, tổ chức trong xã hội. Dịch vụ này đã được chấp nhận và tồn tại như một nhu cầu ngày càng không thể thiếu được trong cuộc sống con người. Với một xã hội phát triển, việc tham gia bảo hiểm để bảo vệ cho tài sản, cho tính mạng và tình trạng sức khỏe... sẽ trở thành một tập quán của mọi thành viên trong xã hội đó.

II. NHỮNG NGUYÊN TẮC CHUNG TRONG HOẠT ĐỘNG BẢO HIỂM THƯƠNG MẠI

Cũng giống như bất kỳ một hoạt động kinh doanh nào, ngoài việc đáp ứng cho các nhu cầu an toàn của con người thì lợi nhuận là mục tiêu của hoạt động bảo hiểm thương mại. Bởi vậy, có một số nguyên tắc phải được tuân thủ khi tiến hành hoạt động bảo hiểm thương mại.

1. Nguyên tắc số đông

Về bản chất, hoạt động của bảo hiểm thương mại là nhận

một khoản tiền mà người ta gọi là phí bảo hiểm để rồi có khả năng sẽ phải trả cho bên đã đóng góp khoản tiền phí đó một số tiền (bồi thường, chi trả) lớn hơn gấp nhiều lần. Để làm được điều này hoạt động bảo hiểm thương mại phải dựa trên nguyên tắc số đông. Đây là nguyên tắc xuyên suốt, không thể thiếu được trong bất kỳ một nghiệp vụ bảo hiểm thương mại nào, theo đó hậu quả của rủi ro xảy ra đối với một hoặc một số ít người sẽ được bù đắp bằng số tiền gom được từ rất nhiều người có khả năng cùng gặp rủi ro như vậy.

Thông qua việc huy động đủ số phí cần thiết để giải quyết chi bồi thường cho các tổn thất có thể xảy ra trong cộng đồng những người tham gia bảo hiểm, người bảo hiểm đã thực hiện việc bù trừ rủi ro theo qui luật thống kê số lớn. Nguyên tắc số đông bù số ít cho biết rằng, càng nhiều người tham gia bảo hiểm thì quỹ bảo hiểm tích tụ được càng lớn, việc chi trả càng trở nên dễ dàng hơn, rủi ro được san sẻ cho nhiều người hơn. Thông thường, một nghiệp vụ bảo hiểm chỉ có thể được triển khai khi có nhiều nhu cầu về cùng một loại bảo đảm đó.

2. Nguyên tắc lựa chọn rủi ro

Hoạt động bảo hiểm thương mại cung cấp các dịch vụ bảo hiểm cho những cá nhân và tổ chức có nhu cầu. Tuy nhiên không phải trong mọi trường hợp, người bảo hiểm đều chấp nhận các yêu cầu bảo đảm. Hiếm có nhà kinh doanh bảo hiểm nào lại đại dột hứa sẽ bồi thường cho ông chủ một ngôi nhà trong trường hợp có cháy xảy ra khi ngôi nhà đó chứa đầy hoá chất, không hề trang bị phòng cháy chữa cháy, và nằm ngay cạnh một xưởng rèn. Cũng vậy, người bảo hiểm thật khó mà chấp nhận bảo đảm cho những thiệt hại vật chất của một chiếc xe ô tô ở trong tình trạng không an toàn về kỹ thuật hay không được phép lưu hành.

Nguyên tắc lựa chọn rủi ro là một nguyên tắc không thể thiếu được trong hoạt động kinh doanh của nhà bảo hiểm. Theo nguyên tắc này, các rủi ro đã xảy ra, chắc chắn hoặc gần như chắc chắn sẽ xảy ra thì bị từ chối bảo hiểm: hao mòn vật chất tự nhiên, hao hụt thương mại tự nhiên, xe vi phạm nghiêm trọng luật giao thông, cố ý tự tử... Nói cách khác, những rủi ro có thể được bảo hiểm phải là những rủi ro bất ngờ, không lường trước được.

Để bảo đảm nguyên tắc này, trong đơn bảo hiểm luôn có các rủi ro loại trừ tùy thuộc vào từng nghiệp vụ bảo hiểm khác nhau; còn với các rủi ro được nhận bảo hiểm lại được xem xét để phân loại, sắp xếp theo từng mức độ khác nhau (nếu cần thiết) và áp dụng các mức phí thích hợp. Đối với các rủi ro có xác suất xảy ra lớn hơn thì mức phí phải nộp cao hơn. Chẳng hạn, cùng là những người ở một độ tuổi đi tham gia bảo hiểm nhân thọ nhưng những người bị bệnh tim sẽ phải đóng mức phí khác với những người khoẻ mạnh. Chính vì vậy, một yêu cầu đặt ra đối với người tham gia bảo hiểm là phải trung thực tuyệt đối khi khai báo rủi ro để bên bảo hiểm có thể xác định chính xác rằng rủi ro đó có thể chấp nhận bảo hiểm hay không, nếu có thì với mức phí như thế nào.

Nguyên tắc lựa chọn rủi ro nhằm tránh cho người bảo hiểm phải bồi thường cho những tổn thất thấy trước mà với nhiều trường hợp như vậy chắc chắn sẽ dẫn đến phá sản, đồng thời cũng giúp cho các công ty bảo hiểm có thể tính được các mức phí chính xác, lập nên được một quỹ bảo hiểm đầy đủ để bảo đảm cho công tác bồi thường. Không chỉ bảo đảm quyền lợi cho phía bên bảo hiểm mà ngay chính những người tham gia bảo hiểm cũng thấy công bằng hơn trong trường hợp có những rủi ro không thuần nhất (xác suất không bằng nhau) khi nguyên tắc này được áp dụng.

3. Nguyên tắc phân tán rủi ro (Không để trứng vào một giỏ)

Là người nhận các rủi ro được chuyển giao từ người tham gia bảo hiểm, nhà bảo hiểm lúc này sẽ là người phải đối mặt với những tổn thất có thể rất lớn nếu rủi ro xảy ra. Mặc dù quỹ bảo hiểm là một quỹ tài chính lớn, được lập ra bởi sự đóng góp của nhiều người theo nguyên tắc số đông và như vậy, với tư cách là người tập trung và quản lý quỹ, các công ty bảo hiểm có khả năng thực hiện nhiệm vụ chi trả bảo hiểm. Nhưng trên thực tế, không phải lúc nào người bảo hiểm cũng luôn đảm bảo được khả năng này, nhất là trong những trường hợp quỹ bảo hiểm tập trung được còn chưa nhiều (công ty bảo hiểm mới thành lập hoặc công ty bảo hiểm có qui mô nhỏ) mà giá trị bảo hiểm lại rất lớn hoặc trong những trường hợp có tổn thất lớn, liên tiếp xảy ra.

Một kinh nghiệm trong hoạt động của các nhà bảo hiểm thương mại là tránh nhận những rủi ro quá lớn, vượt quá khả năng tài chính của công ty. Chính vì vậy, phải phân tán bớt các rủi ro đã nhận là nguyên tắc quan trọng giúp cho các nhà bảo hiểm có thể đảm bảo nhận các rủi ro lớn, tránh được điều tối kỵ là từ chối bảo hiểm, vừa vẫn bảo đảm được hoạt động kinh doanh. Để thực hiện được nguyên tắc phân tán rủi ro, các nhà bảo hiểm đã sử dụng hai phương thức: đồng bảo hiểm và tái bảo hiểm. Nếu trong đồng bảo hiểm, nhiều nhà bảo hiểm cùng nhận bảo đảm cho một rủi ro lớn thì tái bảo hiểm lại là phương thức trong đó, một nhà bảo hiểm nhận bảo đảm cho một rủi ro lớn, sau đó nhượng bớt một phần rủi ro cho một hoặc nhiều nhà bảo hiểm khác.

4. Nguyên tắc trung thực tuyệt đối

Nguyên tắc này được thể hiện ngay từ khi người bảo hiểm nghiên cứu để soạn thảo một hợp đồng bảo hiểm đến

khi phát hành, khai thác bảo hiểm và thực hiện giao dịch kinh doanh, với khách hàng (người tham gia bảo hiểm).

Trước hết, nguyên tắc trung thực tuyệt đối đòi hỏi người bảo hiểm phải có trách nhiệm cân nhắc các điều kiện, điều khoản để soạn thảo hợp đồng bảo đảm cho quyền lợi của hai bên. Sản phẩm cung cấp của nhà bảo hiểm là sản phẩm dịch vụ nên khi mua người tham gia bảo hiểm không thể cầm nắm nó trong tay như các sản phẩm vật chất khác để đánh giá chất lượng và giá cả... mà chỉ có thể có được một hợp đồng hứa sẽ bảo đảm. Chất lượng sản phẩm bảo hiểm có bảo đảm hay không, giá cả (phí bảo hiểm) có hợp lý hay không, quyền lợi của người được bảo hiểm có đảm bảo đầy đủ, công bằng hay không... đều chủ yếu dựa vào sự trung thực của phía bên bảo hiểm.

Ngược lại, nguyên tắc này cũng đặt ra một yêu cầu với người tham gia bảo hiểm là phải khai báo rủi ro trung thực khi tham gia bảo hiểm để giúp cho người bảo hiểm xác định mức phí phù hợp với rủi ro mà họ đảm nhận. Thêm vào đó, các hành vi gian lận nhằm trục lợi bảo hiểm khi thông báo, khai báo các thiệt hại để đòi bồi thường (khai báo lớn hơn thiệt hại thực tế; sửa chữa ngay tháng của hợp đồng bảo hiểm...) sẽ được xử lý theo pháp luật.

Ngoài các nguyên tắc cơ bản trên, trong mỗi một loại hình bảo hiểm thương mại sẽ có thêm các nguyên tắc khác phù hợp với đặc điểm của từng loại: Nguyên tắc bồi thường, nguyên tắc khoán,...

III. CÁC LOẠI HÌNH BẢO HIỂM THƯƠNG MẠI

Trên thị trường bảo hiểm thế giới cũng như ở Việt Nam hiện nay có rất nhiều nghiệp vụ (sản phẩm) bảo hiểm khác nhau:

Bảo hiểm hàng hoá xuất nhập khẩu;

Bảo hiểm thân tàu;
Bảo hiểm trách nhiệm dân sự chủ tàu;
Bảo hiểm xe cơ giới;
Bảo hiểm tai nạn con người;
Bảo hiểm cháy và các rủi ro đặc biệt;
Bảo hiểm xây dựng - lắp đặt;
Bảo hiểm thăm dò và khai thác dầu khí
Bảo hiểm sinh mạng cá nhân;
Bảo hiểm nhân thọ;
Bảo hiểm cây trồng;
Bảo hiểm chăn nuôi;
Bảo hiểm sắc đẹp;

.....

Các sản phẩm trên đều được phân loại theo từng đặc trưng riêng. Tùy thuộc vào mục đích nghiên cứu và quản lý nghiệp vụ, sẽ có các tiêu thức khác nhau được lấy làm căn cứ phân loại. Chẳng hạn, theo đối tượng được bảo hiểm, các nghiệp vụ bảo hiểm có thể được xếp vào các loại: bảo hiểm tài sản, bảo hiểm trách nhiệm dân sự, hay bảo hiểm con người.

Với các đặc trưng kỹ thuật tương đối giống nhau, người ta có thể ghép bảo hiểm tài sản và bảo hiểm trách nhiệm dân sự vào trong bảo hiểm thiệt hại. Trong khi đó, các nghiệp vụ bảo hiểm con người thì lại có thể phân tích thành bảo hiểm con người phi nhân thọ và bảo hiểm nhân thọ. Cũng căn cứ vào đối tượng được bảo hiểm, nhưng có thể xếp các nghiệp vụ bảo hiểm thương mại thành: bảo hiểm hàng hải, bảo hiểm phi hàng hải, bảo hiểm trách nhiệm pháp lý, bảo hiểm xe cơ giới... hoặc phân loại thành bảo hiểm nhân thọ hoặc bảo hiểm phi nhân thọ trong đó bảo hiểm phi nhân thọ bao gồm các nghiệp vụ bảo hiểm về tài sản, về trách nhiệm dân sự và các nghiệp vụ bảo hiểm con người phi nhân thọ khác.

Nếu hình thức tham gia bảo hiểm được lấy làm tiêu thức thì các nghiệp vụ bảo hiểm có thể được chia thành hai loại: bảo hiểm tự nguyện và bảo hiểm bắt buộc. Phần lớn các nghiệp vụ bảo hiểm thương mại đều là bảo hiểm tự nguyện. Việc tham gia bảo hiểm hay không phụ thuộc vào nhu cầu của người tham gia bảo hiểm và các công ty bảo hiểm có đáp ứng được hay không cũng tùy thuộc vào khả năng tài chính, trình độ kỹ thuật nghiệp vụ của công ty đó. Với các nghiệp vụ bảo hiểm còn lại, Nhà nước có những qui định về việc thực hiện bắt buộc đối với cả người tham gia bảo hiểm và các công ty bảo hiểm. Ví dụ như bảo hiểm TNDS chủ xe cơ giới, bảo hiểm TNDS của chủ lao động đối với người lao động...

Nếu các nghiệp vụ bảo hiểm được phân chia thành: bảo hiểm kỹ thuật phân chia và bảo hiểm kỹ thuật tổn tích thì tiêu thức để phân loại lúc này là kỹ thuật bảo hiểm. Có thể hiểu, các nghiệp vụ có thời hạn bảo hiểm ngắn (thường là một năm) mà khi có rủi ro được bảo hiểm phát sinh trong thời hạn hợp đồng thì quỹ bảo hiểm đã được tập trung sẽ được sử dụng để chi trả luôn được gọi là bảo hiểm có kỹ thuật phân chia. Còn các nghiệp vụ có thời hạn bảo hiểm dài, quỹ được tích tụ qua nhiều năm theo thời hạn hợp đồng mới được sử dụng để chi trả thì được xếp vào nhóm bảo hiểm có kỹ thuật tổn tích. Nhóm này thường là các nghiệp vụ bảo hiểm mang tính tiết kiệm như bảo hiểm nhân thọ.

Chương này sẽ đi cụ thể hơn vào ba loại bảo hiểm được phân chia theo đối tượng được bảo hiểm: bảo hiểm tài sản, bảo hiểm trách nhiệm dân sự, bảo hiểm con người.

1. Bảo hiểm tài sản

Đây là loại bảo hiểm mà đối tượng bảo hiểm là tài sản (cố định hay lưu động) của người được bảo hiểm. Ví dụ như: Bảo hiểm cho thiệt hại vật chất xe cơ giới, bảo hiểm cho hàng hoá của các chủ hàng trong bảo hiểm hàng hoá xuất nhập khẩu,

bảo hiểm cho tài sản của ông chủ nhà trong bảo hiểm trộm cắp.

Các bảo hiểm về tài sản đều có một số đặc điểm chung sau:

a. Áp dụng nguyên tắc bồi thường khi thanh toán chi trả bảo hiểm. Số tiền bồi thường mà bên được bảo hiểm nhận được trong mọi trường hợp không được vượt quá thiệt hại thực tế trong sự cố bảo hiểm. Ví dụ, một chủ xe máy tham gia bảo hiểm cho toàn bộ chiếc xe của mình trị giá 20 triệu đồng. Trong một vụ tai nạn, xe bị hư hỏng giá trị thiệt hại là 8 triệu đồng, số tiền bồi thường mà chủ xe nhận được trong bất kỳ trường hợp nào cũng chỉ là 8 triệu đồng.

b. Áp dụng nguyên tắc thế quyền hợp pháp khi xuất hiện người thứ ba có lỗi và do đó có trách nhiệm đối với thiệt hại của người được bảo hiểm. Theo nguyên tắc này, sau khi trả tiền bồi thường, người bảo hiểm sẽ được hưởng các quyền và hành động của người được bảo hiểm để thực hiện việc truy đòi trách nhiệm của người thứ ba có lỗi. Nguyên tắc thế quyền hợp pháp nhằm đảm bảo quyền lợi của người được bảo hiểm, chống lại hành vi rũ bỏ trách nhiệm của người thứ ba có lỗi, đồng thời đảm bảo cả nguyên tắc bồi thường.

Lấy lại ví dụ trên, trong vụ tai nạn lỗi một phần là của một xe ô tô di ngược chiều (70%). Lúc này, thiệt hại 8 triệu đồng của chủ xe máy sẽ được truy trách nhiệm 5,6 triệu đồng của ông chủ xe ô tô ($70\% \times 8 \text{ tr.đ} = 5,6 \text{ tr.đ}$). Sau khi bồi thường 8 triệu đồng theo hợp đồng bảo hiểm vật chất xe cho chủ xe máy, công ty bảo hiểm được thay quyền của chủ xe máy này truy đòi trách nhiệm 5,6 triệu đồng đối với chủ xe ô tô. Nguyên tắc thế quyền được áp dụng, và người được bảo hiểm trong ví dụ này (chủ xe máy) cũng không thể nhận số tiền bồi thường vượt quá 8 triệu đồng thiệt hại, như vậy nguyên tắc bồi thường được đảm bảo.

Tuy nhiên, có một số ngoại lệ khi áp dụng nguyên tắc thế quyền hợp pháp, đó là khi người thứ ba gây lỗi là trẻ em, hoặc là con cái, vợ chồng, cha mẹ... của người được bảo hiểm.

c. Bảo hiểm trùng: Trong Bảo hiểm tài sản, nếu một đối tượng bảo hiểm đồng thời được bảo đảm bằng nhiều hợp đồng bảo hiểm cho cùng một rủi ro với những người bảo hiểm khác nhau, những hợp đồng bảo hiểm này có điều kiện bảo hiểm giống nhau, thời hạn bảo hiểm trùng nhau, và tổng số tiền bảo hiểm từ tất cả những hợp đồng này lớn hơn giá trị bảo hiểm của đối tượng bảo hiểm đó thì gọi là bảo hiểm trùng.

Trong trường hợp có bảo hiểm trùng, tùy thuộc vào nguyên nhân xảy ra để giải quyết. Thông thường, bảo hiểm trùng liên quan đến sự gian lận của bên tham gia bảo hiểm nhằm trục lợi bảo hiểm. Do đó, về nguyên tắc chung, công ty bảo hiểm có thể hủy bỏ hợp đồng bảo hiểm nếu phát hiện thấy gian lận. Ngược lại, nếu các công ty bảo hiểm chấp nhận bồi thường thì lúc này, trách nhiệm của mỗi công ty đối với tổn thất sẽ được phân chia theo tỷ lệ trách nhiệm mà họ đảm nhận. Cụ thể :

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

Trên thực tế, một trong số các công ty bảo hiểm đã cấp hợp đồng cho đối tượng được bảo hiểm trùng này có thể sẽ đứng ra bồi thường theo số thiệt hại thực tế, sau đó sẽ đòi lại các công ty khác phần trách nhiệm của họ.

d. Một số chế độ bồi thường bảo hiểm áp dụng trong bảo hiểm tài sản:

- *Chế độ bảo hiểm theo nguyên tắc trách nhiệm vượt giới hạn* (theo mức miễn thường):

Người bảo hiểm chỉ chịu trách nhiệm đối với những tổn thất mà giá trị thiệt hại thực tế vượt quá một mức đã thoả thuận (mức miễn thường). Miễn thường là một hình thức từ chối bồi thường của công ty bảo hiểm dựa trên một số tiền quy định. Có hai loại miễn thường: Miễn thường có khấu trừ và miễn thường không khấu trừ.

Trong chế độ bảo hiểm miễn thường có khấu trừ tổn thất được bồi thường phải đảm bảo yêu cầu lớn hơn mức miễn thường quy định nhưng khi bồi thường sẽ bị trừ đi mức miễn giảm này.

$$\begin{array}{ccccc} \text{Số tiền bồi thường} & & \text{Giá trị thiệt hại} & & \text{Mức miễn} \\ \text{bảo hiểm} & = & \text{thực tế} & - & \text{thường} \end{array}$$

Chế độ bảo hiểm miễn thường không khấu trừ bảo đảm chi trả cho những tổn thất vượt quá mức miễn thường nhưng số tiền bồi thường sẽ không bị khấu trừ theo mức miễn thường.

$$\begin{array}{ccc} \text{Số tiền bồi thường} & = & \text{Giá trị thiệt hại} \\ \text{bảo hiểm} & & \text{thực tế} \end{array}$$

Chế độ miễn thường được áp dụng nhằm loại trừ các hao hụt tự nhiên thương mại thường phát sinh trong quá trình chuyên chở đối với một số loại hàng hoá đặc biệt ra khỏi trách nhiệm của người bảo hiểm. Tránh cho người bảo hiểm phải bồi thường những tổn thất quá nhỏ so với giá trị bảo hiểm đồng thời dành một tỷ lệ không bồi thường để bên được bảo hiểm cùng chịu trách nhiệm và có ý thức hơn trong đề phòng hạn chế rủi ro.

- *Chế độ bảo hiểm theo tỷ lệ:*

Có hai loại tỷ lệ được áp dụng: Tỷ lệ Số tiền bảo hiểm/Giá trị bảo hiểm (STBH/GTBH) và tỷ lệ Số phí đã nộp/Số phí lẽ ra phải nộp. Tỷ lệ STBH/STBH được áp dụng

trong các trường hợp bảo hiểm dưới giá trị:

$$\text{Số tiền bồi thường} = \frac{\text{Giá trị thiệt hại thực tế}}{\text{Giá trị bảo hiểm}} \times \text{Số tiền bảo hiểm}$$

Còn trong trường hợp có sự khai báo không chính xác rủi ro, bên bảo hiểm thường áp dụng tỷ lệ thứ hai để thanh toán nếu chấp nhận bồi thường:

$$\text{Số tiền bồi thường} = \frac{\text{Giá trị thiệt hại thực tế}}{\text{Số phí bảo hiểm đã nộp}} \times \text{Số phí bảo hiểm lẽ ra phải nộp}$$

- *Chế độ bảo hiểm theo rủi ro đầu tiên:*

Số tiền bồi thường bảo hiểm được trả sẽ dựa vào số tiền bảo hiểm đã thoả thuận, tức là:

$$\text{Số tiền bồi thường} \leq \text{Số tiền bảo hiểm}$$

2. Bảo hiểm trách nhiệm dân sự

Bên cạnh các nghiệp vụ bảo hiểm tài sản còn có các nghiệp vụ bảo hiểm trách nhiệm dân sự như: Bảo hiểm TNDS của chủ xe cơ giới, Bảo hiểm TNDS của chủ lao động, Bảo hiểm trách nhiệm sản phẩm, Bảo hiểm trách nhiệm công cộng... Theo luật dân sự, trách nhiệm dân sự của một chủ thể (như chủ tài sản, chủ doanh nghiệp, chủ nghề nghiệp...) được hiểu là trách nhiệm phải bồi thường các thiệt hại về tài sản, về con người... gây ra cho người khác do lỗi của người chủ đó. Trách nhiệm dân sự bao gồm trách nhiệm dân sự trong hợp đồng và trách nhiệm dân sự ngoài hợp đồng. Thông thường các dịch vụ bảo hiểm cung cấp sự bảo đảm cho các trách nhiệm dân sự ngoài hợp đồng.

Vì đối tượng được bảo hiểm là phần trách nhiệm dân sự phát sinh của người được bảo hiểm đối với người bị thiệt hại

(một người thứ ba khác) nên trong loại bảo hiểm này người được bảo hiểm là người có trách nhiệm dân sự cần được bảo đảm và cũng thường là người tham gia bảo hiểm. Còn người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm lại là những người thứ ba khác. Người thứ ba trong bảo hiểm trách nhiệm dân sự là những người có tính mạng, tài sản bị thiệt hại trong sự cố bảo hiểm và được quyền nhận bồi thường từ người bảo hiểm với tư cách là người thụ hưởng. Người thứ ba có quan hệ về mặt trách nhiệm dân sự với người được bảo hiểm nhưng chỉ có mối quan hệ gián tiếp với người bảo hiểm.

Cần chú ý trong một số nghiệp vụ bảo hiểm trách nhiệm dân sự, người thụ hưởng có thể xác định cụ thể hơn tên gọi của nghiệp vụ. Ví dụ, đó là người lao động gặp tai nạn lao động trong bảo hiểm trách nhiệm dân sự chủ lao động đối với người lao động.

Mặc dù, đối tượng được bảo hiểm của loại bảo hiểm này là một khái niệm trừu tượng khi hợp đồng được ký kết. Tuy vậy, trách nhiệm bồi thường của bảo hiểm vẫn căn cứ vào các thiệt hại thực tế xảy ra cho người thứ ba. Vì vậy, bảo hiểm trách nhiệm dân sự cũng được coi là bảo hiểm thiệt hại như bảo hiểm tài sản và cũng áp dụng một số nguyên tắc như: nguyên tắc bồi thường, nguyên tắc thế quyền hợp pháp.

3. Bảo hiểm con người

Tất cả những nghiệp vụ bảo hiểm có đối tượng được bảo hiểm là tuổi thọ, tính mạng, tình trạng sức khỏe con người hoặc các sự kiện liên quan đến cuộc sống con người và có ảnh hưởng tới cuộc sống con người được xếp vào bảo hiểm con người. Đó là các nghiệp vụ bảo hiểm như: bảo hiểm tai nạn cá nhân, bảo hiểm sinh mạng, bảo hiểm nằm viện phẫu thuật, bảo hiểm khách du lịch, bảo hiểm nhân thọ...

Đặc điểm chung của loại bảo hiểm con người là khi thanh toán tiền bảo hiểm, “nguyên tắc khoán” được áp dụng.

Tức là, về nguyên tắc chung, số tiền chi trả bảo hiểm sẽ dựa vào qui định chủ quan của hợp đồng và số tiền bảo hiểm được thỏa thuận khi ký kết hợp đồng chứ không dựa vào thiệt hại thực tế. Tính mạng con người là vô giá, không thể xác định được bằng một khoản tiền nào đấy. Bởi vậy việc thanh toán tiền bảo hiểm trong các nghiệp vụ bảo hiểm con người chỉ mang tính trợ giúp về tài chính khi không may gặp rủi ro. Trong bảo hiểm con người, thuật ngữ “chi trả bảo hiểm”, “thanh toán bảo hiểm” được sử dụng thay thế cho “bồi thường bảo hiểm” trong bảo hiểm thiệt hại.

Tuy nhiên, trong các nghiệp vụ bảo hiểm con người, các chi phí y tế phát sinh cũng nằm trong phạm vi được bảo hiểm, cho nên trên thực tế, bảo hiểm con người vẫn dựa vào các chi phí y tế thực tế phát sinh để xác định số tiền chi trả và “nguyên tắc bồi thường” cũng được áp dụng kết hợp trong loại bảo hiểm này.

Khác với các bảo hiểm tài sản, trong bảo hiểm con người mỗi một đối tượng bảo hiểm có thể đồng thời được bảo hiểm bằng nhiều hợp đồng với một hoặc nhiều người bảo hiểm khác nhau. Khi có sự cố bảo hiểm, việc trả tiền bảo hiểm của từng hợp đồng độc lập nhau. Chẳng hạn, anh A tham gia Bảo hiểm sinh mạng cá nhân với số tiền bảo hiểm: 10 triệu đồng và Bảo hiểm nằm viện phẫu thuật với số tiền bảo hiểm là 5 triệu đồng. Trong một vụ tai nạn, anh A bị thương nặng phải vào viện phẫu thuật nhưng sau đó bị chết. Trong trường hợp này, người thừa kế hợp pháp của anh A sẽ nhận được khoản tiền cao nhất bằng tổng số tiền bảo hiểm từ hai hợp đồng: 10 tr.đ + 5 tr.đ = 15 tr.đ.

IV. HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM THƯƠNG MẠI

1. Khái niệm chung

Hợp đồng bảo hiểm là một văn bản pháp lý qua đó bên

bảo hiểm cam kết sẽ bồi thường cho bên được bảo hiểm khi có rủi ro xảy ra gây tổn thất, ngược lại bên được bảo hiểm cam kết trả khoản phí phù hợp với mức trách nhiệm và rủi ro mà bên bảo hiểm đã nhận.

Như vậy trong hợp đồng bảo hiểm sẽ có hai bên: Bên bảo hiểm chính là các công ty bảo hiểm sẽ được nhận phí bảo hiểm để thiết lập quỹ tài chính và chịu trách nhiệm chi trả bảo hiểm; bên được bảo hiểm có thể hiểu bao gồm người tham gia bảo hiểm, người được bảo hiểm và người thụ hưởng. Người tham gia bảo hiểm sẽ chịu trách nhiệm ký kết và nộp phí bảo hiểm.

Các hợp đồng bảo hiểm có thể được ký kết một cách trực tiếp giữa người tham gia bảo hiểm với bên bảo hiểm hoặc ký kết gián tiếp thông qua môi giới, đại lý.

2. Các chủ thể và trách nhiệm các bên trong hợp đồng bảo hiểm

a. Các chủ thể

Trong hợp đồng bảo hiểm thương mại có các chủ thể có liên quan:

- *Người bảo hiểm*: Là tổ chức hoặc cá nhân có đầy đủ tư cách pháp nhân được Nhà nước cho phép tiến hành hợp đồng bảo hiểm, được thu phí để lập ra quỹ bảo hiểm và chịu trách nhiệm bồi thường cho bên được bảo hiểm khi đối tượng được bảo hiểm gặp rủi ro.

Người bảo hiểm có thể là một công ty bảo hiểm, có thể là một hội bảo hiểm.

- *Người tham gia*: Là người ký kết hợp đồng bảo hiểm nhằm tham gia bảo hiểm cho chính mình hoặc cho người thứ ba, đồng thời là người chịu trách nhiệm nộp phí, khai báo rủi ro và thông báo thiệt hại...

- *Người được bảo hiểm*: Là người có tính mạng, tình trạng sức khỏe, tài sản có thể bị rủi ro đe dọa hoặc phần trách nhiệm dân sự có thể bị phát sinh và được bảo hiểm bằng việc ký kết một hợp đồng bảo hiểm giữa người tham gia bảo hiểm và người bảo hiểm

- *Người thụ hưởng*: Là người được chỉ định trong hợp đồng bảo hiểm nhận sự trợ giúp và bồi thường từ người bảo hiểm.

Người thụ hưởng có thể được chỉ định đích danh hoặc không đích danh. Nếu được chỉ định đích danh thì trong hợp đồng bảo hiểm sẽ nêu rõ tên người được hưởng và mối quan hệ với người được bảo hiểm và người tham gia bảo hiểm.

Ví dụ: Hợp đồng bảo hiểm này được ký kết để cho con trai là Nguyễn Văn X... được hưởng số tiền bảo hiểm nếu sự kiện (rủi ro) bảo hiểm xảy ra.

Các trường hợp người thụ hưởng được chỉ định đích danh thường thấy trong hợp đồng bảo hiểm nhân thọ. Còn trong trường hợp không được chỉ định đích danh thì các điều khoản của hợp đồng bảo hiểm nói chung cũng đã xác định đối tượng được thụ hưởng. Chẳng hạn, đó là các nạn nhân trong bảo hiểm trách nhiệm dân sự, là người thừa kế theo luật trong bảo hiểm nhân thọ.

Việc xác định các chủ thể trong một nghiệp vụ bảo hiểm là cần thiết để hiểu rõ được trách nhiệm và quyền lợi của các chủ thể này. Trong đa số các nghiệp vụ bảo hiểm, người tham gia bảo hiểm hoặc người được bảo hiểm là một. Trong một số nghiệp vụ khác, người được bảo hiểm và người tham gia bảo hiểm là một, còn người thụ hưởng lại là một chủ thể khác. Còn có những trường hợp, các chủ thể này hoàn toàn độc lập nhau.

b. Trách nhiệm các bên trong hợp đồng bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm được ký kết bởi người bảo hiểm (các

công ty bảo hiểm) và người tham gia bảo hiểm và các bên này có một số trách nhiệm ràng buộc chủ yếu sau.

Đối với người bảo hiểm, trách nhiệm chính là giải quyết bồi thường chi trả khi có rủi ro bảo hiểm xảy ra gây thiệt hại cho người được bảo hiểm. Việc thanh toán phải nhanh chóng, kịp thời và hợp lý. Khi soạn thảo hợp đồng, người bảo hiểm phải đảm bảo tính trung thực để bảo vệ cho quyền lợi của cả hai bên.

Người tham gia bảo hiểm, trước hết, với tư cách là người đi mua sản phẩm bảo hiểm nên phải bảo đảm trả phí đầy đủ, đúng kỳ hạn. Khi khai báo rủi ro phải trả lời các câu hỏi liên quan đến rủi ro do người bảo hiểm đưa ra một cách trung thực, chính xác. Trong quá trình thực hiện hợp đồng, nếu có những thay đổi nào liên quan đến đối tượng được bảo hiểm, ví dụ như gia tăng giá trị; phát hiện ra bệnh truyền nhiễm,... mà có thể ảnh hưởng đến xác suất xảy ra rủi ro hoặc ảnh hưởng đến việc bồi thường thì người tham gia bảo hiểm phải kịp thời thông báo cho người bảo hiểm để điều chỉnh sửa đổi. Nếu rủi ro được bảo hiểm xảy ra thì phải thông báo kịp thời và chính xác để thanh toán bồi thường.

3. Giá trị bảo hiểm và số tiền bảo hiểm

a. Giá trị bảo hiểm được hiểu là giá trị của đối tượng được bảo hiểm. Trong bảo hiểm thương mại có ba nhóm đối tượng được bảo hiểm là tài sản, trách nhiệm dân sự và con người. Trách nhiệm dân sự là một khái niệm trừu tượng, chưa được xác định cụ thể khi ký hợp đồng bảo hiểm, còn tính mạng, sức khỏe của con người là đối tượng được bảo hiểm vô giá, không được đánh giá thành tiền. Do vậy, khái niệm giá trị bảo hiểm không được sử dụng trong bảo hiểm trách nhiệm dân sự cũng như trong bảo hiểm con người mà chỉ được xem xét trong bảo hiểm tài sản.

Giá trị bảo hiểm ở đây chính là giá trị của các tài sản được bảo hiểm và nó được lấy làm căn cứ để xác định số tiền bảo hiểm và phí bảo hiểm. Ví dụ, giá trị bảo hiểm trong hợp đồng bảo hiểm vật chất xe ô tô là giá trị của xe ô tô tính vào thời điểm nhận bảo hiểm.

b. Số tiền bảo hiểm là khoản tiền được xác định trong hợp đồng bảo hiểm thể hiện giới hạn trách nhiệm của người bảo hiểm. Có nghĩa là, trong bất kỳ trường hợp nào, số tiền bồi thường, chi trả cao nhất của người bảo hiểm cũng chỉ bằng số tiền bảo hiểm.

Trong bảo hiểm tài sản, số tiền bảo hiểm được xác định theo ba trường hợp:

- *Số tiền bảo hiểm < Giá trị bảo hiểm*: Được gọi là bảo hiểm dưới giá trị. Ví dụ, chủ một xe ô tô chỉ tham gia bảo hiểm vật chất xe cơ giới cho phần thân vỏ xe, lúc này số tiền bảo hiểm được xác định căn cứ vào phần thân vỏ xe nhỏ hơn giá trị của chiếc xe được bảo hiểm.

- *Số tiền bảo hiểm = Giá trị bảo hiểm*: Được gọi là bảo hiểm ngang giá trị.

- *Số tiền bảo hiểm > Giá trị bảo hiểm*: Được gọi là bảo hiểm trên giá trị.

Trên thực tế, hầu hết mọi trường hợp người tham gia bảo hiểm thường tham gia dưới giá trị hoặc ngang giá trị.

Đối với bảo hiểm con người, số tiền bảo hiểm được xác định dựa trên sự thoả thuận của hai bên và khả năng tài chính của người tham gia bảo hiểm. Còn trong bảo hiểm trách nhiệm dân sự, một hợp đồng thường xác định số tiền bảo hiểm dựa trên sự thoả thuận.

4. Phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm (còn được gọi là giá bảo hiểm) là số tiền mà người tham gia bảo hiểm phải trả cho người bảo hiểm để đổi

lấy sự bảo đảm trước các rủi ro chuyển sang cho người bảo hiểm. Thuật ngữ “phí bảo hiểm” thường được dùng trong các công ty bảo hiểm, còn các tổ chức hay hội tương hỗ thì “mức đóng góp” được sử dụng thay thế.

Cơ cấu phí bảo hiểm gồm 2 phần:

- *Phí thuần* là khoản phí phải thu cho phép người bảo hiểm đảm bảo chi trả bồi thường cho các tổn thất được bảo hiểm có thể xảy ra. Khoản phí này thường chiếm từ 65%-70% trong tổng phí toàn bộ và được tính căn cứ một số yếu tố sau:

+ Xác suất xảy ra rủi ro: Khả năng xảy ra tổn thất phải bồi thường.

+ Cường độ tổn thất: tính khốc liệt, mức độ trầm trọng của tổn thất.

+ Số tiền bảo hiểm.

+ Thời hạn bảo hiểm.

+ Lãi suất đầu tư: Đặc biệt chi phối phí thuần trong bảo hiểm nhân thọ.

- *Phụ phí*: Là khoản phí cần thiết để người bảo hiểm đảm bảo cho các khoản chi trong hoạt động nghiệp vụ bảo hiểm:

+ Chi hoa hồng.

+ Chi quản lý hành chính.

+ Chi để phòng hạn chế tổn thất.

+ Chi thuế nhà nước.

Phí bảo hiểm toàn bộ (P) = Phí thuần (f) + Phụ phí (d)

Trên thực tế, mức phí bảo hiểm toàn bộ P thường được tính căn cứ vào số tiền bảo hiểm tham gia và theo công thức:

Phí bảo hiểm (P) = Tỷ lệ phí $\times$ Số tiền bảo hiểm

Trong đó, tỷ lệ phí bảo hiểm thường được xác định theo một tỷ lệ (tỷ lệ phần trăm (%) hoặc tỷ lệ phần ngàn (‰)). Nhìn chung, phí bảo hiểm được nộp ngay khi hợp đồng bảo

hiểm được ký kết. Trong trường hợp phí nộp phải đóng lớn thì người tham gia có thể thoả thuận với người được bảo hiểm để đóng làm nhiều lần thu định kỳ 3 tháng hoặc 6 tháng. Nếu có sự thay đổi về rủi ro được bảo hiểm thì bên được bảo hiểm cần thông báo cho người bảo hiểm để thay đổi tăng phí hay giảm hoặc hoàn trả phí.

5. Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm là thời gian hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực, kể từ khi ký kết hợp đồng bảo hiểm cho tới khi kết thúc trách nhiệm bảo hiểm.

Thời hạn bảo hiểm của các hợp đồng bảo hiểm phi nhân thọ thường là một năm. Đối với một số hợp đồng, có thể thời hạn bảo hiểm là khoảng thời gian kể từ lúc bắt đầu một chuyến hành trình cho tới khi kết thúc chuyến hành trình đó (bảo hiểm hàng hoá xuất nhập khẩu, bảo hiểm du lịch...). Trong bảo hiểm nhân thọ, thời hạn hợp đồng thường dài hơn 5 – 10 năm hoặc suốt cuộc đời tùy theo sự thoả thuận của hai bên.

CHƯƠNG VI

BẢO HIỂM HÀNG HÓA VẬN CHUYỂN

Trong phạm vi chương này sẽ đề cập đến bảo hiểm hàng hoá xuất nhập khẩu vận chuyển bằng đường biển và bảo hiểm hàng hoá vận chuyển nội địa.

I. BẢO HIỂM HÀNG HÓA XUẤT NHẬP KHẨU VẬN CHUYỂN BẰNG ĐƯỜNG BIỂN

1. Vai trò của vận chuyển hàng hoá xuất nhập khẩu bằng đường biển

Như chúng ta đã biết, dịch vụ vận chuyển nói chung và vận chuyển hàng hoá xuất nhập khẩu bằng đường biển nói riêng ngày càng đóng vai trò quan trọng trong thương mại quốc tế. Có thể nói "không có thương mại nếu không có vận chuyển". Có nhiều phương tiện vận chuyển hàng hoá xuất nhập khẩu bằng đường biển, đường sắt, đường bộ, đường hàng không,... Trong đó, vận chuyển bằng đường biển chiếm khoảng 90% tổng khối lượng hàng hoá xuất nhập khẩu của thế giới. Nhiều nước ở vị trí không tiếp giáp với biển cũng phải thông qua cảng của nước khác để vận chuyển hàng hoá bằng đường biển như Czech, Hungari, Lào... Bởi vì vận chuyển bằng đường biển có rất nhiều ưu điểm:

- Có thể chuyên chở được nhiều chủng loại hàng hoá với khối lượng lớn, năng lực chuyên chở của vận chuyển bằng đường biển lớn hơn các phương tiện vận chuyển khác như: đường bộ, đường sông, đường hàng không...

- Các tuyến vận chuyển đường biển rộng lớn nên trên một tuyến có thể tổ chức được nhiều chuyến tàu trong cùng một lúc cho cả hai chiều.

- Việc xây dựng và bảo quản các tuyến đường biển dựa trên cơ sở lợi dụng điều kiện thiên nhiên của biển, do đó không phải đầu tư nhiều về vốn, nguyên vật liệu, sức lao động. Đây là một trong những nguyên nhân làm cho giá thành vận chuyển bằng đường biển thấp hơn so với các phương tiện khác.

- Vận chuyển bằng đường biển góp phần phát triển tốt mối quan hệ kinh tế với các nước, thực hiện đường lối kinh tế đối ngoại của nhà nước; góp phần tăng thu ngoại tệ...

Vì vậy, hoạt động vận chuyển bằng đường biển ngày càng phát triển mạnh mẽ. Tuy nhiên cũng có một số nhược điểm sau :

- Vận chuyển bằng đường biển gặp rất nhiều rủi ro. Các rủi ro này có thể do các yếu tố tự nhiên, yếu tố kỹ thuật hoặc yếu tố xã hội, con người.

Do yếu tố tự nhiên: Vận chuyển bằng đường biển phụ thuộc rất nhiều vào điều kiện tự nhiên. Thời tiết, khí hậu trên biển đều ảnh hưởng trực tiếp đến quá trình vận chuyển bằng đường biển. Những rủi ro do thiên tai bất ngờ như bão, sóng thần, lốc... có thể xảy ra bất cứ lúc nào.

Yếu tố tự nhiên diễn ra không theo một qui luật nhất định nào. Vì vậy, mặc dù khoa học kỹ thuật ngày càng phát triển và có thể dự báo thời tiết, nhưng rủi ro vẫn có thể xảy ra.

Do yếu tố kỹ thuật : Trong hoạt động của mình, con người ngày càng sử dụng nhiều hơn các phương tiện khoa học kỹ thuật hiện đại. Nhưng dù máy móc hiện đại chính xác đến đâu cũng không tránh khỏi trục trặc về kỹ thuật, đó là trục trặc của chính con tàu, kỹ thuật dự báo thời tiết, các tín hiệu

điều khiển từ đất liền... từ đó gây ra đổ vỡ, mất mát hàng hoá trong quá trình xuất nhập khẩu.

Do yếu tố xã hội, con người: Hàng hoá có thể bị mất trộm, mất cắp, bị cướp, hoặc bị thiệt hại do chiến tranh,...

- Tốc độ của tàu biển còn chậm, hành trình trên biển có thời gian dài, nên xác suất rủi ro tai nạn trên biển càng cao; nhưng việc ứng cứu rủi ro, tai nạn rất khó khăn...

- Cùng với sự phát triển kinh tế - xã hội, mỗi chuyến tàu chuyên chở có giá trị rất lớn bao gồm giá trị tàu, hàng hoá chở trên tàu và thuỷ thủ đoàn. Vì vậy, nếu rủi ro xảy ra sẽ gây tổn thất rất lớn về tài sản, trách nhiệm và con người.

- Trong quá trình vận chuyển, hàng hoá được người chuyên chở chịu trách nhiệm chính. Nhưng trách nhiệm này rất hạn chế về thời gian, phạm vi và mức độ tùy theo điều kiện giao hàng và hợp đồng vận chuyển.

Trong lịch sử loài người đã có nhiều biện pháp chống lại những tác động xấu trên, nhưng thực tế cho thấy biện pháp hữu hiệu nhất là bảo hiểm cho hàng hoá xuất nhập khẩu. Mặt khác, ngày nay trong nền kinh tế mở, ngành bảo hiểm hàng hoá xuất nhập khẩu ra đời không những đáp ứng nhu cầu đảm bảo an toàn cho những chủ hàng, mà còn góp phần thúc đẩy mối quan hệ kinh tế quốc tế thông qua con đường thương mại và có ảnh hưởng sâu sắc tới vấn đề kinh tế - xã hội cho cả hai nước xuất và nhập. Vì vậy bảo hiểm hàng hoá xuất nhập khẩu vận chuyển bằng đường biển là sự cần thiết khách quan, đến nay đã trở thành tập quán thương mại quốc tế.

2. Đặc điểm quá trình xuất nhập khẩu hàng hóa và trách nhiệm các bên liên quan

a. Đặc điểm quá trình xuất nhập khẩu hàng hóa

- Việc xuất nhập khẩu hàng hóa thường được thực hiện

thông qua hợp đồng giữa người mua và người bán với nội dung về số lượng, phẩm chất, ký mã hiệu, quy cách đóng gói, giá cả hàng hoá, trách nhiệm thuê tàu và trả cước phí, phí bảo hiểm, thủ tục và đồng tiền thanh toán...

- Có sự chuyển giao quyền sở hữu lô hàng xuất nhập khẩu từ người bán sang người mua

- Hàng hóa xuất nhập khẩu thường được vận chuyển qua biên giới quốc gia, phải chịu sự kiểm soát của hải quan, kiểm dịch... tùy theo quy định của mỗi nước. Đồng thời để được vận chuyển ra (hoặc vào) qua biên giới phải mua bảo hiểm theo tập quán thương mại Quốc tế. Người tham gia bảo hiểm có thể là người bán hàng (người xuất khẩu) hoặc người mua hàng (người nhập khẩu). Hợp đồng bảo hiểm thể hiện quan hệ giữa người bảo hiểm và người mua bảo hiểm đối với hàng hóa được bảo hiểm. Nếu người bán hàng mà mua bảo hiểm thì phải chuyển nhượng lại cho người mua hàng để khi hàng về đến nước nhập, nếu bị tổn thất có thể đòi người bảo hiểm bồi thường.

- Hàng hóa xuất nhập khẩu thường được vận chuyển bằng các phương tiện khác nhau theo phương thức vận chuyển đa phương tiện, trong đó có tàu biển. Người vận chuyển hàng đồng thời cũng là người giao hàng cho người mua.

Quá trình xuất nhập khẩu hàng hóa có liên quan đến nhiều bên, trong đó có bốn bên chủ yếu là: người bán, người mua, người vận chuyển và người bảo hiểm. Vì vậy phải phân định rõ ràng trách nhiệm các bên liên quan.

b. Trách nhiệm các bên liên quan

Hoạt động xuất nhập khẩu hàng hoá thường được thực hiện thông qua ba loại hợp đồng :

- Hợp đồng mua bán
- Hợp đồng vận chuyển

- Hợp đồng bảo hiểm.

Ba hợp đồng này là cơ sở pháp lý để phân định trách nhiệm các bên liên quan và trách nhiệm này phụ thuộc vào điều kiện giao hàng của hợp đồng mua bán. Theo các điều kiện thương mại Quốc tế "INCOTERMS 1990" (International Commercial Terms) có 13 loại điều kiện giao hàng, được phân chia thành 4 nhóm E, F, C, D như sau :

- Nhóm E : EXW (ex - works) giao hàng tại xưởng của người bán

- Nhóm F : Cước chính chưa trả, gồm :

+ FCA (Free carrier) giao hàng cho người vận tải

+ FAS (Free along side ship) giao hàng dọc mạn tàu do người mua chỉ định đến cảng xếp hàng

+ FOB (Free on board) giao hàng lên tàu do người mua chỉ định tại cảng xếp hàng.

- Nhóm C : Cước chính đã trả, gồm :

+ CFR (Cost and freight) tiền hàng và tiền cước

+ CIF (Cost insurance freight) tiền hàng, phí bảo hiểm, tiền cước

+ CPT (Carriage paid to...) tiền cước trả tới đích...

+ CIP (Carriage insurance paid to...) tiền cước, phí bảo hiểm trả tới đích...

- Nhóm D : Nới hàng đến, tức người bán giao hàng tại nước người mua, bao gồm :

+ DAF (Delivered ad frontier) giao hàng tại biên giới

+ DES (Delivered ex - ship) giao hàng tại tàu

+ DEQ (Delivered ex - quay) giao hàng tại cầu cảng

+ DDU (Delivered duty unpaid) giao tại đích, chưa nộp thuế nhập.

Trong đó thông dụng nhất là điều kiện FOB, điều kiện CFR và điều kiện CIF.

Trong các điều kiện giao hàng, ngoài phần giá hàng, tùy theo từng điều kiện cụ thể mà có thêm cước phí vận chuyển và phí bảo hiểm. Có những điều kiện giao hàng mà người bán không có trách nhiệm thuê tàu vận chuyển và mua bảo hiểm cho hàng. Như vậy tuy bán được hàng nhưng dịch vụ vận chuyển và bảo hiểm sẽ do người mua đảm nhận (điều kiện FOB). Có trường hợp giao hàng theo điều kiện mà ngoài việc xuất khẩu được hàng hoá, người bán còn có trách nhiệm thuê tàu vận chuyển và mua bảo hiểm cho hàng (điều kiện CIF). Thực tế, các tập đoàn kinh tế hoạt động trên nhiều lĩnh vực sản xuất, vận chuyển, bảo hiểm... khi giao hàng theo điều kiện nhóm C và D, bên cạnh việc bán hàng còn giành cho họ dịch vụ vận chuyển và bảo hiểm cho số hàng đó. Vì vậy, nếu nhập khẩu hàng theo điều kiện FOB, hay điều kiện CFR thì sẽ giữ được dịch vụ vận chuyển và bảo hiểm, hay chỉ dịch vụ bảo hiểm. Nếu trong hoạt động nhập khẩu, bán hàng theo giá CIF, người bán cũng giữ được dịch vụ vận chuyển và bảo hiểm. Như vậy sẽ góp phần thúc đẩy sự phát triển của ngành vận chuyển bằng đường biển và ngành bảo hiểm ở quốc gia đó.

Nói chung, trách nhiệm các bên liên quan được phân định như sau :

- Người bán (người xuất khẩu): Chuẩn bị hàng hóa theo đúng hợp đồng về số lượng, chất lượng, loại hàng, bao bì đóng gói, thời hạn tập kết hàng ở cảng; thủ tục hải quan, kiểm dịch ...

Nếu bán theo giá CIF, người bán phải mua bảo hiểm cho hàng hóa, sau đó ký hậu vào đơn bảo hiểm để chuyển nhượng quyền lợi bảo hiểm cho người mua.

- Người mua (người nhập khẩu): Có trách nhiệm nhận

hàng của người chuyên chở theo đúng số lượng, chất lượng đã ghi trong hợp đồng vận chuyển và hợp đồng mua bán, lấy giấy chứng nhận kiểm đếm, biên bản kết toán giao nhận hàng với chủ tàu, biên bản hàng hoá hư hỏng đổ vỡ do tàu gây nên (nếu có).

Nếu sai lệch về số lượng, chất lượng với hợp đồng mua bán, nhưng đúng với hợp đồng vận chuyển thì người mua bảo lưu quyền khiếu nại đối với người bán. Nếu phẩm chất, số lượng sai lệch so với biên bản giao hàng thì người mua căn cứ vào hàng hư hỏng đổ vỡ do tàu gây nên mà khiếu nại người vận chuyển.

Ngoài ra, người mua còn có trách nhiệm mua bảo hiểm cho hàng hóa hoặc nhận từ người bán chuyển nhượng lại.

- Người vận chuyển: Có trách nhiệm chuẩn bị phương tiện vận chuyển theo yêu cầu kỹ thuật thương mại và kỹ thuật hàng hải, giao nhận hàng đúng quy định theo hợp đồng vận chuyển. Theo tập quán thương mại quốc tế, tàu chở hàng cũng phải được bảo hiểm.

Người vận chuyển còn có trách nhiệm cấp vận đơn cho người gửi hàng. Vận đơn (Bill of lading) là một chứng từ vận chuyển hàng trên biển do người vận chuyển cấp cho người gửi hàng nhằm nói lên quan hệ pháp lý giữa người vận chuyển, người gửi hàng và người nhận hàng. Có nhiều loại vận đơn, nhưng ở đây ta quan tâm đến vận đơn hoàn hảo (clean B/L) và vận đơn không hoàn hảo (unclean B/L).

- Người bảo hiểm có trách nhiệm đối với hàng hóa được bảo hiểm. Chẳng hạn, kiểm tra chứng từ về hàng hóa, kiểm tra hành trình và bản thân con tàu vận chuyển...

Khi xảy ra tổn thất thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm, người bảo hiểm có trách nhiệm tiến hành giám định, bồi thường tổn thất và đòi người thứ ba nếu họ gây ra tổn thất này.

3. Rủi ro hàng hải và tổn thất

a. Rủi ro hàng hải

Rủi ro hàng hải là những rủi ro do thiên tai, tai nạn bất ngờ trên biển gây ra làm hư hỏng hàng hóa và phương tiện chuyên chở.

Rủi ro hàng hải có nhiều loại:

Theo nguyên nhân, rủi ro hàng hải bao gồm rủi ro do thiên tai, rủi ro do tai nạn bất ngờ trên biển và rủi ro do hành động của con người.

- Thiên tai: là những hiện tượng do thiên nhiên gây ra như biển động, bão, lốc, sét, thời tiết quá xấu... mà con người không chống lại được.

- Tai nạn bất ngờ trên biển: mắc cạn, đắm, bị phá huỷ, cháy, nổ, mất tích, đâm va với tàu hoặc một vật thể cố định hay di động khác không phải là nước, phá hoại của thuyền trưởng và thủy thủ trên tàu,...

- Hành động của con người: ăn trộm, ăn cắp hàng, mất cướp, chiến tranh, đình công, bắt giữ, tịch thu...

Đó là các rủi ro chính, ngoài ra còn các rủi ro phụ như rủi ro lúc xếp dỡ hàng, hàng bị nhiễm mùi, lây bẩn...

Theo nghiệp vụ bảo hiểm, có 3 loại rủi ro là rủi ro thông thường được bảo hiểm, rủi ro không được bảo hiểm và rủi ro được bảo hiểm trong trường hợp đặc biệt.

- Rủi ro thông thường được bảo hiểm: bão, lốc, sóng thần, mắc cạn, đắm va,...

- Rủi ro không được bảo hiểm (còn gọi là rủi ro loại trừ): là các rủi ro không được nhận bảo hiểm trong bất kỳ một đơn bảo hiểm nào, bao gồm các sai sót của bản thân người được bảo hiểm, bao bì không đúng qui cách, vi phạm thể lệ xuất nhập khẩu hoặc vận chuyển, chậm trễ hoặc mất giá trị hàng trên thị trường...

+ Rủi ro được bảo hiểm trong trường hợp đặc biệt: rủi ro do chiến tranh, đình công, bạo loạn... (gọi chung là rủi ro chiến tranh) thường không được nhận bảo hiểm, nhưng nếu chủ hàng có yêu cầu, sẽ được nhận bảo hiểm kèm theo rủi ro thông thường được bảo hiểm với điều kiện trả thêm phụ phí đặc biệt chứ không nhận bảo hiểm riêng rủi ro chiến tranh.

Các rủi ro được bảo hiểm phải là nguyên nhân trực tiếp gây ra tổn thất. Việc phân biệt nguyên nhân trực tiếp hay nguyên nhân gián tiếp có vai trò rất quan trọng để xác định rủi ro gây ra tổn thất có phải là rủi ro được bảo hiểm hay không. Những tổn thất nào có nguyên nhân trực tiếp là rủi ro được bảo hiểm gây ra mới được bồi thường.

b. Tổn thất

Tổn thất trong bảo hiểm hàng hoá xuất nhập khẩu là những thiệt hại, hư hỏng của hàng hóa được bảo hiểm do rủi ro gây ra.

Căn cứ vào quy mô, mức độ tổn thất thì có hai loại là tổn thất bộ phận và tổn thất toàn bộ.

- *Tổn thất bộ phận* là một phần của đối tượng được bảo hiểm theo một hợp đồng bảo hiểm (HĐBH) bị mất mát, hư hỏng, thiệt hại. Tổn thất bộ phận có thể là tổn thất về số lượng, trọng lượng, thể tích, phẩm chất hoặc giá trị. Ví dụ: xi măng bị mất 2 bao (100kg), gạo bị ướt giảm giá trị thương mại 20%, chất lỏng (xăng, dầu) rò rỉ, bay hơi...

- *Tổn thất toàn bộ* là toàn bộ đối tượng được bảo hiểm theo một HĐBH bị hư hỏng, mất mát, thiệt hại.

Có hai loại tổn thất toàn bộ là tổn thất toàn bộ thực tế và tổn thất toàn bộ ước tính.

+ Tổn thất toàn bộ thực tế là toàn bộ đối tượng được bảo hiểm theo một HĐBH bị hư hỏng, mất mát, thiệt hại hoặc bị biến chất, biến dạng không còn như lúc mới được bảo hiểm

hay bị mất đi, bị tước đoạt không lấy lại được nữa. Chỉ có "tổn thất toàn bộ thực tế" trong 4 trường hợp sau :

Hàng hoá bị huỷ hoại hoàn toàn

Hàng hoá bị tước đoạt không lấy lại được

Hàng hoá không còn là vật thể bảo hiểm

Hàng hoá ở trên tàu mà tàu được tuyên bố mất tích.

+ Tổn thất toàn bộ ước tính là trường hợp đối tượng được bảo hiểm bị thiệt hại, mất mát chưa tới mức độ tổn thất toàn bộ thực tế, nhưng không thể tránh khỏi tổn thất toàn bộ thực tế; hoặc nếu bỏ thêm chi phí ra cứu chữa thì chi phí cứu chữa có thể bằng hoặc lớn hơn giá trị bảo hiểm.

Ví dụ 1: Một tàu chở cà phê xuất khẩu từ Hải Phòng sang Nhật Bản. Trên hành trình, tàu gặp bão lớn. Cà phê bị ướt và vón cục. Nếu tiếp tục chở đến Nhật Bản thì cà phê sẽ bị hỏng toàn bộ (không còn giá trị thương mại). Trong trường hợp này, khi hàng đến Nhật Bản thì tổn thất toàn bộ là không thể tránh khỏi.

Ví dụ 2: Một tàu chở sắt thép xây dựng bị đắm trên hành trình do gặp bão. Nếu tiến hành trục vớt thì chi phí trục vớt có thể bằng hoặc lớn hơn giá trị ban đầu của lô hàng.

Nếu phân loại theo trách nhiệm bảo hiểm thì tổn thất bao gồm tổn thất riêng và tổn thất chung.

Tổn thất riêng là tổn thất chỉ gây ra thiệt hại cho một hoặc một số quyền lợi của các chủ hàng và chủ tàu trên một con tàu. Như vậy tổn thất riêng chỉ liên quan đến từng quyền lợi riêng biệt. Trong tổn thất riêng, ngoài thiệt hại vật chất, còn phát sinh các chi phí liên quan đến tổn thất riêng nhằm hạn chế những hư hại khi tổn thất xảy ra, gọi là tổn thất chi phí riêng.

Tổn thất chi phí riêng là những chi phí bảo quản hàng hoá để giảm bớt hư hại hoặc để khỏi hư hại thêm, bao gồm

chi phí xếp, dỡ, gửi hàng, đóng gói lại, thay thế bao bì.....ở bến khởi hành và dọc đường. Chi phí tổn thất riêng làm hạn chế và giảm bớt tổn thất riêng.

Tổn thất riêng có thể là tổn thất bộ phận hoặc tổn thất toàn bộ.

- *Tổn thất chung* là những hy sinh hay chi phí đặc biệt được tiến hành một cách cố ý và hợp lý nhằm mục đích cứu tàu và hàng hoá chở trên tàu thoát khỏi một sự nguy hiểm chung, thực sự đối với chúng.

Theo quy tắc York Antwerp 1994, có hành động tổn thất chung khi và chỉ khi có sự hy sinh hoặc chi phí bất thường được tiến hành một cách cố ý và hợp lý vì an toàn chung nhằm cứu các tài sản khỏi một tai họa trong một hành trình chung trên biển.

Các thiệt hại, chi phí hoặc hành động được coi là tổn thất chung khi có các đặc trưng sau :

- Hành động tổn thất chung phải là hành động tự nguyện, hữu ý của những người trên tàu theo lệnh của thuyền trưởng hoặc người thay mặt thuyền trưởng

- Hy sinh hoặc chi phí phải đặc biệt, bất thường

- Hy sinh, hoặc chi phí phải hợp lý và vì an toàn chung cho tất cả các quyền lợi trong hành trình.

- Nguy cơ đe dọa toàn bộ hành trình phải nghiêm trọng và thực tế.

- Mất mát, thiệt hại hoặc chi phí phải là hậu quả trực tiếp của hành động tổn thất chung

- Tổn thất chung phải xảy ra trên biển.

Tổn thất chung bao gồm hai bộ phận chủ yếu đó là hy sinh tổn thất chung và chi phí tổn thất chung.

+ Hy sinh tổn thất chung là những thiệt hại hoặc chi phí do hậu quả trực tiếp của một hành động tổn thất chung. Ví

dụ: việc vớt bỏ bớt hàng vì lý do an toàn của tàu, đốt vật phẩm trên tàu để thay nhiên liệu...

+ Chi phí tổn thất chung là những chi phí phải trả cho người thứ ba trong việc cứu tàu và hàng thoát nạn hoặc chi phí làm cho tàu tiếp tục hành trình.

Chi phí tổn thất chung bao gồm chi phí cứu nạn; chi phí làm nổi tàu khi đã bị mắc cạn, chi phí thuê kéo, lai, dắt tàu khi bị nạn; chi phí tại cảng lánh nạn như : chi phí ra vào cảng, chi phí xếp dỡ, nhiên liệu....vì an toàn chung hoặc để sửa chữa tạm thời; chi phí tái xếp hàng, lưu kho hàng hoá; tiền lương cho thuyền trưởng, thuyền viên; lương thực, thực phẩm, nhiên liệu tiêu thụ tại cảng lánh nạn.

** Các thủ tục giấy tờ liên quan đến tổn thất chung:* Khi xảy ra tổn thất chung, chủ tàu hoặc thuyền trưởng phải tiến hành một số công việc sau :

- Tuyên bố tổn thất chung;
- Mời giám định viên để giám định tổn thất của tàu và hàng (nếu có);
- Gửi cho các chủ hàng bản cam đoan đóng góp tổn thất chung để chủ hàng và người bảo hiểm điền vào và xuất trình khi nhận hàng;
- Chỉ định một chuyên viên tính toán, phân bổ tổn thất chung;
- Làm kháng nghị hàng hải (nếu có liên quan đến người thứ ba).

Chủ hàng phải làm các việc sau :

- Kê khai giá trị hàng hoá nếu chủ tàu yêu cầu;
- Nhận bản cam đoan đóng góp tổn thất chung, điền vào và gửi cho người bảo hiểm. Người bảo hiểm sẽ ký vào giấy cam đoan đóng góp tổn thất chung và trả lại để chủ hàng nhận hàng. Nếu hàng không được bảo hiểm thì chủ hàng phải ký quỹ bằng tiền mặt hoặc xin bảo lãnh của ngân hàng,

thuyền trưởng mới giao hàng. Nói chung khi có tổn thất chung xảy ra, người được bảo hiểm phải báo cho người bảo hiểm để được hướng dẫn làm thủ tục, không tự ý ký vào bản cam đoan đóng góp tổn thất chung.

Tổn thất chung và tổn thất riêng có những điểm khác nhau: tổn thất riêng xảy ra một cách ngẫu nhiên trong khi tổn thất chung là cố tình, cố ý. Tổn thất riêng chỉ ảnh hưởng đến quyền lợi cá biệt, vì vậy tổn thất riêng của người nào thì người đó chịu mà không có sự đóng góp của các bên như tổn thất chung. Tổn thất riêng có thể xảy ra trên biển hoặc bất kỳ địa điểm nào khác trong khi tổn thất chung chỉ xảy ra trên biển. Đặc biệt tổn thất riêng có thuộc trách nhiệm bồi thường của người bảo hiểm hay không là tùy vào điều kiện bảo hiểm trong khi với mọi điều kiện bảo hiểm, người bảo hiểm đều chịu trách nhiệm bồi thường về mức đóng góp tổn thất chung của chủ hàng.

Như vậy, vì hành động tổn thất chung liên quan đến mọi quyền lợi trên tàu nên cần tính toán, xác định mức đóng góp tổn thất chung của mỗi bên, gọi là phân bổ tổn thất chung.

Cụ thể việc phân bổ tổn thất chung được thực hiện theo các bước sau:

Bước 1: *Xác định giá trị tổn thất chung (G_t)*

Giá trị tổn thất chung bao gồm giá trị tài sản hy sinh và các chi phí liên quan đến hành động tổn thất chung được xác định theo các đặc trưng trên.

Bước 2: *Xác định tỷ lệ phân bổ tổn thất chung (t)*

Tỷ lệ phân bổ tổn thất chung là tỷ lệ phần trăm giữa giá trị tổn thất chung với giá trị chịu phân bổ tổn thất chung.

$$\text{Tỷ lệ phân bổ tổn thất chung (t)} = \frac{\text{Giá trị tổn thất chung (G}_t\text{)}}{\text{Giá trị chịu phân bổ tổn thất chung (G}_b\text{)}} \times 100$$

Trong đó, giá trị chịu phân bổ tổn thất chung (G_b) là giá trị của tất cả các quyền lợi có mặt trên tàu ngay trước khi xảy ra hành động tổn thất chung. Như vậy, nếu tổn thất riêng xảy ra sau tổn thất chung thì giá trị tổn thất riêng vẫn phải tham gia phân bổ tổn thất chung; nếu xảy ra trước thì không tham gia phân bổ.

Công thức xác định giá trị chịu phân bổ tổn thất chung như sau:

$$\begin{array}{l} \text{Giá trị chịu} \\ \text{phân bổ tổn} \\ \text{thất chung} \end{array} = \begin{array}{l} \text{Giá trị của tàu, hàng} \\ \text{khi chưa có tổn thất} \end{array} - \begin{array}{l} \text{Giá trị tổn thất riêng} \\ \text{xảy ra trước tổn thất} \\ \text{chung} \end{array}$$

hoặc:

$$\begin{array}{l} \text{Giá trị chịu} \\ \text{phân bổ tổn} \\ \text{thất chung} \end{array} = \begin{array}{l} \text{Giá trị của} \\ \text{tàu, hàng khi} \\ \text{về đến bến} \end{array} + \begin{array}{l} \text{Giá trị} \\ \text{tổn thất} \\ \text{chung} \end{array} + \begin{array}{l} \text{Giá trị tổn thất} \\ \text{riêng xảy ra sau} \\ \text{tổn thất chung} \end{array}$$

Bước 3: *Xác định số tiền đóng góp tổn thất chung của mỗi bên:*

$$\begin{array}{l} \text{Số tiền đóng góp} \\ \text{tổn thất chung của} \\ \text{mỗi bên} \end{array} = \begin{array}{l} \text{Giá trị chịu phân bổ} \\ \text{tổn thất chung của} \\ \text{mỗi bên} \end{array} \times \begin{array}{l} \text{Tỷ lệ phân bổ} \\ \text{tổn thất} \\ \text{chung} \end{array}$$

Trong đó giá trị chịu phân bổ tổn thất chung của mỗi bên được xác định tương tự như công thức ở bước 2, nhưng chỉ xác định các giá trị này riêng biệt cho từng quyền lợi của chủ tàu hoặc chủ hàng.

Vì giá trị tổn thất chung được phân bổ cho các bên như trên, nên sau khi phân bổ tổn thất chung, tổng số tiền đóng góp tổn thất chung của các bên chủ hàng và chủ tàu đúng

bằng giá trị tổn thất chung.

Ví dụ: Một chiếc tàu thủy trị giá 2.000.000 USD, chở hàng trị giá 500.000 USD. Trên hành trình, tàu bị mắc cạn. Để thoát ra khỏi cạn, thuyền trưởng ra lệnh ném một số hàng xuống biển (trị giá 65.000 USD) và cho máy tàu làm việc hết công suất, làm nổ nồi hơi. Chi phí sửa chữa nồi hơi là 34.600 USD. Các chi phí liên quan là 400 USD. Tàu và hàng đều đã được bảo hiểm.

Tổn thất chung được phân bổ như sau:

Bước 1: Xác định giá trị tổn thất chung

$$G_t = 65.000 + 34.600 + 400 = 100.000 \text{ (USD)}$$

Bước 2: Xác định tỷ lệ phân bổ tổn thất chung

Trước hết, xác định giá trị chịu phân bổ tổn thất chung:

$$G_b = 2.000.000 + 500.000 = 2.500.000 \text{ (USD)}$$

Từ đó, xác định tỷ lệ phân bổ tổn thất chung:

$$t = \frac{100.000}{2.500.000} \times 100 = 4\%$$

Bước 3: Xác định số tiền đóng góp tổn thất chung của mỗi bên

- Chủ tàu: $2.000.000 \times 4\% = 80.000 \text{ (USD)}$

- Chủ hàng: $500.000 \times 4\% = 20.000 \text{ (USD)}$

Chủ tàu phải đóng góp tổn thất chung 80.000 USD, nhưng trong hành động tổn thất chung, chủ tàu đã hy sinh thực tế: $34.600 + 400 = 35.000 \text{ (USD)}$. Do đó, chủ tàu phải đóng thêm: $80.000 - 35.000 = 45.000 \text{ (USD)}$.

Còn chủ hàng đã hy sinh 65.000 USD trong hành động tổn thất chung, trong khi số tiền đóng góp tổn thất chung của chủ hàng chỉ là 20.000 USD. Vì vậy, chủ hàng được thu về: $65.000 - 20.000 = 45.000 \text{ (USD)}$.

(Số tiền chủ hàng được thu về đúng bằng số tiền chủ tàu phải đóng thêm).

Nếu trên tàu có nhiều loại hàng thì cách tính toán được tiến hành tương tự cho mỗi chủ hàng.

4. Hợp đồng bảo hiểm hàng hóa xuất nhập khẩu vận chuyển bằng đường biển

a. Khái niệm

HĐBH hàng hóa xuất nhập khẩu vận chuyển bằng đường biển là một văn bản, trong đó người bảo hiểm cam kết sẽ bồi thường cho người tham gia bảo hiểm các tổn thất của hàng hoá theo các điều kiện bảo hiểm đã ký kết, còn người tham gia bảo hiểm cam kết trả phí bảo hiểm.

b. Các loại hợp đồng bảo hiểm

HĐBH có hai loại: HĐBH chuyển và HĐBH bao

+ HĐBH chuyển :

HĐBH chuyển là HĐBH cho một chuyến hàng được vận chuyển từ địa điểm này đến địa điểm khác ghi trong HĐBH. Người bảo hiểm chỉ chịu trách nhiệm về hàng hoá trong phạm vi một chuyến.

HĐBH chuyển thường được trình bày dưới hình thức đơn bảo hiểm hay giấy chứng nhận bảo hiểm do người bảo hiểm cấp. Đơn bảo hiểm chính là một HĐBH chuyển đầy đủ. Nội dung gồm hai phần: mặt trước và mặt sau của đơn bảo hiểm. Mặt trước thường ghi các chi tiết về hàng, tàu, hành trình. Mặt sau thường ghi các điều lệ hay qui tắc bảo hiểm của Công ty bảo hiểm. Nội dung HĐBH chủ yếu bao gồm :

- Ngày cấp đơn bảo hiểm
- Nơi ký kết HĐBH
- Tên và địa chỉ của người mua bảo hiểm

- Tên hàng được bảo hiểm
- Qui cách đóng gói, loại bao bì và ký mã hiệu của hàng
- Số lượng, trọng lượng của hàng
- Tên tàu hoặc phương tiện vận chuyển hàng
- Cách xếp hàng trên tàu
- Cảng khởi hành, cảng chuyển tải và cảng cuối. Trong trường hợp nơi đến của hàng ghi trong đơn bảo hiểm là một điểm nằm sâu trong nội địa, nghĩa là sau khi đến cảng cuối, phải chuyển tiếp hàng bằng phương tiện khác đến điểm đã định và đến đây mới hết trách nhiệm của người bảo hiểm, thì phải tăng thêm phụ phí bảo hiểm vì ngoài rủi ro hàng hải còn có thêm rủi ro trên đoạn đường phụ trong toàn bộ hành trình được bảo hiểm.
- Ngày tàu khởi hành
- Giá trị bảo hiểm và số tiền được bảo hiểm
- Điều kiện bảo hiểm
- Phí bảo hiểm
- Địa chỉ của giám định viên bảo hiểm
- Phương thức và địa điểm trả tiền bồi thường, do người được bảo hiểm chọn
- Số bản đơn được phát hành.

+ Hợp đồng bảo hiểm bao (hợp đồng bảo hiểm mở)

HĐBH bao là HĐBH trong đó người bảo hiểm nhận bảo hiểm một khối lượng hàng vận chuyển trong nhiều chuyến kế tiếp nhau trong một thời gian nhất định (thường là một năm) hoặc nhận bảo hiểm cho một lượng hàng vận chuyển nhất định (không kể đến thời gian).

Nội dung HĐBH bao gồm các vấn đề chung nhất, có tính nguyên tắc như: nguyên tắc chung, phạm vi trách nhiệm, việc đóng gói hàng, loại phương tiện vận chuyển, giá trị bảo hiểm và số tiền bảo hiểm, phí bảo hiểm và thanh toán phí

bảo hiểm, giám định, khiếu nại đòi bồi thường, hiệu lực của hợp đồng, xử lý tranh chấp... Trong hợp đồng, phải có ba điều kiện cơ bản sau:

- Điều kiện xếp hạng tàu được thuê chuyên chở hàng hoá sẽ được bảo hiểm:

Tàu phải có cấp hạng cao và nếu do 10 hãng đăng kiểm nổi tiếng trên thế giới cấp mới được chấp nhận một cách tuyệt đối.

Tàu phải có khả năng đi biển bình thường và tuổi tàu thấp (dưới 15 năm)

- Điều kiện về giá trị bảo hiểm : người được bảo hiểm phải kê khai giá trị hàng theo từng chuyến về số kiện, giá CIF hoặc giá FOB, số hợp đồng mua bán, số thư tín dụng L/C, ngày mở và trị giá L/C, số vận đơn B/L...

- Điều kiện về quan hệ trên tinh thần thiện chí: nghĩa là đã mua bảo hiểm bao của người bảo hiểm nào thì trong thời gian đó người được bảo hiểm không được phép mua bảo hiểm hàng hoá của người bảo hiểm khác.

Trong thời gian có hiệu lực của HĐBH bao, mỗi lần vận chuyển hàng hoá, người tham gia bảo hiểm phải gửi giấy báo vận chuyển cho người bảo hiểm. Nếu có thay đổi đặc biệt về số lượng, giá trị hàng...phải tiến hành ký kết HĐBH khác.

Sau khi cấp đơn bảo hiểm hoặc HĐBH, nếu người được bảo hiểm thấy cần bổ sung, sửa đổi một số điều và người bảo hiểm đồng ý thì người bảo hiểm sẽ cấp giấy bảo hiểm bổ sung. Giấy này cũng có giá trị như một đơn bảo hiểm, là một bộ phận được kèm theo và không thể tách rời của đơn bảo hiểm (hoặc HĐBH) ban đầu.

Ngoài ra đơn bảo hiểm có thể chuyển nhượng từ người đứng tên trong đơn cho một người khác được hưởng quyền lợi của đơn bảo hiểm. Người được bảo hiểm chỉ cần ký hậu vào đơn rồi trao lại đơn và các giấy tờ liên quan khác cho người

được nhượng. Ví dụ bán hàng theo giá CIF, người bán hàng sau khi mua bảo hiểm cho hàng sẽ ký hậu vào đơn bảo hiểm rồi chuyển nhượng cho người mua.

5. Điều kiện bảo hiểm

Điều kiện bảo hiểm là những điều quy định phạm vi trách nhiệm của người bảo hiểm đối với tổn thất của hàng hoá. Hàng được bảo hiểm theo điều kiện bảo hiểm nào, chỉ những rủi ro tổn thất quy định trong điều kiện đó mới được bồi thường. Sau đây là các điều kiện bảo hiểm của Viện những người bảo hiểm Luân Đôn (Institute of London Underwriters - ILU)

Ngày 1/1/1963, ILU xuất bản ba điều kiện bảo hiểm hàng hoá là FPA, WA và AR. Các điều kiện bảo hiểm này được áp dụng rộng rãi trong hoạt động thương mại quốc tế.

Ngày 1/1/1982, ILU xuất bản các điều kiện bảo hiểm mới thay thế các điều kiện bảo hiểm cũ. Trong đó các điều kiện bảo hiểm hàng hoá bao gồm:

- Institute cargo clauses C (ICC C) - điều kiện bảo hiểm C
- Institute cargo clauses B (ICC B) - điều kiện bảo hiểm B
- Institute cargo clauses A (ICC A) - điều kiện bảo hiểm A
- Institute war clauses - điều kiện bảo hiểm chiến tranh
- Institute strikes clauses - điều kiện bảo hiểm đình công

So với các điều kiện bảo hiểm cũ, các điều kiện bảo hiểm mới trình bày rõ ràng, dễ hiểu hơn. Điều kiện bảo hiểm mới đã khắc phục được sự mập mờ, khó hiểu và ngôn ngữ cổ được sử dụng trong điều kiện bảo hiểm cũ. Tên gọi của các điều kiện bảo hiểm là C, B, A thay cho các tên gọi cũ FPA, WA, AR nên dễ nhớ, dễ sử dụng hơn. Và điều cơ bản là nội dung của các điều kiện bảo hiểm mới có những thay đổi. Nội dung cụ thể của các điều kiện bảo hiểm mới như sau:

a. Điều kiện bảo hiểm C (ICC C)

Các rủi ro được bảo hiểm theo điều kiện này bao gồm:

- Tổn thất hay tổn hại của hàng hoá được bảo hiểm có nguyên nhân hợp lý do cháy hoặc nổ; tàu bị mắc cạn, chìm đắm, bị lật; đắm va; dỡ hàng tại cảng lánh nạn.

- Tổn thất chung.

- Phân trách nhiệm mà người được bảo hiểm phải chịu theo điều khoản hai tàu đâm va nhau đều có lỗi.

Các rủi ro loại trừ bao gồm:

- Tổn thất hay tổn hại do hành vi xấu, cố ý của người được bảo hiểm.

- Rò rỉ, hao hụt thông thường về trọng lượng, khối lượng hoặc hao mòn tự nhiên của đối tượng được bảo hiểm .

- Do nội tỳ hoặc bản chất của hàng hoá.

- Tổn thất hoặc tổn hại do đóng gói bao bì không đủ điều kiện, không thích hợp.

- Tổn thất hoặc tổn hại mà nguyên nhân trực tiếp là chậm trễ

- Tổn thất hoặc tổn hại do không trả được nợ hoặc thiếu thốn về tài chính của chủ tàu, người quản lý, người thuê tàu hoặc người khai thác tàu.

- Tổn thất hoặc tổn hại do việc sử dụng bất kỳ một loại vũ khí chiến tranh nào có dùng phản ứng hạt nhân, phản ứng hoá học, chất phóng xạ...

7 - Thiệt hại cố ý hoặc sự phá hoại cố ý đối tượng được bảo hiểm do hành động phạm pháp của bất kỳ người nào.

- Do tàu không đủ khả năng đi biển, hoặc không thích hợp cho việc vận chuyển hàng hoá mà người được bảo hiểm đã biết tình trạng đó vào lúc hàng hoá được xếp lên phương tiện vận tải.

- Tổn thất xảy ra do chiến tranh, nội chiến, bạo loạn,

hành động thù địch, tịch thu, bắt giữ, quản chế, giam cầm...

- Tổn thất do mìn, thủy lôi, bom và các loại vũ khí chiến tranh khác.

- Tổn thất được gây ra bởi người đình công, công nhân bị cấm xưởng hoặc những người tham gia gây rối loạn lao động, bạo động hoặc nổi loạn.

- Tổn thất xảy ra do bạo động chính trị, động cơ chính trị.

b. Điều kiện bảo hiểm B (ICC B)

Theo điều kiện này, ngoài các rủi ro được bảo hiểm và rủi ro loại trừ ở trên, người bảo hiểm còn bồi thường tổn thất hay tổn hại đối với hàng hoá được bảo hiểm do động đất, núi lửa, sét đánh; bị nước biển cuốn khỏi tàu; nước biển, nước sông, hồ xâm nhập vào hầm tàu, vào công-ten-nơ hoặc nơi để hàng; tổn thất nguyên kiện hàng do rơi khỏi tàu hoặc trong quá trình xếp dỡ.

c. Điều kiện bảo hiểm A (ICC A)

Đây là điều kiện bảo hiểm có phạm vi rộng nhất, bảo hiểm tất cả những hư hỏng, mất mát của hàng hoá, chỉ trừ những rủi ro loại trừ theo quy định. Các điều kiện bảo hiểm C, B, A có hiệu lực từ ngày 1/4/1983 và hiện nay được áp dụng rộng rãi trên thị trường bảo hiểm thế giới.

So sánh các điều kiện bảo hiểm cũ và mới

Mục so sánh	ICC 1963			ICC 1982		
	FPA	WA	AR	A	B	C
a. Tổn thất toàn bộ về thiên tai, tai nạn bất ngờ	BT	BT	BT	BT	BT	BT
b. Tổn thất bộ phận vì 4 rủi ro chính	BT	BT	BT	BT	BT	BT

Mục so sánh	ICC 1963			ICC 1982		
	FPA	WA	AR	A	B	C
c. Mất nguyên kiện hàng khi xếp dỡ, chuyển tải	BT	BT	BT	BT	BT	BT
d. Các chi phí liên quan	BT	BT	BT	BT	BT	BT
- Ném hàng xuống biển	Không	BT	BT	BT	BT	BT
- Sơ xuất của thủy thủ	Không	BT	BT	BT	BT	BT
e. Tổn thất bộ phận ngoài 4 rủi ro chính	Không	BT	BT	BT	BT	BT
- Thiên tai, động đất, núi lửa, sét đánh.	Không	BT	BT	BT	BT	Không
- Nước cuốn trôi	Không	Thêm	BT	BT	BT	Không
- Nước biển, nước sông hồ	Không	BT	BT	BT	BT	Không
f. Các rủi ro phụ	Không	Không	BT	BT	BT	Không
- Thời tiết xấu, bão, hàng đổ mổ hôi	Không	Không	BT	BT	Không	Không
- Mạnh động của thủy thủ	Không	Không	BT	BT	Không	Không
- Cướp biển	Không	Không	Không	BT	Không	Không
Trách nhiệm chứng minh tổn thất	Người được bảo hiểm	Người được bảo hiểm	Người được bảo hiểm	Người được bảo hiểm	Người được bảo hiểm	Người được bảo hiểm
Áp dụng mức miễn thường	Không	Có	Không	Không	Không	Không
Phân biệt tổn thất toàn bộ hay bộ phận	Có	Có	Không	Không	Không	Không

d. Điều kiện bảo hiểm chiến tranh

Theo điều kiện bảo hiểm này, người bảo hiểm phải bồi thường những mất mát, hư hỏng của hàng hoá do:

- Chiến tranh, nội chiến, cách mạng, nổi loạn, khởi nghĩa hoặc xung đột dân sự xảy ra từ những biến cố đó hoặc bất kỳ hành động thù địch nào .

- Chiếm đoạt, bắt giữ, kiểm chế hoặc cầm giữ.
- Mìn, thủy lôi, bom hoặc các vũ khí chiến tranh khác
- Tổn thất chung và chi phí cứu nạn.

Phạm vi không gian và thời gian bảo hiểm đối với rủi ro chiến tranh hẹp hơn các rủi ro thông thường. Bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực khi hàng hoá được xếp lên tàu biển và kết thúc khi được dỡ khỏi tàu tại cảng cuối cùng hoặc khi hết hạn 15 ngày kể từ nửa đêm ngày tàu đến cảng dỡ cuối cùng, tùy theo điều nào xảy ra trước. Nếu có chuyển tải, bảo hiểm vẫn tiếp tục có hiệu lực cho đến khi hết hạn 15 ngày kể từ nửa đêm ngày tàu đến cảng chuyển tải.

Đối với rủi ro do mìn và ngư lôi, trách nhiệm của người bảo hiểm được mở rộng ra cả khi hàng hoá còn ở trên xà lan để vận chuyển ra tàu hoặc từ tàu vào bờ nhưng không vượt quá 60 ngày kể từ ngày dỡ hàng khỏi tàu, trừ khi có thoả thuận đặc biệt khác.

e. Điều kiện bảo hiểm đình công

Theo điều kiện bảo hiểm này, chỉ bảo hiểm cho những mất mát, hư hỏng của hàng hoá được bảo hiểm do:

- Người đình công, công nhân bị cấm xưởng hoặc những người tham gia gây rối loạn lao động, bạo động hoặc nổi dậy
- Hành động khủng bố hoặc vì mục đích chính trị
- Tổn thất chung và chi phí cứu nạn.

Người bảo hiểm chỉ bồi thường những tổn thất do hành động trực tiếp của người đình công mà không chịu trách nhiệm về những thiệt hại do hậu quả của đình công.

6. Giá trị bảo hiểm, số tiền bảo hiểm, phí bảo hiểm

a. Giá trị bảo hiểm

Giá trị bảo hiểm là giá trị thực tế của lô hàng. Giá trị thực tế của lô hàng có thể là giá hàng hoá (giá FOB); cũng có thể bao gồm: giá hàng hóa, cước phí vận chuyển, phí bảo hiểm và các chi phí liên quan khác.

Ngoài ra để thoả mãn nhu cầu của người tham gia bảo hiểm, đối với hàng thương mại, người bảo hiểm có thể nhận bảo hiểm thêm cả phần lãi dự tính, tức mức chênh lệch giữa giá mua ở cảng đi và giá bán ở cảng đến (thực ra đây là lợi nhuận thương mại, không hoàn toàn là giá trị của hàng được bảo hiểm)

Nếu giá trị bảo hiểm không chỉ tính bằng giá CIF mà còn thêm phần lãi dự tính (thường là 10% giá CIF theo Incoterms), nghĩa là giá trị bảo hiểm của hàng bằng giá CIF + 10% CIF (hoặc 110% CIF).

Công thức xác định giá CIF :

$$\text{CIF} = \frac{C + F}{1 - R}$$

Trong đó:

C (Cost) : Giá hàng được tính bằng giá FOB ở cảng đi

F (Freight) : Cước phí vận chuyển

R (Rate) : Tỷ lệ phí bảo hiểm

Khi bán hàng theo điều kiện CIF, giá trị bảo hiểm được xác định theo công thức:

$$V = \frac{C + F}{1 - R}$$

hoặc

$$V = \frac{(C + F) \cdot (a + 1)}{1 - R}$$

Trong đó : V - Giá trị bảo hiểm
 F - Cước phí vận chuyển
 C - Giá FOB của hàng hóa
 a - Số phần trăm lãi dự tính
 R - Tỷ lệ phí bảo hiểm

b. Số tiền bảo hiểm

Số tiền bảo hiểm là số tiền được đăng ký bảo hiểm, ghi trong HDBH.

Số tiền bảo hiểm được xác định dựa trên cơ sở giá trị bảo hiểm.

Hoá đơn hàng là tài liệu chắc chắn nhất để xác định giá trị bảo hiểm của hàng.

- Nếu số tiền bảo hiểm bằng giá trị bảo hiểm, đó là "bảo hiểm ngang giá trị", còn gọi là "bảo hiểm toàn phần"
- Nếu số tiền bảo hiểm cao hơn giá trị bảo hiểm, đó là "bảo hiểm trên giá trị", còn gọi là "bảo hiểm vượt mức"
- Nếu số tiền bảo hiểm thấp hơn giá trị bảo hiểm, đó là "bảo hiểm dưới giá trị", còn gọi là "bảo hiểm dưới mức"

Trong thực tế, chủ hàng thường bảo hiểm ngang giá trị.

c. Phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm là một khoản tiền do người tham gia bảo hiểm nộp cho người bảo hiểm để hàng hóa được bảo hiểm.

Phí bảo hiểm được xác định trên cơ sở giá trị bảo hiểm hoặc số tiền bảo hiểm và tỷ lệ phí bảo hiểm.

Phí bảo hiểm (P) được xác định như sau:

$$P = \frac{(C + F)(a + 1)}{1 - R} \times R \text{ (nếu bảo hiểm thêm lãi dự tính a).}$$

hoặc:

$$P = \frac{C + F}{1 - R} \times R \quad (\text{nếu không bảo hiểm lãi dự tính}).$$

Trong thực tế, phí bảo hiểm thường được xác định theo công thức:

$$P = CIF \times R \quad (\text{nếu không bảo hiểm lãi dự tính}).$$

hoặc:

$$P = CIF \times (a + 1) \times R \quad (\text{nếu bảo hiểm thêm lãi dự tính } a).$$

Tỷ lệ phí bảo hiểm được ghi trong HĐBH theo thỏa thuận giữa người bảo hiểm và người tham gia bảo hiểm.

Tỷ lệ phí bảo hiểm phụ thuộc vào các yếu tố sau:

- Loại hàng hoá: hàng dễ bị tổn thất như dễ vỡ, dễ bị mất cắp thì tỷ lệ phí bảo hiểm sẽ cao hơn;

- Loại bao bì: bao bì càng chắc chắn, tỷ lệ phí bảo hiểm càng hạ;

- Phương tiện vận chuyển: hàng được chở trên tàu trẻ có tỷ lệ phí bảo hiểm thấp hơn hàng được chở bằng tàu già;

- Hành trình: tỷ lệ phí tăng lên đối với những hành trình có nhiều rủi ro (theo thống kê kinh nghiệm) hoặc hành trình qua các vùng có xung đột vũ trang...

- Điều kiện bảo hiểm: phạm vi bảo hiểm càng hẹp thì tỷ lệ phí bảo hiểm càng thấp.

Tuy nhiên, tỷ lệ phí bảo hiểm bao gồm hai phần như sau:

$$R = R_{\text{gốc}} + R_{\text{phụ}}$$

với $R_{\text{gốc}}$: tỷ lệ phí chính

$R_{\text{phụ}}$: tỷ lệ phí phụ, phụ thuộc vào tuổi tàu, quốc tịch tàu, bảo hiểm chiến tranh...

Như vậy, thực chất phí bảo hiểm gồm hai phần :

- Phí gốc

$$P_{gốc} = \text{Số tiền bảo hiểm} \times R_{gốc}$$

- Phí phụ: Ví dụ trường hợp phát sinh phụ phí tàu già:

$$P_{tàu già} = \text{Số tiền bảo hiểm} \times R_{tàu già}$$

Lúc này:

$$P_{tổng cộng} = P_{gốc} + P_{tàu già}$$

Các luật và qui tắc bảo hiểm hàng hải đều lưu ý HDBH chỉ có hiệu lực ngay sau khi phí bảo hiểm được trả, người bảo hiểm có quyền huỷ HDBH nếu người được bảo hiểm không thực hiện đúng nghĩa vụ trả phí bảo hiểm hoặc có quyền từ chối bồi thường khi rủi ro xảy ra.

7. Giám định và bồi thường tổn thất

a. Nghĩa vụ của người được bảo hiểm khi xảy ra tổn thất

Khi phương tiện chở hàng bị tai nạn và đe dọa an toàn cho hàng hoá của người được bảo hiểm thì người được bảo hiểm phải có trách nhiệm thông báo cho các cơ quan liên quan nơi gần nhất như cơ quan hàng hải, cơ quan bảo hiểm... để các cơ quan này có biện pháp theo dõi và phòng bị cho tàu và hàng hoá.

Nếu được thông tin hay phát hiện thấy thực tế hàng hoá bị tổn thất thì người được bảo hiểm cần làm ngay các việc sau:

- Thông báo cho người bảo hiểm biết và nếu thấy tình hình hàng hoá tổn thất hoặc nghi ngờ có tổn thất thì cần làm giấy yêu cầu đề nghị người bảo hiểm giám định ngay. Việc giám định hàng hoá được bảo hiểm bị tổn thất phải do người bảo hiểm tiến hành theo đơn đề nghị của người được bảo

hiểm. Nếu vụ tổn thất không được giám định viên của người bảo hiểm giám định thì sẽ không được người bảo hiểm chấp nhận bồi thường.

- Thực hiện các biện pháp để phòng và hạn chế tổn thất.

Thực ra việc để phòng và hạn chế tổn thất cho hàng hoá nói chung trong HDBH là để chỉ những trường hợp hàng hoá bị rủi ro (thuộc phạm vi bảo hiểm như: cháy, mắc cạn) đe dọa tàu khi tàu chở hàng đang trên đường hành trình hoặc neo đậu tại bến cảng dọc đường.

- Bảo lưu quyền khiếu nại cho người bảo hiểm tức là làm đơn khiếu nại ngay bên gây ra tổn thất cho hàng hoá và gọi là khiếu nại người thứ ba, người đứng ngoài HDBH. Ở đây cần lưu ý nếu người thứ ba là chủ tàu, người vận chuyển hoặc chủ kho hàng đều có qui định riêng về thời gian cho phép khiếu nại theo luật trong nước, luật quốc tế hay văn bản dưới luật.

Việc bảo vệ tài sản trước những tình huống có nguy cơ thuộc phạm vi trách nhiệm của HDBH đều đòi hỏi nỗ lực của cả hai bên và khi đó chưa cần xét đến biện pháp giải quyết bồi thường của người bảo hiểm. Xuất phát từ đặc điểm này người bảo hiểm có qui định việc người bảo hiểm tham gia vào các biện pháp cứu hộ và bảo vệ hàng hoá đều không thể coi là dấu hiệu của sự khước từ hay chấp nhận việc từ bỏ hàng hoá.

b. Khiếu nại đòi bồi thường

Trường hợp xảy ra rủi ro, người được bảo hiểm khiếu nại đòi bồi thường. Các giấy tờ gửi cho người bảo hiểm bao gồm:

- Thư khiếu nại hoặc công văn khiếu nại
- HDBH và giấy sửa đổi bổ sung (nếu có) bản chính
- Vận tải đơn (B/L) bản chính
- Hóa đơn mua bán bản chính
- Phiếu đóng gói bản chính

- Biên bản giám định bản chính (trước khi xếp và (hoặc) dỡ hàng nếu có tại 2 đầu bến)

- Các chứng từ giao nhận hàng của cảng hoặc của cơ quan chức năng

- Thông báo tổn thất

- Hợp đồng vận chuyển

- Hoá đơn, biên lai các chi phí khác.

Trường hợp các chứng từ trong bộ hồ sơ khiếu nại chưa làm sáng tỏ được tổn thất có thuộc trách nhiệm bảo hiểm hay không, người bảo hiểm yêu cầu cung cấp thêm các chứng từ sau:

- Hợp đồng mua bán

- Thư tín dụng

- Lược khai

- Phiếu kiểm đếm

- Biên bản giám định hàng xuất nhập khẩu

- Giấy chứng nhận xuất xứ hàng

- Nhật ký hàng hải

- Giấy chứng nhận đăng kiểm tàu

- Các biên bản của công an, chính quyền cảng ...

Sau khi kiểm tra chứng từ và thanh toán bồi thường, mọi khoản khiếu nại và quyền khiếu nại của người được bảo hiểm đối với những người thứ ba đều được chuyển cho người bảo hiểm mà giới hạn là số tiền đã bồi thường.

Sau khi bồi thường tổn thất toàn bộ, người bảo hiểm có quyền thu hồi phần còn lại của hàng hóa đã được bồi thường.

Người được bảo hiểm muốn khiếu nại tổn thất toàn bộ ước tính cho hàng hóa được bảo hiểm phải gửi thông báo từ bỏ hàng cho người bảo hiểm. Thông báo phải đưa ra không chậm trễ với mục đích để cho người bảo hiểm có cơ hội giảm thiểu hay ngăn ngừa tổn thất (như bán hàng dọc đường). Thông báo từ bỏ hàng phải làm thành văn bản và trong mọi

trường hợp phải cho biết ý định của người được bảo hiểm là từ bỏ không điều kiện mọi quyền lợi về hàng hóa được bảo hiểm cho người bảo hiểm. Nếu người bảo hiểm chấp nhận thông báo từ bỏ hàng nghĩa là người bảo hiểm chấp nhận trách nhiệm bồi thường như bồi thường tổn thất toàn bộ thực tế và có quyền sở hữu phần còn lại của hàng hoá. Việc từ bỏ hàng không được thay đổi sau khi người bảo hiểm chấp nhận thông báo từ bỏ hàng. Tuy nhiên trước khi người bảo hiểm chấp nhận thông báo từ bỏ hàng, người được bảo hiểm phải có những biện pháp tích cực nhằm ngăn ngừa, hạn chế tổn thất. Nếu người bảo hiểm không chấp nhận từ bỏ hàng, các quyền lợi của người được bảo hiểm trong HĐBH vẫn không thay đổi.

c. Giám định và bồi thường tổn thất

Giám định là việc làm của người bảo hiểm hoặc người được ủy thác nhằm đánh giá, xác định nguyên nhân, mức độ và trách nhiệm đối với tổn thất của đối tượng được bảo hiểm để làm cơ sở cho việc tính toán tiền bồi thường. Khi hàng hoá được bảo hiểm bị tổn thất (hư hỏng, đổ vỡ, thiếu hụt...), yêu cầu giám định trong thời gian qui định. Sau khi giám định xong, cán bộ giám định sẽ cấp chứng từ giám định, trong đó có xác định mức độ tổn thất hoặc mức giảm giá trị thương mại của hàng hoá làm cơ sở cho việc bồi thường.

Việc bồi thường tổn thất phải tuân thủ các nguyên tắc sau:

- *Nguyên tắc thứ nhất:* Số tiền bảo hiểm là giới hạn tối đa của số tiền bồi thường của người bảo hiểm. Tuy nhiên các khoản tiền sau (ngoài số tiền tổn thất) cũng được bồi thường: các chi phí đã chi ra để cứu vớt hàng, chi phí cứu nạn, phí giám định, chi phí bán đấu giá hàng bị hư, tiền đóng góp tổn thất chung dù tổng số tiền bồi thường vượt quá số tiền bảo hiểm.

- *Nguyên tắc thứ hai*: Bồi thường bằng tiền, không bồi thường bằng hiện vật. Thông thường nộp phí bảo hiểm bằng loại tiền tệ nào sẽ được bồi thường bằng loại tiền tệ đó.

- *Nguyên tắc thứ ba*: Khi trả tiền bồi thường, người bảo hiểm sẽ khấu trừ các khoản tiền mà người được bảo hiểm đã đòi được ở người thứ ba.

Sau đó, người bảo hiểm bồi thường như sau:

+ *Bồi thường tổn thất chung*

- Người bảo hiểm bồi thường cho người được bảo hiểm phần đóng góp vào tổn thất chung dù hàng được bảo hiểm theo điều kiện bảo hiểm nào. Nếu số tiền bảo hiểm thấp hơn giá trị phải đóng góp vào tổn thất chung, người bảo hiểm chỉ bồi thường theo tỷ lệ giữa số tiền được bảo hiểm và giá trị phải đóng góp vào tổn thất chung.

- Không bồi thường trực tiếp cho người được bảo hiểm mà thanh toán cho người tính toán tổn thất chung do hãng tàu (người chuyên chở) chỉ định.

- Số tiền bồi thường này được cộng thêm hay khấu trừ phần chênh lệch giữa số tiền thực tế đã đóng góp vào tổn thất chung và số tiền phải đóng góp vào tổn thất chung.

+ *Bồi thường tổn thất riêng*

- Đối với tổn thất toàn bộ thực tế: bồi thường toàn bộ số tiền bảo hiểm

- Đối với tổn thất toàn bộ ước tính: bồi thường toàn bộ số tiền bảo hiểm nếu người được bảo hiểm từ bỏ hàng

Trường hợp người được bảo hiểm không từ bỏ hàng hoặc xin từ bỏ nhưng người bảo hiểm không chấp nhận, sẽ bồi thường theo mức độ tổn thất thực tế.

- Đối với tổn thất bộ phận: bồi thường số kiện, số bao hàng bị thiếu, mất hay giá trị trọng lượng số hàng rời bị thiếu, mất hoặc bồi thường theo mức giảm giá trị thương mại của phần hàng bị tổn thất.

Ngoài ra, nếu trong HĐBH hàng hoá xuất nhập khẩu có ấn định mức miễn thường của công ty bảo hiểm thì khi tổn thất xảy ra, xác định số tiền bồi thường đối với giá trị hàng hoá bị tổn thất phải xét đến mức miễn thường này.

Mức miễn thường là một tỷ lệ miễn giảm trách nhiệm bồi thường của người bảo hiểm khi tổn thất xảy ra đối với hàng hoá được bảo hiểm.

Có 2 loại miễn thường: Miễn thường có khấu trừ và miễn thường không khấu trừ. Theo HĐBH có áp dụng miễn thường có khấu trừ x%, nếu tổn thất xảy ra vượt quá x% số tiền bảo hiểm thì người bảo hiểm sẽ bồi thường phần tổn thất vượt quá đó. Theo HĐBH có áp dụng miễn thường không khấu trừ x%, nếu tổn thất vượt quá x% số tiền bảo hiểm thì người bảo hiểm sẽ bồi thường toàn bộ tổn thất.

Cần lưu ý rằng trong cả 2 trường hợp miễn thường, nếu tỷ lệ tổn thất không vượt quá tỷ lệ miễn thường thì công ty bảo hiểm sẽ không chịu trách nhiệm bồi thường tổn thất.

Ví dụ: Số tiền bảo hiểm của hàng là 100.000 USD, mức miễn thường là 10%, tức là 10.000 USD.

So sánh sự khác nhau giữa miễn thường không khấu trừ và miễn thường có khấu trừ

Miễn thường không khấu trừ	Miễn thường có khấu trừ
1. Tỷ lệ tổn thất 6% (6.000 USD)	
Không bồi thường	Không bồi thường
2. Tỷ lệ tổn thất 10% (10.000 USD)	
Không bồi thường	Không bồi thường
3. Tỷ lệ tổn thất 15% (15.000 USD)	
Bồi thường 15.000 USD	Bồi thường 5.000 USD

Lưu ý : Người bảo hiểm chỉ có trách nhiệm trong phạm vi số tiền bảo hiểm. Nếu số tiền bảo hiểm của hàng hoá thấp hơn giá trị bảo hiểm (mua bảo hiểm dưới giá trị) thì người bảo hiểm chỉ bồi thường những mất mát, hư hỏng, thiệt hại và các chi phí trong phạm vi trách nhiệm của họ theo tỷ lệ giữa số tiền bảo hiểm và giá trị bảo hiểm. Nếu số tiền bảo hiểm của hàng hoá cao hơn giá trị bảo hiểm thì người bảo hiểm chỉ bồi thường theo thiệt hại thực tế. Tuy nhiên trong trường hợp phải tuân thủ ý kiến của người bảo hiểm để thực hiện các biện pháp để phòng, hạn chế tổn thất thì người bảo hiểm phải thanh toán cho người được bảo hiểm những chi phí cần thiết và hợp lý khi áp dụng biện pháp này, dù cho tổng số tiền bồi thường có thể vượt quá số tiền bảo hiểm.

Khi thanh toán bồi thường, người bảo hiểm có thể khấu trừ vào tiền bồi thường các khoản thu của người được bảo hiểm trong việc bán hàng hoá cứu được và đòi người thứ ba.

Trường hợp tàu bị mất tích, hàng hoá được coi là tổn thất toàn bộ ước tính hoặc hàng bị mất mà sau khi đã bồi thường, lại tìm thấy hàng thì số hàng đó thuộc quyền sở hữu của người bảo hiểm.

II. BẢO HIỂM HÀNG HÓA VẬN CHUYỂN NỘI ĐỊA

Hàng hóa vận chuyển nội địa là những hàng hóa được vận chuyển bằng đường bộ, đường sắt, đường sông và đường ven biển trong lãnh thổ quốc gia.

1. Rủi ro

a. Rủi ro được bảo hiểm, bao gồm:

- Cháy hoặc nổ
- Động đất, bão lụt, gió lốc, sóng thần, sét đánh
- Phương tiện vận chuyển bị đắm, lật đổ, rơi, mắc cạn,

dâm va vào vật thể khác, trật bánh.

- Cây gãy đổ, cầu cống, đường hầm và các công trình kiến trúc khác bị sập đổ.

- Phương tiện chở hàng mất tích

- Các chi phí được tính:

- + Các chi phí hợp lý cho việc phòng tránh hay giảm nhẹ tổn thất

- + Các chi phí hợp lý cho việc dỡ hàng, lưu kho, gửi đi tiếp hàng hóa được bảo hiểm tại một nơi dọc đường đi do hậu quả của rủi ro thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm.

- + Các chi phí hợp lý cho việc giám định tổn thất thuộc phạm vi trách nhiệm của bảo hiểm.

b. Rủi ro loại trừ

- Chiến tranh, nội chiến, cách mạng, khởi nghĩa, phản loạn...

- Hậu quả của phóng xạ hay nhiễm phóng xạ

- Hành động xấu, cố ý hay hành vi phạm pháp của người được bảo hiểm hay người làm công cho họ

- Mất mát, hư hỏng do khuyết tật vốn có hoặc nội tỳ của hàng hóa

- Xếp hàng quá tải hoặc sai quy cách an toàn về hàng hóa nguy hiểm

- Đóng gói sai quy cách, bao bì không thích hợp hoặc hàng bị hỏng trước khi xếp lên phương tiện vận chuyển

- Hao hụt tự nhiên của hàng hóa

- Phương tiện vận chuyển không đủ khả năng lưu hành, không đảm bảo an toàn giao thông

- Tổn thất có nguyên nhân trực tiếp do chậm trễ, dù chậm trễ đó do một rủi ro được bảo hiểm

- Trộm cắp, giao thiếu hàng, không giao hàng.

2. Giá trị bảo hiểm, số tiền bảo hiểm, phí bảo hiểm

- Giá trị bảo hiểm và số tiền bảo hiểm được xác định tương tự như hàng hóa xuất nhập khẩu.

- Phí bảo hiểm được xác định theo công thức:

$$P = \text{Số tiền bảo hiểm} \times R$$

Nếu là hàng thương mại:

$$P = \text{Số tiền bảo hiểm} \times (a + 1) \times R$$

Trong đó: a - lãi dự tính

Phí bảo hiểm gồm hai phần:

- Phí chính: Tính theo phương thức vận chuyển (đường sắt, đường sông, ven biển, đường bộ). Tỷ lệ phí bảo hiểm chính đối với đường bộ là thấp nhất, đối với đường ven biển là cao nhất.

- Phí phụ: Tính theo tuyến đường (Bắc Nam, miền núi, sang các nước lân cận...).

3. Trách nhiệm bồi thường của bảo hiểm

Đối với hàng hóa vận chuyển nội địa, hồ sơ khiếu nại bồi thường bao gồm các chứng từ sau:

- Đơn bảo hiểm gốc
- Bản chính hợp đồng vận chuyển hoặc giấy vận chuyển hàng do chủ phương tiện cấp
- Hóa đơn bán hàng kèm theo bản ghi chi tiết hàng hóa, phiếu ghi trọng lượng và số lượng bán hàng
- Biên bản điều tra tai nạn
- Biên bản giám định
- Chứng từ chứng minh tình trạng hàng hóa vào lúc dỡ hàng khỏi phương tiện vận chuyển
- Thư dự kháng, thư khiếu nại người thứ ba và thư trả lời của người bảo hiểm
- Biên lai, hóa đơn các chi phí khác

- Thư khiếu nại...

Người bảo hiểm sau khi xác định tổn thất thuộc trách nhiệm bảo hiểm sẽ tiến hành tính toán bồi thường. Tổn thất của hàng hóa vận chuyển nội địa chủ yếu được chia làm tổn thất bộ phận và tổn thất toàn bộ. Tổn thất riêng, tổn thất chung chỉ được áp dụng đối với vận chuyển bằng đường biển. Cách xác định, bồi thường tổn thất của hàng hoá vận chuyển nội địa tương tự như đối với hàng hóa xuất nhập khẩu vận chuyển bằng đường biển. Ở đây, ta lưu ý đến tổn thất bộ phận và tổn thất toàn bộ.

Đối với tổn thất bộ phận:

Số tiền bồi thường = Số tiền bảo hiểm $\times$ Tỷ lệ tổn thất

Trong đó: Tỷ lệ tổn thất được xác định tại nơi dỡ hàng theo công thức sau:

$$\text{Tỷ lệ tổn thất} = \frac{\frac{\text{Tổng giá trị hàng khi còn nguyên vẹn} - \text{Tổng giá trị hàng còn lại khi hàng bị tổn thất}}{\text{Tổng giá trị hàng khi còn nguyên vẹn}} \times 100$$

Trường hợp tổn thất bộ phận là một phần hàng bị tổn thất được bán dọc đường thì tổng giá trị hàng khi còn nguyên vẹn được xác định trong đơn bảo hiểm. Tổng giá trị hàng còn lại khi hàng bị tổn thất là số tiền cứu vớt được.

Ví dụ: Lô hàng được vận chuyển gồm 30 kiện với số tiền bảo hiểm là 30.000 USD. Khi nhận hàng ở nơi nhận cuối cùng, hàng trong tình trạng bị tổn thất như sau:

- 5 kiện hàng bị tổn thất với tỷ lệ 20%

Tổn thất được xác định như sau:

$$\frac{30.000}{30} \times 5 \times 20\% = 1.000 \text{ (USD)}$$

- 2 kiện hàng bị tổn thất toàn bộ
Tổn thất được xác định như sau:

$$\frac{30.000}{30} \times 2 = 2.000 \text{ (USD)}$$

Như vậy, tổng giá trị tổn thất là :

$$1.000 + 2.000 = 3.000 \text{ (USD)}$$

Đối với tổn thất toàn bộ: có thể là tổn thất toàn bộ thực tế hoặc tổn thất toàn bộ ước tính. Trong trường hợp tổn thất toàn bộ ước tính, sau khi người tham gia bảo hiểm gửi thông báo từ bỏ hàng và người bảo hiểm chấp nhận thông báo từ bỏ hàng đó, người bảo hiểm sẽ bồi thường như tổn thất toàn bộ thực tế.

Số tiền bồi thường tổn thất toàn bộ = Số tiền bảo hiểm

Trong bảo hiểm hàng hoá vận chuyển, người bảo hiểm có quyền được miễn trách nhiệm quy định trong HĐBH bằng cách khước từ quyền lợi về hàng hoá được bảo hiểm và quyền khiếu nại người thứ ba, đồng thời bồi thường toàn bộ số tiền bảo hiểm cho người tham gia bảo hiểm.

CHƯƠNG VII

BẢO HIỂM THÂN TÀU THỦY, TRÁCH NHIỆM DÂN SỰ CHỦ TÀU VÀ HỘI BẢO HIỂM P AND I

I. BẢO HIỂM THÂN TÀU THỦY

Tàu thủy là phương tiện vận tải thủy tiện lợi, giá thành vận chuyển rẻ,... nhưng tốc độ chậm, hành trình dài ngày trên biển nên thường chịu nhiều rủi ro, gây tổn thất lớn cho các chủ tàu. Theo thống kê của các hãng sản xuất và sửa chữa tàu, hàng năm trên thế giới có khoảng 7000 vụ tai nạn tàu biển làm thiệt hại hàng tỷ đô la.

Đội tàu thủy Việt Nam tuy không lớn, nhưng những vụ tổn thất cũng gây không ít khó khăn cho các chủ tàu. Chẳng hạn, tàu Vân Đồn mắc cạn tại Nhật Bản ngày 26/2/1987 làm thiệt hại 2,887 triệu USD (chưa kể hàng hóa); tàu Hải Âu 2 bị đắm ở Trung Quốc tháng 7/1991 thiệt hại 2,812 triệu USD; tàu Hà Thành mắc cạn và đắm ở Nhật Bản ngày 8/2/1998 thiệt hại 1,31 triệu USD, v.v...

Để giúp các chủ tàu ổn định kinh tế khi không may gặp rủi ro; để tạo cho các chủ tàu khôi phục và phát triển hoạt động sản xuất kinh doanh góp phần thúc đẩy nền kinh tế phát triển và mở rộng quan hệ kinh tế với các nước; để góp phần tăng thu cho ngân sách, tăng nguồn vốn đầu tư cho nền kinh tế v.v... hoạt động bảo hiểm thân tàu đã ra đời khá sớm. Tuy nhiên, mãi đến năm 1888, luật bảo hiểm thân tàu biển mới chính thức đi vào cuộc sống. Đây là bộ luật bảo hiểm tàu biển đầu tiên trên thế giới ra đời tại London, viết tắt là ITC (Institute Time Clause).

1. Đối tượng và phạm vi bảo hiểm

Đối tượng bảo hiểm thân tàu thuỷ là toàn bộ con tàu bao gồm vỏ tàu, máy móc, trang thiết bị trên con tàu đó có liên quan đến hoạt động của con tàu. Như vậy, thực chất bảo hiểm thân tàu thuỷ là bảo hiểm giá trị con tàu đó, bao gồm giá trị vỏ tàu, máy móc và trang thiết bị.

Trong bản kê khai hợp đồng bảo hiểm thân tàu thuỷ, chủ tàu phải nêu rõ tên tàu, cảng đăng ký, quốc tịch tàu, năm và nơi đóng, cấp tàu, trọng tải, v.v... Đồng thời, chủ tàu phải đảm bảo ba điều kiện qui định:

- Tàu đủ khả năng đi biển,
- Quốc tịch tàu không thay đổi suốt thời gian bảo hiểm,
- Hành trình con tàu phải hợp pháp.

Những qui định này được giải thích rõ ràng và chủ tàu phải tuân thủ đúng qui định. Những qui định này có liên quan đến phạm vi bảo hiểm.

Xác định phạm vi bảo hiểm là xác định những rủi ro được bảo hiểm làm căn cứ xét bồi thường. Phạm vi bảo hiểm vừa có liên quan đến người tham gia, vừa liên quan đến người bảo hiểm.

Phạm vi bảo hiểm thân tàu thuỷ thường liên quan đến các rủi ro chính như chìm đắm, mắc cạn, cháy nổ, đâm va (Đâm va ở đây được giới hạn trong phạm vi đâm va giữa tàu với tàu; tàu với công trình kiến trúc được xây dựng trên biển, trên cảng...; đâm va giữa tàu với các vật thể nổi, vật thể di động, v.v...). Phạm vi bảo hiểm thân tàu còn bao gồm tàu mất tích do mọi lý do, tàu hư hại do lỗi lầm của thủy thủ đoàn, do cướp biển v.v...

Bên cạnh rủi ro được bảo hiểm cũng cần xem xét những rủi ro không được bảo hiểm (rủi ro loại trừ). Rủi ro loại trừ bao gồm: rủi ro riêng về chiến tranh, đình công; rủi ro do cố

ý, lỗi lầm của người được bảo hiểm, và rủi ro do vi phạm những điều kiện bảo hiểm.

Người bảo hiểm có thể xem xét bảo hiểm thêm những rủi ro có thể bảo hiểm nếu người tham gia bảo hiểm (chủ tàu) yêu cầu và nộp thêm phí. Chẳng hạn chủ tàu yêu cầu bảo hiểm thêm trường hợp tàu đi chệch hướng, thay đổi hành trình hoặc chậm trễ hành trình, v.v... người bảo hiểm phải xem xét rất cụ thể từng trường hợp để chấp nhận hay không.

Phạm vi bảo hiểm thường gắn kết với chế độ bảo hiểm. Trong bảo hiểm thân tàu thủy người ta thường áp dụng hai chế độ bảo hiểm: Chế độ bảo hiểm theo rủi ro đầu tiên và chế độ miễn thường (vượt mức giới hạn) gồm miễn thường chung, miễn thường tổn thất do rủi ro phụ gây ra và miễn thường do tàu vi phạm qui định (không thông báo tổn thất).

2. Các điều kiện bảo hiểm thân tàu

Muốn tham gia bảo hiểm thân tàu thủy phải hiểu rõ các qui định về điều kiện bảo hiểm; luật bảo hiểm hàng hải quốc tế; công ước Brusel 1924, qui tắc York Antwerp 1974 và qui ước Hague Visby 1977.

Hiện nay đang thịnh hành 10 điều kiện bảo hiểm. Lựa chọn điều kiện chính là xác định phạm vi rủi ro tham gia bảo hiểm; đồng thời cũng là giới hạn trách nhiệm của bảo hiểm trong việc bồi thường. Các chủ tàu thường chọn điều kiện thích hợp với mình, nghĩa là điều kiện rủi ro hay gặp phải hoặc phù hợp với khả năng tài chính v.v...

Bốn điều kiện mà các chủ tàu thường chọn lựa để tham gia bảo hiểm thân tàu là:

2.1. Điều kiện bảo hiểm tổn thất toàn bộ (TLO)

Theo điều kiện này, người bảo hiểm chịu trách nhiệm bồi thường:

a. Tổn thất toàn bộ thực tế. Trong điều kiện này, con tàu hư hỏng không còn nguyên vẹn hoặc bị tước quyền sở hữu.

b. Tổn thất toàn bộ ước tính là tổn thất toàn bộ thực tế nhằm thể tránh khỏi hoặc muốn tránh khỏi phải chi phí lớn hơn giá trị cứu vãn được.

c. Chi phí cứu nạn là những chi phí phát sinh để cứu tàu khi gặp nạn trong trường hợp khẩn cấp như kéo tàu ra khỏi cạn v.v...

Chi phí này được phân bổ theo giá trị tàu được cứu kể cả hàng hóa được cứu.

Tóm lại, điều kiện bảo hiểm tổn thất toàn bộ (TLO) có phạm vi hẹp nhất. Nó chỉ bảo hiểm khi tàu bị tổn thất toàn bộ thực tế hoặc tàu nằm trong nguy cơ tổn thất toàn bộ thực tế là không tránh khỏi hoặc tránh khỏi bằng cứu nạn.

2.2. Điều kiện bảo hiểm loại trừ tổn thất bộ phận thân tàu (FOD)

Điều kiện bảo hiểm FOD có phạm vi rộng hơn TLO. Cụ thể:

- Bảo hiểm mọi tổn thất và chi phí mà TLO gánh chịu (a+b+c);

- Bảo hiểm thêm các tổn thất và chi phí:

- d. Chi phí tổ tụng, đề phòng và hạn chế tổn thất với điều kiện chi phí này phát sinh do rủi ro, tổn thất được bảo hiểm;

- e. Chi phí trách nhiệm đâm va do chủ tàu được bảo hiểm gánh chịu với chủ tàu hoặc chủ tài sản khác do tàu có lỗi;

- f. Chi phí đóng góp vào tổn thất chung.

2.3. Điều kiện bảo hiểm loại trừ tổn thất riêng về thân tàu (FPA)

Điều kiện bảo hiểm FPA vừa gánh chịu mọi tổn thất và

chi phí của FOD, vừa đảm trách thêm:

g. Tổn thất bộ phận của tàu do hành động tổn thất chung và chỉ hạn chế trong một số bộ phận nhất định của tàu;

h. Tổn thất riêng do cứu hỏa trên tàu và do va chạm với tàu khác trong khi cứu nạn.

Tóm lại, điều kiện bảo hiểm loại trừ tổn thất riêng FPA đã mở rộng thêm bảo hiểm tổn thất bộ phận của tàu hy sinh vì hành động tổn thất chung nhưng chỉ giới hạn ở một số bộ phận nhất định của tàu. Đặc biệt, điều kiện FPA tuy loại trừ tổn thất riêng nhưng vẫn bảo hiểm tổn thất riêng trong trường hợp khẩn cấp, hiểm nghèo hay xảy ra tổn thất đó là công tác cứu hỏa và cứu nạn gây nên đâm va với tàu khác.

2.4. Điều kiện bảo hiểm mọi rủi ro (ITC)

Ngoài các rủi ro mà TLO, FOD và FPA đã bảo hiểm, ITC còn bảo hiểm thêm:

i. Tổn thất bộ phận của tàu do hành động tổn thất chung gây ra, ngoài những bộ phận nhất định đã kể ở điểm (g);

k. Tổn thất riêng, tổn thất bộ phận của tàu và máy móc thiết bị do tai nạn bất ngờ gây ra, ngoài điểm (h).

Tóm tắt 4 điều kiện bảo hiểm như sau:

Phạm vi bảo hiểm	TLO	FOD	FPA	ITC
a. Tổn thất toàn bộ thực tế	x	x	x	x
b. Tổn thất toàn bộ ước tính	x	x	x	x
c. Chi phí cứu nạn	x	x	x	x
d. Chi phí tố tụng, để phòng hạn chế tổn thất	-	x	x	x
e. Chi phí trách nhiệm đâm va	-	x	x	x

Phạm vi bảo hiểm	TLO	FOD	FPA	ITC
f. Chi phí đóng góp vào tổn thất chung	-	x	x	x
g. Tổn thất bộ phận nhất định do hành động tổn thất chung và chỉ hạn chế trong một số bộ phận nhất định	-	-	x	x
h. Tổn thất riêng vì cứu hỏa, đắm và khi cứu nạn	-	-	x	x
i. Tổn thất bộ phận khác do hành động tổn thất chung	-	-	-	x
k. Tổn thất riêng vì mọi rủi ro tai nạn khác	-	-	-	x

Ghi chú:

- TLO: Total Loss Only
- FOD: Free of Damage (absolutely)
- FPA: Free from Particular Average (absolutely)
- ITC: Institute Time Clause

Theo các điều kiện bảo hiểm, tổn thất tàu thủy bao gồm các loại sau đây:

a. Tổn thất toàn bộ thực tế

Tổn thất toàn bộ thực tế là tổn thất toàn bộ con tàu khi bị đắm, bị nổ tung, bị phá huỷ hay tự phải phá huỷ, bị tước quyền sở hữu do bị cướp, bị bắt vì buôn lậu, chở hàng trái phép... Khi bị tổn thất toàn bộ, bảo hiểm bồi thường toàn bộ theo số tiền bảo hiểm và không tính mức miễn đền.

b. Tổn thất toàn bộ ước tính

Tổn thất toàn bộ ước tính là dạng tổn thất tuy chưa ở mức độ tổn thất toàn bộ nhưng khó có thể tránh khỏi hoặc muốn tránh khỏi phải bỏ ra một số chi phí lớn hơn số tiền bảo hiểm của con tàu đó.

Các dạng tổn thất toàn bộ ước tính:

- Tàu bị cháy, bị mắc cạn, bị đắm nếu chi phí để sửa chữa, đưa tàu ra khỏi cạn... sẽ lớn hơn số tiền bảo hiểm;
- Tàu bị mất tích, bị cướp không xác định được giá trị thực tế, do đó sẽ bồi thường theo tổn thất toàn bộ.
- Tàu hư hỏng nghiêm trọng, chi phí để sửa chữa lớn hơn số tiền bảo hiểm

Việc xác định tổn thất toàn bộ ước tính phải căn cứ vào đơn bảo hiểm hoặc luật bảo hiểm hàng hải quốc tế.

Nếu có tổn thất toàn bộ ước tính xảy ra thì người được bảo hiểm từ bỏ con tàu một cách hợp lý và nhận bồi thường toàn bộ.

c. Tổn thất riêng

Khi tàu bị tổn thất riêng, chủ tàu phải chi phí để sửa chữa, tái tạo các bộ phận bị hư hại... gọi là chi phí sửa chữa.

Có hai loại chi phí sửa chữa:

- Sửa chữa tạm thời ở cảng xảy ra tổn thất (dù có hay không có xưởng sửa chữa) nhằm tiết kiệm chi phí và đảm bảo cho tàu hành trình được. Nếu tại cảng lánh nạn tranh thủ sửa chữa tạm thời thì chi phí sửa chữa được đưa vào chi phí cứu nạn hoặc chi phí tổn thất chung.
- Chi phí sửa chữa chính thức: Tàu sử dụng một thời gian nhất định phải sửa chữa, người bảo hiểm sẽ chọn nơi chi phí sửa chữa thấp nhất. Như vậy, người bảo hiểm là người quyết định nơi sửa chữa chính thức của con tàu theo phương thức dấu thầu. Mọi phí tổn (kể cả đưa tàu đến nơi sửa chữa)

do bảo hiểm chi trả. Trong quá trình sửa chữa, nếu những công việc liên quan đến chủ tàu, chủ tàu phải chịu trách nhiệm.

d. Tổn thất chung

Tổn thất chung là tổn thất liên quan đến lợi ích chung của cuộc hành trình. Đó là hành động hy sinh vì lợi ích chung của con tàu trong cuộc hành trình. Tổn thất chung được xác định theo 4 nguyên tắc:

- Phải có nguy cơ đe dọa thực sự cho cuộc hành trình;
- Phải do hành động hy sinh có dụng ý;
- Các tài sản hy sinh và chi phí bỏ ra hợp lý;
- Vì an toàn chung cho cả hành trình.

Giá trị tổn thất chung bao gồm giá trị tài sản bị hy sinh và chi phí bất thường xảy ra trên hành trình. Chi phí này thường do hãng tàu bỏ ra. Giá trị tổn thất chung được phân bổ cho các bên có quyền lợi được tổn thất chung cứu vãn.

Trong bảo hiểm thân tàu, chủ tàu đóng góp vào tổn thất chung dưới hình thức:

- + Giá trị đóng góp tổn thất cũng phân bổ cho tàu theo điều kiện bảo hiểm FOD, FPA và ITC;
- + Giá trị các tài sản của tàu hy sinh trong tổn thất chung hạn chế trong số tài sản nhất định theo điều kiện bảo hiểm FPA và ITC;
- + Giá trị các tài sản khác còn lại của tàu hy sinh trong tổn thất chung theo điều kiện bảo hiểm ITC.

e. Tổn thất riêng, hư hỏng chưa sửa chữa

Tổn thất riêng, hư hỏng... là những tổn thất, hư hỏng nhưng không ảnh hưởng đến hành trình và quá trình kinh doanh của con tàu. Người bảo hiểm chịu trách nhiệm về sự giảm giá trị thân tàu do hư hỏng chưa sửa chữa gây ra.

h. Các chi phí cần thiết khác

Các chi phí cần thiết khác là những chi phí liên quan tới rủi ro và tổn thất được bảo hiểm như:

- Chi phí tố tụng, khiếu nại, để phòng và hạn chế tổn thất;
- Chi phí cứu hộ là chi phí cứu hộ tàu và tài sản khác;
- Chi phí giám định tổn thất.

Những chi phí này người bảo hiểm phải trả.

3. Số tiền bảo hiểm

Bảo hiểm thân tàu là dạng bảo hiểm tài sản, cho nên số tiền bảo hiểm được tính trên cơ sở giá trị theo giá thị trường của đối tượng bảo hiểm. Điều đó có nghĩa là số tiền bảo hiểm bao gồm giá trị vỏ tàu, máy móc và trang thiết bị trên con tàu. Thông thường, chủ tàu bảo hiểm thấp hơn giá trị con tàu. Trong trường hợp chủ tàu tham gia bảo hiểm theo điều kiện “bồi thường tổn thất đầu tiên”, khi có tổn thất phát sinh, nếu các tổn thất nhỏ hơn hoặc bằng số tiền bảo hiểm, bảo hiểm sẽ bồi thường theo thiệt hại thực tế; nếu tổn thất lớn hơn số tiền bảo hiểm, bảo hiểm sẽ bồi thường bằng số tiền bảo hiểm.

Chủ tàu không chỉ đăng ký bảo hiểm con tàu mà còn đăng ký bảo hiểm cước phí chuyên chở hàng hóa, chi phí điều hành.

Cước phí chuyên chở hàng hóa là số tiền cước mà chủ tàu phải trả lại cho chủ hàng do chủ tàu không đưa hàng về đến bến (vì bị thất lạc, tổn thất). Theo qui định, tiền bảo hiểm cước phí cao nhất bằng 25% số tiền bảo hiểm thân tàu.

Chi phí điều hành là những chi phí quản lý, lãi kinh doanh v.v... Chủ tàu bảo hiểm thêm chi phí điều hành nhằm đảm bảo hoạt động kinh doanh. Số tiền bảo hiểm chi phí điều

hành (theo qui định của ITC sửa đổi ngày 01/10/1983) cao nhất bằng 25% số tiền bảo hiểm thân tàu.

Vậy số tiền bảo hiểm thân tàu gồm: Số tiền bảo hiểm thân con tàu, số tiền bảo hiểm cước phí chuyên chở và số tiền bảo hiểm chi phí điều hành.

4. Phí bảo hiểm thân tàu thủy

Phí bảo hiểm là số tiền mà người tham gia bảo hiểm (chủ tàu) nộp cho người bảo hiểm trên cơ sở số tiền bảo hiểm và tỷ lệ phí (bảo hiểm).

Phí bảo hiểm thân tàu thủy bao gồm:

- Phí bồi thường cho tổn thất toàn bộ;
- Phí bồi thường tổn thất bộ phận bao gồm các chi phí sửa chữa tạm thời, chính thức và chưa sửa chữa;
- Phụ phí gồm chi phí quản lý, chi phí đề phòng hạn chế tổn thất, chi phí tuyên truyền quảng cáo v.v...

Vậy:

$$\begin{array}{ccccccc} \text{Phí bảo} & & \text{Phí bồi} & & \text{Phí bồi} & & \text{Phụ} \\ \text{hiểm thân} & = & \text{thường tổn} & + & \text{thường tổn} & + & \text{phí} \\ \text{tàu thủy} & & \text{thất toàn bộ} & & \text{thất bộ phận} & & \text{khác} \end{array}$$

• Phí bồi thường tổn thất toàn bộ = Số tiền bảo hiểm $\times$ Tỷ lệ phí. Số tiền bảo hiểm đã đề cập (1.3); còn tỷ lệ phí phụ thuộc vào độ tuổi, tầm vóc và trang thiết bị của tàu. Tàu càng già (trên 15 tuổi), tầm vóc càng lớn, trang thiết bị càng kém hiện đại ... thì tỷ lệ phí càng cao.

• Phí bồi thường tổn thất bộ phận phụ thuộc vào tình trạng bảo dưỡng sửa chữa, vào tuyến đường và phạm vi hoạt động của tàu, vào tình trạng tổn thất các năm trước đó của đội tàu (trên tuyến đường) v.v...

- Phụ phí khác phụ thuộc vào chi phí quản lý hành chính, chi phí đề phòng hạn chế tổn thất, lập quỹ dự phòng, tỷ lệ lạm phát mất giá đồng tiền v.v...

Cũng như các nghiệp vụ khác, phí bảo hiểm thân tàu phải đóng ngay sau khi hợp đồng có hiệu lực. Nếu tàu ngừng hoạt động liên tục (30 ngày trở lên) sau khi đã đóng phí, bảo hiểm sẽ hoàn lại phí (do tàu ngừng hoạt động). Mỗi nước có qui định riêng về tỷ lệ hoàn phí bảo hiểm cho tàu ngừng hoạt động liên tục (30 ngày trở lên) phù hợp với điều kiện bảo hiểm của nước đó.

$$\begin{array}{ccccccc} \text{Số} & & \text{Số phí bảo} & & \text{Tỷ lệ} & & \text{Số ngày ngừng} \\ \text{phí} & & \text{hiểm} & & \text{phí} & & \text{hoạt động} \\ \text{hoàn} & = & \text{đóng cả} & \times & \text{hoàn} & \times & \frac{\text{hoạt động}}{\text{Số ngày trong}} \\ \text{lại} & & \text{năm} & & \text{lại} & & \text{năm (365)} \end{array}$$

II. BẢO HIỂM TRÁCH NHIỆM DÂN SỰ CHỦ TÀU

1. Đối tượng bảo hiểm

Trong quá trình hoạt động sản xuất kinh doanh, chủ tàu hoặc người thuê tàu phải chịu trách nhiệm về những rủi ro tổn thất do sử dụng con tàu vào hoạt động gây thiệt hại cho người khác. Trách nhiệm bồi thường thiệt hại cho người khác (hoặc tàu khác) được chuyển cho bảo hiểm nếu chủ tàu tham gia bảo hiểm trách nhiệm dân sự.

Bảo hiểm trách nhiệm dân sự chủ tàu là bảo hiểm trách nhiệm bồi thường của chủ tàu cho người thứ ba (tàu khác hoặc người khác) khi đưa tàu vào hoạt động gây thiệt hại cho người thứ ba. Trách nhiệm dân sự chủ tàu phát sinh khi chủ tàu có lỗi, có thiệt hại thực tế của người thứ 3 và hậu quả của việc vi phạm qui định của chủ tàu gây thiệt hại cho người thứ ba.

Theo luật pháp quốc tế, trách nhiệm dân sự chủ tàu (trách nhiệm bồi thường của chủ tàu) bao gồm trách nhiệm bồi thường cho người thứ ba; trách nhiệm đối với hàng hóa chuyên chở và những người trên tàu đó.

- Trách nhiệm va chạm (đâm va) với tàu khác và các đối tượng khác như đắm và cầu cảng, kè cống, các công trình cố định...

Thiệt hại của người thứ ba (tàu khác...) gồm thiệt hại do hư hỏng hoặc chìm đắm tàu kể cả tài sản chuyên chở trên tàu; thiệt hại về kinh doanh, con người, ô nhiễm dầu v.v... Nếu tàu bị đắm, những chi phí thấp sáng, đánh dấu xác tàu bị đắm, chi phí trục vớt, chi phí di chuyển hoặc phá hủy tàu... bảo hiểm cũng bồi thường.

Bảo hiểm thân tàu chịu trách nhiệm về thiệt hại đâm va trong phạm vi nhất định theo điều kiện của mỗi nước. Theo thông lệ quốc tế, các nước áp dụng luật bảo hiểm hàng hải bồi thường trách nhiệm dân sự cho chủ tàu với tỷ lệ 3/4 thiệt hại đâm va với tàu khác...

- Trách nhiệm đối với hàng hóa chuyên chở trên tàu. Những tổn thất về hàng hóa thuộc trách nhiệm dân sự chủ tàu bao gồm: hàng hóa giao thiếu số lượng bao kiện; hàng hóa hư hỏng do tàu không đủ khả năng đi biển, do xếp hàng không đúng qui định, hàng hóa bị hấp hơi, v.v... hàng hư hỏng, do rò rỉ từ hàng hóa khác; hàng bị mất cắp khi hàng còn thuộc phạm vi bảo quản của chủ tàu v.v...

- Trách nhiệm đối với người đi trên tàu

Chủ tàu có trách nhiệm đối với sĩ quan, thủy thủ, hành khách đi trên tàu (cũng như đối với người thứ ba) nếu tàu gây ra tai nạn cho họ. Trách nhiệm dân sự chủ tàu là phải bồi thường chi phí khám chữa bệnh, hồi hương hoặc mai táng v.v...

2. Tai nạn đâm va và cách giải quyết

Các chủ tàu đã tham gia bảo hiểm thân tàu (và trách nhiệm dân sự), khi đâm va vào tàu khác hoặc vật thể khác được bảo hiểm bồi thường những thiệt hại thuộc phạm vi bảo hiểm (theo các điều kiện bảo hiểm).

Thông thường bảo hiểm bồi thường cho chủ tàu:

- Thiệt hại vật chất thân tàu,
- Trách nhiệm dân sự chủ tàu đối với người thứ ba (tàu khác hoặc vật thể khác thuộc người thứ ba).

Theo luật bảo hiểm thân tàu, người bảo hiểm bồi thường cho chủ tàu phần trách nhiệm dân sự theo tỷ lệ nhất định (chẳng hạn 3/4).

Thiệt hại do đâm va vào tàu khác được giải quyết bồi thường theo hai cách: theo trách nhiệm chéo và theo trách nhiệm đơn.

2.1. Tính toán thiệt hại đâm va theo trách nhiệm chéo

Điều kiện để giải quyết theo trách nhiệm chéo là hai tàu cùng có lỗi và cùng gây thiệt hại lẫn nhau. Phương pháp trách nhiệm chéo là phương pháp giải quyết trách nhiệm bồi thường của chủ tàu này cho chủ tàu khác và ngược lại theo mức độ lỗi và giá trị thiệt hại do đâm va.

Cách thức xác định số tiền bảo hiểm phải bồi thường như sau:

- Xác định thiệt hại (toàn bộ) của mỗi chủ tàu:
 - Thiệt hại thực tế của bản thân tàu gồm thiệt hại thân tàu, hàng hóa, kinh doanh...
 - Thiệt hại bồi thường trách nhiệm cho tàu khác.

$$\text{Mức bồi thường} = \text{Tỷ lệ lỗi của chủ tàu} \times \text{Thiệt hại thực tế bản thân tàu khác}$$

- Xác định trách nhiệm bồi thường của bảo hiểm. Bảo hiểm chịu trách nhiệm:

- Bồi thường thiệt hại vật chất thân tàu,
- Bồi thường phần trách nhiệm (bồi thường) cho tàu kia theo tỷ lệ đã qui định.

- Bảo hiểm thu hồi (đòi lại) phần thân tàu mà tàu khác đã bồi thường:

$$\text{Mức đòi lại} = \frac{\text{Số tiền tàu khác đã bồi thường (trách nhiệm)}}{\text{Thiệt hại thực tế của bản thân tàu}} \times \text{Thiệt hại vật chất thân tàu}$$

- Thực tế bảo hiểm bồi thường:

Đây là phần chênh lệch giữa trách nhiệm bồi thường với số thu hồi (đòi lại).

Cùng với việc xác định số tiền bảo hiểm thực tế bồi thường cho chủ tàu, cần xác định thiệt hại các chủ tàu (tức số tiền không được bồi thường do lỗi của mình).

2.2. Tính toán thiệt hại đâm va theo trách nhiệm đơn

Trên cơ sở những tính toán thiệt hại do đâm va giữa hai tàu gây ra, (người ta) xác định trách nhiệm bồi thường của tàu này cho tàu khác và ngược lại. Nếu tàu nào có trách nhiệm bồi thường nhiều hơn sẽ phải bồi thường cho tàu kia, mức bồi thường bằng phần chênh lệch giữa mức trách nhiệm bồi thường của tàu này cho tàu kia với mức trách nhiệm bồi thường của tàu kia cho tàu này. Phương pháp này được gọi là phương pháp bồi thường theo trách nhiệm đơn.

Sử dụng phương pháp nào là tùy yêu cầu và mục đích nghiên cứu.

Ví dụ 1: Giả sử 2 tàu thủy đã bảo hiểm thân tàu và trách nhiệm dân sự chủ tàu ở hai công ty và quệt nhau. Tàu A, thân tàu hư hỏng dự tính phải sửa chữa hết 40 triệu đồng, thiệt hại hàng hóa 24 triệu đồng. Tàu B, thân tàu hư hỏng dự tính sửa chữa hết 20 triệu đồng, thiệt hại hàng hóa của chủ tàu bằng 62,5% thiệt hại hàng hóa của chủ tàu A. Theo giám định, tàu A lỗi 40%, tàu B lỗi 60%.

Yêu cầu: Xác định trách nhiệm bồi thường của các công ty bảo hiểm cho các chủ tàu, với giả thiết bảo hiểm bồi thường trách nhiệm và chạm theo tỷ lệ 3/4.

Theo yêu cầu, việc xác định trách nhiệm bồi thường của bảo hiểm theo 2 phương pháp như sau:

1. Giải quyết bồi thường theo trách nhiệm chéo

Trình tự giải quyết như sau:

1.1. Xác định tổng số thiệt hại (đơn vị triệu đồng)

Diễn giải	Tàu A	Tàu B
▪ Thiệt hại bản thân tàu		
- Thiệt hại vật chất thân tàu	40,0	20,0
- Thiệt hại hàng hóa	24,0	$(24 \times 62,5\%) = 15,0$
• Thiệt hại do bồi thường cho tàu kia	$(35 \times 40\%) = 14,0$	$(64 \times 50\%) = 38,4$
Tổng số thiệt hại	78,0	73,4

1.2. Trách nhiệm bồi thường của các công ty bảo hiểm:

Mỗi công ty bồi thường cho chủ tàu đăng ký bảo hiểm tại công ty (hoặc thay mặt chủ tàu bồi thường cho tàu kia) gồm:

Diễn giải	Tàu A	Tàu B
• Thiệt hại thân tàu	40,0	20,0
• Bồi thường trách nhiệm	$(14 \times 3/4) = 10,5$	$(38,4 \times 3/4) = 28,8$
Tổng số phải bồi thường	50,5	48,8

• 1.3. Các công ty bảo hiểm đòi lại phần thân tàu mà tàu kia đã bồi thường (trong phần trách nhiệm):

- Đòi tàu A: $(38,4 \times 40/64) = 24$
- Đòi tàu B: $(14 \times 20/35) = 8$

1.4. Thực tế các công ty bảo hiểm bồi thường:

- Công ty bảo hiểm A: $50,5 - 24 = 26,5$
- Công ty bảo hiểm B: $48,8 - 8 = 40,8$

Để kiểm tra lại kết quả tính toán, cần xác định thiệt hại mỗi chủ tàu không được bồi thường do lỗi của mình gây ra.

Thiệt hại không được bồi thường trong trường hợp này thường được xác định như sau:

$$\text{Thiệt hại không được bồi thường} = \text{Tổng số thiệt hại} - \left(\text{Thực tế được bảo hiểm bồi thường} + \text{Tàu kia bồi thường trách nhiệm} \right)$$

Ở đây:

- Chủ tàu A thiệt hại không được bồi thường:

$$78,0 - (26,5 + 15) = 13,1$$

- Chủ tàu B thiệt hại không được bồi thường:

$$73,4 - (40,8 + 14) = 18,6$$

Trên cơ sở số tiền bảo hiểm bồi thường cho các chủ tàu, số thiệt hại các chủ tàu không được bồi thường, có thể kiểm tra lại độ chính xác của kết quả tính được. Nếu tổng số bồi thường và không được bồi thường bằng tổng số tổn thất của bản thân các chủ tàu thì kết quả là chính xác.

Theo ví dụ 1 ở đây:

Thực tế các công ty bảo hiểm bồi thường	+	Thiệt hại các chủ tàu không được bồi thường	=	Thiệt hại của bản thân các chủ tàu
(26,5 + 40,8)	+	(13,1 + 18,6)	=	64 + 35
67,3	+	31,7	=	99

2. Giải quyết bồi thường theo trách nhiệm đơn

Như phân trên đã trình bày, trên cơ sở xác định thiệt hại của bản thân mỗi chủ tàu, dựa vào tỷ lệ lỗi của mỗi chủ tàu trong vụ tai nạn mà giám định đã xác nhận để tính mức trách nhiệm mà tàu này phải bồi thường cho tàu kia và ngược lại.

Theo kết quả tính toán, tàu A phải bồi thường trách nhiệm cho tàu B là 14 triệu đồng, tàu B bồi thường cho tàu A là 38,4 triệu đồng. Theo giới hạn trách nhiệm đơn, tàu B phải chuyển bồi thường cho tàu A là: $38,4 - 14 = 24,4$ triệu đồng.

Trên cơ sở này, có thể lập bảng như sau:

Đơn vị: Triệu đồng

Diễn giải	Chủ tàu A		Bảo hiểm tàu A		Chủ tàu B		Bảo hiểm tàu B	
	Thu	Chi	Thu	Chi	Thu	Chi	Thu	Chi
1. Thiệt hại bản thân tàu		64				35		
2. Bảo hiểm tàu A bồi thường thân tàu cho tàu A	40			40				
3. Tàu B bồi thường trách nhiệm cho tàu A	24,4					24,4		
4. Bảo hiểm tàu B bồi thường thân tàu cho tàu B					20			20
5. Bảo hiểm tàu A đòi lại phần thân tàu mà tàu B đã bồi thường ...		15,25	15,25					
6. Bảo hiểm tàu B bồi thường trách nhiệm cho tàu B					18,3			18,3
Tổng	64,4	79,25	15,25	40	38,3	59,4	0	38,3

Như vậy:

- Bảo hiểm tàu A phải bồi thường cho tàu A là: 24,75 triệu đồng ($= 40 - 15,25$).
- Bảo hiểm tàu B phải bồi thường cho tàu B là: 38,30 triệu đồng.
- Thiệt hại không được bồi thường của tàu A là: 14,85 triệu đồng ($= 79,25 - 64,4$)
- Thiệt hại không được bồi thường của tàu B là: 21,10 triệu đồng ($= 59,4 - 38,3$)
- Tổng: 99,0 triệu đồng

(đúng bằng tổng số thiệt hại của bản thân các chủ tàu: 64 + 35).

Trong thực tế, bảo hiểm thân tàu và trách nhiệm dân sự chủ tàu có nhiều vụ tai nạn khác nhau, nhiều trường hợp phát sinh trách nhiệm dân sự chủ tàu. Vì vậy, tùy trường hợp tai nạn, theo các điều kiện bảo hiểm mà xem xét vận dụng phương pháp giải quyết bồi thường thích hợp.

Điều quan trọng đối với nhà bảo hiểm là phải tỉnh táo để tránh bị lừa đảo, nhưng phải khẩn trương giải quyết bồi thường cho người tham gia...

III. HỘI BẢO HIỂM "P AND I"

1. Tổ chức và nguyên tắc hoạt động

Đầu thế kỷ XVIII, các chủ tàu tập hợp lại và lập "Hội tương hỗ tự bảo hiểm" về thân tàu. Đến năm 1810 đã có hơn 20 Hội bảo hiểm tương hỗ được thành lập, phần lớn tập trung ở Luân Đôn.

Các hội bảo trợ chủ tàu (Protection Clubs) ra đời nhằm bảo hiểm 1/4 trách nhiệm đắm va và số vượt quá 3/4 mà bảo hiểm thân tàu không đảm nhận; đồng thời Hội cũng bảo hiểm 100% trách nhiệm chết và thương tật đối với sỹ quan, hành khách, thủy thủ v.v...

Trong quá trình phát triển thương mại quốc tế, vận chuyển hàng hóa bằng đường biển ngày một nhiều. Những rủi ro do vận chuyển cũng ngày một tăng. Có những rủi ro chưa được bảo hiểm thân tàu đảm nhận như tổn thất hàng hóa chuyên chở trên tàu do tàu đi chệch hướng. Do đó, năm 1874, Hội Bảo trợ miền Bắc nước Anh nhận thêm rủi ro này. Và như vậy, Hội bảo trợ (Protection Clubs) nhận thêm bảo hiểm hàng hóa... và trở thành "Hội bảo trợ và bồi thường" (Protection and Indemnity Clubs) viết tắt P and I.

Hội P and I là một tổ chức có tư cách pháp nhân. Mỗi Hội bao gồm một số hội viên là chủ tàu các nước trên thế giới.

Cơ quan quyền lực cao nhất của Hội là Hội đồng Giám đốc (Board of Director). Hội đồng này quyết định thể lệ, chính sách, việc giải quyết bồi thường cho hội viên.

Cơ quan giúp việc Hội đồng giám đốc có thể tổ chức theo hai hình thức: Ban giám đốc và Ban quản lý.

Ban giám đốc do Hội đồng Giám đốc bầu ra và chủ tịch thường là những chủ tàu có đội thương thuyền lớn nhất trong Hội. Chính vì thế mà việc giải quyết công việc hàng ngày không được bình đẳng và khách quan, thường có xu hướng bênh vực quyền lợi cho những chủ tàu có đội tàu lớn hơn.

Ban quản lý gồm có chủ tịch và một số phó chủ tịch. Ban quản lý do Hội đồng giám đốc thuê những người có năng lực làm việc. Cách giải quyết công việc hàng ngày công bằng và hợp lý hơn.

Hội đồng giám đốc giao trách nhiệm và ủy quyền trong một giới hạn nhất định cho Ban giám đốc hoặc ban quản lý giải quyết những công việc phát sinh hàng ngày hoặc những vụ bồi thường tổn thất dưới 100.000 USD. Ngoài ra, Hội đồng giám đốc còn sử dụng mạng lưới đại diện ở các nước để nắm chắc thông tin, các thay đổi về luật pháp v.v... của các nước giúp Hội đồng giám đốc xử lý kịp thời, đúng luật pháp.

Hoạt động của Hội P and I dựa trên nguyên tắc tương hỗ nhằm cân bằng các khoản thu chi của Hội nghĩa là mọi khoản chi như bồi thường tổn thất, chi quản lý, chi giúp đỡ hội viên đều do các thành viên của Hội đóng góp.

Hội còn giúp đỡ Hội viên trong việc giải quyết tranh chấp kiện tụng, cung cấp thông tin mới, đào tạo bồi dưỡng cán bộ chuyên môn.

Theo nguyên tắc, Hội không cho phép chủ tàu cầm cố, chuyển nhượng tàu được Bảo hiểm P and I cho người khác

nếu không có sự đồng ý của Hội. Hiệu lực hợp đồng bảo hiểm P and I sẽ chấm dứt khi hội viên bị chết, bị phá sản hoặc mất trí (theo các qui định cụ thể).

2. Rủi ro thuộc trách nhiệm P and I

Các Hội bảo hiểm P and I của tất cả các nước đều thực hiện theo các qui tắc, thể lệ bảo hiểm như nhau. Các rủi ro được bảo hiểm, phạm vi bảo hiểm đều giống nhau; song cách phân chia có thể khác nhau. Có nước sắp xếp các rủi ro theo nhóm, có nước liệt kê theo loại v.v... Nói chung rủi ro thuộc trách nhiệm bảo hiểm P and I bao gồm:

- Tai nạn cá nhân, ốm đau hoặc tử vong đối với thủy thủ, công nhân bốc dỡ, hành khách đi trên tàu. Hội chịu trách nhiệm bồi thường những chi phí chữa bệnh, trợ cấp cho nạn nhân, chi phí an táng hoặc hỏa táng, chi phí hồi hương v.v...
- Mất mát hành lý, tư trang của hành khách và thủy thủ;
- Chi phí đi chèo chèo để đưa người ốm, người bị thương, người đi lậu vé, người tị nạn lên bờ;
- Chi phí cứu hộ;
- Trách nhiệm 1/4 trong đâm va không được bảo hiểm thân tàu bồi thường;
- Thiệt hại đối với tàu mà không có sự va chạm trực tiếp khác, ví dụ do sóng mạnh làm hư hại tàu v.v...
- Ô nhiễm dầu và các chất thải từ tàu;
- Trách nhiệm theo hợp đồng lai dắt;
- Chi phí di chuyển xác tàu;
- Tiền phạt của chính quyền, của cảng hoặc hải quan... do tàu vi phạm luật lệ an toàn lao động, vi phạm thủ tục hải quan hoặc thủ tục nhập cảnh, làm ô nhiễm môi trường, giao hàng thừa thiếu hoặc chứng từ hàng hóa lập sai sót...;
- Tồn thất, mất mát hàng hóa chuyên chở trên tàu.

Hội bồi thường cho chủ tàu về trách nhiệm đối với hàng hóa chuyên chở trên tàu bao gồm những tổn thất và chi phí hàng giao thiếu so với vận tải đơn hoặc bị mất cắp trong thời hạn bảo quản của tàu; chi phí bốc dỡ bất thường trên đường hành trình mà chủ tàu đã chi ra nhưng không đòi lại được của chủ hàng, chi phí phân bổ tổn thất chung cho chủ hàng mà chủ tàu không đòi lại được v.v...

Để tạo điều kiện thuận lợi giúp đỡ các chủ tàu nhiều hơn, Hội bảo hiểm P and I trong nhóm quốc tế Luân Đôn đã mở rộng các rủi ro được bảo hiểm. Đó là:

- ✓ Bảo hiểm 4/4 trách nhiệm đâm va;
- ✓ Bảo hiểm các rủi ro thùng container cho người thứ ba trên đất liền;
- ✓ Bảo hiểm tổn thất tiền thuê tàu;
- ✓ Bảo hiểm tàu đi chệch hướng;
- ✓ Bảo hiểm trách nhiệm thuê tàu định hạn khi hư hỏng, thiệt hại thân tàu, máy móc;
- ✓ Bảo hiểm các hầm nhiên liệu;
- ✓ Bảo hiểm hàng hóa xếp trên boong tàu cùng với vận đơn có ghi vận chuyển hàng hóa dưới boong tàu.

Trên đây là bảy rủi ro bảo hiểm mở rộng của Hội bảo hiểm P and I hiện nay nhằm thu hút các chủ tàu và người thuê tàu tham gia.

3. Phí bảo hiểm và phương pháp tính phí

3.1 Phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm của Hội P and I do các hội viên đóng góp. Nguyên tắc hoạt động của Hội là cân bằng thu chi. Do đó, phí bảo hiểm của từng hội viên đóng góp trên cơ sở cân bằng thu, chi của Hội từng thời kỳ.

Thu của Hội bao gồm:

- Phí bảo hiểm do các hội viên đóng hàng năm;
- Các khoản thu nhập từ lãi đầu tư quỹ nhân rồi chưa bồi thường tổn thất cho hội viên.

Chi của hội bao gồm:

- Bồi thường tổn thất cho các hội viên;
- Bồi thường tổn thất cho các hội bảo hiểm khác trong nhóm bảo hiểm P and I quốc tế;
- Chi tái bảo hiểm;
- Chi quản lý;
- Chi phí bù đắp tổn thất do lạm phát.

Do đặc điểm của nghiệp vụ bảo hiểm P and I là tổn thất xảy ra trong năm bảo hiểm, nhưng giải quyết tranh chấp thường kéo dài vài ba năm. Vì vậy, mỗi Hội thường thu một khoản phí đóng trước của hội viên để đáp ứng nhu cầu chi tiêu phát sinh trong năm đó. Như vậy, thực chất tính phí bảo hiểm P and I là tính phí đóng trước và phí đóng sau của mỗi hội viên.

3.2. Phương pháp tính phí

**** Phương pháp tính phí đóng trước***

Có hai phương pháp tính phí đóng trước:

- Theo tỷ lệ bồi thường
- Theo trọng tải của tàu.

a. Phương pháp tính phí theo tỷ lệ bồi thường

Theo phương pháp này, tính tỷ lệ bồi thường bình quân của Hội trong 5 năm cho từng hội viên làm cơ sở tính tỷ lệ hoặc mức phí thuần. Sau đó, xem xét tỷ lệ bồi thường của năm thứ 5, chi phí tái bảo hiểm, chi phí bồi thường cho nhóm, chi phí quản lý và lạm phát v.v...

Trình tự tiến hành như sau:

①. Tính tỷ lệ bồi thường bình quân của Hội trong 5 năm:

$$\bar{T} = \frac{\sum_{i=1}^5 t_i}{\sum_{i=1}^5 P_i}$$

Trong đó:
 $\bar{T}$: Tỷ lệ bồi thường bình quân 5 năm
 t_i : Số tiền Hội đã và sẽ bồi thường từng năm i
 P_i : Số phí hội viên đã và sẽ nộp từng năm i .

②. Tính số phí phải đóng năm thứ 5:

$$P_5 = \text{Số phí đã đóng trước} + \text{Số phí ước phải đóng tiếp}$$

③. Tính số phí tái bảo hiểm của hội viên trong hội.

$$P_{tb} = g \times Q$$

Trong đó:

- P_{tb} : Phí tái bảo hiểm của hội viên
- g : Giá phí tái bảo hiểm trên thị trường quốc tế cho 1 đơn vị trọng tải (GRT)
- Q : Tổng trọng tải đội tàu của hội viên.

④. Tính số phí hội viên đóng góp cho Hội bồi thường cho các Hội khác trong nhóm quốc tế:

$$P_{qt} = (P_5 - P_{tb})y_1$$

P_{qt} - Phí bồi thường cho nhóm quốc tế

y_1 - Tỷ lệ phí bồi thường của hội viên cho nhóm quốc tế.

⑤. Tính chi phí quản lý:

$$P_{ql} = (P_5 - P_{tb})y_2$$

P_{ql} - Phí quản lý

y_2 - Tỷ lệ định mức chi phí quản lý.

⑥. Tính tỷ lệ được phép bồi thường của năm nghiệp vụ (năm tới):

$$T_6 = \frac{P_s \cdot P_{tb} \cdot P_{qt} \cdot P_{ql}}{P_s} \times 100$$

⑦. Tính tỷ lệ chênh lệch giữa tỷ lệ bồi thường năm nghiệp vụ (T_6) với tỷ lệ bồi thường bình quân ($\bar{T}$):

$$y_3 = T_6 \cdot \bar{T}$$

⑧. Chi phí bù đắp do lạm phát. Hội qui định đóng phí theo đồng đôla Mỹ. Tỷ lệ lạm phát (y_4) căn cứ vào thị trường tiền tệ và thanh toán quốc tế.

⑨. Tính số phí bảo hiểm phải đóng cho một tấn trọng tải tàu GRT (Gross Registered Tonne) trong năm thứ 5:

$$p = \frac{\text{Tổng số phí bảo hiểm đã đóng trong năm thứ 5}}{\text{Tổng số tấn trọng tải tàu của hội viên}}$$

⑩. Tính phí bảo hiểm đóng trước của hội viên năm nghiệp vụ (năm tới)

$$P_t = [p - p(y_3 - y_4)]Q \quad (P_t : \text{Phí đóng trước})$$

Phương pháp tính phí theo tỷ lệ bồi thường có ưu điểm là nhanh, gọn. Song cũng có những hạn chế nhất định. Đó là nó không phản ánh sự thay đổi của đội tàu (mua thêm hoặc bán đi); không thể áp dụng để tính phí cho hội viên có tổn thất lớn, tỷ lệ tổn thất vượt quá 100%, v.v...

Để khắc phục nhược điểm trên, phí đóng trước có thể tính theo trọng tải tàu.

b. Phương pháp tính phí theo trọng tải tàu

Theo phương pháp này, tính mức bồi thường bình quân

theo trọng tải tàu của hội viên. Với những tổn thất lớn, chỉ tính phần hội viên tự gánh chịu trong tổn thất đó và được coi như là số tiền bồi thường của hội.

Trình tự tính như sau:

①. Tính mức bồi thường bình quân 5 năm trước cho một tấn trọng tải tàu:

$$\overline{M} = \frac{\sum_{i=1}^5 t_i}{\sum_{i=1}^5 q_i}$$

Trong đó:
 $\overline{M}$: Mức bồi thường bình quân một tấn trọng tải
 t_i : Số tiền đã và sẽ bồi thường trong năm i
 q_i : Trọng tải tàu của hội viên năm i .

Theo qui ước, với tổn thất lớn xảy ra thì số tiền bồi thường (t_i) cho vụ tổn thất đó chỉ tính phần chủ tàu (hội viên) tự gánh chịu chứ không tính phần Hội gánh chịu.

②. Tính phí tái bảo hiểm cho một tấn trọng tải tàu theo giá phí tái bảo hiểm của thị trường quốc tế (M_1).

③. Tính phí bồi thường cho nhóm bảo hiểm P and I quốc tế:

$$M_2 = \overline{M} \times y_1$$

④. Tính phí để đảm bảo chi phí quản lý của Hội:

$$M_3 = \overline{M} \times y_2$$

⑤. Tính phí hỗ trợ chi phí do lạm phát:

$$M_4 = \overline{M} \times y_4$$

⑥. Tính phí bảo hiểm cho 1 tấn trọng tải:

$$p = \overline{M} + M_1 + M_2 + M_3 + M_4$$

$$\text{hay } p = \overline{M} (1 + y_1 + y_2 + y_4) + M_1$$

⑦. Phí bảo hiểm mà hội viên đóng cho hội sẽ là:

$$P = p \times Q$$

$$Q = \sum_{i=1}^5 q_i : \text{Tổng trọng tải đội tàu của hội viên}$$

p : phí bảo hiểm 1 tấn trọng tải.

Cần lưu ý rằng, trong bảo hiểm P and I thường áp dụng mức miễn thường có khấu trừ cho từng loại rủi ro. Do đó, khi tính phí bảo hiểm cần đối chiếu cụ thể từng trường hợp.

Ví dụ 2: Có tài liệu về đội tàu của ông A với trọng tải 200.000 GRT tham gia bảo hiểm Hội P and I trong 5 năm như sau:

Năm nghiep vụ	Phí bảo hiểm đã đóng	Tổn thất Hội đã bồi thường	Tổn thất Hội chưa bồi thường
Năm thứ 1	150.000 USD	30.000 USD	
Năm thứ 2	180.000 USD	65.000 USD	
Năm thứ 3	240.000 USD	130.000 USD	
Năm thứ 4	290.000 USD	150.000 USD	
Năm thứ 5	310.000 USD	150.000 USD	40.000 USD

Giả sử: - Phí tái bảo hiểm năm thứ 6 là 0,3 USD/1 GRT;

- Tỷ lệ phí đóng góp bồi thường cho nhóm quốc tế là 20%;
- Tỷ lệ phí quản lý của Hội là 10%;
- Tỷ lệ lạm phát dự kiến là 6%;
- Số phí phải đóng tiếp năm thứ 5 bằng 25% số phí đã đóng.

Yêu cầu: Xác định số phí bảo hiểm đóng trước của hội viên trong năm tiếp theo, theo phương pháp tỷ lệ bồi thường

và mức bồi thường theo trọng tải tàu, với giả thiết năm nghiệp vụ tiếp theo có tổn thất lớn về thân tàu là 2.500.000 USD, trong đó hội viên tự gánh chịu 300.000 USD, tổn thất khác trong năm là 200.000 USD.

Phí bảo hiểm mỗi hội viên phải đóng trước được xác định theo 2 phương pháp: Theo tỷ lệ bồi thường và theo trọng tải tàu.

1. Tính phí đóng trước theo tỷ lệ bồi thường:

1.1. Tính tỷ lệ bồi thường bình quân 5 năm trước:

$$\begin{aligned}\bar{T} &= \frac{\Sigma (\text{đã} + \text{sẽ})}{\Sigma \text{Số phí đã và sẽ đóng}} = \frac{(30 + 65 + 130 + 150 + 150 + 40) \times 1000}{[150 + 180 + 240 + 290 + 310 + (0,25 \times 310)] \times 1000} \\ &= \frac{565.000}{1.247.500} = 0,4529\end{aligned}$$

1.2. Tính số phí phải đóng năm thứ 5:

$$\text{Số phí phải đóng (P)} = 310.000 + (0,25 \times 310.000) = 387.500 \text{ USD}$$

1.3. Phí tái bảo hiểm của hội viên A:

$$P_{tb} = g \times Q = 0,3 \times 200.000 = 60.000 \text{ USD}$$

1.4. Tính số phí hội viên đóng góp cho Hội bồi thường cho nhóm quốc tế:

$$P_{qt} = (P_s - P_{tb}) \times y_1 = (387.500 - 60.000) \times 0,2 = 65.500 \text{ USD}$$

1.5. Tính chi phí quản lý:

$$P_{ql} = (P_s - P_{tb}) y_2 = (387.500 - 60.000) \times 0,1 = 32.750 \text{ USD}$$

1.6. Tính tỷ lệ được phép bồi thường của năm nghiệp vụ tiếp (năm thứ 6):

$$T_6 = \frac{P_5 - P_{tb} - P_{qt} - P_{ql}}{P_5} =$$

$$= \frac{387.500 - 60.000 - 65.500 - 32.750}{387.500} = 0,5916$$

1.7. Tính tỷ lệ chênh lệch giữa tỷ lệ bồi thường năm nghiệp vụ tiếp (năm thứ 6) với tỷ lệ bồi thường bình quân ($\bar{T}$):

$$y_3 = T_6 - \bar{T} = 0,5916 - 0,4529 = 0,1387$$

1.8. Chi phí bù đắp do lạm phát: $y_4 = 6\%$.

1.9. Tính số phí bảo hiểm phải đóng cho một tấn trọng tải GRT trong năm thứ 5:

$$p = \frac{310.000}{200.000} = 1,55 \text{ USD/GRT}$$

1.10. Tính phí bảo hiểm đóng trước của hội viên A năm nghiệp vụ tới:

$$P_6 = [p - p(y_3 - y_4)]Q = [1,55 - 1,55(0,1387 - 0,060)] \times 200.000$$

$$= 285.600 \text{ USD}$$

2. Tính phí đóng trước theo trọng tải tàu:

2.1. Tính mức bồi thường bình quân 5 năm trước cho một tấn trọng tải tàu:

$$\bar{M} = \frac{\sum_{i=1}^5 t_i}{\sum_{i=1}^5 q_i} = \frac{[85 + 130 + 150 + (150 + 40) + (300 + 200)] \times 1.000}{200.000 \times 5} = 1,055 \text{ USD/GRT}$$

Theo giả thiết, năm thứ 6 tổn thất đã xảy ra nên số tiền đã bồi thường (tử số) bắt đầu từ năm thứ 2. Cũng theo qui ước, tổn thất năm thứ 5 mà hội viên tự gánh chịu là (300.000 + 200.000) USD.

2.2. Phí tái bảo hiểm cho một tấn trọng tải tàu:

$$M_1 = 0,3 \text{ USD/GRT}$$

2.3. Tính phí bồi thường cho nhóm bảo hiểm P and I quốc tế:

$$M_2 = \overline{M} \times y_1 = 1,055 \times 0,2 = 0,211 \text{ USD/GRT}$$

2.4. Tính phí đóng góp quản lý của Hội:

$$M_3 = \overline{M} \times y_2 = 1,055 \times 0,1 = 0,1055 \text{ USD/GRT}$$

2.5. Tính phí hỗ trợ lạm phát:

$$M_4 = \overline{M} \times y_4 = 1,055 \times 0,06 = 0,0633 \text{ USD/GRT}$$

2.6. Tính phí bảo hiểm phải đóng cho 1 tấn trọng tải:

$$p = \overline{M} + M_1 + M_2 + M_3 + M_4$$

$$= 1,055 + 0,211 + 0,1055 + 0,0633 = 1,4348 \text{ USD/GRT}$$

Vậy phí phải đóng của ông A cho Hội trong năm nghiệp vụ tiếp theo (năm thứ 7) sẽ là:

$$P = p \times Q = 1,4348 \times 200.000 = 286.960 \text{ USD}$$

** Phương pháp tính phí đóng sau*

Như phân trên đã trình bày, mỗi hội viên tham gia Hội bảo hiểm P and I đều phải đóng trước một số phí (thông thường khoảng 75% số phí phải đóng trong năm). Số phí đó được sử dụng vào chi bồi thường cho hội viên, cho nhóm quốc

tế, chi tái bảo hiểm, chi quản lý v.v... Trong năm, nếu số phí đó chi không hết sẽ đưa vào quỹ dự phòng của Hội; nếu thiếu yêu cầu hội viên đóng thêm. Hội viên đóng thêm trên cơ sở việc chi bồi thường phát sinh trong năm nghiệp vụ đã giải quyết xong hoặc xác định chính xác số phải chi của Hội.

Tính phí đóng thêm (đóng sau) của mỗi hội viên phải căn cứ vào các khoản chi trong năm nghiệp vụ, các khoản thu của Hội để phân bổ.

- Các khoản chi (a):
 - + Chi bồi thường cho hội viên
 - + Chi bồi thường cho nhóm
 - + Chi tái bảo hiểm
 - + Chi quản lý.

- Thu phí đóng trước của hội viên (b); thu lãi đầu tư (c).

Trên cơ sở đó, tính tỷ lệ phí đóng sau cho mỗi hội viên:

$$t = \frac{a - b - c}{b} \times 100$$

Vậy phí đóng sau của mỗi hội viên sẽ là:

$$P_s = P_l \times t$$

Trong đó: P_s : Phí đóng sau

P_l : Phí đóng trước

t : Tỷ lệ phí đóng sau.

4. Sự khác nhau cơ bản giữa Hội Bảo hiểm P and I với các công ty bảo hiểm

Hội bảo hiểm P and I do các chủ tàu thành lập để tự bảo hiểm cho mình. Do đó, Hội có những điểm khác cơ bản với công ty bảo hiểm như sau:

- Hội luôn luôn giúp đỡ các chủ tàu giải quyết tranh chấp với người khiếu nại; bảo lãnh để giải thoát tàu bị bắt giữ bởi người thứ ba có khiếu nại hàng hải đối với chủ tàu;

- Hội cung cấp thông tin cho các chủ tàu như các công ước quốc tế mới nhất; văn bản sửa đổi luật lệ của các nước có liên quan đến trách nhiệm chủ tàu v.v...; Hội còn tiến hành đào tạo và bồi dưỡng cán bộ nghiệp vụ cho các chủ tàu;

- Hoạt động của Hội với mục đích tương hỗ, giúp đỡ lẫn nhau giữa các chủ tàu cho nên tài chính của Hội thực hiện theo nguyên tắc "cân bằng thu, chi".

CHƯƠNG VIII

BẢO HIỂM VẬT CHẤT CÁC PHƯƠNG TIỆN VẬN TẢI

Cùng với sự phát triển ngày càng cao của khoa học kỹ thuật, các phương tiện sử dụng trong ngành giao thông vận tải cũng được cải tiến và ngày một hoàn thiện như máy bay, tàu hoả, ô tô, hay tàu thủy... Sự phát triển của ngành giao thông vận tải đã đóng góp một phần không nhỏ vào sự phát triển chung của xã hội loài người, đặc biệt xu hướng phát triển trên thế giới hiện nay là xu hướng “toàn cầu hóa”. Tuy nhiên, với sự cố gắng của bản thân con người cũng như sự trợ giúp của khoa học kỹ thuật, chúng ta vẫn chưa thể loại bỏ được các tai nạn giao thông xảy ra. Thậm chí tai nạn giao thông xảy ra ngày một tăng và mức độ tổn thất ngày càng lớn, đôi khi có tính thảm họa. Có thể nói các vụ tai nạn máy bay hay tàu tốc hành là những ví dụ điển hình về tai nạn giao thông hiện nay. Ngoài ra các rủi ro khác như trộm cắp, sự cố kỹ thuật, thiên tai... cũng là điều không tránh khỏi của ngành giao thông vận tải. Để bù đắp những tổn thất về người và của do những rủi ro bất ngờ gây ra cho chủ phương tiện vận tải, Bảo hiểm phương tiện giao thông vận tải được xem là một biện pháp hữu hiệu nhất hiện nay.

Khi những rủi ro bất ngờ xảy ra với phương tiện vận tải, chủ phương tiện không những phải chịu những thiệt hại vật chất do phương tiện của chính mình bị hư hỏng hay mất mát, mà còn có thể phải chịu trách nhiệm về những thiệt hại về người và của do phương tiện của mình gây ra cho những người thứ ba khác. Do vậy, bảo hiểm phương tiện giao thông

vận tải thường bao gồm hai phần cơ bản: Bảo hiểm vật chất cho chính phương tiện và bảo hiểm trách nhiệm dân sự đối với bên thứ ba. Tuy nhiên, trong phạm vi nghiên cứu của chương này, chỉ đề cập bảo hiểm vật chất cho ba loại phương tiện giao thông vận tải thông dụng gồm:

- Bảo hiểm thân máy bay;
- Bảo hiểm vật chất xe cơ giới.

Riêng bảo hiểm thân tàu sẽ được đề cập trong chương “Bảo hiểm thân tàu thủy, TNDS chủ tàu và hội bảo hiểm P&I”.

I. BẢO HIỂM THÂN MÁY BAY

1. Đối tượng bảo hiểm

Người sở hữu máy bay hoặc người điều hành máy bay mua bảo hiểm thân máy bay là để được bồi thường tổn thất hoặc thiệt hại đối với thân máy bay bao gồm vỏ, máy và trang thiết bị của máy bay do những rủi ro tai nạn bất ngờ gây nên. Tùy theo yêu cầu của người tham gia bảo hiểm, các nhà bảo hiểm cam kết bồi thường, thay thế, hay sửa chữa tổn thất hoặc thiệt hại do các rủi ro được bảo hiểm gây ra cho máy bay khi máy bay của họ:

- Đang bay
- Chạy trên đất
- Đỗ trên mặt đất
- Đang neo.

Sở dĩ có sự tách biệt theo các pha hoạt động như trên là do có một số những loại trừ bảo hiểm và mức miễn thường được áp dụng khi máy bay đang bay, đang chạy trên mặt đất, đang đứng trên mặt đất hoặc đang neo đậu là khác nhau. Đối với các mức khấu trừ chuẩn được áp dụng đối với từng loại

động cơ máy bay cụ thể, không có sự khác biệt giữa rủi ro mặt đất và rủi ro bay.

Ngoài việc bồi thường những thiệt hại thân máy bay, các nhà bảo hiểm còn chịu trách nhiệm bồi thường:

- Những chi phí cần thiết và hợp lý trong trường hợp khẩn cấp mà người được bảo hiểm đã phải chịu nhằm đảm bảo an toàn cho máy bay ngay sau khi bị hư hỏng hoặc phải hạ cánh bất buộc. Tuy nhiên, các nhà bảo hiểm thường giới hạn số tiền bồi thường cho những chi phí này. Ví dụ, theo đơn bảo hiểm hàng không của Bảo Việt số tiền này không vượt quá 10% giá trị bảo hiểm.

- Chi phí giám định tổn thất thuộc trách nhiệm của bảo hiểm.

Tuy nhiên, người được bảo hiểm chỉ được hưởng quyền lợi bảo hiểm khi họ chấp hành nghiêm chỉnh những yêu cầu của người bảo hiểm như:

- Luôn chủ động áp dụng mọi biện pháp nhằm đề phòng và hạn chế tổn thất cho đối tượng bảo hiểm.

- Nghiêm chỉnh chấp hành mọi quy chế và yêu cầu hoạt động của ngành hàng không do các cơ quan có thẩm quyền quy định để đảm bảo an toàn bay và đảm bảo chắc chắn rằng máy bay đáp ứng đầy đủ mọi yêu cầu an toàn bay trước khi bắt đầu mỗi chuyến bay.

Tương tự như những đơn bảo hiểm máy móc, người bảo hiểm sẽ không chịu trách nhiệm bồi thường đối với trường hợp hao mòn tự nhiên, hư hỏng dần, lỗi kết cấu, vỡ hoặc hỏng phần điện hoặc phần cơ (trừ trường hợp tổn thất toàn bộ). Tuy nhiên, thiệt hại kế tiếp xảy ra với máy bay bởi những hiểm họa loại trừ trên thì vẫn được bồi thường. Ví dụ, nếu một cái chốt trong một động cơ vỡ và dẫn đến hư hỏng toàn bộ về phần cơ thì loại trừ chỉ áp dụng đối với giá trị của cái chốt đó mà không áp dụng đối với động cơ. Ngoài ra, người

bảo hiểm cũng sẽ không chịu trách nhiệm bồi thường tổn thất trong các trường hợp sau:

- Máy bay được sử dụng khác với mục đích sử dụng ghi trên giấy chứng nhận bảo hiểm;

- Máy bay vượt ra ngoài phạm vi địa lý nêu trong giấy chứng nhận bảo hiểm, trừ khi do những yêu cầu bất khả kháng;

- Máy bay hoạt động dưới sự điều khiển của bất kỳ người nào khác với quy định trong đơn bảo hiểm, trừ trường hợp máy bay chạy trên mặt đất với sự điều khiển của những người được phép làm việc đó;

- Máy bay hạ, cất cánh ở những nơi không phù hợp với tính năng kỹ thuật của máy bay, trừ trường hợp do điều kiện không thể tránh khỏi;

- Máy bay được vận chuyển bằng bất kỳ phương tiện vận chuyển nào, trừ khi đó là do hậu quả của một vụ tai nạn;

- Những trách nhiệm và quyền lợi mà người được bảo hiểm chấp nhận hoặc từ bỏ theo bất kỳ thoả thuận nào khác với vận đơn đã phát hành ;

- Tổng số hành khách vận chuyển trên máy bay vượt quá số hành khách tối đa ghi trên đơn bảo hiểm;

- Những khiếu nại mà người được bảo hiểm có thể được bồi thường theo bất kỳ một hợp đồng bảo hiểm nào khác, trừ phần vượt quá số tiền bồi thường quy định trong những hợp đồng khác mà vẫn thuộc phạm vi trách nhiệm bảo hiểm của đơn bảo hiểm máy bay;

- Những khiếu nại tổn thất do hiện tượng phóng xạ hoặc nhiễm phóng xạ gây ra trực tiếp hoặc gián tiếp hoặc có thể quy cho những hiện tượng đó;

- Những khiếu nại tổn thất do những hành động ác ý hay phá hoại, do đình công, bãi công hay gây rối lao động, do

chiến tranh nội chiến hay các sự kiện khác mang tính chất chính trị.

2. Giá trị bảo hiểm, số tiền bảo hiểm, phí bảo hiểm

a. Giá trị bảo hiểm và số tiền bảo hiểm

Trong bảo hiểm thân máy bay, giá trị bảo hiểm là giá trị thực tế của chiếc máy bay tại thời điểm ký kết hợp đồng bảo hiểm. Tuy nhiên người tham gia bảo hiểm có thể mua bảo hiểm với số tiền bảo hiểm lớn hơn, bằng hoặc nhỏ hơn giá trị bảo hiểm. Số tiền bảo hiểm mà người tham gia bảo hiểm lựa chọn sẽ quyết định đến số tiền bồi thường khi có tổn thất xảy ra. Người bảo hiểm có quyền lựa chọn chi trả hoặc thay thế máy bay trong trường hợp tổn thất và quyền lựa chọn này được thể hiện trong đơn bảo hiểm. Trên cơ sở này, nếu máy bay bị tổn thất toàn bộ thực tế hoặc tổn thất toàn bộ ước tính, người bảo hiểm có quyền hoặc thanh toán số tiền được bảo hiểm nêu trong đơn bảo hiểm hoặc cung cấp cho người được bảo hiểm một máy bay thay thế miễn là máy bay thay thế có thể được mua với một số tiền không vượt quá giá trị được bảo hiểm.

Trong thực tế, với sự ra đời của một số loại máy bay mới hơn và bay nhanh hơn, nên giá trị của các loại máy bay đời cũ có thể bị giảm mạnh và thấp hơn giá trị được bảo hiểm nêu trong đơn bảo hiểm. Do đó, người bảo hiểm thường lựa chọn bồi thường theo phương án mua máy bay thay thế để họ có thể mua với số tiền ít hơn giá trị được bảo hiểm, do đó có thể tiết kiệm đáng kể các chi phí bồi thường.

Tuy nhiên, người được bảo hiểm thường gặp khó khăn khi người bảo hiểm lựa chọn phương án bồi thường thay thế máy bay. Ví dụ, người được bảo hiểm có thể đã tiến hành chương trình tái trang bị máy bay và không muốn thay thế

máy bay cùng loại cho cái bị mất. Vì vậy, hiện nay người được bảo hiểm thường cố gắng mua bảo hiểm trên cơ sở “*giá trị thoả thuận*”. Khi tổn thất toàn bộ xảy ra người bảo hiểm sẽ phải bồi thường theo số tiền bảo hiểm này và từ bỏ quyền bồi thường bằng cách thay thế máy bay. Nhưng nhìn chung, các nhà bảo hiểm sẽ không đồng ý bảo hiểm theo “*giá trị thoả thuận*” trong đơn bảo hiểm thân máy bay nếu là máy bay mới và thuộc loại đang cần. Nguyên nhân là do máy bay cũ dần và trị giá của nó sẽ giảm đáng kể so với giá trị mới, nên xác định giá trị thoả thuận thực tế trở nên khó khăn.

Thuật ngữ *miễn thường* trong bảo hiểm có nghĩa là người được bảo hiểm phải tự chịu số tiền tổn thất đầu tiên hoặc một phần của khiếu nại bồi thường. Số tiền miễn thường thường khác nhau đối với từng phần khác nhau của đơn bảo hiểm và đối với từng loại rủi ro khác nhau. Hiện nay, mức miễn thường của máy bay thân rộng là 1.000.000\$ cho một tai nạn bất kỳ, trong khi máy bay thân hẹp có mức miễn thường là 500.000\$ cho một tai nạn bất kỳ.

Mục đích của miễn thường là người bảo hiểm muốn tránh những rắc rối và chi phí khi giải quyết những khiếu nại nhỏ. Chi phí hành chính để giải quyết những khiếu nại đó có thể khá dễ dàng vượt quá số tiền khiếu nại bồi thường. Hơn nữa, miễn thường giúp người bảo hiểm áp đặt một số biện pháp kiểm chế đối với người được bảo hiểm trong việc vận hành máy bay, vì thế người được bảo hiểm sẽ cẩn thận hơn và không hành động cẩu thả. Miễn thường có thể được thể hiện là một khoản cố định, ví dụ 1.500\$ hoặc là một tỷ lệ phần trăm của giá trị được bảo hiểm. Tuy nhiên, người bảo hiểm thường mong muốn ít nhất 1% giá trị mới của máy bay đối với rủi ro bay, chạy trên đất và ăn hàng, và (1/4)% đến (1/3)% đối với tổn thất bất kỳ xảy ra trên mặt đất. Và tất nhiên khi áp dụng mức miễn thường thì cũng đồng nghĩa với

việc giảm phí bảo hiểm. Tuy nhiên người tham gia bảo hiểm phải hết sức thận trọng khi quyết định mức miễn thường, không nên chỉ vì giảm phí mà để ra mức miễn thường quá lớn.

b. Phí bảo hiểm

+ Phương pháp tính phí

Mục đích của tính phí là để xác định phí bảo hiểm phù hợp với mức độ rủi ro. Nói cách khác, người được bảo hiểm phải đóng góp vào quỹ chung với tỷ lệ tương ứng với khả năng xảy ra rủi ro của người được bảo hiểm. Trên thực tế, phần lớn máy bay khi mua bảo hiểm thân, tỷ lệ phí được xác định bằng tỷ lệ phần trăm của giá trị được bảo hiểm của động cơ và tỷ lệ phí thay đổi theo tuyến đường bay, kinh nghiệm trong quá khứ v.v... Các hãng hàng không vừa và nhỏ thường mua bảo hiểm thân và trách nhiệm với cùng một đơn bảo hiểm. Phí bảo hiểm được tính trên tổng giá trị của đội máy bay và số lần bay dự định sẽ được thực hiện bởi những máy bay đó trong thời hạn bảo hiểm. Phí bổ sung thường không được tính cũng như không có hoàn phí trừ phi có sự chênh lệch đáng kể giữa những số liệu đưa ra khi chào phí. Các phương pháp khác có thể được áp dụng trong những trường hợp cụ thể, đặc biệt khi rủi ro chỉ tồn tại trong những thời gian ngắn. Ví dụ:

- Các chuyến bay, phiên bản và động cơ đang trong quá trình nghiên cứu phát triển có thể được tính phí trên cơ sở giờ bay hoặc một tỷ lệ phí hoặc một mức phí đầy đủ cho một số giờ bay cụ thể hoặc một số ngày có rủi ro.
- Các chuyến bay giao hàng từ người cung cấp đến khách hàng, khi đó một tỷ lệ phí cố định được tính cho chuyến bay (chứ không phải một tỷ lệ của phí bảo hiểm hàng năm). Các chuyến bay xuyên đại dương bằng máy bay nhỏ

thường có mức độ nguy hiểm đáng kể.

- Bay trong giai đoạn ban đầu của quá trình giảng dạy. Rủi ro này thường được bảo hiểm theo đơn bảo hiểm năm. Đơn bảo hiểm này thường tính trong tỷ lệ phí một yếu tố bổ sung để cho phép bảo hiểm cho rủi ro phụ có thể xảy ra trong giai đoạn trước và sau bay.

Cũng có thể xác định tỷ lệ phí bằng cách tính một mức phí cho từng lần cất cánh và hạ cánh hoặc một số tiền mỗi giờ hoặc phần giờ mà máy bay bay. Cơ sở lập luận của cách tính này là rủi ro chủ yếu xảy ra trong khi máy bay hạ cánh và cất cánh. Tuy nhiên, hầu hết các máy bay hạng nhẹ sở hữu tư nhân không thực hiện nhiều giờ bay. Phần lớn các máy bay sở hữu tư nhân ít khi thực hiện quá 50 đến 100 giờ bay hàng năm. Vì vậy, số lượng phí đủ để bảo hiểm cho rủi ro thuộc loại này là lớn so với mức phí mà người sở hữu phải trả trên cơ sở giờ bay. Vì vậy, tính một tỷ lệ phí hoặc một mức phí trong cả 12 tháng là tốt hơn.

+ Giảm phí

Hoạt động trong môi trường cạnh tranh nên các công ty bảo hiểm thường áp dụng các biện pháp giảm phí để thu hút hoặc giữ khách hàng. Tuy nhiên, việc giảm phí thường chỉ được áp dụng nếu đơn bảo hiểm được tái tục với cùng người bảo hiểm. Giảm phí được thể hiện dưới nhiều hình thức. Người được bảo hiểm có thể được giảm phí thông qua việc được hoàn lại một phần phí bảo hiểm đã đóng nếu họ không có khiếu nại trong thời hạn của đơn bảo hiểm. Giảm phí đôi khi lại dưới dạng *thưởng không khiếu nại* (tức là thưởng khi không có khiếu nại trong thời hạn bảo hiểm).

Việc giảm phí còn được thể hiện dưới dạng *hoa hồng lợi nhuận* (được tính trên cơ sở số dư giữa phí bảo hiểm và số tiền khiếu nại). Trong trường hợp này, người bảo hiểm thường dành ra một phần phí hoàn lại để trả thù lao cho các

dại lý và do đó không phải người được bảo hiểm được hưởng tất cả phân phí hoàn lại, mà thường chỉ là 75% hoặc 80% mà thôi.

+ *Hoàn phí kinh nghiệm tốt* (The Good Experience Return - GER) là một hình thức giảm phí khác trong bảo hiểm hàng không. Theo phương thức này, một mức hoàn phí cố định X sẽ được thực hiện nếu tổng khiếu nại theo một đơn nhỏ hơn Y phần trăm của phí bảo hiểm. Tỷ lệ này thường là 50% hoặc thấp hơn.

+ *Các nhân tố ảnh hưởng đến phí bảo hiểm*

Hoạt động bảo hiểm dựa trên nguyên tắc *quy luật số đông* (hay quy luật số lớn). Tỷ lệ phí bảo hiểm được xác định trên cơ sở số liệu thống kê về tổn thất xảy ra trong quá khứ. Song, trong bảo hiểm hàng không, do số lượng máy bay ít nên có thể nói không có một cơ sở khoa học chính xác cho việc tính tỉ lệ phí bảo hiểm. Số liệu thống kê từ những tổn thất quá khứ chỉ được sử dụng như một nguồn tham khảo vì:

- Các số liệu thống kê nhận được chỉ là số liệu từ một số ít các máy bay trong số các máy bay đang hoạt động, do đó không phản ánh được một cách đầy đủ về xác suất rủi ro;

- Việc phát minh ra một loại máy móc thiết bị hàng không mới, ví dụ như bộ phận trợ giúp hạ cánh, cũng có thể làm thay đổi toàn bộ kinh nghiệm quá khứ về mức độ rủi ro. Thậm chí, một đội phi hành mới, một tuyến bay mới, hay một cách quản lý mới... cũng có thể làm thay đổi kinh nghiệm quá khứ về mức độ rủi ro;

- Ngay cả khi máy bay cùng với những máy móc thiết bị đang sử dụng, mức độ rủi ro cũng có thể khác nhau một cách đáng kể giữa các quãng thời gian khác nhau, dù là ngắn.

Trong thực tế hoạt động của bảo hiểm hàng không, các nhà khai thác bảo hiểm thường căn cứ vào các nhân tố sau để xác định tỉ lệ phí bảo hiểm thân máy bay:

(1) Đối với các hãng hàng không hoạt động với một mạng lưới các tuyến bay rộng khắp, ví dụ như Hãng hàng không Pháp (Air France) hay Hãng hàng không Anh (British Airways), việc áp dụng tỉ lệ phí theo tuyến bay là không thực tế. Tuy nhiên, việc xác định tỉ lệ phí không thể bỏ qua các nhân tố:

- *Loại máy bay và giá trị của máy bay.* Một hãng hàng không sở hữu những máy bay lớn đời mới thường có một cơ sở hạ tầng về đào tạo khá tốt. Do đó họ có thể thích ứng khá dễ dàng khi đưa vào sử dụng máy bay đời mới hoặc loại mới. Ngược lại, một hãng hiện chỉ có những máy bay đời cũ, giá trị thấp, khi mua máy bay đời mới hoặc loại mới thường sẽ không đáp ứng được những yêu cầu như đào tạo lại phi công, nhân viên điều hành để điều khiển máy bay mới này an toàn.

- *Thời tiết.* Thời tiết là nhân tố vô cùng quan trọng đối với sự an toàn của mỗi chuyến bay. Đối với những chuyến bay bay qua tất cả các phần của trái đất thì thời tiết xấu ở một số vùng này có thể được bù đắp bằng thời tốt các phần khác của trái đất. Nhưng nếu máy bay chỉ thực hiện những chuyến bay trong một vùng địa lý nhỏ, vấn đề sẽ nảy sinh khi trong vùng đến mùa thời tiết xấu. Ngoài ra, việc xác định tỉ lệ phí cũng phải được tính đến nhân tố sa mạc và rừng rậm, nếu máy bay bay qua những vùng này. Sẽ là rất khó khăn để chuyển máy bay về xưởng sửa chữa khi có tai nạn xảy ra ở vùng sa mạc hay rừng rậm.

(2) Đối với các hãng hàng không nhỏ, ngoài các nhân tố nêu ở phần (1), việc xác định tỉ lệ phí bảo hiểm còn phải xét đến các nhân tố sau:

- Hãng đang điều hành bao nhiêu loại máy bay khác nhau;

- Liệu các phi công của hãng có thích ứng được khi chuyển sang điều khiển loại máy bay khác. Một phi công

được đào tạo về một loại máy bay sẽ có những thao tác bản năng trong trường hợp cấp cứu khẩn cấp. Và họ thường sẽ làm những thao tác tương tự như vậy khi chuyển sang điều khiển loại máy bay khác. Tuy nhiên, loại máy bay mới này có thể có những đặc điểm kỹ thuật khác với loại máy bay mà phi công được đào tạo, và những thao tác bản năng họ áp dụng cho loại máy bay mới lại trở nên nguy hiểm do không tương thích.

- Hãng thường sử dụng những sân bay nào? Nếu những sân bay này được xếp vào loại một theo những tiêu chuẩn quốc tế thì sẽ không có vấn đề gì. Nhưng nếu những sân bay này không đạt tiêu chuẩn, thiếu những thiết bị trợ cấp hạ cánh và cất cánh thì mức độ rủi ro sẽ tăng lên rất nhiều.

(3) Đối với các máy bay trợ giúp công nghiệp, hai nhân tố cơ bản ảnh hưởng đến tỷ lệ phí bảo hiểm là loại máy bay và kinh nghiệm của phi công: Liệu loại máy bay có thích hợp với mục đích sử dụng? Liệu phi công có kinh nghiệm trong việc sử dụng máy bay, có kinh nghiệm hạ cánh máy bay ở những địa điểm khó khăn, địa hình không bình thường?

(4) Đối với các câu lạc bộ bay hay học bay, các nhân tố ảnh hưởng đến tỷ lệ phí bảo hiểm là:

- Loại và giá trị của máy bay
- Kinh nghiệm của phi công
- Số thành viên của câu lạc bộ
- Thực trạng về tai nạn của câu lạc bộ trong quá khứ
- Vùng địa lý hoạt động của câu lạc bộ
- Trang thiết bị ở sân bay câu lạc bộ
- Mức độ sử dụng máy bay nhiều hay ít
- Kinh nghiệm của người điều hành bay
- Người hoặc tổ chức làm công việc bảo dưỡng máy bay của câu lạc bộ

3. Giám định và bồi thường tổn thất

a. Giám định tổn thất

Những thiệt hại về thân máy bay thường là rất lớn và việc giám định tổn thất cũng rất phức tạp, nên người bảo hiểm và người được bảo hiểm thường thoả thuận trước việc chọn giám định viên kỹ thuật chuyên nghiệp thực hiện việc giám định. Nhưng ở một số công ty bảo hiểm lớn có thể tự tiến hành giám định tổn thất với sự chứng kiến của người tham gia bảo hiểm (hoặc người đại diện hợp pháp của người được bảo hiểm), và chỉ khi người được bảo hiểm không đồng ý với kết quả giám định của Công ty bảo hiểm thì mới phải thuê giám định viên kỹ thuật chuyên nghiệp.

Có thể nói giám định là một khâu rất quan trọng của nghiệp vụ bảo hiểm vì kết quả của công tác này là cơ sở để công ty bảo hiểm phân định trách nhiệm bảo hiểm và xác định số tiền bồi thường. Để làm tốt công tác này, các cán bộ giám định phải nắm được kiến thức kỹ thuật máy bay, nắm vững các quy định nghiệp vụ và đặc biệt là các quy định trong “Thể lệ giám định tai nạn máy bay”. Đặc biệt, các cán bộ giám định phải làm việc trung thực, khách quan và không bị ai chi phối. Để đánh giá tình hình tổn thất thân máy bay, máy bay phải được chụp từ tất cả các góc độ và chụp đặc tả bộ phận bị tổn thất. Ít nhất phải có một ảnh nhận dạng loại máy bay, số hiệu đăng ký, hãng vận chuyển để làm cơ sở xác định máy bay gặp tai nạn có được bảo hiểm không. Sau đó xem xét từng bộ phận bị tổn thất để đánh giá được mức độ tổn thất của từng bộ phận, khả năng sửa chữa hoặc thay thế, có biểu hiện vi phạm quy định về kỹ thuật trước khi bay, hay có khuyết tật, ẩn tì, nội tì. Đặc biệt khi lập biên bản giám định, cán bộ giám định phải đề xuất được cách giải quyết tai nạn, ví dụ: Máy bay có thể sửa chữa được hay không? Hoặc

ước tính tổn thất toàn bộ? Tức là phải kiến nghị phương án giải quyết tai nạn đơn giản, thuận lợi, hiệu quả và kinh tế nhất.

b. Thủ tục khiếu nại

Để nhận được bồi thường tổn thất thân máy bay, người tham gia bảo hiểm phải cung cấp cho người bảo hiểm những giấy tờ bao gồm:

- Thư yêu cầu bồi thường của người được bảo hiểm
- Bản tường trình tai nạn của người được bảo hiểm
- Bản tường trình tai nạn của tổ lái (nếu có)
- Giấy chứng nhận khả phi (khả năng bay)
- Bảng trọng tải máy bay
- Biên bản giám định tai nạn máy bay
- Bảng tổng hợp các chi phí sửa chữa kèm theo hoá đơn, chứng từ liên quan (trường hợp tổn thất bộ phận)
- Các giấy tờ liên quan khác (nếu có).

c. Bồi thường tổn thất

(1) *Trường hợp tổn thất toàn bộ* (bao gồm tổn thất toàn bộ thực tế và tổn thất toàn bộ ước tính).

Trong trường hợp tổn thất toàn bộ, tùy theo lựa chọn của người bảo hiểm mà họ sẽ bồi thường tổn thất bằng cách: (1) đền cho người được bảo hiểm một máy bay thay thế miễn là máy bay thay thế có thể được mua với một số tiền không vượt quá giá trị được bảo hiểm, hoặc (2) bồi thường bằng tiền cho người được bảo hiểm trên cơ sở số tiền bảo hiểm theo nguyên tắc bồi thường của bảo hiểm, cụ thể:

- Trường hợp bảo hiểm dưới hoặc bằng giá trị thực tế: Số tiền bồi thường sẽ bằng số tiền bảo hiểm ghi trong đơn bảo hiểm.

- Trường hợp bảo hiểm trên giá trị thực tế: Theo nguyên tắc của hoạt động bảo hiểm, người tham gia bảo hiểm chỉ được mua bảo hiểm với số tiền bảo hiểm nhỏ hơn hoặc bằng giá trị bảo hiểm. Tuy nhiên, nếu người tham gia bảo hiểm dù cố ý hay không cố ý tham gia với số tiền bảo hiểm lớn hơn giá trị bảo hiểm thì số tiền bồi thường cũng chỉ bằng giá trị thực tế của máy bay trước khi xảy ra tai nạn. Và tất nhiên trong đơn bảo hiểm có áp dụng mức khấu trừ thì số tiền bồi thường phải trừ đi phần khấu trừ đó.

Sau khi bồi thường tổn thất toàn bộ, người bảo hiểm có quyền thu hồi chiếc máy bay bị tổn thất cùng toàn bộ hồ sơ, giấy tờ liên quan. Trường hợp người bảo hiểm không thực hiện quyền thu hồi đó thì chiếc máy bay bị tổn thất luôn luôn là tài sản của người được bảo hiểm và đồng thời hiệu lực bảo hiểm cũng được chấm dứt.

(2) Trường hợp tổn thất bộ phận

Đối với bảo hiểm thân máy bay, người bảo hiểm chỉ bồi thường giá trị riêng biệt của từng bộ phận bị tổn thất theo phương thức kinh tế nhất, bao gồm:

- Chi phí sửa chữa hoặc thay thế bộ phận bị hư hỏng, chi phí vận chuyển, nhân công và vật liệu

- Chi phí bay thử sau khi sửa chữa hoặc thay thế

- Các chi phí liên quan như chi phí giám định mà người tham gia bảo hiểm đã tạm ứng trước, chi phí cần thiết và hợp lý mà họ đã phải chịu trong trường hợp khẩn cấp nhằm đảm bảo an toàn cho máy bay ngay sau khi máy bay bị hư hỏng hoặc phải hạ cánh bất buộc. Thông thường mức tối đa cho các chi phí này quy định trong các đơn bảo hiểm là 10% giá trị bảo hiểm của máy bay.

Tuy nhiên, trong trường hợp người tham gia bảo hiểm bảo hiểm dưới giá trị thì việc xác định số tiền bồi thường đối với tổn thất bộ phận không được tính toán như trên, mà cơ sở

để xác định số tiền bồi thường này được dựa trên điều khoản “bộ phận cấu thành”. Theo điều khoản này, trong trường hợp tổn thất hoặc thiệt hại với bộ phận cấu thành bất kỳ của máy bay, trách nhiệm của người bảo hiểm sẽ không vượt quá tỷ lệ phần trăm của tổng giá trị được bảo hiểm liên quan đến bộ phận cấu thành đó được thể hiện trên phụ lục đính kèm (Phụ lục này phân chia theo tỷ lệ phần trăm của các hạng mục chính của kết cấu máy bay, ví dụ: thân 40%, mỗi cánh 10%, bánh 10% v.v...). Tỷ lệ phần trăm đó sẽ được coi là bao gồm chi phí nhân công, vật liệu, bộ phận thay thế, chi phí vận chuyển và các khoản chi khác phát sinh khi khôi phục tổn thất hoặc thiệt hại đó. Ngoài ra, người bảo hiểm sẽ thanh toán chi phí tháo dỡ, mổ, kiểm tra, sửa chữa, lắp ráp lại và vận chuyển những bộ phận không bị thiệt hại nếu cần và chi phí bay thử máy bay tới 5% giá trị khiếu nại được chấp nhận nhưng không vượt quá 2% giá trị được bảo hiểm của máy bay.

Cũng cần phải lưu ý rằng, đối với mỗi khiếu nại bồi thường đối với tổn thất bộ phận đều phải khấu trừ:

- Phần chi phí sửa chữa lớn tương ứng với thời gian đã sử dụng so với tuổi thọ của bộ phận được sửa chữa hoặc thay thế. Nói cách khác là phải trừ đi phần khấu hao do hao mòn tự nhiên của bộ phận.

- Mức khấu trừ quy định trong đơn bảo hiểm.

Ví dụ 1: Máy bay AN2 - VMC 804 của Hàng không Việt Nam mua bảo hiểm thân máy bay tại công ty bảo hiểm X. Máy bay được bảo hiểm với giá trị 1 tỉ đồng, theo điều kiện bảo hiểm mọi rủi ro, mức khấu trừ 5% giá trị bảo hiểm. Khi đang bay phục vụ nông nghiệp, phát hiện thấy động cơ hoạt động không bình thường, tổ lái phải xin hạ cánh khẩn cấp xuống sân bay Rạch Giá. Máy bay hạ cánh an toàn, nhưng khi kiểm tra máy bay phát hiện thấy động cơ bên phải bị hư

hồng nặng phải thay thế mới. Chi phí thay thế như sau:

Giá động cơ và chi phí khác: 120.000.000 VNĐ

Ngày công lao động:

$$2.000.000 \times 20 = 40.000.000 \text{ VNĐ}$$

Chi phí bay thử: 70.000.000 VNĐ

Động cơ bị tổn thất đã sử dụng 12.000 giờ bay trên tổng số 15.000 giờ bay thiết kế và tỉ lệ cấu thành của động cơ là 10%. Trong trường hợp này số tiền bồi thường của công ty bảo hiểm X cho Hàng không Việt Nam được tính toán như sau:

Tổng giá trị thiệt hại:

$$(120.000.000 + 40.000.000 + 70.000.000) = 230.000.000 \text{ VNĐ}$$

$$\begin{aligned} \text{Mức khấu hao: } (1.000.000.000 \times 0,1 \times \frac{12.000}{15.000}) \\ = 80.000.000 \text{ VNĐ} \end{aligned}$$

$$\text{Mức khấu trừ: } (1.000.000.000 \times 0.05) = 50.000.000 \text{ VNĐ}$$

$$\begin{aligned} \Rightarrow \text{Số tiền bồi thường} &= 230.000.000 - 80.000.000 + 50.000.000 \\ &= 100.000.000 \text{ VNĐ} \end{aligned}$$

4. Hợp đồng bảo hiểm

Cũng như các nghiệp vụ bảo hiểm khác, hợp đồng bảo hiểm thân máy bay thực chất là các đơn bảo hiểm hay giấy chứng nhận bảo hiểm. Do bảo hiểm máy bay là một nghiệp vụ tương đối khó, có giá trị bảo hiểm lớn và mang tính quốc tế nên các công ty bảo hiểm hiện nay đều sử dụng mẫu đơn bảo hiểm máy bay của Lloyd's (Lloyd's Aircraft Policy) làm tiêu chuẩn. Tuy nhiên, trong đơn bảo hiểm máy bay của Lloyd's không chỉ có phần dành riêng cho bảo hiểm thân máy bay mà còn bao gồm cả phần bảo hiểm trách nhiệm dân sự đối với hành khách, trách nhiệm dân sự đối với bên thứ ba

khác. Sở dĩ như vậy là vì khi mua bảo hiểm máy bay, các hãng hàng không thông thường muốn mua kết hợp luôn cả ba loại hình bảo hiểm trên.

Đơn bảo hiểm máy bay bao gồm năm phần cơ bản, đó là:

- *Phần 1:* Bảo hiểm thân máy bay, bao gồm những quy định về phạm vi bảo hiểm, điều kiện bảo hiểm, rủi ro loại trừ.

- *Phần 2:* Bảo hiểm trách nhiệm pháp lý đối với bên thứ ba (không phải là hành khách), bao gồm những quy định về phạm vi bảo hiểm, những rủi ro loại trừ và giới hạn bồi thường.

- *Phần 3:* Bảo hiểm trách nhiệm pháp lý của người được bảo hiểm đối với hành khách, bao gồm những quy định về phạm vi bảo hiểm, những rủi ro loại trừ và giới hạn bồi thường.

- *Phần 4:* Bao gồm những quy định về rủi ro loại trừ và điều kiện bảo hiểm áp dụng chung cho cả bảo hiểm thân máy bay, bảo hiểm trách nhiệm pháp lý đối với bên thứ ba (không phải là hành khách), bảo hiểm trách nhiệm pháp lý của người được bảo hiểm đối với hành khách, định nghĩa các thuật ngữ được sử dụng trong đơn bảo hiểm

- *Phần 5:* Phụ lục. Phần này bao gồm những nội dung cụ thể về người được bảo hiểm, số tiền bảo hiểm, phí bảo hiểm...

II. BẢO HIỂM VẬT CHẤT XE CƠ GIỚI

1. Đối tượng và phạm vi bảo hiểm

a. Đối tượng bảo hiểm

Xe cơ giới có thể hiểu là tất cả các loại xe tham gia giao

thông trên đường bộ bằng động cơ của chính chiếc xe đó, bao gồm ô tô, mô tô và xe máy. Để đối phó với những rủi ro tai nạn bất ngờ có thể xảy ra gây tổn thất cho mình, các chủ xe cơ giới (bao gồm các cá nhân, các tổ chức có quyền sở hữu xe hay bất kỳ người nào được phép sử dụng xe cơ giới, kinh doanh vận chuyển hành khách, hàng hoá bằng xe cơ giới) thường tham gia một số loại hình bảo hiểm sau:

- 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 với hàng hoá chở trên xe;
- Bảo hiểm tai nạn hành khách trên xe;
- Bảo hiểm tai nạn lái phụ xe;
- Bảo hiểm tai nạn người ngồi trên xe;
- Bảo hiểm vật chất xe.

Trong phạm vi của phần này, chỉ tập trung nghiên cứu nghiệp vụ bảo hiểm vật chất xe. Khác với bảo hiểm trách nhiệm dân sự của chủ xe cơ giới đối với hành khách trên xe và đối với người thứ ba khác được áp dụng bắt buộc bằng pháp luật đối với các chủ xe, bảo hiểm vật chất xe cơ giới là hình thức bảo hiểm tự nguyện. Chủ xe tham gia bảo hiểm vật chất xe là để được bồi thường những thiệt hại vật chất xảy ra với xe của mình do những rủi ro được bảo hiểm gây nên. Thông thường các chủ xe có thể tham gia bảo hiểm vật chất xe theo một trong hai hình thức bảo hiểm sau:

- Bảo hiểm toàn bộ xe, hoặc
- Bảo hiểm thân vỏ xe.

b. Phạm vi bảo hiểm

Trong hợp đồng bảo hiểm vật chất xe, các rủi ro được bảo hiểm thông thường bao gồm:

- Tai nạn do đâm va, lật đổ;
- Cháy, nổ, bão lụt, sét đánh, động đất, mưa đá;
- Mất cấp toàn bộ xe;
- Tai nạn do rủi ro bất ngờ khác gây nên;

Ngoài việc được bồi thường những thiệt hại vật chất xảy ra cho chiếc xe được bảo hiểm trong những trường hợp trên, các công ty bảo hiểm còn thanh toán cho chủ xe tham gia bảo hiểm những chi phí cần thiết và hợp lý nhằm:

- Ngăn ngừa và hạn chế tổn thất phát sinh thêm khi xe bị thiệt hại do các rủi ro được bảo hiểm;
- Chi phí bảo vệ xe và kéo xe thiệt hại tới nơi sửa chữa gần nhất;
- *Giám định tổn thất nếu thuộc trách nhiệm của bảo hiểm.*

Tuy nhiên, trong mọi trường hợp tổng số tiền bồi thường của công ty bảo hiểm không vượt quá số tiền bảo hiểm đã ghi trên đơn hay giấy chứng nhận bảo hiểm (sẽ được đề cập thêm ở phần sau). Đồng thời công ty bảo hiểm sẽ không chịu trách nhiệm bồi thường những thiệt hại vật chất của xe gây ra bởi:

- Hao mòn tự nhiên, mất giá, giảm dần chất lượng, hỏng hóc do khuyết tật hoặc hư hỏng thêm do sửa chữa. Hao mòn tự nhiên được tính dưới hình thức khấu hao và thường được tính theo tháng.
- Hư hỏng về điện hoặc bộ phận máy móc, thiết bị, sẫm lớp bị hư hỏng mà không do tai nạn gây ra.
- Mất cấp bộ phận của xe.

Để tránh những “nguy cơ đạo đức” lợi dụng bảo hiểm, những hành vi vi phạm pháp luật, luật lệ giao thông, hay một số những rủi ro đặc biệt khác, những thiệt hại, tổn thất xảy ra bởi những nguyên do sau cũng không được bồi thường:

- Hành động cố ý của chủ xe, lái xe;

- Xe không đủ điều kiện kỹ thuật và thiết bị an toàn để lưu hành theo quy định của Luật an toàn giao thông đường bộ;

- Chủ xe (lái xe) vi phạm nghiêm trọng Luật an toàn giao thông đường bộ như:

- + Xe không có giấy phép lưu hành;
- + Lái xe không có bằng lái, hoặc có nhưng không hợp lệ;
- + Lái xe bị ảnh hưởng của rượu bia, ma túy hoặc các chất kích thích tương tự khác trong khi điều khiển xe;
- + Xe chở chất cháy, chất nổ trái phép;
- + Xe chở quá trọng tải hoặc số hành khách quy định;
- + Xe đi vào đường cấm;
- + Xe đi đêm không đèn;
- + Xe sử dụng để tập lái, đua thể thao, chạy thử sau khi sửa chữa.

- Những thiệt hại gián tiếp như: Giảm giá trị thương mại, làm đình trệ sản xuất kinh doanh;

- Thiệt hại do chiến tranh.

Cũng cần lưu ý rằng trong thời hạn bảo hiểm, nếu chủ xe chuyển quyền sở hữu xe cho chủ xe khác thì quyền lợi bảo hiểm vẫn có hiệu lực với chủ xe mới. Tuy nhiên, nếu chủ xe cũ không chuyển quyền lợi bảo hiểm cho chủ xe mới thì công ty bảo hiểm sẽ hoàn lại phí cho họ và làm thủ tục bảo hiểm cho chủ xe mới nếu họ có yêu cầu.

2. Giá trị bảo hiểm, số tiền bảo hiểm, phí bảo hiểm

a. Giá trị bảo hiểm và số tiền bảo hiểm

Giá trị bảo hiểm của xe cơ giới là giá trị thực tế trên thị trường của xe tại thời điểm người tham gia bảo hiểm mua bảo hiểm. Việc xác định đúng giá trị của xe tham gia bảo

hiểm là rất quan trọng vì đây là cơ sở để bồi thường chính xác thiệt hại thực tế cho chủ xe tham gia bảo hiểm. Tuy nhiên, giá xe trên thị trường luôn biến động và có thêm nhiều chủng loại xe mới gây khó khăn cho việc xác định giá trị xe. Trong thực tế, các công ty bảo hiểm thường dựa trên các yếu tố sau để xác định giá trị xe:

- Loại xe;
- Năm sản xuất;
- Mức độ mới, cũ của xe;
- Thể tích làm việc của xi lanh...

Một phương pháp xác định giá trị bảo hiểm mà các công ty bảo hiểm hay áp dụng đó là căn cứ vào giá trị ban đầu của xe và mức khấu hao. Cụ thể:

$$\text{Giá trị bảo hiểm} = \text{Giá trị ban đầu} - \text{Khấu hao}$$

Ví dụ 2: Chủ một chiếc xe ô tô Mercedes mua ngày 01 tháng 01 năm 1998 với giá 600 triệu đồng; mua bảo hiểm vật chất xe vào ngày 10 tháng 03 năm 2000. Công ty bảo hiểm đánh giá tỉ lệ khấu hao là 12%/năm. Mức khấu hao được tính cho từng tháng, nếu mua bảo hiểm trước ngày 16 thì tháng đó không phải tính khấu hao, còn từ ngày 16 trở đi thì tháng đó phải tính khấu hao. Trong trường hợp này, giá trị bảo hiểm sẽ được tính như sau:

$$\text{Giá trị ban đầu} \quad 600.000.000 \text{ VNĐ}$$

$$\text{KH năm 1998: } (0,12) \times 600.000.000 = 72.000.000$$

$$\text{Năm 1999: } (0,12) \times 600.000.000 = 72.000.000$$

$$\text{Năm 2000: } (0,01 \times 2) \times 600.000.000 = \underline{12.000.000}$$

$$\text{Tổng:} \quad 156.000.000 \text{ VNĐ}$$

Như vậy giá trị bảo hiểm sẽ là:

$$600.000.000 - 156.000.000 = 444.000.000 \text{ VNĐ}$$

b. Phí bảo hiểm

Khi xác định phí bảo hiểm cho từng đối tượng tham gia bảo hiểm cụ thể, các công ty bảo hiểm thường căn cứ vào những nhân tố sau:

- *Loại xe.* Do mỗi loại xe có những đặc điểm kỹ thuật khác nhau, có mức độ rủi ro khác nhau nên phí bảo hiểm vật chất xe được tính riêng cho từng loại xe. Thông thường, các công ty bảo hiểm đưa ra những biểu xác định phí bảo hiểm phù hợp cho hầu hết các xe thông dụng thông qua việc phân loại xe thành các nhóm. Việc phân loại này được dựa trên cơ sở tốc độ tối đa của xe, tỷ lệ gia tốc, chi phí và mức độ khó khăn khi sửa chữa và sự khan hiếm của phụ tùng. Đối với các xe hoạt động không thông dụng như xe kéo rơ moóc, xe chở hàng nặng... do có mức độ rủi ro cao nên phí bảo hiểm thường được cộng thêm một tỉ lệ nhất định dựa trên mức phí cơ bản.

Giống như cách tính phí bảo hiểm nói chung, phí bảo hiểm phải đóng cho mỗi đầu xe đối với mỗi loại xe được tính theo công thức sau:

$$P = f + d$$

Trong đó: P - Phí thu mỗi đầu xe
 d - Phụ phí
 f - Phí bồi thường

Theo công thức trên, việc xác định phí bảo hiểm phụ thuộc vào các nhân tố sau:

- *Tình hình bồi thường tổn thất của những năm trước đó.* Căn cứ vào số liệu thống kê, công ty bảo hiểm sẽ tính toán được phần phí bồi thường "f" cho mỗi đầu xe như sau:

$$f = \frac{\sum S_i \times T_i}{\sum C_i} \quad (\text{Với } i = 1, 2, \dots, n)$$

Trong đó: Si - Số vụ tai nạn xảy ra trong năm thứ i

Ti - Thiệt hại bình quân một vụ trong năm thứ i

Ci - Số xe hoạt động thực tế trong năm thứ i

- Các chi phí khác, hay còn gọi là phần phụ phí (d), bao gồm các chi phí như chi đề phòng hạn chế tổn thất, chi quản lý...

- *Khu vực giữ xe và để xe.* Trong thực tế, không phải công ty bảo hiểm nào cũng quan tâm đến nhân tố này. Tuy nhiên, cũng có một số công ty bảo hiểm tính phí bảo hiểm dựa theo khu vực giữ xe và để xe rất chặt chẽ.

- *Mục đích sử dụng xe.* Đây là nhân tố rất quan trọng khi xác định phí bảo hiểm. Nó giúp công ty bảo hiểm biết được mức độ rủi ro có thể xảy ra. Ví dụ, xe do một người về hưu sử dụng cho mục đích đi lại đơn thuần chắc chắn sẽ đóng phí bảo hiểm thấp hơn so với xe do một thương gia sử dụng để đi lại trong những khu vực rộng lớn. Rõ ràng xe lăn bánh trên đường càng nhiều, rủi ro tai nạn càng lớn.

- Tuổi tác kinh nghiệm lái xe của người yêu cầu bảo hiểm và những người thường xuyên sử dụng chiếc xe được bảo hiểm. Số liệu thống kê cho thấy rằng các lái xe trẻ tuổi bị tai nạn nhiều hơn so với các lái xe lớn tuổi. Trong thực tế, các công ty bảo hiểm thường áp dụng giảm phí bảo hiểm cho các lái xe trên 50 hoặc 55 tuổi, do kinh nghiệm cho thấy số người này gặp ít tai nạn hơn so với các lái xe trẻ tuổi. Tuy nhiên, với những lái xe quá lớn tuổi (thường từ 65 tuổi trở lên) thường phải xuất trình giấy chứng nhận sức khỏe phù hợp để có thể lái xe thì công ty bảo hiểm mới nhận bảo hiểm. Ngoài ra, để khuyến khích hạn chế tai nạn, các công ty thường yêu cầu người được bảo hiểm tự chịu một phần tổn thất xảy ra với xe (hay còn gọi là mức miễn thường). Đối với những lái xe trẻ tuổi mức miễn thường này thường cao hơn so với những lái xe có tuổi lớn hơn.

- *Giảm phí bảo hiểm.* Để khuyến khích các chủ xe có số lượng lớn tham gia bảo hiểm tại công ty mình, các công ty bảo hiểm thường áp dụng mức giảm phí so với mức phí chung theo số lượng xe tham gia bảo hiểm. Ngoài ra, hầu hết các công ty bảo hiểm còn áp dụng cơ chế giảm giá cho những người tham gia bảo hiểm không có khiếu nại và gia tăng tỉ lệ giảm giá này cho một số năm không có khiếu nại gia tăng. Có thể nói đây là biện pháp phổ biến trong bảo hiểm xe cơ giới.

Đối với những xe hoạt động mạnh tính chất mùa vụ, tức là chỉ hoạt động một số ngày trong năm, thì chủ xe chỉ phải đóng phí cho những ngày hoạt động đó theo công thức sau:

$$\text{Phí bảo hiểm} = \text{Mức phí cả năm} \times \frac{\text{Số tháng xe hoạt động trong năm}}{12 \text{ tháng}}$$

- *Biểu phí đặc biệt:* Khi khách hàng có số lượng xe tham gia bảo hiểm nhiều, các công ty bảo hiểm có thể áp dụng biểu phí riêng cho khách hàng đó. Việc tính toán biểu phí riêng cũng tương tự như cách tính phí được đề cập ở trên, chỉ khác là chỉ dựa trên các số liệu về bản thân khách hàng đó, cụ thể:

- Số lượng xe của công ty tham gia bảo hiểm;
- Tình hình bồi thường tổn thất của công ty bảo hiểm cho khách hàng ở những năm trước đó;
- Tỉ lệ phụ phí theo quy định của công ty.

Trường hợp mức phí đặc biệt thấp hơn mức phí quy định chung, công ty bảo hiểm sẽ áp dụng theo mức phí đặc biệt. Còn nếu mức phí đặc biệt tính được là cao hơn (hoặc bằng) mức phí chung, tức là tình hình tổn thất của khách hàng cao hơn (hoặc bằng) mức tổn thất bình quân chung, thì công ty bảo hiểm sẽ áp dụng mức phí chung.

- *Hoàn phí bảo hiểm.* Có những trường hợp chủ xe đã đóng phí bảo hiểm cả năm, nhưng trong năm xe không hoạt

động một thời gian vì một lý do nào đó, ví dụ như ngừng hoạt động để tu sửa xe. Trong trường hợp này thông thường công ty bảo hiểm sẽ hoàn lại phí bảo hiểm của những tháng ngừng hoạt động đó cho chủ xe. Số phí hoàn lại được tính như sau:

$$\text{Phí hoàn lại} = \frac{\text{Phí cả năm}}{12 \text{ tháng}} \times \frac{\text{Số tháng không hoạt động}}{12 \text{ tháng}} \times \text{Tỉ lệ hoàn lại phí}$$

Mỗi công ty bảo hiểm có tỉ lệ hoàn phí là khác nhau. Nhưng thông thường tỉ lệ này là 80%.

Nếu chủ xe muốn huỷ bỏ hợp đồng bảo hiểm khi chưa hết thời hạn hợp đồng thì thông thường công ty bảo hiểm cũng hoàn lại phí bảo hiểm cho thời gian còn lại đó theo công thức trên, nhưng với điều kiện là chủ xe chưa có lần nào được công ty bảo hiểm trả tiền bảo hiểm.

3. Giám định và bồi thường tổn thất

a. Tai nạn và giám định

Thông báo tai nạn. Cũng như các loại đơn bảo hiểm khác, người bảo hiểm yêu cầu chủ xe (hoặc lái xe) khi xe bị tai nạn một mặt phải tìm mọi cách cứu chữa, hạn chế tổn thất, mặt khác nhanh chóng báo cho công ty bảo hiểm biết. Chủ xe không được di chuyển, tháo dỡ hoặc sửa chữa xe khi chưa có ý kiến của công ty bảo hiểm, trừ trường hợp phải thi hành chỉ thị của cơ quan có thẩm quyền.

Giám định tổn thất. Thông thường đối với bảo hiểm vật chất xe cơ giới, việc giám định tổn thất được công ty bảo hiểm tiến hành với sự có mặt của chủ xe, lái xe hoặc người đại diện hợp pháp nhằm xác định nguyên nhân và mức độ thiệt hại. Chỉ trong trường hợp hai bên không đạt được sự thống nhất

thì lúc này mới chỉ định giám định viên chuyên môn làm trung gian.

b. Hồ sơ bồi thường

Khi yêu cầu cơ quan bảo hiểm bồi thường thiệt hại vật chất xe, chủ xe phải cung cấp những tài liệu, chứng từ sau:

- Tờ khai tai nạn của chủ xe;
- Bản sao của giấy chứng nhận bảo hiểm, giấy chứng nhận đăng ký xe, giấy chứng nhận kiểm định an toàn kỹ thuật và bảo vệ môi trường phương tiện cơ giới đường bộ, giấy phép lái xe;
- Kết luận điều tra của công an hoặc bản sao bộ hồ sơ tai nạn gồm: Biên bản khám nghiệm hiện trường, biên bản khám nghiệm xe liên quan đến tai nạn, biên bản giải quyết tai nạn;
- Bản án hoặc quyết định của toà án trong trường hợp có tranh chấp tại toà án
- Các biên bản tài liệu xác định trách nhiệm của người thứ ba;
- Các chứng từ xác định thiệt hại do tai nạn, ví dụ: chứng từ xác định chi phí sửa chữa xe, thuê cầu kéo...

c. Nguyên tắc bồi thường tổn thất

(1) *Trường hợp xe tham gia bảo hiểm bằng hoặc dưới giá trị thực tế:*

$$\begin{array}{ccccc} \text{Số tiền bồi} & & \text{Thiệt hại} & & \text{Số tiền bảo hiểm} \\ \text{thường} & = & \text{thực tế} & \times & \frac{\text{Giá trị thực tế của xe}}{\text{Giá trị thực tế của xe}} \end{array}$$

(2) *Trường hợp xe tham gia bảo hiểm trên giá trị thực tế:*

Theo nguyên tắc hoạt động của bảo hiểm, để tránh việc “lợi dụng” bảo hiểm, công ty bảo hiểm chỉ chấp nhận số tiền bảo hiểm nhỏ hơn hoặc bằng giá trị bảo hiểm. Tuy nhiên, nếu

người tham gia bảo hiểm cố tình hoặc vô tình tham gia với số tiền bảo hiểm lớn hơn giá trị bảo hiểm, trong trường hợp này số tiền bồi thường cũng chỉ bằng thiệt hại thực tế và luôn luôn nhỏ hơn hoặc bằng giá trị thực tế của xe. Ví dụ, một chiếc xe Toyota có giá trị thực tế là 200 triệu đồng nhưng chủ xe lại tham gia bảo hiểm với số tiền là 250 triệu đồng. Khi có một tổn thất bộ phận xảy ra, giả sử giá trị thiệt hại là 20 triệu đồng, thì số tiền bồi thường ở đây chỉ là 20 triệu đồng. Hoặc nếu tổn thất toàn bộ xảy ra, số tiền bồi thường chỉ là 200 triệu đồng.

Trường hợp Công ty bảo hiểm chấp nhận bảo hiểm trên giá trị thực tế, ví dụ theo *“Giá trị thay thế mới”*. Trở lại ví dụ chủ chiếc xe Toyota trị giá 200 triệu nhưng chủ xe muốn tham gia bảo hiểm với số tiền là 300 triệu đồng, để khi có tổn thất toàn bộ xảy ra ông ta sẽ nhận được số tiền bồi thường là 300 triệu đồng để mua một chiếc Toyota mới với giá thị trường 300 triệu đồng. Trường hợp này được gọi là bảo hiểm theo *“giá trị thay thế mới”*. Chủ xe phải đóng phí bảo hiểm khá cao theo các điều kiện bảo hiểm rất nghiêm ngặt.

(3) Trường hợp tổn thất bộ phận

Khi tổn thất bộ phận xảy ra, chủ xe sẽ được giải quyết bồi thường theo một trong hai nguyên tắc trên. Tuy nhiên, các công ty bảo hiểm thường giới hạn mức bồi thường đối với tổn thất bộ phận bằng bảng tỉ lệ giá trị tổng thành xe.

Ví dụ 3: Chủ xe A có chiếc xe Toyota Corona 4 chỗ ngồi, giá trị thực tế của xe tại thị trường Việt Nam là 30.000 USD (tương đương 330.000.000 đồng Việt Nam). Chủ xe tham gia bảo hiểm toàn bộ theo giá trị thực tế. Trong thời hạn bảo hiểm xe bị tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm. Thiệt hại tính theo chi phí sửa chữa như sau:

Thân vỏ:	70.000.000 VNĐ
Động cơ:	55.000.000 VNĐ

Theo bảng tỷ lệ giá trị tổng thành xe công ty bảo hiểm quy định: Tỷ lệ tổng thành thân vỏ là 53,5%, tỷ lệ tổng thành động cơ là 15,5%. Như vậy trong trường hợp này số tiền tôi đã mà công ty bảo hiểm sẽ giải quyết bồi thường cho chủ xe là:

Thân vỏ: $330 \text{ Trđ} \times 53,5\% = 176,55 \text{ Trđ}$, lớn hơn 70 Trđ, do đó giải quyết bồi thường là 70 Trđ

Động cơ: $330 \text{ Trđ} \times 15,5\% = 51,15 \text{ Trđ}$, nhỏ hơn 55 Trđ, do đó giải quyết bồi thường là 51,15 Trđ

(4) Trường hợp tổn thất toàn bộ

Xe được coi là tổn thất toàn bộ khi bị mất cấp, mất tích hoặc xe bị thiệt hại nặng đến mức không thể sửa chữa phục hồi để đảm bảo lưu hành an toàn, hoặc chi phí phục hồi bằng hoặc lớn hơn giá trị thực tế của xe. Nếu tổn thất toàn bộ, chủ xe sẽ được bồi thường theo giá trị ghi trên đơn bảo hiểm nếu tham gia bảo hiểm bằng hoặc nhỏ hơn giá trị thực tế, hoặc được bồi thường theo giá trị thực tế nếu tham gia bảo hiểm trên giá trị.

Các công ty bảo hiểm thường quy định khi giá trị thiệt hại so với giá trị thực tế của xe bằng hoặc lớn hơn một tỷ lệ nhất định nào đó thì được xem là tổn thất toàn bộ ước tính, tuy nhiên lại giới hạn bởi bảng tỷ lệ cấu thành xe.

Ví dụ 4: Chủ xe A có chiếc xe Toyota giá trị thực tế 200 triệu đồng tham gia bảo hiểm toàn bộ với số tiền 200 Trđ tại công ty bảo hiểm X. Theo quy định của công ty bảo hiểm X, chỉ được coi là tổn thất toàn bộ ước tính khi giá trị thiệt hại bằng hoặc trên 80% giá trị thực tế của xe tính theo bảng tỷ lệ cấu thành xe. Trong thời hạn bảo hiểm xe bị tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm, giá trị thiệt hại tính theo chi phí sửa chữa là:

Thân vỏ thiệt hại 100% chi phí sửa chữa	120 Trđ
Động cơ thiệt hại 100% chi phí sửa chữa	35 Trđ

Hộp số thiệt hại 100% chi phí sửa chữa 15 Trđ

Tổng cộng thiệt hại: 170 Trđ

Giá trị thiệt hại như trên lớn hơn 80% giá trị thực tế của xe ($170 \text{ Trđ} / 200 \text{ Trđ} = 0,85$). Nhưng căn cứ vào bảng tỉ lệ tổng thành giá trị thì thiệt hại thuộc trách nhiệm của công ty bảo hiểm X là:

Thân vỏ: $53,5\% \times 100\% = 53,5\%$

Động cơ: $15,5\% \times 100\% = 15,5\%$

Hộp số: $7,0\% \times 100\% = 7,0\%$

Tổng cộng: 76%

Trường hợp này không được coi là tổn thất toàn bộ ước tính mà chỉ giải quyết bồi thường theo theo tổn thất bộ phận.

Ngoài ra, khi tính toán số tiền bồi thường còn phải tuân theo những nguyên tắc sau:

- Những bộ phận *thay thế mới*, khi bồi thường phải *trừ khấu hao* đã sử dụng hoặc chỉ tính giá trị tương đương với giá trị của bộ phận được thay thế ngay trước lúc xảy ra tai nạn. Nếu tổn thất xảy ra trước ngày 16 của tháng, thì tháng đó không phải tính khấu hao. Còn nếu tổn thất xảy ra từ ngày 16 trở đi thì phải tính khấu hao cho tháng đó.

- Công ty bảo hiểm sẽ thu hồi những bộ phận được thay thế hoặc đã được bồi thường toàn bộ giá trị.

- Trường hợp thiệt hại xảy ra có liên quan đến trách nhiệm của người thứ ba, công ty bảo hiểm bồi thường cho chủ xe và yêu cầu chủ xe bảo lưu quyền khiếu nại và chuyển quyền đòi bồi thường cho công ty bảo hiểm kèm theo toàn bộ hồ sơ, chứng từ có liên quan. Cụ thể, nếu xe có tham gia bảo hiểm vật chất bị một xe khác có bảo hiểm TNDS đâm va gây thiệt hại thì bồi thường thiệt hại vật chất trước. Đối với TNDS chỉ bồi thường phần chênh lệch giữa số tiền bồi thường TNDS và số tiền thiệt hại vật chất.

Ví dụ 5: Hai xe A và B đều tham gia bảo hiểm tại công ty bảo hiểm X. Xe A tham gia bảo hiểm 100% *giá trị thân vỏ* (50 Trđ).

Xe B tham gia bảo hiểm TNDS với mức 60 Trđ đối với thiệt hại về tài sản.

Trong thời hạn bảo hiểm hai xe đâm va nhau, thiệt hại và lỗi của mỗi bên như sau:

	Xe A	Xe B
Thiệt hại	Thân vỏ: 30 Trđ Máy: 12 Trđ	Thiệt hại không đáng kể
Lỗi	20%	80%

Trong trường hợp này, việc giải quyết bồi thường sẽ được tính toán như sau:

- Bồi thường thiệt hại vật chất cho chủ xe A (chỉ phần thân vỏ): 30 Trđ

- Bồi thường TNDS của chủ xe B: $(30 + 12) \times 80\%$
= 33,6 Trđ

nhưng trong đó phải trừ đi phần TNDS đối với thiệt hại thân vỏ công ty đã bồi thường cho chủ xe A: $30 \times 80\% = 24$ Trđ.

Kết quả: Công ty X bồi thường vật chất: $30 - 24 = 6$ Trđ

Công ty X bồi thường TNDS: 33,6 Trđ

Ví dụ 6: Lấy lại ví dụ 5 nhưng giả sử xe B tham gia bảo hiểm ở công ty bảo hiểm Y, chứ không cùng tham gia ở công ty bảo hiểm X như xe A. Trong trường hợp này, việc giải quyết bồi thường được thực hiện như sau:

Công ty bảo hiểm X bồi thường thiệt hại thân vỏ cho xe A: 30 Trđ

Công ty bảo hiểm Y bồi thường TNDS của chủ xe B:

$(30 + 12) \times 80\% = 33,6$ Trđ

Trong đó: Phải chuyển trả Công ty bảo hiểm X số tiền:

$$30 \times 80\% = 24 \text{ Trđ}$$

Trả cho chủ xe B: $(33,6 - 24) = 9,6 \text{ Trđ}$

Kết quả: Công ty X bồi thường vật chất $30 - 24 = 6 \text{ Trđ}$

Công ty Y bồi thường TNDS: $33,6 \text{ Trđ}$

Bảo hiểm trùng. Có những trường hợp chủ xe tham gia bảo hiểm vật chất xe theo một hay nhiều đơn bảo hiểm. Theo nguyên tắc hoạt động của bảo hiểm, tổng số tiền mà chủ xe nhận được từ tất cả các đơn bảo hiểm chỉ đúng bằng thiệt hại thực tế. Thông thường, các công ty bảo hiểm giới hạn trách nhiệm bồi thường của mình theo tỷ lệ giữa số tiền bảo hiểm ghi trong Giấy chứng nhận bảo hiểm của công ty mình so với tổng của những số tiền bảo hiểm ghi trong tất cả các đơn bảo hiểm.

CHƯƠNG IX

BẢO HIỂM XÂY DỰNG VÀ LẮP ĐẶT

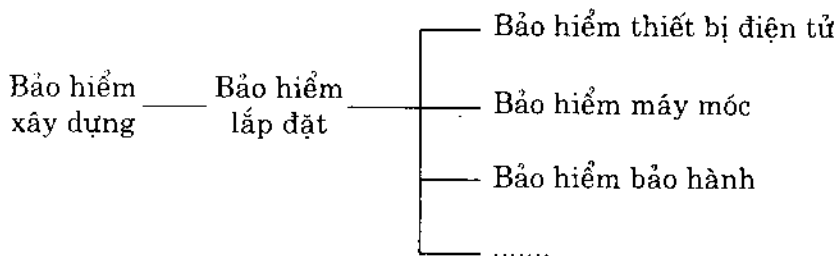
I. GIỚI THIỆU CHUNG VỀ BẢO HIỂM XÂY DỰNG VÀ LẮP ĐẶT

Bảo hiểm xây dựng và lắp đặt là bộ phận của bảo hiểm kỹ thuật. Sự ra đời và phát triển của bảo hiểm kỹ thuật luôn gắn liền với sự phát triển của cuộc cách mạng khoa học kỹ thuật. So với các loại hình bảo hiểm khác như bảo hiểm hàng hải, bảo hiểm cháy thì bảo hiểm kỹ thuật ra đời muộn hơn rất nhiều. Đơn bảo hiểm kỹ thuật đầu tiên trên thế giới là đơn bảo hiểm đồ gỗ máy móc, được cấp năm 1859. Nhu cầu tái thiết nền kinh tế sau chiến tranh thế giới lần thứ hai và sự phát triển như vũ bão của khoa học công nghệ và kỹ thuật đã là động lực thúc đẩy làm cho bảo hiểm kỹ thuật phát triển mạnh mẽ hơn bao giờ hết và trở thành một trong những loại hình bảo hiểm quan trọng không thể thiếu đối với sự phát triển của mỗi nền kinh tế.

Bảo hiểm kỹ thuật có mặt trong hầu hết các lĩnh vực của hoạt động kinh tế, xã hội trên toàn thế giới. Từ việc bảo hiểm cho các máy móc sản xuất, các thiết bị dụng cụ tinh vi trong y tế, phòng thí nghiệm cho tới việc bảo hiểm cho các công trình xây dựng khổng lồ như bến cảng, sân bay, hay lắp đặt các giàn khoan trên biển, các con tàu vũ trụ, v.v... Đứng trên khía cạnh nghiệp vụ, bảo hiểm kỹ thuật đã có sự phát triển rất nhanh và tương đối hoàn chỉnh, bao gồm các loại hình chính sau:

- Bảo hiểm mọi rủi ro cho chủ thầu;
- Bảo hiểm mọi rủi ro lắp đặt;
- Bảo hiểm đổ vỡ máy móc;
- Bảo hiểm thiết bị điện tử;
- Bảo hiểm mất thu nhập do máy móc ngừng hoạt động;
- Bảo hiểm thăm dò và khai thác dầu khí (đây là loại hình bảo hiểm tổng hợp có liên quan tới nhiều loại hình bảo hiểm khác như bảo hiểm hàng hải, bảo hiểm trách nhiệm. Tuy nhiên nó cũng được xếp vào bảo hiểm kỹ thuật do có liên quan đến xây dựng và lắp đặt các giàn khoan, tháp khoan, v.v...).

Các loại hình bảo hiểm trong bảo hiểm kỹ thuật liên quan chặt chẽ với nhau. Mỗi loại hình đảm bảo cho một giai đoạn hay một khâu trong một quá trình sản xuất. Có thể diễn giải mối quan hệ đó theo sơ đồ sau:



Trên thực tế bảo hiểm xây dựng và lắp đặt là những mắt xích không thể thiếu được trong bảo hiểm kỹ thuật. Nó đảm bảo cho khâu xây dựng và lắp đặt của một công trình xây lắp. Bảo hiểm xây dựng và lắp đặt là những loại hình có sự phát triển mạnh về qui mô cũng như về chất lượng nghiệp vụ do nhu cầu xây dựng, lắp đặt của các nước trên thế giới ngày càng có xu hướng phát triển ngay cả trong thời kỳ kinh tế khó khăn.

Về mặt kỹ thuật nghiệp vụ, bảo hiểm xây dựng và lắp đặt là những loại hình bảo hiểm tương đối phức tạp so với các loại hình bảo hiểm khác, các loại đơn bảo hiểm rất đa dạng, như bảo hiểm mọi rủi ro xây dựng, bảo hiểm mọi rủi ro lắp đặt, v.v... Với xu thế phát triển như hiện nay, bảo hiểm xây dựng và lắp đặt còn phát triển và tiến xa hơn nữa trong tương lai.

Kết cấu một đơn bảo hiểm mọi rủi ro xây dựng - lắp đặt

Thông thường, một đơn bảo hiểm mọi rủi ro xây dựng, lắp đặt gồm những phần sau:

- Mở đầu: đưa ra lời cam kết bảo hiểm.
- Những điểm loại trừ chung: áp dụng cho tất cả các phần trong đơn bảo hiểm.
- Thời hạn bảo hiểm.
- Những qui định chung: qui định về quyền hạn và trách nhiệm của mỗi bên khi có tổn thất xảy ra, bảo hiểm trùng, khiếu kiện, v.v...
- Phần I. Bảo hiểm tổn thất vật chất. Phần này cung cấp sự bảo vệ về mặt tài chính cho các bên có quyền lợi liên quan đến công trình đầu tư xây lắp đối với các tổn thất vật chất xảy ra cho chính công trình xây lắp đó.
- Phần II. Bảo hiểm trách nhiệm đối với người thứ ba. Mục đích của phần II là cung cấp sự bảo vệ về mặt tài chính cho người được bảo hiểm đối với trách nhiệm pháp lý theo luật định mà người được bảo hiểm phải gánh chịu đối với các thiệt hại về thân thể và vật chất của bên thứ ba là hậu quả trực tiếp của việc thi công xây lắp công trình gây ra.
- Phần III. Hiện nay, một số đơn bảo hiểm còn bao gồm phần III-Bảo hiểm cho tổn thất lợi nhuận ước tính.
- Phụ lục đơn bảo hiểm: Phần này tóm tắt nội dung của

đơn bảo hiểm, bao gồm: tên và địa chỉ người được bảo hiểm, thời hạn bảo hiểm, phí bảo hiểm, các điều khoản mở rộng, v.v...

- Bản câu hỏi và giấy yêu cầu bảo hiểm
- Các sửa đổi bổ sung (nếu có).

II. BẢO HIỂM XÂY DỰNG

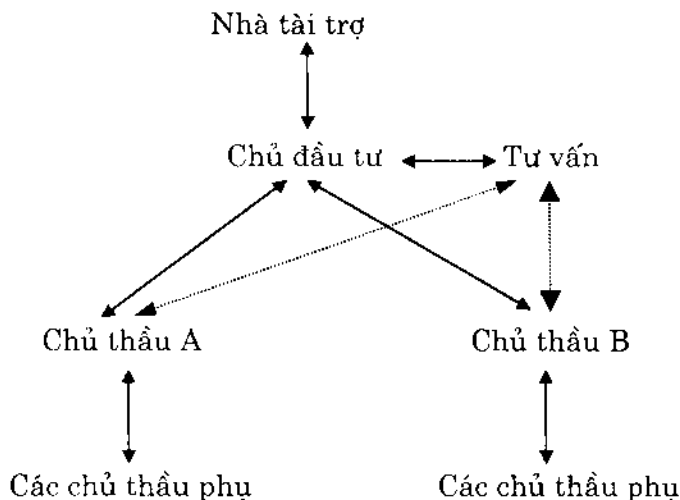
1. Người được bảo hiểm

Mỗi công trình xây dựng là một qui hoạch tổng thể có liên quan đến rất nhiều khía cạnh của các vấn đề pháp luật, hợp đồng và kỹ thuật cho nên việc hợp tác chặt chẽ giữa các bên là vấn đề cần thiết không thể thiếu được. Chính vì vậy việc xác định rõ người được bảo hiểm trong một công trình xây dựng là rất cần thiết. Trong bảo hiểm xây dựng, tất cả các bên liên quan tới công việc xây dựng và có quyền lợi trong công trình xây dựng đã được nêu tên hay chỉ định trong bản phụ lục bảo hiểm đều có thể là người được bảo hiểm:

- Chủ đầu tư hoặc chủ công trình (bên A trong hợp đồng xây dựng)
- Nhà thầu chính (bên B trong hợp đồng xây dựng)
- Các nhà thầu phụ
- Các kiến trúc sư, kỹ sư tư vấn, cố vấn chuyên môn. Tuy nhiên, hợp đồng bảo hiểm xây dựng không bảo hiểm cho trách nhiệm nghề nghiệp của các kiến trúc sư, cố vấn chuyên môn, các kỹ sư tư vấn, mặc dù họ có liên quan đến công trình xây dựng.

Do có rất nhiều bên được bảo hiểm nên sẽ nảy sinh vấn đề đơn bảo hiểm sẽ ghi tên ai hay ai sẽ là người được ghi tên đầu tiên. Thông thường người đứng ra kí kết hợp đồng bảo

hiểm và đóng phí sẽ là người đại diện cho các bên trong hợp đồng bảo hiểm. Vì vậy trên hợp đồng sẽ ghi tên người đứng ra đại diện kèm theo danh sách những người có quyền lợi liên quan đến công trình.



Sơ đồ: Các bên có liên quan trong thi công công trình xây lắp

2. Đối tượng được bảo hiểm

Đối tượng của bảo hiểm xây dựng bao gồm tất cả các công trình xây dựng dân dụng, công trình công nghiệp, v.v... hay nói cách khác là bao gồm tất cả các công trình xây dựng mà kết cấu của nó có sử dụng xi măng và bê tông cốt thép. Cụ thể là các nhóm công trình sau:

- Nhà ở, trường học, bệnh viện, trụ sở làm việc, rạp hát, rạp chiếu phim, các công trình văn hoá khác, ...
- Nhà máy, xí nghiệp, các công trình phục vụ sản xuất;
- Đường sá (bao gồm cả đường bộ và đường sắt), đường băng sân bay;

- Cầu cống, đê đập, công trình thoát nước, kênh đào, cảng, ...

Mỗi công trình bao gồm nhiều hạng mục riêng biệt được xác định và dự tính thông qua sơ đồ tổng thể, bản vẽ thiết kế cùng các máy móc trang thiết bị cần thiết phục vụ cho công tác xây dựng cũng như các công việc có liên quan trong quá trình xây dựng. Để thuận tiện cho việc tính phí bảo hiểm cũng như giải quyết khiếu nại trong trường hợp tổn thất xảy ra, một công trình xây dựng được chia làm nhiều hạng mục khác nhau, bao gồm:

a. Cấu trúc chủ yếu của công trình xây dựng (construction works): Hạng mục này chiếm phần lớn giá trị công trình. Nó bao gồm tất cả các công việc thực hiện bởi chủ thầu chính (bên B) và tất cả các nhà thầu phụ của chủ thầu chính theo qui định của hợp đồng xây dựng ký kết giữa bên A và bên B: từ công tác chuẩn bị, dọn dẹp mặt bằng, xây dựng các công trình tạm thời phục vụ cho công tác thi công cho đến công việc đóng cọc, làm móng và xây dựng cấu trúc chính của công trình.

b. Trang thiết bị xây dựng (equipments of construction): Gồm các thiết bị cố định phục vụ thi công như các công trình phụ trợ (lấn trại, trụ sở tạm thời, kho bãi, nhà xưởng), giàn giáo, hệ thống băng tải, thiết bị cung cấp điện, nước, rào chắn, v.v... Khi yêu cầu bảo hiểm cho các trang thiết bị này, cần phải có danh sách kèm theo đơn bảo hiểm.

c. Máy móc xây dựng (construction machines): Bao gồm các máy móc có động cơ tự hành hoặc không tự hành phục vụ công tác thi công (ví dụ như máy xúc, máy ủi, cần cẩu, xe chuyên dùng, ...) thuộc quyền sở hữu của người được bảo hiểm hoặc do họ đi thuê. Các loại máy móc này chỉ được bảo hiểm trong thời gian sử dụng trên khu vực công trường. Khi yêu cầu bảo hiểm cho các máy móc này cần phải có danh sách kèm theo đơn bảo hiểm.

d. Các tài sản có sẵn trên và xung quanh khu vực công trường thuộc quyền sở hữu, quản lý, trông nom hay coi sóc của người được bảo hiểm. Trường hợp này thường có ở các công trình mở rộng hoặc cải tạo lại, các tài sản trên có thể bị thiệt hại trong quá trình xây dựng mới. Giá trị của các tài sản này không nằm trong giá trị của công trình mới nên chúng thường không thuộc phạm vi bảo hiểm của đơn bảo hiểm xây dựng. Nhưng nếu người được bảo hiểm có nhu cầu thì người bảo hiểm có thể xem xét và mở rộng phạm vi bảo hiểm theo điều khoản bổ sung.

e. Chi phí dọn dẹp hiện trường: bao gồm các chi phí phát sinh do việc thu dọn và di chuyển mảnh vụn, đất đá do các rủi ro được bảo hiểm gây ra trên phạm vi công trường.

f. Trách nhiệm dân sự của người được bảo hiểm đối với bên thứ ba: bao gồm các trách nhiệm pháp lý do thiệt hại về tài sản và (hoặc) thương tật thân thể của bên thứ ba phát sinh trong quá trình thi công công trình trong hoặc xung quanh khu vực công trường. Tuy nhiên cần lưu ý rằng các tổn thất đối với người làm công, người thân hoặc người đại diện của người được bảo hiểm không thuộc phạm vi bảo hiểm của phần này.

Mặc dù bảo hiểm xây dựng là bảo hiểm tài sản, tuy nhiên, để hấp dẫn người tham gia bảo hiểm cũng như mở rộng phạm vi kinh doanh, trong các đơn bảo hiểm xây dựng do người bảo hiểm cung cấp thường gồm hai phần: phần 1 bảo hiểm cho các thiệt hại về tài sản (từ a đến e); phần 2 bảo hiểm cho trách nhiệm dân sự của người được bảo hiểm đối với người thứ ba.

3. Phạm vi bảo hiểm

a. Các rủi ro chính được bảo hiểm

Các đơn bảo hiểm xây dựng do người bảo hiểm cung cấp

thường là đơn bảo hiểm mọi rủi ro nên phạm vi được bảo hiểm thường rất rộng, chỉ trừ các rủi ro loại trừ được nêu rõ trong đơn (theo thông lệ quốc tế) còn hầu hết các rủi ro bất ngờ và không lường trước được đều được bảo hiểm theo đơn bảo hiểm xây dựng.

Cụ thể, trách nhiệm của người bảo hiểm đối với người được bảo hiểm phát sinh khi tổn thất xảy ra cho các đối tượng được bảo hiểm do các rủi ro chính sau:

- + Cháy, sét đánh, nước chữa cháy hay phương tiện chữa cháy

- + Lũ, lụt, mưa, tuyết rơi, tuyết lở, sóng thần

- + Các loại bão

- + Động đất, sụt lở đất đá

- + Trộm cắp

- + Thiếu kinh nghiệm, bất cẩn, hành động ác ý hay lỗi của con người.

Ngoài ra, tùy vào từng công trình, mỗi đơn cấp còn có các điều khoản bổ sung thêm đối với các rủi ro phụ để phù hợp với nội dung công việc.

b. Các rủi ro loại trừ

Những rủi ro loại trừ chung cho cả phần bảo hiểm vật chất và trách nhiệm:

- Chiến tranh hay những hoạt động tương tự, đình công, nổi loạn, ngừng công việc theo yêu cầu của bất cứ cơ quan có thẩm quyền nào

- Hành động cố ý hay sự cấu thả cố ý của người được bảo hiểm hoặc đại diện của họ.

- Phản ứng hạt nhân, phóng xạ hay ô nhiễm phóng xạ.

Các rủi ro loại trừ áp dụng đối với phần bảo hiểm thiệt hại vật chất bao gồm:

- Bất kỳ loại tổn thất nào có tính chất hậu quả
- Hồng học cơ khí/điện hay trục trặc của máy móc, trang thiết bị xây dựng
- Lỗi thiết kế
- Chi phí thay thế, sửa chữa hay khắc phục các khuyết tật của nguyên vật liệu và/hoặc do tay nghề (các tổn thất hư hại do hậu quả thì được bảo hiểm).

Các loại trừ đối với phần bảo hiểm trách nhiệm:

- Khiếu nại tổn thất liên quan đến tai nạn được bảo hiểm hay có thể được bảo hiểm trong phạm vi của phần bảo hiểm vật chất của đơn bảo hiểm xây dựng.
- Khiếu nại phát sinh do dịch chuyển, rung động hay suy yếu của cột chống.

4. Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm được ghi rõ trong đơn bảo hiểm. Thời hạn bảo hiểm thường là thời gian thi công công trình được tính từ khi bắt đầu khởi công công trình (sau khi đã bốc dỡ vật tư, máy móc,... xuống công trường) đến khi hoàn thiện hay chuyển giao hoặc đưa vào hoạt động. Trên thực tế thời gian thi công không nhất thiết phải trùng với thời hạn ghi trong hợp đồng. Nếu công trình hoàn thành trước thời hạn thì hiệu lực của hợp đồng cũng chấm dứt ngay sau khi công trình được bàn giao đưa vào sử dụng. Trong trường hợp thời gian thi công kéo dài vượt quá thời hạn qui định thì người được bảo hiểm phải có yêu cầu gia hạn thêm đối với hợp đồng bảo hiểm và phải thanh toán thêm phí bảo hiểm cho thời gian vượt quá này.

Thông thường thời hạn bảo hiểm bao gồm thời gian:

- Lưu kho (vật liệu) trước khi xây dựng (tối đa là ba tháng)

- Giai đoạn xây dựng
- Kiểm nghiệm, chạy thử (nếu có máy móc)
- Bảo hành.

5. Giá trị bảo hiểm

Việc xác định chính xác giá trị bảo hiểm rất phức tạp. Các giá trị phải xác định trong bảo hiểm xây dựng bao gồm:

- *Giá trị bảo hiểm của phần công tác xây dựng*: thường là giá trị ước tính và có thể là một trong số các giá trị sau:

- + Tổng giá trị khôi phục lại công trình trong trường hợp có tổn thất toàn bộ và phải tiến hành xây dựng lại;
- + Giá trị dự toán công trình theo hợp đồng xây dựng;
- + Giá trị nhỏ hơn hoặc bằng tổn thất lớn nhất có thể xảy ra.

Tuy nhiên việc xác định giá trị của phần công tác xây dựng theo giá trị dự toán công trình theo hợp đồng xây dựng thường là hợp lý nhất. Khi công trình hoàn thành, giá trị này được điều chỉnh lại theo giá trị thực tế và phí bảo hiểm cũng được điều chỉnh lại cho phù hợp.

Giá trị dự toán công trình theo hợp đồng xây dựng thường bao gồm chi phí lập công trình, giá trị các nguyên vật liệu do nhà thầu cung cấp, chi phí nhân công của chủ thầu, những chi phí trả cho khối lượng công việc thầu phụ hay dịch vụ, chi phí liên quan đến việc sử dụng máy móc thi công xây dựng, nhà xưởng thiết bị và các công trình tạm thời khác, chi phí cho các công trình tạm thời, kỹ thuật và giám sát, chi phí hành chính, lợi nhuận.

- *Giá trị bảo hiểm của máy móc và trang thiết bị xây dựng*: được xác định theo giá trị thay thế tương đương của các máy móc trang thiết bị đó mua tại thời điểm thi công công trình và có thể bao gồm cả các chi phí vận chuyển, lắp ráp.

- *Giá trị bảo hiểm cho phần chi phí dọn dẹp*: thường được ước tính theo % giá trị của hợp đồng xây dựng.

- *Giá trị bảo hiểm cho các công trình hoặc tài sản có sẵn trong hoặc xung quanh khu vực thi công thuộc quyền sở hữu, trông nom hoặc coi sóc của người được bảo hiểm*: được xác định theo giá trị thực tế của các tài sản đó tại thời điểm yêu cầu bảo hiểm.

- *Mức trách nhiệm bảo hiểm cho trách nhiệm dân sự của người được bảo hiểm đối với bên thứ ba do việc thi công công trình*: thường được xác định trên cơ sở giá trị tổn thất tối đa có thể. Đây là giới hạn thoả thuận cho mỗi tai nạn nhưng không giới hạn trong suốt thời hạn bảo hiểm.

Thông thường, người bảo hiểm thường thuyết phục người được bảo hiểm tham gia bảo hiểm ngang giá trị. Trong trường hợp người được bảo hiểm tham gia bảo hiểm dưới giá trị bảo hiểm sẽ áp dụng phương pháp bảo hiểm theo tỉ lệ đối với các thiệt hại xảy ra.

III. BẢO HIỂM LẮP ĐẶT

Đơn bảo hiểm lắp đặt cung cấp sự bảo vệ về mặt tài chính cho các chủ thầu và những người được bảo hiểm khác trong quá trình thực hiện các hợp đồng hay công trình trên công trường đối với các tổn thất hay thiệt hại của những tài sản được bảo hiểm gây ra bởi những sự cố bất ngờ và không lường trước được.

1. Người được bảo hiểm

Trong bảo hiểm lắp đặt, tất cả các bên liên quan và có quyền lợi trong công trình lắp đặt và được nêu tên hay chỉ định trong bản phụ lục bảo hiểm đều có thể là người được bảo hiểm:

- Chủ đầu tư
- Nhà thầu chính
- Nhà thầu phụ
- Nhà cung cấp (nếu liên quan đến lắp đặt)
- Các kiến trúc sư, nhà thiết kế hoạt động liên quan đến công trường
- Các kỹ sư tư vấn hoạt động liên quan đến công trường.

Ngoài ra, các tổ chức cho vay (ví dụ như các ngân hàng) cũng là những người được bảo vệ một cách gián tiếp bởi hợp đồng này.

2. Đối tượng được bảo hiểm

Đối tượng bảo hiểm lắp đặt được hiểu là các máy móc lắp đặt, trang thiết bị phục vụ cho công tác lắp đặt và một số công việc, hạng mục liên quan tới công việc lắp đặt. Đối tượng được bảo hiểm được phân loại như sau:

- Các máy móc, các dây truyền đồng bộ trong một xí nghiệp hay trong khi tiến hành lắp đặt các máy móc thiết bị đó.
- Các máy móc, trang thiết bị, dụng cụ phục vụ cho lắp đặt.
- Các phần việc xây dựng phục vụ cho công tác lắp đặt.
- Trách nhiệm dân sự đối với bên thứ ba.
- Chi phí dọn dẹp vệ sinh.

3. Phạm vi bảo hiểm

a. Rủi ro được bảo hiểm

Những rủi ro chính được bảo hiểm trong đơn bảo hiểm lắp đặt được chia làm 3 loại chính:

- Các rủi ro thiên tai bao gồm động đất, động biển gây ra

sóng thần, gió mạnh (do bão, gió xoáy, cuồng phong), mưa lớn, lũ, lụt, ngập lụt, đóng băng, sét đánh, cháy do sét đánh hay do hoạt động của núi lửa, đất đá lún, sụt lở.

- Các hiểm họa tổn thất gây ra bởi hoạt động của con người trên công trường như: thiếu kinh nghiệm hay kỹ năng, lỗi của con người, bất cẩn, trộm cắp, hành động ác ý, phá hoại, vận chuyển, khâu vác nguyên vật liệu, lỗi thiết kế, tập trung cao độ hay cường độ công việc cao do thời gian xây dựng lắp đặt quá ngắn, phối hợp công việc thiếu hợp lý, trông nom, bảo vệ công trường không tốt, thiếu những biện pháp ngăn ngừa tổn thất, lỗi vận hành, lỗi người vận hành máy.

- Các rủi ro kỹ thuật, vận hành bao gồm áp suất ép quá lớn (nổ vật lý), chân không (nổ bên trong), nhiệt độ quá lớn (đoạn mạch), đoản mạch, lực li tâm, lỗi nguyên vật liệu, mất kiểm soát phản ứng hoá học (nổ hoá học), lỗi của hệ thống hay thiết bị điều hành hay điều khiển.

b. Các loại trừ

Trong đơn bảo hiểm lắp đặt các loại trừ được chia làm ba loại chính:

- Loại trừ chung: áp dụng cho cả phần bảo hiểm thiệt hại vật chất và phần bảo hiểm trách nhiệm. Các rủi ro loại trừ chính trong phần này là:

+ Chiến tranh

+ Những rủi ro hạt nhân

+ Các hành vi có tính vi phạm của người được bảo hiểm

+ Gián đoạn công việc.

- Các loại trừ đặc biệt áp dụng cho phần thiệt hại vật chất:

+ Các khoản miễn thường

- + Mọi tổn thất hậu quả
- + Lỗi thiết kế, khuyết tật nguyên vật liệu
- + Hao mòn và xé rách, v.v.,
- + Các tổn thất về hồ sơ, bản vẽ, tài liệu, v.v...
- + Các tổn thất phát hiện vào thời điểm kiểm kê (mất cắp, mất tích).
- Các loại trừ áp dụng đối với phần thiệt hại về trách nhiệm:
 - + Các khoản miễn thường
 - + Những chi tiêu hay chi phí sửa chữa có liên quan đến sửa chữa những thiệt hại được bảo hiểm trong phần bảo hiểm vật chất.
 - + Trách nhiệm đối với thương tật của con người/công nhân tham gia vào quá trình thi công công việc.
 - + Tổn thất và thiệt hại đối với tài sản thuộc quyền sở hữu hay chăm sóc, quản lý của bất cứ người được bảo hiểm nào.
 - + Tổn thất gây ra bởi xe cơ giới, tàu (biển, sông), máy bay.
 - + Bất cứ khoản bồi thường nào vượt quá phạm vi bảo vệ qui định trong hợp đồng bảo hiểm.

4. Thời hạn bảo hiểm

Tùy thuộc vào sự thoả thuận giữa các bên mà thời hạn bảo hiểm được ghi rõ trong đơn bảo hiểm và có thể bao gồm một phần hoặc toàn bộ các thời gian:

- Lưu kho trước khi lắp đặt
- Giai đoạn lắp đặt
- Chạy thử (không tải và có tải)
- Giai đoạn bảo hành.

5. Giá trị bảo hiểm

Trong bảo hiểm lắp đặt, giá trị bảo hiểm được tính cho từng hạng mục bảo hiểm.

- Giá trị bảo hiểm đối với thiết bị được lắp đặt: được tính bằng giá trị thay thế mới của bất kỳ một máy móc hay thiết bị mới tương đương, gồm: giá mua, chi phí kỹ thuật, cước phí vận chuyển, thuế hải quan, chi phí lắp đặt, phí kho bãi.

- Giá trị bảo hiểm của các máy móc, trang thiết bị phục vụ cho công tác lắp đặt (tương tự như máy móc trang thiết bị xây dựng).

- Giá trị bảo hiểm đối với chi phí dọn dẹp vệ sinh (tương tự bảo hiểm xây dựng)

- Giá trị bảo hiểm của các tài sản có sẵn trên và xung quanh công trường lắp đặt thuộc quyền quản lý, sở hữu của người được bảo hiểm (tương tự như bảo hiểm xây dựng).

Số tiền bảo hiểm được xác định dựa vào giá trị các hạng mục vừa nêu ở trên và sự thoả thuận của hai bên. Thông thường số tiền bảo hiểm trong bảo hiểm lắp đặt bằng giá trị bảo hiểm.

Đối với phần bảo hiểm trách nhiệm dân sự của người được bảo hiểm đối với người thứ ba thì số tiền bảo hiểm hoàn toàn dựa vào sự thoả thuận giữa các bên.

Đối với các công trình xây dựng dân dụng và lắp đặt hỗn hợp:

Nếu giá trị lắp đặt lớn hơn 50% tổng số tiền bảo hiểm thì nhà bảo hiểm cấp đơn bảo hiểm lắp đặt. Nếu giá trị xây dựng lớn hơn 50% tổng số tiền bảo hiểm thì cấp đơn bảo hiểm xây dựng. Trên thực tế, tùy vào yêu cầu cụ thể sẽ có các sửa đổi bổ sung phù hợp cho từng đơn cấp ra.

IV. CÁC CƠ SỞ TÍNH PHÍ BẢO HIỂM

1. Đánh giá các yếu tố rủi ro trong xây dựng và lắp đặt

Đây là một trong những công việc không thể thiếu của các nhà bảo hiểm xây dựng, lắp đặt trước khi cấp đơn bảo hiểm cho một công trình xây dựng, lắp đặt cũng như trong quá trình hợp đồng bảo hiểm còn duy trì hiệu lực. Việc đánh giá tốt các yếu tố hiểm họa và nguy cơ có thể xảy ra đối với một công trình xây dựng, lắp đặt sẽ giúp cho người bảo hiểm cũng như người được bảo hiểm quản lý rủi ro tốt hơn cũng như lựa chọn các điều kiện điều khoản bảo hiểm phù hợp. Việc đánh giá này được dựa trên cơ sở xem xét một cách thận trọng và chính xác các nhân tố chủ quan, khách quan có thể ảnh hưởng đến một công trình.

- Các nhân tố chủ quan: đó là các nhân tố có thể gây ra do sự vô ý hoặc cố ý của con người. Nó liên quan đến kinh nghiệm của chủ đầu tư, chủ thầu trong xây dựng. Tiến độ thi công công trình và thời gian thi công cũng là một nhân tố vô cùng quan trọng trong việc đánh giá các rủi ro.

- Các nhân tố khách quan: các nhân tố nằm ngoài sự kiểm soát của con người, ví dụ như các hiểm họa tự nhiên, điều kiện địa chất thủy văn, cháy nổ, v.v...

- Ngoài ra còn rất nhiều các nhân tố khác ảnh hưởng đến quá trình xây dựng một công trình như phương án thi công, các biện pháp an toàn, đồ án thiết kế, ảnh hưởng giữa công trình và các công trình lân cận, v.v...

Các nhân tố này cũng đóng một vai trò quan trọng trong việc tính toán xác định tỉ lệ phí bảo hiểm phù hợp với từng công trình xây dựng cụ thể.

2. Các nhân tố ảnh hưởng đến phí bảo hiểm

Cơ sở định phí bảo hiểm phải căn cứ vào một số nhân tố nhất định như:

- Loại công trình xây dựng, lắp đặt
- Khu vực xây dựng lắp đặt theo địa hình, khí hậu, điều kiện sinh thái
- Loại rủi ro, nhóm rủi ro (bao gồm các rủi ro cơ bản, các rủi ro bất ngờ, các rủi ro phụ)
- Số tiền bảo hiểm
- Mức độ đảm bảo của bảo hiểm (mức miễn thường và điều kiện bồi thường được thoả thuận trên hợp đồng bảo hiểm).

Ngoài ra còn một số nhân tố có thể ảnh hưởng đến việc tăng giảm phí như kinh nghiệm của nhà thầu, tiền sử các vụ khiếu nại trước khi tham gia bảo hiểm của người được bảo hiểm, tay nghề của lao động,...

3. Phương pháp tính phí bảo hiểm

a. Phí bảo hiểm xây dựng

Phí bảo hiểm của một công trình xây dựng bao gồm hai phần chính: phí bảo hiểm tiêu chuẩn và phụ phí mở rộng.

- Phí bảo hiểm tiêu chuẩn

Phí bảo hiểm tiêu chuẩn là phí bảo hiểm tính cho các rủi ro tiêu chuẩn (các rủi ro tiêu chuẩn theo đơn bảo hiểm của Munich Re đang được áp dụng tại Việt Nam) bao gồm các rủi ro thiên tai, các rủi ro bất ngờ và các rủi ro khác như tay nghề kém, thiếu kinh nghiệm, v.v... Phí bảo hiểm tiêu chuẩn có ba phần chính là phí cơ bản tối thiểu, phụ phí rủi ro động đất và phụ phí rủi ro lũ lụt.

+ Phí cơ bản tối thiểu: là mức phí tối thiểu cho một công

trình xây dựng, được tính bằng tỉ lệ phần nghìn của số tiền bảo hiểm.

+ Phụ phí rủi ro động đất: được tính cho từng loại công trình, phụ thuộc vào độ nhạy cảm của công trình đối với rủi ro động đất. Trong kỹ thuật mức độ nhạy cảm của công trình được chia làm năm loại C,D,E,F và G (công trình loại C là có độ nhạy cảm với rủi ro động đất thấp nhất). Tỉ lệ phí động đất được tính bằng phần nghìn/năm. Nếu công trình xây dựng có thời gian xây dựng trên hoặc dưới một năm được tính như sau:

$$\begin{array}{lcl} \text{Phụ phí động} & & \text{Phí} \\ \text{đất (trong thời} & = & \text{cho 1} \\ \text{gian xây dựng)} & & \text{năm} \end{array} \times \frac{\text{Thời hạn bảo hiểm (tháng)}}{12 \text{ tháng}}$$

+ Phụ phí rủi ro lũ lụt: được tính cho một năm căn cứ vào tính chất của từng loại công trình chịu tác động của rủi ro lũ lụt. Tỉ lệ phí xác định bằng phần nghìn trên số tiền bảo hiểm và tùy thuộc vào thời gian thi công (mùa mưa hay mùa khô).

- Phụ phí mở rộng

Đây là phần phí bảo hiểm xác định cho phần trang thiết bị xây dựng, máy móc xây dựng, tài sản có sẵn trên và xung quanh khu vực công trường, chi phí dọn dẹp hiện trường, trách nhiệm pháp lý đối với bên thứ ba.

b. Phí bảo hiểm lắp đặt

Về cơ bản, phương pháp tính phí bảo hiểm lắp đặt giống phương pháp tính phí bảo hiểm xây dựng, chỉ có một số điểm khác đó là:

- Phí cơ bản tối thiểu trong bảo hiểm lắp đặt tối thiểu là 300 đôla Mỹ hoặc tương đương bằng các loại tiền khác.

- Việc xác định phụ phí rủi ro lũ lụt phụ thuộc vào sức chịu của công trình đối với tác động của gió, bão, lũ, lụt. Hiện người ta chia công trình ra làm 3 loại có sức chịu đựng khác nhau là loại I, II và III.

V. GIÁM ĐỊNH VÀ GIẢI QUYẾT BỒI THƯỜNG TRONG BẢO HIỂM XÂY DỰNG VÀ LẮP ĐẶT

1. Nguyên tắc chung trong giám định và bồi thường tổn thất

Cũng như trong các loại hình bảo hiểm khác, công tác giám định và bồi thường tổn thất trong bảo hiểm kỹ thuật phải tuân thủ theo một số nguyên tắc nhất định để đảm bảo quyền lợi cho người bảo hiểm cũng như người được bảo hiểm. Đó là, việc giám định và giải quyết bồi thường phải đảm bảo kịp thời, chính xác, khách quan và thoả đáng. Ngoài ra, do tính chất phức tạp và đặc điểm đặc thù của các đối tượng bảo hiểm trong bảo hiểm xây dựng và lắp đặt, các nhà bảo hiểm có thể trực tiếp hoặc thuê giám định viên chuyên nghiệp thực hiện công tác giám định.

2. Các bước cơ bản trong giám định và bồi thường tổn thất

a. Nhận thông báo tổn thất và yêu cầu giám định

Khi tổn thất xảy ra, người được bảo hiểm có trách nhiệm báo ngay cho người bảo hiểm, giữ nguyên hiện trường và thực hiện các biện pháp để phòng hạn chế tổn thất phát sinh thêm. Sau một khoảng thời gian nhất định hoàn thành các giấy tờ sau và gửi cho người bảo hiểm:

- Thông báo chi tiết bằng văn bản về tổn thất
- Giấy yêu cầu giám định (theo mẫu của người bảo hiểm)

- Giấy chứng nhận bảo hiểm
- Hoá đơn thanh toán phí bảo hiểm
- Xác nhận của nhân chứng về tai nạn hoặc sự cố.

b. Tiến hành giám định

Công tác giám định đòi hỏi giám định viên phải giải quyết các công việc sau:

- Xem xét hiện trạng tổn thất, chụp ảnh hiện trường
- Thu thập các số liệu, hoá đơn, chứng từ có liên quan đến tổn thất,
- Lập biên bản giám định
- Thẩm tra lại các bên có liên quan về tai nạn hoặc sự cố và các biện pháp để phòng hạn chế tổn thất phát sinh thêm.

c. Giải quyết khiếu nại và bồi thường

Hồ sơ khiếu nại yêu cầu bồi thường bao gồm

- Giấy chứng nhận bảo hiểm
- Các hoá đơn đóng phí bảo hiểm
- Giấy yêu cầu bồi thường
- Biên bản giám định
- Báo cáo của công an (nếu cần)
- Lời khai của nạn nhân, nhân chứng.

Trách nhiệm bồi thường của người bảo hiểm căn cứ vào thời hạn bảo hiểm, phạm vi bảo hiểm. Giới hạn trách nhiệm bồi thường của người bảo hiểm được căn cứ vào:

- Giá trị bảo hiểm, số tiền bảo hiểm;
- Mức giới hạn trách nhiệm đối với bên thứ ba;
- Giới hạn trách nhiệm đối với các tổn thất do các rủi ro bổ sung.

CHƯƠNG X

BẢO HIỂM HOẠT ĐỘNG THĂM DÒ VÀ KHAI THÁC DẦU KHÍ

I. GIỚI THIỆU CHUNG VỀ BẢO HIỂM DẦU KHÍ

Ngành công nghiệp dầu khí là một trong những ngành sôi động nhất trên thế giới. Hiện nay, các đổi mới trong công nghệ diễn ra hàng ngày là một thách thức đối với các nhà khai thác bảo hiểm cũng như các nhà môi giới bảo hiểm. Bên cạnh đó các vụ tổn thất trong lĩnh vực dầu khí cũng là mối lo ngại lớn đối với các nhà khai thác bảo hiểm dầu khí. Năm 1997, sự cố giếng phụt ngoài khơi ở Indonesia gây thiệt hại 75 triệu đôla Mỹ, tổn thất tàu chở dầu do đâm va ở Singapore thiệt hại 100 triệu đôla Mỹ; năm 1998, sự cố nổ tại giàn khoan ngoài khơi Louisiana thiệt hại 120 triệu đôla Mỹ (Nguồn: Sedgwick từ Thông tin thị trường bảo hiểm - tái bảo hiểm, số 2, 1999).

Do tính chất đa dạng trong các hoạt động của ngành công nghiệp dầu khí, các nghiệp vụ bảo hiểm cũng rất phong phú và đa dạng. Đơn bảo hiểm "Thiệt hại hoặc tổn thất vật chất" cung cấp cho nhà thầu và bất cứ nhà xây dựng nào của nhà thầu sự bảo hiểm đối với thiệt hại về vật chất của họ, bao gồm giàn khoan hoặc đường ống dẫn trong quá trình xây dựng lắp đặt hoặc khai thác. Đơn bảo hiểm "trách nhiệm pháp lý đối với người thứ ba" bảo vệ người được bảo hiểm trước các thiệt hại về trách nhiệm pháp lý đối với thiệt hại về tài sản, tình trạng sức khỏe hoặc sinh mạng của bên thứ ba.

Các chi phí kiểm soát giếng khoan bị phun trào và các chi phí khoan lại, làm sạch và bất cứ trách nhiệm pháp lý nào phát sinh về ô nhiễm được đảm bảo trong đơn bảo hiểm "Các chi phí bổ sung của nhà thầu". Bên cạnh đó các nhà thầu hoặc các bên có liên quan có thể tham gia nhiều nghiệp vụ bảo hiểm khác nhau phụ thuộc vào tính chất của từng công việc cụ thể.

1. Các tổn thất trong hoạt động thăm dò và khai thác dầu khí

Trong các hợp đồng thăm dò khai thác các nhà khai thác chính thường phải thuê các nhà thầu thực hiện công việc thăm dò và khai thác. Chính vì vậy phải xác định được các rủi ro và phân định được trách nhiệm giữa nhà thầu và nhà khai thác. Việc phân định này thường được xác định trên cơ sở hợp đồng và phụ thuộc vào một số nhân tố thương mại.

Các rủi ro có thể xảy ra trong quá trình thăm dò và khai thác dầu khí bao gồm:

- Thiệt hại về tài sản (physical loss or damage);
- Tai nạn thương tật (cả thể xác lẫn tinh thần) và chết đối với người làm công (death or injury of employees);
- Các trách nhiệm pháp lý phát sinh đối với người thứ ba (third party liability);
- Ô nhiễm, làm sạch và ngăn chặn ô nhiễm (pollution, clearance...);
- Phun trào (blowout) (thuộc phạm vi bảo hiểm chi phí bổ sung cho nhà khai thác "Operator's Extra Expenses" - OEE);
- Di chuyển mảnh đổ nát (xác tàu đắm) hoặc các mảnh vỡ (Remove of debris or wreck);
- Các tổn thất gián tiếp (Offshore Business Interruption);

- Các hiểm họa chiến tranh và chính trị, khủng bố (war, terrorist and political risks).

2. Các nghiệp vụ bảo hiểm dầu khí

Các nghiệp vụ bảo hiểm dầu khí bao gồm:

a. Bảo hiểm trong quá trình thăm dò

Công việc đầu tiên của một công ty dầu khí là nghiên cứu chi tiết về địa lý ở khu vực họ hy vọng có dầu. Công việc này rất tốn kém bởi chi phí cho một giếng khoan thăm dò cũng đắt như chi phí cho một giếng khoan khai thác. Trong quá trình này liên quan đến các nghiệp vụ bảo hiểm sau:

- Bảo hiểm mọi rủi ro cho thiết bị khai thác nổi: nghiệp vụ bảo hiểm này bảo hiểm cho các rủi ro liên quan đến trang thiết bị khai thác bất kể chúng ở nhà kho, trên mặt đất, trên boong tàu hay máy bay; trên không trung hay trong quá trình vận chuyển.

- Bảo hiểm trách nhiệm pháp lý đối với bên thứ ba: Một công ty dầu làm việc ở bất cứ nơi nào cũng dễ trở thành mục tiêu khiếu nại của người dân địa phương vì họ có thể gây ra ô nhiễm môi trường quanh vùng.

- Giai đoạn thăm dò địa chấn phải sử dụng các chất nổ để giám sát sự đột biến của các sóng trên vỏ trái đất cũng như sử dụng các thiết bị ghi âm. Cả hai thiết bị này đều được bảo hiểm. Việc sử dụng chất nổ cũng làm tăng rủi ro phát sinh trách nhiệm đối với người thứ ba.

- Các nhà thăm dò thường yêu cầu bảo hiểm cho các đĩa lưu trữ số liệu. Có hai hình thức cần phải phân biệt. Thứ nhất, bảo hiểm sự thay thế chính những chiếc đĩa này, giá trị bảo hiểm chỉ cân bằng giá trị mới của các đĩa dữ liệu. Thứ hai, bảo hiểm bao gồm cả việc tái tạo số liệu ghi trong đĩa,

giá trị bảo hiểm không chỉ là giá trị mới của bản thân các đĩa lưu trữ mà còn bao gồm các công việc cần thiết để tái tạo lại số liệu ghi trên đĩa nếu số liệu đó bị mất hoặc hư hại.

- Khi giai đoạn khoan bắt đầu, thiết bị khoan thường do một nhà thầu sở hữu và việc di chuyển các thiết bị đó đến khu vực khoan được thực hiện bằng một hợp đồng. Những hợp đồng như vậy sẽ đề cập đến trách nhiệm của công ty dầu đối với giàn khoan và rất nhiều thiết bị thuê cần được bảo hiểm.

- Bảo hiểm đối với các giếng khoan bao gồm việc bảo hiểm chi phí khổng lồ chế giếng và chi phí khoan lại. Chi phí khổng lồ chế giếng bao gồm những chi phí về vật liệu, dịch vụ cung ứng của các cá nhân hay hãng chuyên về khổng lồ chế giếng và những chi phí cho việc khoan trực tiếp hay các hoạt động tương tự cần thiết để làm cho giếng có thể khổng lồ chế được. Chi phí khoan lại bao gồm chi phí khoan lại giếng đã bị tổn thất có liên quan đến một số hiểm họa như phụt nổ, phun trào. Trong trường hợp có tai nạn về tràn dầu hay ô nhiễm dầu thì hợp đồng "tiếp theo một rủi ro bảo hiểm" được mở rộng cho các chi phí làm sạch môi trường hoặc hạn chế việc lan tràn ô nhiễm.

- Bảo hiểm tai nạn người làm công: do tính chất công việc rất nguy hiểm nên xác suất rủi ro đối với người làm công là rất lớn. Các công ty dầu khí mua bảo hiểm tai nạn cho họ.

b. Bảo hiểm trong quá trình khai thác

Giống như quá trình thăm dò, quá trình khai thác cũng cần bảo hiểm những rủi ro về chi phí phát sinh đối với người khai thác, những khác nhau về hạn mức trách nhiệm bảo hiểm.

Trong gian đoạn này có thể phải tiến hành xây dựng cơ sở hạ tầng như đường sá, đường ống, nhà kho, v.v... Tùy theo

vị trí của khu mỏ, nhà khai thác yêu cầu các nghiệp vụ bảo hiểm khác nhau. Các phương tiện ở trên bờ có thể được bảo hiểm theo đơn bảo hiểm tiêu chuẩn mọi rủi ro về xây dựng cho chủ thầu, mọi rủi ro lắp đặt và trách nhiệm pháp lý đối với người thứ ba. Đối với các hoạt động ngoài khơi cần áp dụng hình thức bảo hiểm rộng hơn và tổng hợp hơn.

Hợp đồng bảo hiểm cho các hoạt động khai thác có thể bao gồm việc bảo hiểm cho thiệt hại vật chất, hậu quả của tổn thất hoặc bảo hiểm gián đoạn kinh doanh và bảo hiểm trách nhiệm pháp lý đối với người thứ ba. Phạm vi bảo hiểm tùy thuộc vào điều kiện trách nhiệm và vị trí khai thác.

c. Bảo hiểm trong quá trình sản xuất và chế biến

Quá trình sản xuất và chế biến dầu khí được tiến hành trên đất liền, nhưng các rủi ro và hạn mức trách nhiệm cũng tăng lên đáng kể so với hai giai đoạn trước và nó cũng đòi hỏi hoạt động quản lý rủi ro phải được tiến hành một cách chặt chẽ. Các nghiệp vụ bảo hiểm trong giai đoạn này thường bao gồm bảo hiểm tài sản như nhà xưởng, kho tàng, máy móc, v.v... bảo hiểm trách nhiệm pháp lý đối với bên thứ ba kể cả trách nhiệm theo luật định đối với sản phẩm khi vận chuyển và khi phân phối. Thông thường thì phạm vi và mức độ bảo hiểm do các công ty dầu yêu cầu tùy thuộc vào vị trí, nhận thức về mức độ nguy hiểm của rủi ro của họ.

II. BẢO HIỂM TÀI SẢN TRONG HOẠT ĐỘNG THĂM DÒ VÀ KHAI THÁC DẦU KHÍ

1. Đối tượng bảo hiểm

Tùy theo từng hợp đồng bảo hiểm, tài sản bảo hiểm thường bao gồm:

- Giàn khoan (giàn khoan cố định, di động hoặc bán nửa nổi nửa chìm), sà lan khoan, các thiết bị liên dàn, máy móc, giàn nén khí, hệ thống đường ống (gồm hệ thống dẫn dầu, khí từ giếng đến kho chứa hoặc nơi sản xuất, ống gọi dòng, ống dẫn đến giếng, v.v...), nguyên vật liệu, hàng hoá và các thiết bị khác đi kèm với đối tượng được bảo hiểm, có liên quan tới người được bảo hiểm.

- Các sản phẩm dầu, khí vừa khai thác được, đang trong quá trình vận chuyển hoặc chứa trong các tàu chứa; bản thân các tàu chứa dầu, các tàu cung ứng (supply vessels), các công trình nhà ở, nhà kho; các tài sản khác có liên quan đến hoạt động thăm dò, khai thác cũng có thể là đối tượng bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm tài sản.

Về nguyên tắc, bảo hiểm tài sản chỉ bảo hiểm cho những tổn thất hay thiệt hại vật chất đối với các tài sản ngoài khơi của người được bảo hiểm do hoạt động thăm dò và khai thác dầu khí thường diễn ra ngoài khơi. Nhưng hiện nay, do sự cạnh tranh ngày càng mạnh mẽ giữa các công ty bảo hiểm, các tài sản này có thể được bảo hiểm khi chúng ở trên bờ, đang trong quá trình tập kết tại một địa điểm nào đó để vận chuyển tới nơi thăm dò, khai thác.

Các tài sản được bảo hiểm trong hoạt động thăm dò, khai thác có thể thuộc sở hữu của người được bảo hiểm hoặc có thể chỉ do người được bảo hiểm chịu trách nhiệm trông coi, quản lý trong thời gian tham gia bảo hiểm.

2. Phạm vi bảo hiểm

a. Rủi ro được bảo hiểm

Theo đơn bảo hiểm “mọi rủi ro”, tất cả các thiệt hại vật chất xảy ra trực tiếp đối với tài sản được bảo hiểm đều được bồi thường với điều kiện là những thiệt hại đó xảy ra không

phải là do sự thiếu miễn trừ của người được bảo hiểm, người sở hữu hay người quản lý tài sản được bảo hiểm hoặc bất cứ người nào trong số họ.

Đối với tổn thất chung và chi phí cứu hộ, người bảo hiểm sẽ bồi thường cho người được bảo hiểm trong trường hợp tổn thất xảy ra do hành động hy sinh quyền lợi của một số ít để đảm bảo an toàn cho quyền lợi chung nhưng với điều kiện tài sản hy sinh phải hợp lý, theo đúng thông lệ và luật pháp.

Đối với các tổn thất riêng, thiệt hại chỉ được bồi thường khi chúng vượt quá mức miễn thường của hợp đồng bảo hiểm.

Các rủi ro được bảo hiểm cho tài sản trong hoạt động thăm dò, khai thác dầu khí còn được qui định trong các điều khoản cụ thể:

- Điều khoản bảo hiểm mọi rủi ro giàn khoan theo mẫu tiêu chuẩn của London đã được sửa đổi áp dụng đối với giàn khoan cố định.

- Điều khoản bảo hiểm mọi rủi ro thân tàu ở cảng. Điều khoản này được áp dụng để bảo hiểm mọi rủi ro về tổn thất hoặc hư hỏng vật chất của giàn di động, hệ thống phao neo.

- Điều khoản bảo hiểm sà lan khoan.

- Điều khoản về các công việc nhỏ. Người bảo hiểm đồng ý bảo hiểm trong trường hợp thay đổi, sửa chữa, trùng tu, v.v..., trên những tài sản được bảo hiểm.

- Điều khoản bảo hiểm hàng hoá của Hiệp hội Bảo hiểm Luân Đôn: Bảo hiểm mọi rủi ro về mất mát hoặc hư hại xảy ra cho đối tượng được bảo hiểm.

- Điều khoản bảo hiểm rủi ro chiến tranh: Điều khoản này bảo hiểm cho những mất mát, hư hại xảy ra cho đối tượng được bảo hiểm do rủi ro chiến tranh hoặc những rủi ro tương tự chiến tranh, hành động phá hoại hoặc khủng bố có

tính chất chính trị, do nổ mìn, ngư lôi hoặc các thiết bị, vũ khí chiến tranh vô chủ khác.

- Điều khoản bảo hiểm rủi ro đình công: bảo hiểm cho những mất mát, hư hại xảy ra cho đối tượng được bảo hiểm do đình công, gây rối, bạo động của người lao động.

- Điều khoản cắt đường ống: Trong trường hợp có khiếu nại về tổn thất hay gây vỡ đường ống thì người bảo hiểm chỉ bồi thường phần đường ống bị hư hại hay gây vỡ với điều kiện là người được bảo hiểm có thể sử dụng phần đường ống còn lại theo mục đích như ban đầu đặt ra. Người bảo hiểm sẽ trả các chi phí cho việc cắt bỏ đoạn đường ống bị hỏng, di chuyển và ghép các mối nối. Người bảo hiểm sẽ bồi thường phần giá trị của mỗi đoạn đường ống bị cắt bỏ theo tỉ lệ và được phép trục vớt đoạn ống đó. Điều khoản này loại trừ thiệt hại xảy ra đối với lớp bọc ngoài và lớp đệm đường ống.

- Ngoài ra còn một số điều khoản khác theo thoả thuận giữa người bảo hiểm và người được bảo hiểm tùy thuộc vào yêu cầu của người được bảo hiểm.

Để tiết kiệm phí bảo hiểm, một số nhà khai thác và nhà xây dựng có thể mua các đơn bảo hiểm theo “các rủi ro chỉ định”. Nói cách khác, các rủi ro được bảo hiểm được liệt kê cụ thể trong đơn (ví dụ như cháy, nổ, v.v...), bất cứ tổn thất hay thiệt hại nào xảy ra không phải do các rủi ro đó gây ra sẽ không được bảo hiểm. Người được bảo hiểm hoặc nhà môi giới của anh ta có nghĩa vụ chứng minh tổn thất hay thiệt hại xảy ra là do rủi ro được bảo hiểm gây ra.

b. Rủi ro loại trừ

Tùy thuộc vào loại hợp đồng bảo hiểm, điều khoản bảo hiểm được cấp, các rủi ro loại trừ được qui định cụ thể. Tuy nhiên các rủi ro sau đây không được bảo hiểm trong tất cả các hợp đồng bảo hiểm, điều khoản bảo hiểm:

- Hao mòn tự nhiên, giảm dần giá trị, lão hoá kim loại, hỏng hoặc gãy vỡ máy móc, co giãn về nhiệt, han gỉ, mọt, phản ứng điện phân.

- Tổn thất hoặc hư hỏng máy móc phát điện, bộ kích điện, các thiết bị điện khác gây nên bởi các hiện tượng trực trặc và rối loạn về điện, trừ khi tổn thất này bắt nguồn từ bên ngoài các thiết bị điện đó hoặc rủi ro cháy hoặc các rủi ro khác không bị loại trừ.

- Trách nhiệm đối với bên thứ ba.

- Rủi ro động đất, núi lửa phun.

- Tổn thất xảy ra do hành động trưng thu, tịch thu, bắt giữ, chiếm đoạt hoặc bằng các cách khác, dù là hợp pháp hay không hợp pháp.

- Rủi ro xảy ra do hành vi xấu có chủ tâm của người được bảo hiểm.

- Mất mát, hư hại hay chi phí gây ra bởi khuyết tật cố hữu hoặc bởi tính chất của đối tượng được bảo hiểm.

- Thiệt hại hay chi phí phát sinh do sử dụng bất kỳ loại vũ khí chiến tranh nào có sử dụng năng lượng nguyên tử, phản ứng phân hạch, phản ứng tổng hợp hạt nhân hoặc phản ứng khác tương tự hoặc năng lượng hay chất phóng xạ.

- Rủi ro do các tài sản hết thời hạn sử dụng.

3. Giá trị bảo hiểm

Giá trị bảo hiểm là giá trị thực tế của tài sản vào thời điểm ký kết hợp đồng bảo hiểm. Tuy nhiên các nhà khai thác bảo hiểm thường đưa ra một số phương thức xác định số tiền bảo hiểm để người được bảo hiểm có thể lựa chọn, đó là: đơn bảo hiểm cho giá trị thay thế, theo đó việc thanh toán các khoản khiếu nại bồi thường sẽ dựa trên cơ sở “thay mới”; hoặc đơn bảo hiểm cho giá trị thực tế, theo đó các khoản bồi

thường sẽ bằng giá trị ban đầu khi tham gia bảo hiểm trừ đi khấu hao của tài sản. Phương thức thứ hai thường có mức phí bảo hiểm thấp hơn nhưng tỉ lệ phần trăm trên giá trị được bảo hiểm sẽ nhìn chung là cao hơn nếu nó được tính cho giá trị thấp hơn. Ngoài hai phương thức trên còn có một số phương thức bảo hiểm khác mà thông qua đó người được bảo hiểm có thể giảm được một phần phí bảo hiểm như việc bảo hiểm theo các hợp đồng có áp dụng các mức khấu trừ, đồng bảo hiểm hoặc giới hạn trách nhiệm.

4. Phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm thường được tính theo tỉ lệ phần trăm trên tổng giá trị được bảo hiểm hoặc giá trị thoả thuận. Phí bảo hiểm thường được thanh toán theo quý nếu số phí bảo hiểm lớn hoặc thanh toán một lần nếu số phí phải đóng nhỏ tùy thuộc vào thoả thuận giữa các bên.

III. BẢO HIỂM CÁC CHI PHÍ BỔ SUNG CHO NHÀ KHAI THÁC

1. Đặc trưng của bảo hiểm các chi phí bổ sung cho nhà khai thác

Hoạt động bảo hiểm cho các chi phí bổ sung của các nhà khai thác (Operators' Extra Expenses (OEE)) có quá trình phát triển lâu dài. Các đơn bảo hiểm ban đầu chỉ bảo hiểm cho tài sản, thanh toán các chi phí kiểm soát sự cố phun trào của giếng. Hiện nay phạm vi bảo hiểm của đơn tương đối toàn diện, không chỉ bao gồm các chi phí kiểm soát giếng mà còn bao gồm các chi phí khoan lại, chống rò rỉ, ô nhiễm. Đơn bảo hiểm cũng có thể được mở rộng bảo hiểm cho các rủi ro khác như chi phí sơ tán, trách nhiệm trông giữ và kiểm soát

tài sản của những người khác, thiệt hại đối với thiết bị bề mặt, chi phí làm an toàn của các giếng khác sau sự kiện phun trào, chi phí di chuyển rác thải, sự cố phun trào ngầm.

Đơn bảo hiểm không chỉ cung cấp sự bảo vệ cho các nhà khai thác mà còn bảo vệ cả cho các bên khác có liên quan như các bên liên doanh, các nhà xây dựng, phụ thuộc vào qui định của hợp đồng bảo hiểm.

Hiện nay, hoạt động bảo hiểm cho các chi phí bổ sung của nhà khai thác trên thế giới nói chung và ở Việt Nam nói riêng đều được tiến hành theo mẫu đơn sẵn. Mẫu đơn bảo hiểm đang thịnh hành là mẫu tiêu chuẩn của Luân Đôn về bảo hiểm thăm dò và phát triển năng lượng 8/86 (Energy Exploration and Development Form 8/86 - EED 8/86). Mẫu đơn này được đưa ra thị trường bảo hiểm trong những năm 80 và được soạn thảo phù hợp với hoạt động khoan trong thời kỳ này. Đây là mẫu đơn bảo hiểm trọn gói đối với hoạt động kiểm soát giếng nhưng không bảo hiểm cho các thiệt hại về vật chất. Mẫu đơn bảo hiểm gần đây nhất sẽ được đưa ra thị trường là mẫu LSW 614, hiện đang chờ được chấp thuận. Trên quan điểm kỹ thuật, mẫu LSW 614 chú trọng đến công nghệ mới hơn so với mẫu EED 8/86. Hiện tại, Việt Nam cũng như một số nước khác trên thế giới đang sử dụng mẫu đơn EED 8/86. Nội dung của mẫu đơn EED 8/86 gồm ba phần chính:

- Bảo hiểm không chế giếng;
- Bảo hiểm chi phí khoan lại và (hoặc) chi phí bổ sung;
- Bảo hiểm rò rỉ, ô nhiễm, nhiễm bẩn và các chi phí làm sạch.

Ngoài ra, các điều khoản bổ sung chuẩn có thể được đính kèm đơn, bảo hiểm thêm cho các chi phí trông giữ, giám sát, chi phí phục hồi và khoan lại giếng, chi phí giữ giếng an toàn chi phí sơ tán, chi phí di chuyển rác thải, v.v...

Trong phần này sẽ giới thiệu một số nội dung cơ bản của ba phần chính trong đơn bảo hiểm thăm dò và phát triển năng lượng 8/86.

2. Bảo hiểm không chế giếng

a. Phun trào

Phun trào là một sự cố nguy hiểm nhất có thể xảy ra trong một giếng dầu hoặc giếng khí. Có rất nhiều định nghĩa khác nhau về sự phun trào. Định nghĩa chung nhất được sử dụng vào những năm 70 và 80 là: “một dòng khí, dầu hoặc chất lỏng không kiểm soát được phun ra trên mặt đất hoặc đáy nước”. Do sự cố phun trào này, các tài sản và con người có thể đứng trước mỗi nguy hiểm khi dòng phun trào khí hoặc dầu gặp lửa hoặc nổ.

Sự phun trào xảy ra khi áp lực thủy tĩnh được sử dụng trong dung dịch khoan không thể cân bằng. Dung dịch khoan được để cập ở đây được gọi là “bùn” (mud) và là hỗn hợp các hoá chất được tính toán một cách cẩn thận. Lượng dung dịch khoan được sử dụng để giữ áp lực của giếng, ngoài ra nó còn có tác dụng làm nguội vết khoan và di chuyển phần lõi của giếng khoan. Sự phun trào của giếng xảy ra khi: giếng khoan không được giữ đầy khi ống dẫn bị trệch ra ngoài giếng; khi ống dẫn bị đầy do ảnh hưởng thấm; khi sự lưu thông của dung dịch khoan bị dừng do sự chênh lệch về áp lực giữa các địa tầng hay áp lực thấp hơn cần thiết; hoặc đơn giản là dung dịch khoan không đủ nặng. Khi sự cố phun trào xảy ra, giếng được coi là mất khả năng không chế.

b. Phạm vi bảo hiểm

Người bảo hiểm sẽ có trách nhiệm bồi thường cho người được bảo hiểm những chi phí thực tế và (hoặc) những phí tổn mà người được bảo hiểm phải gánh chịu nhằm:

- Không chế trở lại hoặc cố gắng không chế trở lại giếng hoặc các giếng được bảo hiểm bị mất khả năng không chế bao gồm cả bất kỳ giếng được bảo hiểm nào bị mất khả năng không chế do hậu quả trực tiếp của một giếng được bảo hiểm khác. Các chi phí chỉ bao gồm những chi phí, phí tổn phát sinh cho đến khi giếng hay các giếng đó được không chế trở lại.

- Dập tắt hoặc cố dập tắt:

- Đám cháy trên mặt đất hoặc đáy nước phát sinh từ giếng (các giếng) được bảo hiểm hoặc từ bất kỳ giếng (các giếng) nào khác bị cháy do hậu quả trực tiếp của giếng (các giếng) được bảo hiểm bị mất khả năng không chế;

- Lửa trên mặt đất hoặc đáy nước có thể gây nguy hiểm cho giếng hoặc các giếng được bảo hiểm.

Các giếng giải áp có thể được bảo hiểm theo điều khoản bảo hiểm không chế giếng với điều kiện người được bảo hiểm thông báo ngay cho người bảo hiểm biết và thanh toán thêm phí bảo hiểm.

c. Các loại trừ

Trong phần bảo hiểm không chế giếng, người bảo hiểm sẽ không có trách nhiệm bồi thường đối với:

- Tổn thất hay thiệt hại của bất kỳ thiết bị khoan hay sản xuất nào;

- Tổn thất hoặc thiệt hại đối với bất kỳ giếng (các giếng) nào, lỗ khoan (các lỗ khoan) nào;

- Tổn thất, thiệt hại hoặc chi phí gây nên bởi hoặc phát sinh từ sự trì hoãn (bao gồm cả trì hoãn sản xuất) và/hoặc sự mất khả năng sử dụng và/hoặc tổn thất hay thiệt hại về sản xuất (bao gồm cả tổn thất do giảm áp suất bể chứa) và/hoặc tổn thất hay thiệt hại đối với bất kỳ bể chứa hoặc áp suất bể chứa nào.

Ngoài ra còn một số điểm loại trừ được đưa ra trong các điều kiện chung của đơn bảo hiểm trọn gói.

3. Bảo hiểm chi phí khoan lại - chi phí bổ sung

a. Phạm vi bảo hiểm

Người bảo hiểm sẽ có trách nhiệm bồi thường cho các chi phí thực tế và/hoặc tổn thất phát sinh một cách hợp lý nhằm phục hồi hoặc khoan lại một giếng đã bị tổn thất hoặc thiệt hại do hậu quả của một tai nạn hoặc một sự cố được bảo hiểm trong phần bảo hiểm khổng chế giếng. Người bảo hiểm chỉ có trách nhiệm bồi thường các chi phí khoan lại hoặc phục hồi giếng (các giếng) khi đến độ sâu thực tế ngay trước khi giếng mất khả năng khổng chế hoặc tổn thất. Trách nhiệm của bảo hiểm cũng dừng khi việc phục hồi hoặc khoan lại tới tầng địa chất hoặc các tầng địa chất mà từ đó giếng tiến hành sản xuất hoặc có khả năng tiến hành sản xuất. Tuy nhiên trong các trường hợp này đòi hỏi việc khoan lại hoặc phục hồi phải được tiến hành một cách thận trọng và kinh tế nhất.

Mẫu đơn EED8/86 giới hạn trách nhiệm của người bảo hiểm đối với giếng (các giếng) đang khoan tối đa 130% chi phí phát sinh khoan giếng ban đầu đến độ sâu đã đạt được tại thời điểm giếng mất khả năng khổng chế. Đối với các giếng đang sản xuất, tạm đóng hoặc bảo dưỡng thì giới hạn 130% này được tăng lên 10% chi phí của năm trước đó kể từ ngày bắt đầu khoan giếng nhưng không vượt quá 250% chi phí ban đầu. Cũng cần lưu ý rằng người bảo hiểm sẽ không có trách nhiệm bồi thường các chi phí khoan lại khi hoạt động khoan lại không được tiến hành trong vòng 540 ngày kể từ ngày xảy ra tai nạn.

b. Các điểm loại trừ

Phạm vi bảo hiểm chi phí khoan lại không bao gồm bất

kỳ khoản chi phí nào liên quan đến việc sửa chữa hoặc thay thế tổn thất hoặc thiệt hại của thiết bị khoan hoặc thiết bị khai thác, hoặc tổn thất phát sinh từ việc sử dụng hay trì hoãn, hoặc tổn thất hay thiệt hại đối với bất kỳ bể chứa nào (reservoir).

Có một số loại trừ bổ sung có thể giải thích như sau: ví dụ sẽ là không hợp lý khi người bảo hiểm nên có trách nhiệm đối với các chi phí khoan lại trong trường hợp các giếng bị trám kín và từ bỏ, hoặc giếng không được sử dụng. Phạm vi bảo hiểm chi phí khoan lại không áp dụng đối với các tổn thất hoặc thiệt hại xảy ra cho giếng khoan do thiệt hại của thiết bị bề mặt, vì lý do này phạm vi bảo hiểm cụ thể bổ sung được đưa vào đơn bảo hiểm.

4. Bảo hiểm rò rỉ, ô nhiễm, nhiễm bẩn và các chi phí làm sạch

a. Phạm vi bảo hiểm

Phạm vi bảo hiểm ô nhiễm chỉ áp dụng cho việc rò rỉ, ô nhiễm hoặc làm sạch phát sinh do giếng được bảo hiểm bị mất khả năng khống chế. Phạm vi bảo hiểm này không áp dụng đối với ô nhiễm phát sinh một cách bất ngờ trong các hoạt động khai thác. Người bảo hiểm sẽ bồi thường các khoản tiền mà theo luật hoặc theo các điều kiện của giấy phép người được bảo hiểm có trách nhiệm pháp lý phải trả. Các khoản tiền này liên quan đến các chi phí phát sinh do thiệt hại về sinh mạng hoặc thương tật đối với bên thứ ba, thiệt hại về tài sản của bên thứ ba bao gồm cả việc mất khả năng sử dụng. Các chi phí này cũng bao gồm các chi phí phát sinh do xử lý di chuyển, vô hiệu hoá hoặc làm sạch chất ô nhiễm, chi phí làm chuyển hướng ô nhiễm và xử lý ngăn chặn chất ô nhiễm lan vào bờ.

Các thoả thuận bảo hiểm cũng đề cập đến các chi phí mà người được bảo hiểm phải gánh chịu trong việc bào chữa bất kỳ khiếu nại nào, và các chi phí kiện tụng phải trả cho bên nguyên đơn chống lại người được bảo hiểm. Thuật ngữ người được bảo hiểm ở đây bao gồm các giám đốc, các chuyên viên và những người làm công của người được bảo hiểm trong khi làm việc trong phạm vi trách nhiệm của họ. Thuật ngữ này chỉ sử dụng riêng cho phần bảo hiểm rò rỉ, ô nhiễm và chi phí làm sạch. Phần cuối của các thoả thuận bảo hiểm trong phần thứ ba này cũng nêu rõ trách nhiệm bảo hiểm chỉ phát sinh khi các rò rỉ, ô nhiễm và nhiễm bẩn là hậu quả trực tiếp từ sự cố hay tai nạn diễn ra trong thời hạn bảo hiểm.

b. Các điểm loại trừ

Trách nhiệm của bảo hiểm sẽ không phát sinh đối với các thiệt hại xảy ra cho thiết bị khoan hoặc thiết bị sản xuất, các tổn thất về tài sản hoặc tổn thất do mất khả năng sử dụng hoặc chi phí làm sạch các tài sản của/hoặc thuộc quyền quản lý của người được bảo hiểm. Các khiếu nại phát sinh do việc vận chuyển hoặc lưu kho dầu hay các chất tương tự bằng các tàu cũng không thuộc phạm vi trách nhiệm của bảo hiểm trong nội dung bảo hiểm rò rỉ, ô nhiễm và làm sạch.

Loại trừ bảo hiểm ở phần này cũng đảm bảo rằng các khiếu nại của bên thứ ba về tổn thương tinh thần, về sự đau đớn và bị sốc trừ khi những hiện tượng đó bắt nguồn từ sự thương tổn về thể xác đối với bên thứ ba không thuộc phạm vi trách nhiệm của người bảo hiểm.

5. Các điều kiện chung của đơn bảo hiểm EED 8/86

a. Các bên liên doanh

Điều khoản "các bên liên doanh" cho phép những người đồng sở hữu giếng, các bên đối tác và các bên khác có quyền

lợi tài chính và quyền lợi bảo hiểm trong các giếng được bảo hiểm được bảo vệ bởi hợp đồng bảo hiểm, nhưng với điều kiện việc này phải được thoả thuận bằng văn bản. Khi các bên liên doanh được đưa vào danh sách người được bảo hiểm bổ sung, họ có đầy đủ quyền lợi như người được bảo hiểm trong hợp đồng. Hợp đồng bảo hiểm chỉ đảm bảo cho quyền lợi của các bên liên doanh khi các giếng mà họ có cổ phần với người được bảo hiểm đang được bảo hiểm.

b. Các loại trừ chung

Người bảo hiểm sẽ không có trách nhiệm đối với các khiếu nại phát sinh do các hành động cố ý hoặc có chủ tâm của người được bảo hiểm hoặc người đại diện cho người được bảo hiểm, hoặc khiếu nại phát sinh do hậu quả trực tiếp của việc vi phạm hay không tuân thủ điều lệ qui định của Nhà nước hay pháp luật hiện hành. Tuy nhiên loại trừ này không áp dụng với bất kỳ điều luật nào mà vào thời điểm xảy ra sự cố đang ở trong quá trình sửa đổi theo một chương trình đã thông qua và chấp nhận bởi một cơ quan nhà nước có thẩm quyền soạn thảo luật và các qui định dưới luật.

Trách nhiệm của bảo hiểm cũng không phát sinh đối với các khoản tiền phạt theo luật của bất kỳ quốc gia hay thực thể chính phủ nào mà người được bảo hiểm phải gánh chịu.

Các thiệt hại do hậu quả gián tiếp hoặc trực tiếp bởi chiến tranh, bạo động, nội chiến và các hoạt động tương tự hoặc các thiệt hại do phóng xạ, sử dụng năng lượng nguyên tử không thuộc phạm vi bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm EED 8/86.

6. Phi bảo hiểm

Khi nhận bảo hiểm, người bảo hiểm xem xét các nhân tố sau khi đánh giá rủi ro và xác định phí:

- Khu vực: trong lĩnh vực dầu khí, các người bảo hiểm dầu khí chia thế giới thành các khu vực có áp lực khác nhau, trên bờ, ngoài khơi.

- Độ sâu của giếng: được xác định từ bề mặt hoặc mặt nước đến tổng độ sâu của giếng, điều này cho phép người bảo hiểm có thêm nhân tố khác khi xem xét áp lực của giếng.

Phí bảo hiểm được tính theo độ sâu của giếng theo đơn vị mét hoặc foot. Tuy nhiên có rất nhiều nhân tố có thể được xem xét khi điều chỉnh tăng giảm phí như:

- Chi phí cho một giếng đầu tiên
- Vị trí giếng (trên bờ hay ngoài khơi)
- Loại giếng (giếng khai thác hay giếng thăm dò; giếng dầu hay giếng khí)
- Phạm vi bảo hiểm được yêu cầu
- Các mức khấu trừ.

Các mức khấu trừ do các nhà bảo hiểm ấn định. Chúng có thể được ấn định cho từng nội dung bảo hiểm hoặc theo từng sự kiện rủi ro. Trong bảo hiểm hoạt động thăm dò và khai thác dầu khí, các mức khấu trừ ấn định cho hoạt động thăm dò và khai thác ngoài khơi thường cao gấp hai hoặc ba lần so với các mức khấu trừ ấn định cho hoạt động thăm dò và khai thác trên bờ do tính chất khó khăn của việc kiểm soát giếng dưới nước và lắp đặt các thiết bị phù hợp.

IV. BẢO HIỂM TRÁCH NHIỆM PHÁP LÝ ĐỐI VỚI NGƯỜI THỨ BA

1. Người được bảo hiểm

Người được bảo hiểm thường được chỉ ra trong bảng tóm tắt nội dung bảo hiểm. Người được bảo hiểm có thể là một cá

nhân hoặc một liên doanh hoặc hợp doanh hoặc bất kỳ bên đối tác nào hay thành viên nào của hợp doanh.

2. Phạm vi bảo hiểm

Đơn bảo hiểm trách nhiệm pháp lý đối với người thứ ba có thể bảo hiểm cho tất cả các loại trách nhiệm pháp lý phát sinh hoặc chia làm hai phần là bảo hiểm trách nhiệm pháp lý chung và bảo hiểm trách nhiệm ô nhiễm tùy thuộc vào nhu cầu của thị trường, thu xếp của môi giới bảo hiểm và quyết định của người được bảo hiểm. Đơn bảo hiểm thường cung cấp sự bồi thường cho người được bảo hiểm về trách nhiệm đối với tổn thương thân thể và thiệt hại tài sản của bên thứ ba. Trong đó:

- Thiệt hại tài sản: thiệt hại tài sản ở đây có thể bao gồm tàu cung ứng, chân giàn khoan, thiệt hại về tài sản ở đây cũng có thể bao gồm cả các tài sản bị ô nhiễm.

- Thiệt hại về thân thể: đây có thể là tai nạn tổn thương hoặc tử vong xảy ra vào thời hạn bảo hiểm hoặc cũng có thể xảy ra sau đó rất nhiều năm tùy thuộc vào các qui định trên hợp đồng bảo hiểm mà hai bên cam kết.

Các đơn bảo hiểm trách nhiệm đối với người thứ ba cũng qui định cụ thể các trường hợp và rủi ro loại trừ của phần này.

3. Phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm thường được tính toán dựa trên cơ sở thống kê tổn thất trước đó, phạm vi bảo hiểm do người được bảo hiểm yêu cầu, tổng doanh thu của hoạt động khai thác và mức giới hạn trách nhiệm mà người được bảo hiểm mua. Phí bảo hiểm thường là tỉ lệ phần trăm của tổng doanh thu có

thể được điều chỉnh tại thời điểm đến hạn. Người bảo hiểm thường giới hạn mức trách nhiệm tối đa đối với mỗi sự kiện là 20 triệu đôla Mỹ và người được bảo hiểm có thể lựa chọn mức giới hạn tối đa hoặc mức giới hạn thấp hơn theo nhu cầu của họ.

V. ĐƠN BẢO HIỂM TRỌN GÓI

Khái niệm đơn bảo hiểm trọn gói ngày càng trở nên quen thuộc trên thị trường bảo hiểm dầu khí do các yêu cầu bảo hiểm của các nhà thầu hay nhà khai thác ngày càng được gói gọn trong một đơn bảo hiểm nếu có thể. Việc mua một đơn bảo hiểm trọn gói đem lại rất nhiều lợi thế cho người tham gia bảo hiểm cũng như người bảo hiểm, tuy nhiên cũng có những bất lợi nhất định.

Các lợi thế của việc ký kết đơn bảo hiểm trọn gói có thể phân tích ngắn gọn như sau: Thứ nhất, người được bảo hiểm có thể đạt được một mức phí cạnh tranh khi các nhà khai thác triết khấu lớn hơn trên tổng phí thu do phạm vi bảo hiểm của đơn bảo hiểm trọn gói rộng. Thứ hai, một đơn bảo hiểm trọn gói sẽ tiết kiệm được các chi phí thiết lập, ký kết cũng như có tính thống nhất cao giữa các nội dung bảo hiểm. Thứ ba, điều khoản “khấu trừ đơn cao nhất” có thể được đưa vào đơn bảo hiểm trọn gói. Điều này chỉ ra rằng người được bảo hiểm chỉ phải chịu một mức khấu trừ trong một sự kiện khiếu nại liên quan tới các phần khác nhau của đơn bảo hiểm trọn gói. Người được bảo hiểm sẽ không có được lợi thế này nếu tham gia bảo hiểm từng phần theo các đơn bảo hiểm khác nhau. Ngoài các ưu điểm trên, việc tham gia bảo hiểm trọn gói còn có thể dẫn đến việc đơn giản hơn trong quản lý, khiếu nại, bồi thường,...

Tuy nhiên, do khả năng nhận bảo hiểm ngày càng tăng so với nhu cầu bảo hiểm nên việc định phí bảo hiểm hợp lý và vẫn đảm bảo tính cạnh tranh trở nên khó khăn hơn đối với các nhà khai thác bảo hiểm.

Cũng phải thấy rằng việc có bảo hiểm trọn gói hay không trước tiên phụ thuộc vào nhu cầu của thị trường đối với sản phẩm bảo hiểm và sau đó là sự điều chỉnh của nhà môi giới cùng với người được bảo hiểm - người đưa ra quyết định cuối cùng.

CHƯƠNG XI

BẢO HIỂM CHÁY VÀ CÁC RỦI RO ĐẶC BIỆT

Từ thừa sơ khai, lửa đã được tìm ra và được sử dụng để duy trì cuộc sống của loài người. Lửa mang lại hạnh phúc cho con người nhưng cũng gây ra không ít những hiểm họa. Theo số liệu thống kê, hàng năm trên thế giới có khoảng 5 triệu vụ cháy lớn, nhỏ gây thiệt hại hàng trăm tỷ đô la. Các vụ hỏa hoạn không chỉ xảy ra ở các nước có nền kinh tế chậm phát triển mà còn xảy ra ở các nước có nền kinh tế phát triển như Anh, Pháp, Mỹ....

Ở Việt Nam, các vụ cháy xảy ra nhiều, gây thiệt hại lớn. Trong vòng 30 năm (từ 4/10/1961 - 4/10/1991) xảy ra 566.036 vụ cháy (không kể cháy do chiến tranh) làm chết 2.574 người, bị thương 4.479 người, thiệt hại ước tính 948 tỷ đồng. Một số vụ cháy trong những năm gần đây gây thiệt hại lớn như:

- Ngày 5/2/1993 Công ty Dệt Nha Trang bị cháy, thiêu huỷ 3700 m² nhà xưởng, kho tàng, 350 tấn bông, 46 tấn vải và 11039 chiếc áo.

- Ngày 22/7/1993 Công ty Liên doanh sản xuất giấy Hiệp Hưng thành phố HCM bị cháy, thiệt hại 14 tỷ đồng.

- Ngày 14/7/1994 cháy chợ Đồng Xuân, thiệt hại hàng hoá ước tính 147 tỷ đồng.

- Ngày 18/11/1996 cháy Công ty Giấy Thái Bình ở Sông Bé thiệt hại ước tính 7 tỷ đồng.

- Ngày 9/7/1997 cháy Xí nghiệp sản xuất lông vũ thành phố Hồ Chí Minh thiệt hại ước tính 8 tỷ đồng.

- Ngày 15/9/1998 cháy Nhà máy Giấy Đồng Nai thiệt hại

ước tính 12 tỷ đồng...

Vì vậy cần có biện pháp hữu hiệu để hạn chế thiệt hại do cháy gây ra. Bảo hiểm và phòng hỏa là hai cách giải quyết tốt nhất để trang trải thiệt hại và giảm bớt tổn thất.

Mặt khác, với việc chuyển đổi từ nền kinh tế kế hoạch hoá tập trung sang nền kinh tế thị trường có sự điều tiết của Nhà nước đã thúc đẩy nền kinh tế phát triển một cách mạnh mẽ. Hoạt động sản xuất, xây dựng, đầu tư, khai thác... ngày một gia tăng; khối lượng hàng hoá, vật tư luân chuyển và tập trung rất lớn; Công nghệ sản xuất đa dạng và phong phú. Nếu xảy ra cháy lớn, doanh nghiệp phải đương đầu với rất nhiều khó khăn về tài chính và thậm chí có thể bị phá sản. Do đó, bên cạnh việc tích cực phòng cháy chữa cháy thì bảo hiểm cháy thực sự là một giá đỡ cho mỗi doanh nghiệp, mỗi cá nhân tham gia bảo hiểm.

1. SỰ HÌNH THÀNH VÀ PHÁT TRIỂN CỦA BẢO HIỂM CHÁY

Hiệp hội Bảo hiểm cháy đầu tiên ra đời ở Đức năm 1591 mang tên Feuercasse. Sau đó một thời gian ngắn đã xuất hiện thêm một vài tổ chức nữa nhưng không để lại dấu ấn gì lớn. Năm 1666, một vụ cháy lớn ở Luân Đôn kéo dài trong nhiều ngày thiêu huỷ gần như toàn bộ thành phố đã kích thích sự ra đời của bảo hiểm cháy. Năm 1667, ở Anh đã xuất hiện một số Công ty bảo hiểm cháy và dần lan rộng sang các nước khác trên lục địa châu Âu. Ngày nay, nghiệp vụ bảo hiểm cháy được tiến hành ở hầu hết các nước trên thế giới và ngày càng phát triển.

Ở Việt Nam, nghiệp vụ bảo hiểm cháy được triển khai từ cuối năm 1989. Qua một số năm thực hiện, nghiệp vụ này ngày càng phát triển. Năm 1990 số tài sản trị giá hơn 6000

tỷ đồng tham gia bảo hiểm thì năm 1994 tổng giá trị tài sản được bảo hiểm lên tới gần 27.000 tỷ đồng. Tuy nhiên, đây chỉ mới bảo hiểm chủ yếu là các kho xăng dầu, còn phần lớn các tài sản, các nhà máy, xí nghiệp, khách sạn, chợ... trị giá nhiều tỷ đồng vẫn chưa được bảo hiểm. Rõ ràng, tiềm năng khai thác bảo hiểm cháy còn rất lớn.

Khi mới triển khai nghiệp vụ, các Công ty bảo hiểm chỉ bảo hiểm cho hậu quả do cháy gây ra. Nhưng do yêu cầu của người tham gia bảo hiểm, các công ty bảo hiểm có thể bảo hiểm cho những thiệt hại gián tiếp gây nên từ những rủi ro được bảo hiểm thông qua hợp đồng bảo hiểm phối hợp.

II. ĐẶC ĐIỂM CỦA BẢO HIỂM CHÁY VÀ CÁC RỦI RO ĐẶC BIỆT

1. Các khái niệm chung

Bảo hiểm cháy là một loại hình bảo hiểm tài sản nhằm áp dụng đối với các nhà máy, xí nghiệp,... thuộc mọi thành phần kinh tế trong nền kinh tế quốc dân. Giá trị được bảo hiểm cháy thường rất lớn, khi rủi ro xảy ra tổn thất không chỉ là một đơn vị nhỏ mà có khi là đối với toàn bộ tài sản.

Để thấy được các vấn đề của nghiệp vụ bảo hiểm cháy, trước hết phải hiểu được một số khái niệm có liên quan.

a. Cháy: là phản ứng hoá học có toả nhiệt và phát ra ánh sáng.

b. Hỏa hoạn: là cháy xảy ra không kiểm soát được ngoài nguồn lửa chuyên dùng gây thiệt hại cho tài sản và người ở xung quanh.

c. Đơn vị rủi ro: là nhóm tài sản tách biệt khỏi nhóm tài sản khác với khoảng cách không cho phép lửa từ nhóm này lan sang nhóm khác (tuy nhiên khoảng cách gần nhất không

dưới 12 m).

d. Tổn thất toàn bộ:

- Tổn thất toàn bộ thực tế là tài sản được bảo hiểm bị phá huỷ hoặc hư hỏng hoàn toàn hoặc số lượng còn nguyên nhưng giá trị không còn gì.

- Tổn thất toàn bộ ước tính là tài sản được bảo hiểm bị phá huỷ hoặc hư hỏng đến mức nếu sửa chữa phục hồi thì chi phí sửa chữa phục hồi bằng hoặc lớn hơn số tiền bảo hiểm.

2. Đối tượng bảo hiểm

Đối tượng bảo hiểm là tài sản thuộc quyền sở hữu và quản lý hợp pháp của các đơn vị sản xuất kinh doanh, dịch vụ, các tổ chức, cá nhân thuộc mọi thành phần kinh tế trong xã hội.

- Công trình xây dựng, vật kiến trúc đã đưa vào sử dụng (trừ đất đai).

- Máy móc thiết bị, phương tiện lao động phục vụ sản xuất kinh doanh.

- Sản xuất vật tư, hàng hoá dự trữ trong kho.

- Nguyên vật liệu, sản phẩm làm dở, thành phẩm, thành phẩm trên dây chuyền sản xuất.

- Các loại tài sản khác (kho, bãi, chợ, cửa hàng, khách sạn).

3. Phạm vi bảo hiểm

Phạm vi bảo hiểm là giới hạn các rủi ro được bảo hiểm và giới hạn trách nhiệm của Công ty bảo hiểm.

Trong bảo hiểm cháy, phạm vi bảo hiểm thường bao gồm:

+ Những thiệt hại do những rủi ro được bảo hiểm gây ra cho tài sản được bảo hiểm.

+ Những chi phí cần thiết và hợp lý để hạn chế bớt tổn thất tài sản được bảo hiểm trong và sau khi cháy.

+ Những chi phí dọn dẹp hiện trường sau khi cháy.

a. Rủi ro được bảo hiểm

Rủi ro là sự cố gây ra hậu quả xấu, mất mát cho tài sản hoặc ảnh hưởng đến sức khỏe con người. Trong bảo hiểm cháy rủi ro được bảo hiểm bao gồm:

- *Rủi ro chính: “hoả hoạn” - Rủi ro A.*

Rủi ro này thực chất bao gồm: Cháy, sét và nổ.

+ Cháy sẽ được coi là hoả hoạn nếu có đủ 3 yếu tố: Phải thực sự có phát lửa, lửa đó không phải là lửa chuyên dùng, lửa đó phải là bất ngờ hay ngẫu nhiên phát ra.

Khi có đủ 3 yếu tố đó và có thiệt hại về vật chất do những nguyên nhân được cho là hợp lý gây ra, những thiệt hại đó sẽ được bồi thường cho dù đó là do bị cháy hoặc do nhiệt hoặc khói.

+ Sét: Người được bảo hiểm sẽ được bồi thường khi tài sản bị phá huỷ trực tiếp do sét hoặc do sét đánh gây cháy. Nếu sét đánh mà không phát lửa hoặc không phá huỷ trực tiếp tài sản thì không thuộc phạm vi trách nhiệm bồi thường.

Cần lưu ý rằng khi sét đánh phá huỷ trực tiếp các thiết bị điện tử thì được bồi thường, còn sét đánh làm thay đổi dòng điện dẫn đến thiệt hại cho thiết bị điện tử thì không được bồi thường.

+ Nổ: Nổ trong rủi ro A, phạm vi bảo hiểm gồm:

- Nổ hơi phục vụ sinh hoạt.

- Hơi đốt phục vụ sinh hoạt, thấp sáng hoặc sưởi ấm trong một ngôi nhà.

- Không phải nhà xưởng làm các công việc sử dụng hơi đốt.

- Các trường hợp nổ gây ra hoả hoạn đã nghiêm nhiên được bảo hiểm. Như vậy ở đây chỉ còn lại những thiệt hại do nổ mà không gây cháy.

- Tổn thất hoặc thiệt hại do nổ mà không gây cháy thì không được bồi thường, trừ trường hợp nổ nồi hơi, khí phục vụ sinh hoạt, với điều kiện là sự nổ đó không phải là do các nguyên nhân bị loại trừ.

- Tổn thất hoặc thiệt hại do nổ xuất phát từ cháy: Thiệt hại ban đầu do cháy được bồi thường nhưng những tổn thất do hậu quả của nổ thì không được bồi thường.

- Các rủi ro đặc biệt khác

Các rủi ro này có thể đi kèm theo rủi ro chính, tùy thuộc vào quyết định của người tham gia bảo hiểm. Bao gồm các rủi ro như: Nổi loạn, bạo động dân sự, đình công, bể xuống, động đất, lửa ngầm dưới đất, giông bão, hệ thống chữa cháy rò rỉ nước...

Mỗi rủi ro được qui định một tỷ lệ phí bảo hiểm cụ thể để cộng vào phí của rủi ro chính thành tỷ lệ phí của đối tượng bảo hiểm. Đối với các loại rủi ro này, khi tính phí bảo hiểm phải căn cứ vào khả năng chịu gió, bão, lũ lụt của các công trình kiến trúc và căn cứ theo khu vực địa lý.

b. Rủi ro loại trừ

Trong các nghiệp vụ bảo hiểm, đều có những rủi ro loại trừ. Trên thực tế có những loại rủi ro không thể bảo hiểm được. Vì thế, trong bảo hiểm cháy, các loại trừ được áp dụng như sau:

- Tổn thất do hành động cố ý hoặc đồng lõa của người được bảo hiểm gây ra.

- Những tổn thất về:

+ Hàng hoá nhận uỷ thác hay ký gửi trừ khi những hàng hoá đó được xác nhận trong giấy chứng nhận bảo hiểm là

được bảo hiểm, và người được bảo hiểm trả thêm phí bảo hiểm theo tỷ lệ phí qui định.

- + Tiền bạc, kim loại, đá quý, chứng khoán, thư bảo lãnh, tem phiếu, tài liệu, bản thảo, sổ sách kinh doanh, tài liệu lưu trữ trong máy tính điện tử, bản mẫu, văn bằng, khuôn mẫu, bản vẽ, tài liệu thiết kế trừ khi những hạng mục này được xác nhận trong giấy chứng nhận là được bảo hiểm.

- + Chất nổ nhưng không bao gồm nhiên liệu xăng, dầu.

- + Người, động vật và thực vật sống.

- + Những tài sản mà vào thời điểm xảy ra tổn thất được bảo hiểm theo đơn bảo hiểm Hàng hải hoặc lẽ ra được bảo hiểm theo đơn bảo hiểm Hàng hải, trừ phần thiệt hại vượt quá số tiền được bồi thường theo đơn bảo hiểm Hàng hải hoặc lẽ ra được bồi thường theo đơn bảo hiểm và dù có hay không có bảo hiểm cháy và các rủi ro đặc biệt.

- + Tài sản bị cướp hay bị mất cắp. Trong trường hợp tài sản bị cướp, mất cắp trong khi xảy ra hoả hoạn mà người được bảo hiểm không chứng minh được là mất cắp thì vẫn được bồi thường.

- + Những thiệt hại mang tính chất hậu quả dưới bất kỳ hình thức nào, trừ thiệt hại về tiền thuê nhà được xác nhận trong giấy chứng nhận bảo hiểm là được bảo hiểm.

- + Những thiệt hại gây ra cho bên thứ ba.

- + Những thiệt hại trong phạm vi mức miễn thường

4. Giá trị bảo hiểm và số tiền bảo hiểm

a. Giá trị bảo hiểm

Giá trị bảo hiểm là giá trị của tài sản được bảo hiểm. Giá trị này là giá trị thực tế hoặc giá trị mua mới.

Tài sản được bảo hiểm cháy thường có giá trị rất lớn như:

nhà cửa, công trình, máy móc thiết bị, phương tiện vận tải, hàng hoá vật tư trong kho. Có thể xác định giá trị bảo hiểm như sau:

- Giá trị bảo hiểm của các ngôi nhà (nhà xưởng, văn phòng, nhà ở) được xác định theo giá trị mới hoặc giá trị còn lại.

- + Giá trị mới là giá trị mới xây của ngôi nhà bao gồm cả chi phí khảo sát thiết kế.

- + Giá trị còn lại là giá trị mới trừ đi hao mòn do sử dụng theo thời gian.

- Giá trị bảo hiểm của máy móc thiết bị và các loại tài sản cố định khác được xác định trên cơ sở giá mua mới (bao gồm cả chi phí vận chuyển, lắp đặt nếu có) hoặc giá trị còn lại.

- Giá trị bảo hiểm của thành phẩm và bán thành phẩm được xác định trên cơ sở giá thành sản xuất.

- Giá trị của bảo hiểm hàng hoá mua về để trong kho, cửa hàng được xác định theo giá mua cộng với chi phí vận chuyển.

b. Số tiền bảo hiểm

Số tiền bảo hiểm là giới hạn bồi thường tối đa của người bảo hiểm trong trường hợp tài sản được bảo hiểm bị tổn thất toàn bộ. Số tiền bảo hiểm là căn cứ để xác định phí bảo hiểm. Vì thế, xác định chính xác số tiền bảo hiểm có ý nghĩa đặc biệt quan trọng. Cơ sở xác định số tiền bảo hiểm là giá trị bảo hiểm.

Trong nền kinh tế thị trường, quy mô sản xuất kinh doanh có xu hướng ngày càng được mở rộng do đó số lượng và giá trị tài sản cũng tăng lên. Mặt khác tài sản của mỗi nhóm thường xuyên biến động hoặc có những loại tài sản rất khó xác định giá trị. Vì vậy, khi xác định số tiền bảo hiểm có thể

bảo hiểm theo giá trị trung bình hoặc giá trị tối đa.

Nếu bảo hiểm theo giá trị trung bình, người được bảo hiểm ước tính và thông báo cho người bảo hiểm biết giá trị số hàng hoá trung bình có trong kho, trong cửa hàng. Trong thời gian bảo hiểm giá trị trung bình này được coi là số tiền bảo hiểm.

Khi tổn thất xảy ra thuộc phạm vi bảo hiểm, người bảo hiểm bồi thường thiệt hại thực tế nhưng không vượt quá giá trị trung bình đã khai báo.

Nếu bảo hiểm theo giá trị tối đa thì người được bảo hiểm ước tính và thông báo cho người bảo hiểm biết giá trị của số lượng hàng hoá tối đa có thể đạt vào một thời điểm nào đó trong thời gian bảo hiểm. Phí bảo hiểm được tính trên cơ sở giá trị tối đa nhưng chỉ thu trước 75%. Khi tổn thất xảy ra thuộc phạm vi bảo hiểm, người bảo hiểm bồi thường thiệt hại thực tế nhưng không vượt quá giá trị tối đa đã khai báo. Đầu mỗi tháng, mỗi quý (tuỳ theo sự thoả thuận của 2 bên), người được bảo hiểm thông báo cho người bảo hiểm số hàng tối đa thực có trong tháng, trong quý trước đó. Cuối thời hạn bảo hiểm, trên cơ sở các giá trị được thông báo, người bảo hiểm tính giá trị số hàng tối đa bình quân của cả thời hạn bảo hiểm và tính lại phí bảo hiểm. Nếu phí bảo hiểm tính được trên cơ sở số giá trị tối đa bình quân nhiều hơn số phí bảo hiểm đã nộp thì người được bảo hiểm trả thêm cho người bảo hiểm số phí còn thiếu.

Trong thời gian bảo hiểm, tổn thất thuộc phạm vi bảo hiểm được người bảo hiểm bồi thường và số tiền bồi thường vượt quá giá trị tối đa bình quân thì phí bảo hiểm được tính dựa vào số tiền bồi thường đã trả (trong trường hợp này số tiền được bồi thường được coi là số tiền bảo hiểm).

Việc áp dụng bảo hiểm theo giá trị tối đa rất phức tạp đòi hỏi người bảo hiểm phải biết giá trị hàng hoá tham gia bảo

hiểm, theo dõi chặt chẽ số hàng hoá đó trong suốt thời gian bảo hiểm. Những tài sản có giá trị lớn người bảo hiểm khó có thể tái bảo hiểm vì tính phí phức tạp và khó khăn.

Ngược lại bảo hiểm theo giá trị trung bình lại đơn giản, dễ theo dõi đồng thời có lợi về tính phí bảo hiểm. Nếu một loại hàng hoá được bảo hiểm giá trị ít biến động trên thị trường áp dụng phương pháp này rất thuận tiện.

5. Phương pháp xác định phí bảo hiểm

a. Phí bảo hiểm hoả hoạn

Phí bảo hiểm chính là giá cả của dịch vụ bảo hiểm. Tính toán mức giá vừa phải, phù hợp với yêu cầu của khách hàng, đảm bảo hoạt động kinh doanh không phải đơn giản. Bảo hiểm cháy có đối tượng là tài sản rất đa dạng về chủng loại, giá trị và mức độ rủi ro khác nhau đòi hỏi phí bảo hiểm hoả hoạn cũng phải bao gồm: Phí thuần và phụ phí.

Phí thuần là cơ sở hình thành nên quỹ bồi thường để chi trả cho người được hưởng bảo hiểm khi đối tượng bảo hiểm bị tổn thất do các rủi ro được bảo hiểm gây ra. Phí thuần là bộ phận quan trọng nhất của phí bảo hiểm thể hiện mọi quan hệ trực tiếp giữa người bảo hiểm và người được bồi thường. Mức phí thuần được tính dựa vào xác suất rủi ro, xác suất này được xác định:

$$X = t/T$$

Trong đó:

X: Xác suất rủi ro

T: Tổng số đơn vị rủi ro tham gia bảo hiểm.

t: Số vụ tai nạn (số đơn vị rủi ro gặp hoả hoạn).

Mức phí thuần được tính:

$$f = X \times S_{br}$$

Trong đó:

f : Mức phí thuần

X : Xác suất rủi ro

S_{ht} : Số tiền bồi thường bình quân mỗi vụ tổn thất.

Để đảm bảo hoạt động sản xuất kinh doanh của bảo hiểm, Công ty thường tính thêm phụ phí vào phí bảo hiểm. Phụ phí bảo hiểm cháy bao gồm các khoản: chi phí quản lý, chi đề phòng và hạn chế tổn thất, hoa hồng cho cộng tác viên, môi giới, dự trữ tổn thất lớn, thuế doanh thu và các khoản chi phí khác. Thông thường phần phụ phí chiếm khoảng 30% tổng mức phí thu. Vì vậy để thực hiện cạnh tranh các Công ty bảo hiểm chỉ có thể điều chỉnh các bộ phận trong phần phụ phí.

Phí bảo hiểm cháy = Phí thuần + Phụ phí

Có rất nhiều yếu tố làm ảnh hưởng đến biểu phí vì đối tượng của bảo hiểm cháy đa dạng về chủng loại, mức độ rủi ro. Nếu một Công ty có hệ thống phòng cháy chữa cháy tốt không thể đóng một mức phí giống như một Công ty khác có hệ thống phòng cháy chữa cháy kém. Bởi vậy không thể áp dụng một biểu phí cố định cho tất cả các loại công trình, tài sản của những Công ty có mức độ rủi ro khác nhau và việc phòng cháy khác nhau. Thông thường các Công ty bảo hiểm áp dụng các tỷ lệ phí khác nhau cho tất cả các ngành sản xuất kinh doanh, dịch vụ sau đó điều chỉnh tỷ lệ phí theo các yếu tố tăng giảm phí. Trên thực tế, một số yếu tố cơ bản sau ảnh hưởng đến biểu phí:

- Vật liệu xây dựng: tùy theo các yếu tố kết hợp vật liệu xây dựng có thể chịu đựng được lâu dài hay không đối với sức nóng, người ta chia làm 3 loại:

+ Vật liệu nặng khó bắt lửa và có khả năng chịu lửa tốt như bê tông, cốt thép, đá... loại này được sử dụng để xây

dựng công trình loại D.

+ Vật liệu trung gian: Là vật liệu nhiều chất hoá học trộn với vật liệu thiên nhiên, khả năng chịu lửa không tốt bằng vật liệu nặng, loại này được sử dụng để xây dựng công trình loại N.

+ Vật liệu nhẹ: Loại này dễ bắt lửa và không có sức chịu lửa, thường được để xây dựng công trình loại L.

- Ảnh hưởng của các tầng nhà: Khi xảy ra hoả hoạn, lửa hoặc hơi nóng sẽ được truyền lên qua các tầng nhà, qua các cầu thang lên xuống, qua lỗ hổng hoặc qua cửa sổ làm cho các tầng nhà có thể bị sập kéo theo các thiệt hại bên trong. Do đó, sức chịu đựng của các tầng nhà cũng là một yếu tố ảnh hưởng đến phí bảo hiểm.

- Phòng cháy, chữa cháy: Đây là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến việc tính phí. Công tác phòng cháy, chữa cháy là một yếu tố để điều chỉnh phí bảo hiểm. Nếu công tác phòng cháy, chữa cháy được trang bị tốt để hạn chế thấp nhất rủi ro xảy ra thì phí bảo hiểm sẽ được tính thấp hơn. Vị trí gần hay xa nguồn nước, đội cứu hoả... Cũng ảnh hưởng đến phí bảo hiểm.

- Cách phân chia đơn vị rủi ro: Theo khoảng cách phân chia hoặc tường chống cháy. Các đơn vị rủi ro càng gần nhau, phí bảo hiểm càng cao và ngược lại.

- Bao bì đóng gói, chủng loại hàng hoá, cách thức xếp đặt: Tùy từng loại hàng hoá, bao gói hay cách thức xếp đặt hàng hoá mà phí bảo hiểm phải căn cứ vào đó mà xác định.

b. Phương pháp xác định phí bảo hiểm cháy

Phí bảo hiểm cháy được xác định trên cơ sở số liệu thống kê của một khoảng thời gian trước, thường là từ 3 đến 5 năm.

Mức phí đóng được xác định trên cơ sở tỷ lệ phí và số tiền bảo hiểm.

Có 2 phương pháp xác định tỷ lệ phí: theo phân loại và theo danh mục.

- Xác định tỷ lệ phí theo phân loại:

Đây là cách kết hợp các đơn vị có thể so sánh với nhau cùng một loại, sau đó tính tỷ lệ mỗi loại phản ánh số tổn thất và các chi phí khác của loại đó. Phương pháp này phù hợp với những tài sản tương đối đồng nhất với nhau như nhà ở của dân cư, các nhà thờ... Nhưng khi xác định tỷ lệ theo phân loại, cần xét các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ phí:

+ Vật liệu xây dựng bằng gì?

+ Khả năng phòng cháy, chữa cháy.

+ Người sử dụng (chủ ở hay cho thuê).

+ Những vật bố trí xung quanh, bên ngoài (những công trình đặc biệt dễ cháy để gần lửa lan nhanh tới tài sản được bảo hiểm).

- Xác định tỷ lệ phí theo danh mục:

Các bước xác định phí bảo hiểm bao gồm:

Bước 1: Rà xét lại các danh mục tài sản tham gia bảo hiểm cháy rồi phân loại từng loại tài sản theo danh mục khác nhau. (Bởi vì mỗi loại tài sản có khả năng cháy, nổ khác nhau).

Bước 2: Căn cứ vào ngành nghề sản xuất kinh doanh để chọn một tỷ lệ phí thích hợp trong bảng tỷ lệ phí có sẵn.

Bước 3: Điều chỉnh tỷ lệ phí đã chọn theo các yếu tố tăng (giảm).

Việc điều chỉnh này phải căn cứ vào: Vật liệu xây dựng; phòng cháy, chữa cháy... Tất cả những yếu tố này đều có thể làm tăng hoặc giảm tỷ lệ phí. Các Công ty bảo hiểm thường quy định như sau:

+ Loại D: giảm tối đa 10% phí bảo hiểm trong biểu phí.

+ Loại N: giữ nguyên tỷ lệ phí.

+ Loại L: tăng tối đa 10% phí bảo hiểm trong biểu phí.

Căn cứ vào đó, Công ty bảo hiểm có cơ sở để quyết định ký hay không ký hợp đồng bảo hiểm cháy.

Trong nghiệp vụ bảo hiểm cháy, các nhà bảo hiểm cần phải quan tâm đến các yếu tố làm giảm mức độ rủi ro vì những yếu tố này là cơ sở để giảm mức phí cơ bản. Tuy nhiên, tổng mức giảm phí về các thiết bị và phương tiện phòng cháy, chữa cháy của mỗi đơn vị rủi ro không quá 45%. Các yếu tố làm giảm rủi ro bao gồm:

+ Thiết bị phòng cháy, chữa cháy.

+ Việc trực, kiểm tra, canh gác nếu được thực hiện 24/24h có khả năng giảm mức phí từ 3 đến 5%.

+ Thiết bị phương tiện chữa cháy như:

- Công trình có hệ thống phun nước bằng tay giảm tối đa 10%, nếu có hệ thống tự động giảm 20%.

- Có hệ thống dập cháy bằng CO₂ nếu thủ công giảm 10%, nếu tự động giảm tối đa 20% phí.

- Có hệ thống tự động dập tắt tia lửa điện giảm tối đa 20% phí.

- Có ô tô chữa cháy và nhân viên chữa cháy nếu chuyên nghiệp giảm tối đa 15%, nếu bán chuyên nghiệp giảm tối đa 7% phí.

- Gắn đội cứu hỏa công cộng giảm 5% phí...

Trong nghiệp vụ này, còn được áp dụng các mức miễn thường. Tùy theo từng loại tài sản tham gia bảo hiểm mà mức miễn thường được quy định khác nhau. Thông thường, trong bảo hiểm cháy áp dụng mức miễn thường có khấu trừ tối thiểu là 2% số tiền bảo hiểm nhưng không dưới 100 USD trên mỗi vụ tổn thất và tối đa không quá 2.000 USD trên mỗi vụ tổn thất. Đây là mức miễn thường bắt buộc không được giảm phí. Nếu người tham gia bảo hiểm muốn lựa chọn mức

miễn thường cao hơn để được giảm phí thì sẽ có thoả thuận riêng về mức miễn thường và tỷ lệ giảm phí.

Ví dụ: Tính phí bảo hiểm cho một phân xưởng A, biết:

Loại công trình D, số tiền bảo hiểm 5.000.000 USD, tỷ lệ phí bảo hiểm 0,18%, mức miễn thường tự chọn 3.000 USD được giảm 3% phí.

Công trình có:

- Thiết bị làm tăng mức độ rủi ro, tăng 15% phí.
- Hệ thống tự động quạt thông khí và hơi nóng, giảm 5% phí.
- Bộ phận báo cháy, giảm 5% phí.
- Đội cứu hoả riêng được trang bị ô tô cứu hoả, giảm 15% phí.
- Gắn đội cứu hoả công cộng, giảm 5% phí.

Cách tính phí bảo hiểm như sau:

- Điều chỉnh phí theo loại công trình D được giảm 10%
Phí bảo hiểm còn lại = $0,18\% - (0,18\% \times 10\%) = 0,162\%$
- Điều chỉnh phí theo mức độ làm tăng rủi ro, tăng 15%
Phí bảo hiểm = $0,162\% + (0,162\% \times 15\%) = 0,1863\%$
- Điều chỉnh phí theo các mức giảm phí về các thiết bị và phương tiện phòng cháy chữa cháy là 30%

$$\begin{aligned}\text{Phí bảo hiểm còn lại} &= 0,1863\% - (0,1863\% \times 30\%) \\ &= 0,13041\%\end{aligned}$$

- Điều chỉnh phí theo mức miễn thường, giảm 3%
Phí bảo hiểm còn lại = $0,13041\% - (0,13041\% \times 3\%)$
 $= 0,1264977\%$

- Phí bảo hiểm cuối cùng khách hàng phải nộp là:
 $0,1264977\% \times 5.000.000 \text{ USD} = 6.324,885 \text{ USD}$

c. Thời hạn nộp phí

Tùy theo sự thoả thuận giữa công ty bảo hiểm và người được bảo hiểm có thể thực hiện các hình thức đóng phí bảo hiểm khác nhau như đóng một lần hoặc đóng nhiều lần. Thông thường, trong nghiệp vụ bảo hiểm cháy áp dụng hình thức đóng phí một lần.

Việc đóng phí gắn liền với hiệu lực của hợp đồng. Hiệu lực của hợp đồng được ghi trong giấy chứng nhận bảo hiểm. Thông thường hiệu lực của hợp đồng bắt đầu khi người tham gia bảo hiểm nộp phí và kết thúc vào 16 giờ ngày cuối cùng của thời hạn bảo hiểm. Tùy theo yêu cầu của người được bảo hiểm, công ty bảo hiểm nhận bảo hiểm với thời hạn 1 năm hoặc bảo hiểm ngắn hạn (tháng, quý). Sau khi kết thúc thời hạn bảo hiểm, người được bảo hiểm có thể đóng phí tiếp và yêu cầu tái tục hợp đồng bảo hiểm.

6. Giám định và bồi thường tổn thất

a. Giám định tổn thất

Giám định tổn thất là cơ sở xác định chính xác số tiền bồi thường. Khi tổn thất xảy ra, người tham gia bảo hiểm phải kịp thời thông báo tới người bảo hiểm bằng văn bản, điện thoại, điện tín hoặc fax, thông báo phải đảm bảo 3 nội dung:

- Địa điểm, thời gian xảy ra tổn thất.
- Đối tượng thiệt hại.
- Dự đoán nguyên nhân xảy ra tổn thất.

Sau khi nhận được thông báo, người bảo hiểm cử ngay nhân viên có trách nhiệm đến hiện trường làm công tác giám định. Khi giám định thường phải làm rõ các vấn đề sau:

- Thời điểm xảy ra hoả hoạn và kết thúc hoả hoạn.
- Nguyên nhân gây ra hoả hoạn.

- Thống kê toàn bộ số tài sản bị thiệt hại.
- Lời khai của các nhân chứng.
- Công tác phòng cháy, chữa cháy và ngăn ngừa thiệt hại khi hoả hoạn xảy ra sau đó lập biên bản giám định có đầy đủ chữ ký các bên (Công an, Cảnh sát phòng cháy, Thuế vụ, Chính quyền sở tại, Kiểm toán). Căn cứ vào biên bản giám định người bảo hiểm dự trừ số tiền bồi thường một lần hay nhiều lần cho người tham gia bảo hiểm.

b. Công tác bồi thường

Bồi thường là trách nhiệm chủ yếu của người bảo hiểm khi xảy ra rủi ro được bảo hiểm.

Đối với nghiệp vụ bảo hiểm cháy, người bảo hiểm căn cứ vào biên bản giám định, xét bồi thường theo một trong hai cách sau:

Cách 1. Bồi thường theo qui tắc tỷ lệ số tiền bảo hiểm:

Mục đích là tránh cho người bảo hiểm phải chịu những phiền toái về khiếu nại đồng thời ngăn ngừa người tham gia bảo hiểm lợi dụng bảo hiểm. Theo cách này, việc bồi thường được quy định:

- Nếu thời điểm xảy ra tổn thất, số tiền bảo hiểm nhỏ hơn giá trị thực tế của tài sản được bảo hiểm thì số tiền bồi thường sẽ là:

$$S_{bt} = \frac{\text{Giá trị tổn thất thực tế}}{\text{Giá trị bảo hiểm}} \times \text{Số tiền bảo hiểm}$$

- Trường hợp số tiền bảo hiểm bằng giá trị bảo hiểm của tài sản tại thời điểm xảy ra tổn thất thì số tiền bồi thường ngang bằng với giá trị thiệt hại.

- Nếu tại thời điểm xảy ra tổn thất mà giá trị thực tế của tài sản trên thị trường lớn hơn giá trị của tài sản khi tham gia bảo hiểm theo đánh giá thì số tiền bồi thường sẽ là:

$$S_{bt} = \frac{\text{Giá trị tổn thất thực tế}}{\text{Giá trị tài sản tham gia bảo hiểm}} \times \frac{\text{Giá trị tài sản tại thời điểm xảy ra tổn thất}}{\text{Giá trị tài sản tại thời điểm xảy ra tổn thất}}$$

- Nếu tại thời điểm tài sản bị phá huỷ hay hư hại trong khi được bảo hiểm mà tài sản đó lại được bảo hiểm bằng một hợp đồng bảo hiểm khác thì trách nhiệm của người bảo hiểm trong bất kỳ trường hợp nào cũng chỉ chịu trách nhiệm giới hạn ở phần tổn thất phân bổ cho hợp đồng mà mình bảo hiểm theo tỷ lệ. Cụ thể

$$S_{bt} = \frac{\text{Giá trị tổn thất thực tế}}{\text{Giá trị tài sản đánh giá khi tham gia bảo hiểm}} \times \frac{\text{Giá trị tài sản tại thời điểm xảy ra tổn thất}}{\text{Giá trị tài sản tại thời điểm xảy ra tổn thất}} \times \frac{\text{Tỷ lệ bảo hiểm}}{\text{Tỷ lệ bảo hiểm}}$$

Cách 2. Bồi thường theo quy tắc tỷ lệ phí:

Có một số trường hợp, người tham gia bảo hiểm không đủ tiền nộp đầy đủ mức phí đã ấn định vì vậy không may tổn thất xảy ra số tiền bồi thường của bảo hiểm được tính toán như sau:

$$S_{bt} = \frac{\text{Giá trị tổn thất thực tế}}{\text{Giá trị tài sản tham gia bảo hiểm}} \times \frac{\text{Phí bảo hiểm đã đóng}}{\text{Phí bảo hiểm lẽ ra phải đóng}}$$

III. MỘT SỐ NGHIỆP VỤ BỔ SUNG CHO HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM CHÁY VÀ CÁC RỦI RO ĐẶC BIỆT

Trong “hoả hoạn” ngoài tổn thất trực tiếp còn có tổn thất gián tiếp. Có thể phân loại tổn thất gián tiếp như sau:

- Tổn thất về thu nhập xảy ra sau tổn thất trực tiếp, ví dụ khi hoả hoạn đã thiêu cháy một cửa hàng vải thì tổn thất

về nhà cửa và kho hàng là tổn thất trực tiếp; còn thu nhập mất đi trong quá trình chủ cửa hàng khôi phục kinh doanh là tổn thất gián tiếp.

- Tổn thất về chi phí tiếp tục trong suốt thời kỳ ngừng hoạt động sau khi xảy ra vụ cháy như thuế tài sản, tiền lương cho công nhân viên... Những tổn thất này phụ thuộc vào từng loại hợp đồng bảo hiểm.

Những chi phí phụ trong thời kỳ sau tổn thất trực tiếp để duy trì kinh doanh.

Chẳng hạn, cửa hàng vải phải thuê mặt bằng với số tiền thuê cao hơn số tiền trả trước khi có tai họa. Số tiền nhiều hơn đó là tổn thất gián tiếp của hoạ hoạn.

Mỗi thành viên trong xã hội cũng có những tổn thất gián tiếp. Đó là tiền thuê chỗ ở sau khi nhà bị cháy; tiền thuê xe ô tô khác sau khi xe mình bị cháy... Những tổn thất gián tiếp của cá nhân cũng có thể được bảo hiểm.

1. Bảo hiểm thu nhập kinh doanh và bảo hiểm gián đoạn kinh doanh

Bảo hiểm thu nhập kinh doanh là bảo hiểm phân thu nhập bị mất sau khi đã đền bù phần tổn thất trực tiếp do hoạ hoạn (hoặc nguyên nhân có liên quan...).

Bảo hiểm thu nhập kinh doanh cũng được gọi là “bảo hiểm theo thời gian”, vì số tiền bồi thường cho người được bảo hiểm dựa trên cơ sở thời gian cần thiết để phục hồi kinh doanh “với tốc độ vừa phải”. Tuy nhiên, việc trả tiền của Công ty bảo hiểm cũng phải kết thúc sau một thời gian ngắn nhất cần thiết cho việc tiếp tục hoạt động trở lại. Để được bảo hiểm “thu nhập kinh doanh” các doanh nghiệp phải kê khai theo biểu “thu nhập kinh doanh” và “chi phí phụ”. Biểu “thu nhập kinh doanh” là căn cứ để bảo hiểm chi trả những tổn

thất về “thu nhập kinh doanh” trong thời gian khôi phục. Thu nhập kinh doanh là tổng số lợi nhuận thuần túy và các khoản chi phí kinh doanh tiếp tục. Nếu một khách sạn bị hoả hoạn gây thiệt hại thì bảo hiểm thu nhập kinh doanh sẽ trả tiền cho khoản thu nhập đã bị tổn thất của khách sạn và những khoản chi phí tiếp tục như tiền gửi hàng ở kho, thuế tài sản. Biểu chi phí phụ được dùng để bồi thường cho những khoản chi phí phụ của các hãng không thể đóng cửa kinh doanh sau khi bị thiệt hại về vật chất. Chẳng hạn các ngân hàng, đài phát thanh, bệnh viện... sẽ thiệt hại nghiêm trọng nếu hoạt động không tiếp tục được.

Để giữ nguyên mức thu nhập như trước đây, số tiền trả của bảo hiểm chỉ cân bằng mức chênh lệch giữa chi phí “bình thường” với chi phí “phụ” sau tổn thất.

Bảo hiểm gián đoạn kinh doanh ngẫu nhiên đảm bảo chi trả cho một Công ty kinh doanh khi phải đóng cửa do có sự tổn thất về tài sản không phải của Công ty đó mà của đơn vị khác có liên quan.

Chẳng hạn, Công ty may áo A nhận toàn bộ cúc áo của Công ty cúc áo B. Do hoả hoạn, Công ty cúc áo B ngừng hoạt động và do đó, Công ty may áo A cũng phải đóng cửa mấy tuần cho đến khi tìm được đơn vị cung cấp mới hoặc Công ty B phục hồi sản xuất. Trong quá trình đóng cửa đó, Công ty may áo A bị thiệt hại về thu nhập và các chi phí tiếp tục. Những thiệt hại đó được bảo hiểm gián đoạn kinh doanh ngẫu nhiên bồi thường.

2. Bảo hiểm trách nhiệm của người thuê nhà đối với chủ sở hữu

Người thuê nhà có thể nảy sinh trách nhiệm đối với chủ sở hữu sau thiệt hại gây ra cho nhà ở. Người thuê nhà coi

như chịu trách nhiệm về nhà cửa trong trường hợp hỏa hoạn xảy ra trừ khi họ chứng minh được trong các trường hợp:

- Nguyên nhân đám cháy là do ngẫu nhiên, không lường trước được và không thể chống đỡ được như: Sét đánh hoặc do vô ý của người thứ 3.

- Do lỗi xây dựng.

- Do lửa bắt sang từ nhà bên cạnh.

Nếu không chứng minh được, người thuê nhà coi như chịu trách nhiệm toàn bộ đối với những thiệt hại về phần nhà đã thuê với giá trị tái thiết lại như mới. Trường hợp này họ có thể được bảo hiểm trách nhiệm dân sự của người thuê nhà đối với chủ sở hữu gọi là bảo hiểm những rủi ro thuê nhà ở.

CHƯƠNG XII

CÁC NGHIỆP VỤ BẢO HIỂM TIỀN

I. BẢO HIỂM TIỀN GỬI

Bảo hiểm tiền gửi là bảo hiểm trách nhiệm của quỹ tín dụng nhân dân đối với các khoản tiền gửi có kỳ hạn.

1. Sự cần thiết khách quan của bảo hiểm tiền gửi

Trong các hoạt động kinh tế, tín dụng là một trong những hoạt động phát triển khá mạnh mẽ. Mặc dù hoạt động tín dụng đem lại lợi nhuận cao nhưng những “rủi ro tín dụng” như rủi ro mất khả năng thanh toán, rủi ro lãi suất, rủi ro tỷ giá hối đoái... có thể xảy ra vào bất cứ lúc nào gây tổn thất cho các quỹ tín dụng như mất mát, thiệt hại về tài sản, thu nhập... làm cho quỹ tín dụng bị thua lỗ, thậm chí bị phá sản.

Rủi ro tín dụng xảy ra có thể do nhiều nguyên nhân:

- Do môi trường kinh tế chưa ổn định làm cho một số doanh nghiệp không đứng vững trên thị trường;
- Do quản lý Nhà nước còn sơ hở, tạo điều kiện cho một số cá nhân, doanh nghiệp có hành vi lừa đảo;
- Do trình độ quản lý kinh doanh của các doanh nghiệp còn hạn chế v.v...

Cùng với những nguyên nhân trên, khách hàng cũng góp phần tạo ra những rủi ro tín dụng. Chẳng hạn: khách hàng

sử dụng vốn vay sai mục đích, sản xuất kinh doanh thua lỗ; hoặc người vay cố tình không trả nợ; hoặc tài sản thế chấp, giấy tờ pháp lý của khách hàng không đảm bảo.

Bản thân ngân hàng và các tổ chức tín dụng cũng gây ra những rủi ro như: không chấp hành nghiêm túc các thể lệ tín dụng và vi phạm quá trình xét duyệt cho vay; không kiểm tra được việc sử dụng vốn của người vay; quá chú trọng về lợi nhuận, đặt tiêu chuẩn lợi nhuận lên trên các nguyên tắc, điều kiện của tín dụng; việc xem xét cho vay không chuẩn xác như cho vay sai mục đích, chẳng hạn vay để “đánh quả” hoặc để đầu cơ tích trữ hàng hoá chờ giá tăng, cho vay không có biện pháp đảm bảo thích hợp.

Ngoài ra còn có nguyên nhân khác tác động đến rủi ro tín dụng như có sự thay đổi, điều chỉnh về chính trị, chính sách, chế độ, luật pháp của Nhà nước, thay đổi địa giới hành chính của các địa phương...

Những rủi ro tín dụng xảy ra có thể để lại hậu quả khôn lường.

- *Đối với kinh tế*: Hoạt động kinh doanh của các tổ chức tín dụng có liên quan trực tiếp đến toàn bộ nền kinh tế quốc dân, các tổ chức, các doanh nghiệp, người gửi tiền. Nếu có rủi ro gây thiệt hại lớn hoặc làm phá sản một vài tổ chức tín dụng sẽ tạo ra tâm lý không an tâm đối với nhân dân, họ đua nhau rút tiền làm phá sản hàng loạt ngân hàng và tổ chức tín dụng, làm cho nhiều doanh nghiệp mất vốn và ảnh hưởng đến nền kinh tế nói chung.

- *Đối với ngân hàng và các tổ chức tín dụng*: Rủi ro tín dụng ảnh hưởng trực tiếp đến hoạt động kinh doanh của họ như: Giảm lợi nhuận, thua lỗ hoặc mất khả năng chi trả.

- *Đối với khách hàng*: có thể mất vốn dẫn đến khó khăn trong sản xuất kinh doanh...

Để đối phó với những rủi ro tổn thất không lường trước được do các rủi ro gây ra, có rất nhiều biện pháp khác nhau nhưng biện pháp tốt nhất là bảo hiểm, nghĩa là chuyển những rủi ro mà mình có thể gặp phải cho các tổ chức bảo hiểm.

Bảo hiểm tiền gửi đã ra đời nhằm bảo đảm an toàn tiền gửi cho những người gửi tiền tại các tổ chức tham gia tiền gửi; góp phần duy trì sự ổn định của các tổ chức tín dụng, bảo đảm sự phát triển an toàn lành mạnh hoạt động của ngân hàng và các tổ chức tín dụng.

2. Đối tượng tham gia bảo hiểm tiền gửi

Đối tượng tham gia bảo hiểm là các quỹ tín dụng nhân dân. Bảo hiểm chỉ bảo hiểm trách nhiệm của quỹ đối với các khoản tiền gửi có kỳ hạn.

3. Các rủi ro được bảo hiểm

Trong bảo hiểm tiền gửi, các rủi ro sau đây được bảo hiểm:

a. Sự phá sản của quỹ tín dụng

Phá sản là trường hợp quỹ tín dụng không thể trả nợ một cách đầy đủ hoặc quỹ tín dụng không thể tiếp tục kinh doanh vì bị thiếu vốn. Trong trường hợp này, các công việc kinh doanh của quỹ phải được giao cho ban thanh lý tài sản xử lý các tài sản còn lại theo đúng quy định pháp lý về phá sản của Nhà nước.

b. Sự giải thể bất buộc của quỹ tín dụng

Giải thể bất buộc là do không tuân thủ các quy tắc, luật lệ của Nhà nước hoặc có thể do chủ nợ đề nghị toà án ra lệnh

tuyên bố giải thể vì quỹ tín dụng từ chối thanh toán và chỉ có cách này mới hy vọng thu hồi được tiền.

c. Phải chấp hành lệnh thanh lý vì một lý do khác với việc phá sản hay mất khả năng thanh toán của quỹ tín dụng

Trường hợp này xảy ra khi cơ quan có thẩm quyền xét thấy quỹ mặc dù vẫn có khả năng thanh toán nhưng không đúng mục đích đã đề ra, không muốn toà án can thiệp mà quyết định thanh lý quỹ không cho hoạt động tiếp. Trong trường hợp này, bảo hiểm sẽ giải quyết bồi thường cho những người gửi tiền nhưng sẽ được thế quyền để được hưởng số tiền thanh lý tài sản hay đòi nợ.

d. Giải thể tự nguyện do bị đặt trong tình trạng có nguy cơ dẫn đến phá sản của quỹ tín dụng

Tình trạng có nguy cơ dẫn đến phá sản của quỹ tín dụng là tình trạng quỹ tín dụng bị thua lỗ trong hoạt động kinh doanh hoặc gặp khó khăn khi đã áp dụng các biện pháp tài chính cần thiết mà vẫn mất khả năng thanh toán nợ đến hạn. Tuy nhiên, không muốn toà án can thiệp, các cổ đông của quỹ chấp nhận tuyên bố giải thể. Trong trường hợp này, bảo hiểm cũng có trách nhiệm bồi thường đối với các khoản tiền gửi có kỳ hạn mà quỹ không thanh toán hết sau khi có quyết định giải thể.

e. Không thể thực hiện việc thanh toán cho những người gửi tiền vì một mệnh lệnh của toà án đối với quỹ tín dụng

Xảy ra trong trường hợp quỹ tín dụng cố ý không thanh toán nợ và chủ nợ đệ đơn lên toà án để có lệnh bắt buộc quỹ phải tuyên bố phá sản hay thanh lý để trả nợ các chủ nợ cho

rằng chỉ có cách này họ mới thu được các khoản nợ. Lệnh của toà án cũng được áp dụng khi:

- Quỹ tín dụng không có phương án hoà giải và có giải pháp tổ chức lại hoạt động kinh doanh của quỹ theo yêu cầu của toà án.

- Quỹ tín dụng không tham gia hội nghị chủ nợ để trình bày các phương án hoà giải và các giải pháp tổ chức lại hoạt động kinh doanh của quỹ tín dụng.

- Trong thời hạn tổ chức lại kinh doanh, quỹ tín dụng vi phạm nghiêm trọng những thoả thuận tại hội nghị của chủ nợ và các chủ nợ yêu cầu tuyên bố phá sản.

- Hết thời hạn tổ chức lại hoạt động kinh doanh mà quỹ tín dụng vẫn kinh doanh không có hiệu quả và các chủ nợ yêu cầu toà án phải có tuyên bố phá sản quỹ tín dụng.

4. Các rủi ro loại trừ

Những rủi ro loại trừ (không thuộc phạm vi bảo hiểm) là những rủi ro gây ra sự phá sản, thanh lý hay giải thể một quỹ tín dụng trong các trường hợp:

a. Vi phạm nghiêm trọng các quy định về tiền tệ tín dụng, thanh toán đã nêu trong pháp lệnh ngân hàng của quỹ tín dụng

Quỹ tín dụng có điều lệ và quy chế hoạt động riêng nhưng cũng phải tuân thủ các quy định hiện hành khác của Nhà nước. Nếu quỹ tín dụng vi phạm nghiêm trọng các quy định về tiền tệ, tín dụng, thanh toán của ngân hàng dẫn đến phá sản thì bảo hiểm không bồi thường.

b. Giải thể tự nguyện vì nguyên nhân:

- Do cổ đông nhận thức thấy mục tiêu khi thành lập quỹ không đạt được.

- Do cổ đông muốn thu hồi lại vốn hoặc có nhu cầu cải tổ lại cơ cấu của quỹ tín dụng.

c. Ngừng hoạt động do những nguyên nhân

Quỹ tín dụng ngừng hoạt động vì chiến tranh, đình công, bạo loạn dân sự, nội chiến. Đây là những rủi ro loại trừ không thông thường, không liên quan đến hoạt động kinh doanh tiền tệ. Khi quỹ tín dụng bị phá sản, thanh lý, giải thể do các rủi ro này bảo hiểm cũng không chịu trách nhiệm bồi thường cho những người gửi tiền có kỳ hạn.

5. Số tiền bảo hiểm và phí bảo hiểm

a. Số tiền bảo hiểm

Số tiền bảo hiểm là số dư tiền gửi có kỳ hạn trong báo cáo số dư tiền gửi của mỗi quý của quỹ tín dụng.

b. Phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm là số tiền quỹ tín dụng phải trả cho người bảo hiểm để bảo hiểm số dư tiền gửi có kỳ hạn của quỹ tại thời điểm cuối của mỗi quý. Phí bảo hiểm mà quỹ tín dụng trả cho người bảo hiểm theo từng quý được tính theo công thức:

$$P = m \times \frac{R}{365} \times 90$$

Trong đó:

- P: Phí bảo hiểm theo quý;
- m: Số dư tiền gửi có kỳ hạn;
- R: Tỷ lệ phí bảo hiểm;
- 90: Số ngày của một quý;
- 365: Số ngày trong năm.

Ở đây, bảo hiểm chỉ bảo hiểm các khoản tiền gửi có kỳ hạn. Do đó khi báo cáo số dư tiền gửi, các quỹ tín dụng phải phân loại:

- Những khoản tiền gửi không kỳ hạn.
- Những khoản tiền gửi có kỳ hạn.

Trên cơ sở phân loại quỹ, cuối mỗi quý, quỹ tín dụng có thể tính phí bảo hiểm và trả cho người bảo hiểm.

Ví dụ: Có số liệu của một quỹ tín dụng như sau:

- Doanh số tiền gửi: 500 triệu đồng
- Số dư tiền gửi: 350 triệu đồng.

Trong đó:

- + Số dư tiền gửi không kỳ hạn: 50 triệu đồng
- + Số dư tiền gửi có kỳ hạn: 300 triệu đồng

Vậy số tiền bảo hiểm là 300 triệu đồng. Nếu tỷ lệ phí bảo hiểm là 0,15% thì phí bảo hiểm một quý mà quỹ tín dụng phải nộp cho người bảo hiểm là:

$$\frac{300.000.000 \times 0,15\% \times 90}{365} = 110.958,9 \text{ đồng}$$

6. Công tác bồi thường:

Khi xảy ra rủi ro được bảo hiểm, quỹ tín dụng phải thông báo cho người bảo hiểm biết kèm theo các giấy tờ:

- Giấy yêu cầu bồi thường
- Giấy chứng nhận tham gia bảo hiểm.
- Báo cáo thực trạng đến ngày xảy ra rủi ro.
- Lệnh của toà án, tuyên bố phá sản, quyết định giải thể hay thanh lý.
- Bản kê danh sách những người gửi tiền có kỳ hạn chưa được thanh toán tính đến ngày xảy ra rủi ro.

- Bản kê khai chi tiết dư nợ cho vay tính đến ngày xảy ra rủi ro.

Sau khi xem xét các chứng từ có liên quan tới việc trả tiền bồi thường cho quỹ tín dụng và người gửi tiền gửi đến và nếu thuộc phạm vi bảo hiểm thì bảo hiểm sẽ trả tiền bồi thường cho người gửi tiền.

Số tiền bồi thường cao nhất của bảo hiểm là số dư tiền gửi có kỳ hạn thực tế (chỉ tính gốc không tính lãi) vào thời điểm quỹ tín dụng xảy ra rủi ro nhưng không vượt quá số tiền ghi trong hợp đồng bảo hiểm.

II. BẢO HIỂM TIỀN CẤT GIỮ TRONG KHO VÀ BẢO HIỂM TIỀN TRONG QUÁ TRÌNH VẬN CHUYỂN

1. Đối tượng được bảo hiểm

Đối tượng bảo hiểm của các đơn bảo hiểm loại này là tiền để tại kho hoặc trụ sở và tiền trong quá trình vận chuyển.

Thuật ngữ "tiền" được đưa ra với ý nghĩa rộng trong loại đơn bảo hiểm này - Tiền được hiểu là tiền mặt và các phương tiện thanh toán có giá trị như tiền, chẳng hạn như: Chứng khoán ngân hàng, trái phiếu, séc, biên lai ăn trưa, các giấy hoá đơn... Tất cả "tiền" này thuộc về người được bảo hiểm hoặc bất cứ người được uỷ nhiệm nào của người được bảo hiểm hoặc người làm thuê cho người được bảo hiểm.

Bất cứ "tiền" nào trong định nghĩa trên được giữ bởi một người làm thuê cho người được bảo hiểm với mục đích đảm bảo an toàn các "tiền" đó thì đều được bảo hiểm bởi đơn bảo hiểm tiền.

2. Phạm vi bảo hiểm

Phạm vi bảo hiểm trong các đơn bảo hiểm tiền có thể bao gồm các tổn thất mất mát hoặc thiệt hại xảy ra:

- Trên đường vận chuyển, đang được giữ bởi người được bảo hiểm hoặc người đại diện hợp pháp của anh ta, hoặc gửi bằng bưu điện (tiền mặt, trái phiếu và chứng khoán ngân hàng, séc mở, hoặc hoá đơn thanh toán phải được gửi bởi bưu điện);

- Trong phạm vi ở cơ sở của người được bảo hiểm trong thời gian kinh doanh;

- Trong két an toàn của ngân hàng;

- Trong két đã được khóa an toàn hoặc trong phòng lưu giữ tốt khi hết giờ kinh doanh;

- Trong nhà của tư nhân, của bất kỳ người được uỷ nhiệm nào của người được bảo hiểm;

- Trong sự trông giữ của người sưu tầm hoặc du lịch, trong khi vận chuyển từ khoảng thời gian nhận từ các khách hàng quy định nó phải được phân phát tới nhà của người được bảo hiểm, ngân hàng hoặc bưu điện trong một khoảng thời gian nhất định được quy định trong đơn bảo hiểm tiền.

Đối với các thẻ bảo hiểm quốc gia có bảo đảm được bảo hiểm trong khi để tại nhà và trên đường vận chuyển đến Cục an toàn xã hội. Một số nhà bảo hiểm ấn định mức tối đa về trách nhiệm, một số nhà bảo hiểm khác không hạn chế mức trách nhiệm.

Phạm vi bảo hiểm cũng bao gồm phần thiệt hại đối với các két an toàn hoặc các phòng an toàn khi xảy ra mất trộm hoặc "mất trộm không thành".

3. Các trường hợp loại trừ

Trong bảo hiểm tiền cất giữ trong kho và bảo hiểm tiền trong quá trình vận chuyển, các loại trừ thay đổi tùy theo từng đơn bảo hiểm. Các trường hợp dưới đây là điển hình trong việc tăng thêm loại trừ đối với từng đơn bảo hiểm (trừ

loại trừ thông thường là rủi ro chiến tranh, nhiễm phóng xạ...)

Các nhà bảo hiểm không chịu trách nhiệm thanh toán đối với các tổn thất do:

- Mất mát không rõ lý do;
- Sự không trung thực của người làm công không được phát hiện trong một thời gian ngắn;
- Tịch thu, quốc hữu hoá hoặc sự huỷ bỏ có chủ tâm bởi các cấp có thẩm quyền;
- Thiếu do sai sót hay chệnh mảng;
- Tổn thất, huỷ hoại hoặc thiệt hại phát sinh bên ngoài lãnh thổ quốc gia;
- Bất cứ tổn thất nào có thể thu hồi lại được nhờ việc thực hiện công việc trung thực của người được bảo hiểm;
- Tổn thất do kết an toàn hoặc phòng an toàn bị mở bởi chìa khoá mà chủ cửa hàng bỏ quên trong khi đóng cửa (điều này được biết đến như là điều khoản chìa khoá, nó là điều kiện để các chìa khoá phải được cất giữ an toàn sau thời điểm kinh doanh và được giữ bởi một thành viên có thâm niên trong số các nhân viên của người được bảo hiểm).
- Tổn thất do mất giá;
- Tổn thất do phương tiện không được trông giữ;
- Mất tiền xu hoặc các vật có giá trị tương tự trong các máy hoạt động bằng tiền xu.

Phạm vi bảo hiểm của một số đơn bảo hiểm có thể được mở rộng đối với quyền lợi người làm công hoặc người đại diện khi bị tai nạn, những người có thể bị tấn công trong khi mang hoặc giữ tiền cho người được bảo hiểm.

4. Giá trị bảo hiểm

Tiền được bảo hiểm phải được kê khai chi tiết theo mẫu yêu cầu bảo hiểm và đó phải là tiền của người được bảo hiểm

hoặc thuộc trách nhiệm trông nom, quản lý theo luật hoặc hợp đồng của người được bảo hiểm. Nếu là tiền trong khi vận chuyển thì phải nêu rõ số lượng tiền của từng chuyến vận chuyển, vận chuyển bao nhiêu chuyến một năm, loại phương tiện vận chuyển, bao bì đóng gói, phương tiện đựng tiền...

Việc bảo hiểm tiền trong khi vận chuyển tùy thuộc vào giá trị tiền được bảo hiểm. Người bảo hiểm có thể yêu cầu người được bảo hiểm thực hiện thêm một số yêu cầu để đảm bảo an toàn cho tiền được bảo hiểm như yêu cầu về người bảo vệ, phương tiện vận chuyển và các biện pháp đảm bảo an toàn khác.

5. Phí bảo hiểm

a. Phí bảo hiểm tiền trong khi vận chuyển:

Việc xác định phí bảo hiểm tiền trong khi vận chuyển phụ thuộc vào số lượng tiền vận chuyển trong một chuyến, tổng số tiền vận chuyển trong năm và quãng đường vận chuyển.

$$\begin{array}{l} \text{Phí bảo hiểm tiền} \\ \text{trong khi vận chuyển} \end{array} = \text{Phí cơ bản} + \text{Phí gia tăng}$$

Trong đó:

$$\text{Phí cơ bản} = \frac{\text{Tỷ lệ phí cơ bản}}{\text{cơ bản}} \times \begin{array}{l} \text{Số tiền vận chuyển ước} \\ \text{tính cho một chuyến cao} \\ \text{nất trong năm} \end{array}$$

$$\text{Phí gia tăng} = \frac{\text{Tỷ lệ phí gia tăng}}{\text{gia tăng}} \times \begin{array}{l} \text{Tổng số tiền ước tính} \\ \text{vận chuyển trong năm} \end{array}$$

Tỷ lệ phí cơ bản là tỷ lệ phí quy định trong biểu phí.

Tỷ lệ phí gia tăng là tỷ lệ phí được quy định căn cứ vào: số lượng tiền trong khi vận chuyển, quãng đường vận chuyển, phương tiện vận chuyển, phương tiện đựng tiền, mức độ an toàn...

Ví dụ: Một doanh nghiệp liên doanh, mỗi tháng hai lần chở tiền đến ngân hàng nộp. Số tiền vận chuyển cao nhất của một chuyến là 350.000 USD. Ước tính số tiền vận chuyển cả năm là 8.000.000 USD. Lượng tiền này được bảo hiểm trong quá trình vận chuyển với tỷ lệ phí cơ bản là 0,5%, tỷ lệ phí gia tăng là 0,035%. Phương tiện vận chuyển bằng ô tô, có một người bảo vệ mang vũ khí đi kèm.

Phí bảo hiểm được tính như sau:

$$(0,5\% \times 350.000) + (0,035\% \times 8.000.000) = 4.550 \text{ USD}$$

Vậy tổng số phí bảo hiểm một năm doanh nghiệp liên doanh phải nộp là 4.550 USD.

b. Phí bảo hiểm tiền để trong két

Khi bảo hiểm tiền để trong két, ngoài các yêu cầu về an toàn của nơi chứa tài sản, phí bảo hiểm còn phụ thuộc vào kết cấu, trọng lượng của phương tiện đựng tiền. Thông thường, có các phương tiện đựng tiền sau:

A - Kho hay hầm chứa của các ngân hàng.

B - Két sắt loại lớn: nặng từ 1.000 kg trở lên

C - Két sắt loại trung bình: nặng từ 500 kg đến dưới 1.000kg

D - Két sắt loại nhỏ: nặng từ 200 kg đến dưới 500 kg

E - Két sắt loại rất nhỏ: nặng dưới 200 kg. Với loại này, người bảo hiểm chỉ nhận bảo hiểm khi két được chôn hoặc gắn chặt vào tường hoặc sàn nhà.

F - Tiền để tại các quầy giao dịch của ngân hàng.

Các tỷ lệ phí tương ứng với các loại kết như sau:

- A - Tỷ lệ phí tối thiểu là 0,2%
- B - Tỷ lệ phí tối thiểu là 0,3%
- C - Tỷ lệ phí tối thiểu là 0,4%
- D - Tỷ lệ phí tối thiểu là 0,5%
- E - Tỷ lệ phí tối thiểu là 0,8%
- F - Tỷ lệ phí tối thiểu là 1,2%

CHƯƠNG XIII

BẢO HIỂM NÔNG NGHIỆP

I. SỰ CẦN THIẾT VÀ TÁC DỤNG CỦA BẢO HIỂM NÔNG NGHIỆP

1. Đặc điểm và sự cần thiết của bảo hiểm

Nông nghiệp là một ngành sản xuất vật chất quan trọng, cung cấp lương thực và thực phẩm cho con người, nguyên liệu cho công nghiệp nhẹ, công nghiệp thực phẩm và hàng hoá để xuất khẩu. Nông nghiệp cũng là ngành thu hút nhiều lao động xã hội, góp phần giải quyết công ăn việc làm và đồng thời còn là một ngành đóng góp không nhỏ vào tổng sản phẩm quốc nội (GDP). Nhưng sản xuất nông nghiệp thường không ổn định, bởi lẽ ngành này có nhiều đặc điểm khác biệt so với nhiều ngành sản xuất khác trong nền kinh tế quốc dân. Những đặc điểm cơ bản đó là:

- Sản xuất nông nghiệp thường trải trên một phạm vi rộng lớn và hầu hết lại được tiến hành ở ngoài trời, vì thế nó chịu ảnh hưởng rất lớn của điều kiện tự nhiên. Mặc dù trình độ khoa học kỹ thuật ngày càng tiên tiến và hiện đại, con người ngày càng chế ngự được những ảnh hưởng xấu của hiện tượng tự nhiên nhưng mâu thuẫn giữa con người và lực lượng tự nhiên vẫn tồn tại trong sản xuất nông nghiệp. Hàng năm điều kiện tự nhiên vẫn luôn đe dọa và gây tổn thất lớn cho quá trình sản xuất nông nghiệp.

- Đối tượng của sản xuất nông nghiệp là những cơ thể sống như: cây trồng, vật nuôi. Chúng không chỉ chịu ảnh hưởng của điều kiện tự nhiên, mà còn chịu sự tác động của các quy luật sinh học. Đó là các quy luật: đồng hóa, dị hóa, biến dị, di truyền; quy luật về thời gian sinh trưởng và cho sản phẩm v.v... Vì vậy, xác suất rủi ro trong nông nghiệp đã lớn lại càng lớn hơn so với nhiều ngành sản xuất khác.

- Chu kỳ sản xuất trong nông nghiệp thường kéo dài, chẳng hạn như cây lúa khoảng 4 tháng, cây cà phê khoảng 20 đến 30 năm; cây cao su trên 50 năm; thêm vào đó, thời gian lao động và thời gian sản xuất lại không trùng nhau, do đó việc đánh giá, kiểm soát; việc phòng ngừa và quản lý rủi ro là rất khó thực hiện.

- Trong nông nghiệp có hàng trăm, hàng ngàn loại cây trồng và vật nuôi khác nhau, mỗi loại lại thường gặp những rủi ro khác nhau. Thậm chí, có những loại rủi ro, mà hậu quả của chúng gây thiệt hại mang tính chất thảm họa. Từ đó đã ảnh hưởng rất lớn đến tâm lý của người chăn nuôi và trồng trọt. Mặc dù có lao động, có đất đai nhưng muốn mở rộng quy mô sản xuất, muốn đầu tư thâm canh, muốn sản xuất hàng hoá với quy mô lớn, họ cũng không dám mạnh dạn vay vốn để đầu tư. Bởi vì tài sản thế chấp vốn vay không có, mà rủi ro lại luôn rình rập.

- Các rủi ro thường gặp trong nông nghiệp bao gồm rất nhiều loại và hậu quả của chúng thật khó lường. Ở nước ta, có thể chia các rủi ro thường gặp trong nông nghiệp thành các nhóm sau đây:

+ Nhóm gió bão: gió mạnh, bão lớn và áp thấp nhiệt đới thường xuất hiện ở nước ta từ tháng 4 đến tháng 10 hàng năm, vùng chịu ảnh hưởng nhiều nhất là đồng bằng Bắc Bộ và các tỉnh miền Trung, trung tâm hoạt động của loại rủi ro này rất rộng và phạm vi ảnh hưởng lớn. Hậu quả trực tiếp

của gió bão làm đổ và gây các loại cây trồng; hoa quả bị rụng, chuồng trại chăn nuôi bị đổ hoặc tốc mái v.v....

+ Nhóm úng, lũ, lụt: ở nước ta úng lụt diễn ra thường xuyên, tùy thuộc vào thời tiết khí hậu và địa hình ở mỗi vùng. Hậu quả trực tiếp của loại rủi ro này cũng không kém gì gió bão. Úng, lũ và lụt thường làm sạt lở đê điều, hư hại các công trình thủy lợi, cây trồng và vật nuôi bị cuốn trôi v.v....

+ Nhóm hạn hán và gió Lào: loại rủi ro này thường diễn ra cục bộ, song đôi khi phạm vi cũng rất rộng. Tùy theo thời hạn kéo dài hay ngắn sẽ làm cho một số loại cây trồng bị chết, năng suất thu hoạch giảm.

+ Nhóm sâu bệnh và dịch bệnh: đây là loại rủi ro diễn ra phổ biến trong nông nghiệp và hậu quả của chúng đôi khi mang tính thảm họa. Đối với cây trồng thường bị các loại sâu bệnh phá hoại như: sâu đục thân, sâu cuốn lá, rầy nâu, châu chấu v.v...; Còn đối với gia súc thường mắc các bệnh dịch như: Bệnh kí sinh trùng, bệnh truyền nhiễm, bệnh suy dinh dưỡng v.v... Sâu bệnh và dịch bệnh làm cho cây trồng, vật nuôi bị chết hàng loạt, năng suất thu hoạch giảm sút.

Ngoài những rủi ro phổ biến kể trên, trong nông nghiệp còn gặp một số loại rủi ro khác như: sương muối, gió bắc, trộm cắp, đốt phá, chiến tranh...

- Trong điều kiện kinh tế thị trường, mô hình tổ chức và quản lý nông nghiệp rất đa dạng phong phú, trong đó mô hình trang trại diễn ra khá phổ biến và mang tính quy luật. Tổ chức quản lý kiểu trang trại đã làm cho lao động, đất đai và tiền vốn được tích tụ và tập trung. Vì vậy nhu cầu ổn định sản xuất, bảo toàn và tăng trưởng đồng vốn luôn là vấn đề bức xúc, được các chủ trang trại quan tâm hàng đầu.

Những đặc điểm trên cho thấy, tính chất ổn định trong sản xuất nông nghiệp là rất thấp, đặc biệt là sản xuất nông

ng nghiệp ở nước ta. Theo số liệu thống kê, bình quân mỗi năm các hiện tượng thiên tai đã làm thiệt hại cho sản xuất nông nghiệp nước ta từ 15 đến 20% tổng giá trị sản xuất nông nghiệp. Hàng năm, ngân sách nhà nước và quỹ lương thực dự trữ quốc gia phải dành ra những khoản lương thực và những khoản tiền rất lớn để cứu trợ nông dân gặp thiên tai, miễn giảm thuế nông nghiệp cho những nơi bị mất mùa. Những năm thiên tai nặng nề, hậu quả nghiêm trọng, cả nước phải thực hiện truyền thống: "Lá lành đùm lá rách, lá rách ít đùm lá rách nhiều" để cứu giúp đồng bào bị nạn. Trong điều kiện kinh tế thị trường, mặc dù các biện pháp trên là cần thiết, nhưng lại tỏ ra bị động và kém hiệu quả. Vì vậy, để chủ động đối phó và có quỹ dự trữ, dự phòng bồi thường kịp thời những tổn thất do thiên tai gây ra, biện pháp tốt nhất và hữu hiệu nhất là phải tiến hành bảo hiểm nông nghiệp. Như vậy, bảo hiểm nông nghiệp là cần thiết, nhưng trong quá trình triển khai, các công ty bảo hiểm phải tính đến tất cả những đặc điểm của ngành này. Có như vậy mới giúp cho công ty triển khai bảo hiểm được đúng hướng, tính phí bảo hiểm chính xác, dễ dàng đánh giá, kiểm soát và quản lý được rủi ro. Đồng thời đòi hỏi công ty bảo hiểm phải luôn chú ý và quản lý tốt nguồn quỹ dự trữ dự phòng, bên cạnh đó phải luôn đặt ra vấn đề tái bảo hiểm để tránh phá sản.

2. Tác dụng của bảo hiểm nông nghiệp

Trên góc độ kinh tế - xã hội, việc triển khai bảo hiểm nông nghiệp có tác dụng rất lớn:

Thứ nhất là, góp phần bảo vệ an toàn các loại tài sản và quá trình sản xuất nông nghiệp, góp phần ổn định cuộc sống cho hàng triệu người dân cùng một lúc, ổn định giá cả trên thị trường tự do, đặc biệt là giá cả những mặt hàng thiết yếu nhất như: lương thực và thực phẩm. Điều này có ý nghĩa rất lớn đối với nước ta, một đất nước có gần 80% dân số và gần

75% lực lượng lao động xã hội sống dựa vào sản xuất nông nghiệp.

Thứ hai là, góp phần giảm nhẹ và ổn định ngân sách, ổn định đời sống xã hội và giữ vững an ninh lương thực cho quốc gia. Ở nước ta, hầu như năm nào ngân sách nhà nước và quỹ lương thực dự trữ quốc gia cũng phải trích ra một phần để trợ cấp cho đồng bào ở những vùng bị thiên tai, mất mùa. Nhưng thiên tai xảy ra thường là ngẫu nhiên, bất ngờ không ai lường trước được. Vì vậy, việc trợ cấp từ ngân sách rất bị động, có những năm do những khoản trợ cấp này đã làm ngân sách nhà nước mất cân đối và bội chi. Để khắc phục dần tình trạng này, phải tính đến vai trò của quỹ bảo hiểm.

Thứ ba là, giúp nông dân dần dần xoá bỏ được tình trạng sản xuất tự cung, tự cấp; mạnh dạn vay vốn để mở rộng quy mô sản xuất hàng hoá. Bởi lẽ, khả năng tài chính của người nông dân thường có hạn, đặc biệt là nông dân nước ta, muốn mở rộng quy mô sản xuất, muốn đầu tư thâm canh tăng năng suất cây trồng và vật nuôi, hầu hết họ đều phải vay vốn của ngân hàng. Hợp đồng bảo hiểm chính là một trong những vật thế chấp để họ dễ dàng vay vốn và bảo toàn được vốn vay.

Thứ tư là, sản xuất nông nghiệp là một thị trường rất rộng lớn cho các công ty bảo hiểm. Mặc dù triển khai bảo hiểm trong nông nghiệp gặp nhiều khó khăn, song với đối tượng là hàng trăm loại cây trồng và con gia súc khác nhau sẽ giúp các công ty bảo hiểm dễ dàng khai thác, hạn chế được sức ép của cạnh tranh. Đồng thời nó còn phát huy tối đa quy luật "số đông bù số ít" trong hoạt động kinh doanh bảo hiểm. Nếu chỉ tính riêng bảo hiểm cây lúa, với hơn 7 triệu ha diện tích gieo trồng, hàng năm các công ty bảo hiểm nước ta sẽ thu được một nguồn quỹ bảo hiểm đáng kể từ phí bảo hiểm. Quỹ này dùng để bồi thường và dự trữ là chủ yếu, nhưng khi chưa sử dụng đến sẽ góp phần đầu tư phát triển sản xuất.

Hơn nữa, nếu triển khai bảo hiểm đồng loạt các loại cây trồng và vật nuôi trong cả nước, các công ty bảo hiểm sẽ thu hút được một lực lượng lao động đáng kể vào làm việc, góp phần tạo thêm công ăn việc làm, hạn chế tình trạng thất nghiệp trong xã hội.v.v..

Với những tác dụng trên, cho nên bảo hiểm nông nghiệp đã được triển khai ở rất nhiều nước trên thế giới. Chúng ta biết rằng, nông dân tất cả các nước đều có tập quán tương trợ giúp đỡ nhau trong những lúc khó khăn. Hình thức "Hội tương hỗ" cũng là hình thức bảo hiểm đầu tiên ở nông thôn.

Năm 1898 đánh dấu sự ra đời bảo hiểm nông nghiệp. Nước Phổ đã tiến hành bảo hiểm mọi rủi ro cho cây trồng thông qua hoạt động của các công ty bảo hiểm tương hỗ nhỏ. Nhưng các công ty này không tồn tại và phát triển được trước các thảm họa lớn.

Ở Mỹ, vào những năm cuối thế kỷ XIX đầu thế kỷ XX, một số công ty bảo hiểm tư nhân tiến hành bảo hiểm mọi rủi ro cây trồng nhưng đều thất bại vì thiếu thông tin, phí bảo hiểm quá thấp, địa bàn hẹp nên việc phân tán rủi ro bị hạn chế...

Năm 1933, cả Nhật Bản và Mỹ đều thực hiện chương trình bảo hiểm mọi rủi ro cho cây trồng. Chương trình này có hai đặc trưng cơ bản: Chính phủ tài trợ và do các công ty nhà nước đảm trách. Nhờ đó, hoạt động bảo hiểm có thuận lợi. Song, chiến tranh Thế giới thứ II đã ảnh hưởng đến chương trình này.

Từ năm 1949 đến nay, nhiều nước trên thế giới tiến hành bảo hiểm cây trồng theo hướng bảo hiểm mọi rủi ro hoặc một số loại rủi ro; có nước bảo hiểm một loại cây trồng, có nước bảo hiểm nhiều loại cây khác nhau.

Hình thức bảo hiểm bao gồm: Tự nguyện hoặc bắt buộc do công ty tư nhân hoặc công ty nhà nước tiến hành. Tình

hình bảo hiểm nông nghiệp ở một số nước trên thế giới được thể hiện qua bảng tổng hợp sau:

Bảo hiểm nông nghiệp (cây trồng) trên thế giới

TT	Tên nước	Năm triển khai	Rủi ro bảo hiểm	Loại cây được bảo hiểm	Cơ quan tiến hành	Nguồn hình thành quỹ BH	Hình thức
1	Jamaica	1946	Bão	Cây chuối	Chính phủ		Bắt buộc
2	Canada	1917	Mưa đá	Tất cả cây trồng			
3	Tây Ban Nha - Công ty nhà nước - Công ty tư nhân	1954 1972	Cháy, mưa đá và những rủi ro thảm họa không được BH Cháy, mưa đá	Mọi cây trồng Lúa mạch, lúa mỳ	Chính phủ Công ty tư nhân	Từ phí BH của nông dân và sự hỗ trợ của chính phủ Phí BH nông dân đóng góp	Tự nguyện Tự nguyện.
4	Nhật Bản	1938 1947	Mọi rủi ro	Cây ngũ cốc, cây ăn quả, dâu tằm	Hội BH tương hỗ có sự giúp đỡ của chính quyền	Phí nông dân đóng góp và sự hỗ trợ của chính phủ	Bắt buộc với chủ nông lớn, tự nguyện, với chủ nông nhỏ.
5	Srilanka	1958	Mọi rủi ro	Cây lúa	Chính phủ	Phí nông dân đóng góp và tài trợ của chính phủ	Bắt buộc cây lúa, tự nguyện cây khác
6	Philippin	1978	Mọi rủi ro	Ngô, lúa, lạc, đậu tương, bông, hướng dương	Công ty bảo hiểm nhà nước	Phí nông dân đóng góp	Bắt buộc với người vay tiền

II. BẢO HIỂM CÂY TRỒNG

Cây trồng rất đa dạng và phong phú về chủng loại. Tùy theo quá trình sinh trưởng, mục đích sử dụng và biện pháp canh tác, có thể phân loại cây trồng theo nhiều tiêu thức khác nhau. Tuy nhiên, để tạo điều kiện thuận lợi cho người tham gia bảo hiểm khi ký kết hợp đồng, giúp công tác tính phí bảo hiểm, đánh giá và quản lý rủi ro được dễ dàng thuận lợi, căn cứ vào đặc điểm sinh trưởng, cây trồng được chia ra:

- Cây hàng năm: là những loại cây trồng có chu kỳ sinh trưởng và cho sản phẩm trong vòng dưới 1 năm. Cây hàng năm bao gồm rất nhiều loại như: lúa, ngô, khoai sắn, đậu đỗ các loại.v.v... Đặc điểm của nhóm cây này là thời gian sinh trưởng ngắn, gieo trồng mang tính thời vụ, mỗi loại cây thích ứng với một thời kỳ nhất định. Trong năm, đầu tư gieo trồng không lớn, nhưng việc kiểm soát và quản lý rủi ro rất khó.

- Cây lâu năm: là loại cây trồng có chu kỳ sinh trưởng và cho sản phẩm từ 1 năm trở lên như: cà phê, cao su, hồ tiêu v.v... Đặc điểm của cây lâu năm là chu kỳ sinh trưởng kéo dài, có loại 20 đến 30 năm như cà phê; cũng có loại từ 50 đến 80 năm như cây cao su. Việc gieo trồng các loại cây lâu năm đòi hỏi phải có kỹ thuật cao, chi phí đầu tư rất lớn. Cây lâu năm là một trong những loại tài sản cố định có giá trị ban đầu thường rất lớn so với các loại tài sản cố định khác trong nông nghiệp.

- Vườn ươm (cây giống) là loại cây trồng có chu kỳ sinh trưởng rất ngắn, sản phẩm của chúng được coi là chi phí sản xuất cho những quá trình sản xuất tiếp theo. Đặc điểm của vườn ươm là giá trị thường rất thấp, nhưng kỹ thuật đòi hỏi rất cao và rất nhạy cảm với thời tiết khí hậu.

Căn cứ vào cách phân loại trên, khi tiến hành lập

phương án triển khai bảo hiểm cây trồng, cần giải quyết các vấn đề cơ bản sau đây:

1. Đối tượng và phạm vi bảo hiểm

- *Đối tượng bảo hiểm* cây trồng có thể là bản thân cây trồng trong suốt quá trình sinh trưởng và phát triển hoặc cũng có thể là sản phẩm cuối cùng do cây trồng đem lại tùy theo mục đích trồng trọt. Vì thế có thể chia ra:

+ Đối với cây hàng năm, đối tượng bảo hiểm là sản lượng thu hoạch

+ Đối với cây lâu năm, đối tượng bảo hiểm là giá trị của các loại cây đó hoặc sản lượng từng năm của mỗi loại cây.

+ Đối với vườn ươm, đối tượng bảo hiểm là giá trị cây giống trong suốt thời gian ươm giống đến khi nhổ đi trồng nơi khác.

Nhưng do thời gian sinh trưởng khác nhau, cho nên mỗi loại đối tượng nêu trên có thời gian bảo hiểm khác nhau. Thời gian bảo hiểm cây hàng năm thường tính từ lúc gieo trồng đến khi thu hoạch xong sản phẩm. Còn cây lâu năm, thời gian bảo hiểm có thể kéo dài một năm, sau đó được tái tục qua các năm. Thời gian bảo hiểm vườn ươm bắt đầu từ lúc gieo trồng đến khi cây đủ tuổi nhổ đi trồng nơi khác. Đối với tất cả các loại cây trồng, đơn vị bảo hiểm thường là đơn vị tính tự nhiên để tính năng suất cây trồng như: ha, mẫu, sào v.v... Tuy nhiên, đối với cây lâu năm, do giá trị lớn và chu kỳ sinh trưởng kéo dài cho nên còn có thể bảo hiểm đến từng cây hoặc lô cây.

- *Phạm vi bảo hiểm*: trong quá trình sinh trưởng và phát triển, cây trồng thường gặp rất nhiều rủi ro khác nhau (cùng một lúc có thể gặp một hoặc một số loại rủi ro gây thiệt hại).

Các hiện tượng gió bão, thường làm cho cây trồng bị đổ, bị gãy, khả năng thụ phấn của hoa kém, làm mất toàn bộ giá trị hoặc sản lượng, năng suất thu hoạch bị giảm. Còn hiện tượng úng lụt, lũ thường làm cho cây bị chết hoặc chậm phát triển, đất đai bị rửa trôi, độ màu mỡ giảm, gieo trồng không kịp thời vụ.v.v.. những hiện tượng này cũng gây ra hậu quả lớn và rất khó lường. Hạn hán, gió Lào thường làm cho cây bị khô héo, chậm phát triển, thậm chí bị chết. Các rủi ro sâu bệnh lại làm cho cây bị nhiễm khuẩn, vàng lá, nấm mốc, từ đó dẫn đến chất lượng sản phẩm kém, năng suất thấp.v.v.. Khi triển khai bảo hiểm, các công ty thường tiến hành bảo hiểm một hay một số loại rủi ro nhất định, những rủi ro còn lại đặc biệt là những rủi ro mang tính kinh tế, xã hội sẽ được giải quyết bằng các chính sách kinh tế - xã hội của Nhà nước. Thế nhưng, về nguyên tắc những rủi ro được bảo hiểm phải đảm bảo các điều kiện sau:

+ Là hiện tượng bất ngờ mà con người chưa lường trước được hoặc hoàn toàn chưa khống chế và loại trừ được.

+ Dù đã áp dụng các biện pháp để phòng và hạn chế tổn thất nhưng không có kết quả hoặc không thể tránh khỏi tổn thất.

+ Là hiện tượng bất ngờ đối với nơi xảy ra, có cường độ phá hoại, huỷ hoại lớn hơn hoặc xảy ra sớm hay muộn hơn bình thường hàng năm.

2. Giá trị bảo hiểm và số tiền bảo hiểm

Bảo hiểm cây trồng cũng là loại hình bảo hiểm tài sản, vì thế để xác định được phí bảo hiểm và số tiền bồi thường nếu gặp phải rủi ro gây thiệt hại phải xác định chính xác giá trị bảo hiểm hay số tiền bảo hiểm. Giá trị bảo hiểm cây trồng là giá trị của bản thân cây trồng hoặc giá trị sản lượng cây

trồng trên một đơn vị bảo hiểm. Tuy nhiên người tham gia bảo hiểm có thể đăng ký bảo hiểm với số tiền lớn hơn hoặc nhỏ hơn giá trị thực tế, số tiền này gọi là số tiền bảo hiểm. Cụ thể:

- Giá trị bảo hiểm vườn ươm cây được xác định bằng cách lấy giá cả của 1 cây nhân với số cây trên 1 đơn vị bảo hiểm. Hoặc giá trị của 1 mét vuông cây giống nhân với số mét vuông trên 1 đơn vị bảo hiểm. Giá cả cây giống hoặc 1 mét vuông cây giống được xác định căn cứ vào giá bán bình quân một số năm trước đó.

- Giá trị bảo hiểm cây hàng năm được xác định căn cứ vào sản lượng thu hoạch thực tế của từng loại cây trong một số năm trước đó và giá cả 1 đơn vị sản phẩm trong những năm đó. Sở dĩ phải căn cứ vào một số năm để xác định là vì sản xuất nông nghiệp chịu ảnh hưởng rất lớn của điều kiện tự nhiên, có năm được mùa, có năm mất mùa, cho nên sản lượng thu hoạch thực tế luôn luôn biến động. Căn cứ vào một số năm để xác định nhằm loại trừ những nhân tố chủ quan như: tăng cường đầu tư cơ sở vật chất kỹ thuật, vốn và lao động v.v.v... đồng thời còn làm cho xác suất mà thiên tai xuất hiện vừa đủ rõ để xác định phí bảo hiểm. Thông thường, số năm lựa chọn để xác định giá trị bảo hiểm khoảng từ 3 đến 5 năm là tương đối phù hợp với thực tế.

- Giá trị bảo hiểm cây lâu năm là giá trị của từng cây, từng lô cây hoặc từng đơn vị bảo hiểm. Nhưng cây lâu năm là tài sản cố định, giá trị ban đầu của loại tài sản này được xác định tại thời điểm vườn cây đưa vào kinh doanh. Vì thế, giá trị bảo hiểm chính là giá trị ban đầu của cây (hay vườn cây) đó trừ đi khấu hao cơ bản nếu có.

3. Các chế độ bảo hiểm cây trồng

Trong sản xuất nông nghiệp, năng suất, chất lượng sản

phẩm và ngay cả giá trị của bản thân cây trồng phụ thuộc rất lớn vào sự cố gắng chủ quan của người trồng trọt. Sự cố gắng chủ quan này bao gồm cả việc đầu tư thâm canh, trình độ áp dụng các biện pháp kỹ thuật canh tác và cả ý thức bảo vệ cây khi gặp rủi ro v.v... Vì thế, các công ty bảo hiểm thường áp dụng một số chế độ bảo hiểm sau đây:

- Chế độ bảo hiểm bồi thường theo tỷ lệ: có nghĩa là khi tổn thất xảy ra, người bảo hiểm chỉ bồi thường cho người trồng trọt theo một tỷ lệ nhất định so với toàn bộ giá trị tổn thất. Mục đích áp dụng chế độ này là nhằm nâng cao tinh thần trách nhiệm của người tham gia bảo hiểm. Tỷ lệ được bồi thường do các bên thoả thuận, nhưng tỷ lệ này cao hay thấp phụ thuộc vào:

- + Trình độ phát triển của sản xuất nông nghiệp
- + Trình độ thâm canh tăng năng suất cây trồng
- + Khả năng tổ chức và quản lý của công ty bảo hiểm.
- + Khả năng tài chính của người tham gia bảo hiểm
- + Trình độ dân trí và sự tiến bộ của xã hội.

Thông thường ở nhiều nước, tỷ lệ được bồi thường trong khoảng từ 60% đến 80% so với giá trị tổn thất thuộc phạm vi bảo hiểm.

- Chế độ bảo hiểm trên mức miễn thường: có nghĩa là khi ký kết hợp đồng bảo hiểm, các bên tham gia thoả thuận với nhau về mức miễn thường (mức không được bồi thường). Nếu tổn thất xảy ra bằng mức miễn thường trở xuống, người bảo hiểm không chịu trách nhiệm bồi thường, mà người trồng trọt sẽ phải tự gánh chịu phần tổn thất đó. Nếu tổn thất xảy ra lớn hơn mức miễn thường, người bảo hiểm sẽ bồi thường phần vượt quá hoặc bồi thường toàn bộ tổn thất. Chế độ này thường áp dụng cho cây hàng năm và mức miễn thường có

thể bằng 10% đến 15% giá trị bảo hiểm. Áp dụng chế độ này nhằm:

- + Nâng cao tinh thần trách nhiệm của người trồng trọt.
- + Làm phí bảo hiểm giảm đi để phù hợp với khả năng tài chính của người trồng trọt.
- + Đáp ứng được yêu cầu tổ chức và quản lý của các công ty bảo hiểm v.v..

Mức miễn thường cao hay thấp cũng do các bên tham gia thoả thuận để đáp ứng được những mục đích đặt ra ở trên.

4. Phương pháp xác định phí bảo hiểm cây trồng

Phí bảo hiểm cây trồng bao gồm: Phí bồi thường tổn thất (phí thuần), phí đề phòng và hạn chế tổn thất, phí dự trữ dự phòng, phí quản lý. Công thức tính:

$$P = f_1 + f_2 + f_3 + f_4$$

Trong đó:

P - Phí bảo hiểm cây trồng

f_1 - Phí thuần

f_2 - Phí đề phòng hạn chế tổn thất

f_3 - Phí dự trữ dự phòng

f_4 - Phí quản lý và lãi dự kiến của công ty bảo hiểm.

Các loại phí: đề phòng và hạn chế tổn thất (f_2); dự trữ dự phòng (f_3) và phí quản lý (f_4) được quy định bằng một tỷ lệ phần trăm nhất định so với tổng mức phí (P). Vì thế, điều quan trọng là phải xác định được mức phí thuần (f_1). Đối với vườn ươm và cây lâu năm, muốn xác định được mức phí thuần (f_1), trước hết phải căn cứ vào giá trị thực tế thu được hoặc giá trị ban đầu còn lại của vườn cây và giá trị tổn thất thực tế bình quân một số năm để tính toán tỷ lệ phí bồi

thường bình quân. Sau đó, lấy giá trị bảo hiểm năm nghiệp vụ nhân với tỷ lệ phí bồi thường bình quân đã tính được.

Nhưng đối với cây hàng năm, việc xác định tỷ lệ phí bồi thường bình quân khá phức tạp, do tính chất mùa vụ và do tính bất ổn định của loại cây này cao hơn. Chính vì vậy, để xác định được tỷ lệ phí bồi thường bình quân phải tính toán qua các bước:

Bước 1: Xác định sản lượng thu hoạch thực tế bình quân trên 1 đơn vị diện tích bảo hiểm (thường căn cứ vào tài liệu thống kê 5 năm trước đó).

$$\overline{W} = \frac{\sum_{i=1}^n Q_i}{\sum_{i=1}^n S_i}$$

$\overline{W}$ - Sản lượng thu hoạch thực tế bình quân tính trên 1 đơn vị bảo hiểm (thực chất là năng suất bình quân)

Q_i - Sản lượng thu hoạch thực tế năm thứ i

S_i - Diện tích gieo trồng năm i

i - Thứ tự các năm lấy số liệu tính toán ($i = 1 - 5$)

Bước 2: Xác định sản lượng tổn thất bình quân trên 1 đơn vị bảo hiểm.

$$\overline{Q}_t = \frac{\sum_{i=1}^n (\overline{W} - W_t) S_i}{\sum_{i=1}^n S_i} \quad (\text{với điều kiện } W_t < \overline{W})$$

t - Năm có tổn thất

$\overline{Q}_t$ - Sản lượng tổn thất bình quân tính trên 1 đơn vị diện tích bảo hiểm.

S_t - Diện tích gieo trồng năm t

W_t - Sản lượng thu hoạch thực tế năm t tính trên 1 đơn vị diện tích bảo hiểm.

Bước 3: Xác định tỷ lệ phí bồi thường bình quân (tỷ lệ phí thuần) ($\bar{T}$)

$$\bar{T} = \frac{\bar{Q}_t}{\bar{W}} \times 100$$

+ Nếu bảo hiểm theo sản lượng thu hoạch thực tế bình quân (tức năng suất bình quân) thì mức phí thuần tính trên 1 đơn vị bảo hiểm sẽ là:

$$f_1 = \bar{T} \times \bar{W} = \bar{Q}_t$$

+ Nếu bảo hiểm theo giá trị sản lượng thu hoạch thực tế bình quân tính trên 1 đơn vị bảo hiểm thì mức phí thuần được tính:

$$f_1 = \bar{Q}_t \cdot \bar{P}$$

Trong đó: $\bar{P}$ là giá cả bình quân 1 đơn vị sản phẩm và có thể được tính theo một trong hai công thức sau; tùy theo nguồn tài liệu thu thập được:

$$\bar{P} = \frac{\sum_{i=1}^n P_i}{n}$$

hoặc:

$$\bar{P} = \frac{\sum_{i=1}^n Q_i P_i}{\sum_{i=1}^n Q_i}$$

Ở đây, P_i là giá cả thực tế 1 đơn vị sản phẩm năm thứ i .

Ví dụ: Tình hình sản xuất lúa của 1 nông trường quốc doanh trong vòng 5 năm như sau:

Chỉ tiêu	Đơn vị tính	1995	1996	1997	1998	1999
1. Sản lượng lúa	Tấn	5.500	4.000	5.750	5.250	4.500
2. DTGT lúa	Ha	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
3. Năng suất lúa	Tấn/ha	5,50	4,00	5,75	5,25	4,50

Giả thiết: Năm 2000 nông trường tham gia bảo hiểm bằng giá trị sản lượng thu hoạch thực tế bình quân của 5 năm trên. Hãy xác định phí bảo hiểm cho 1 ha lúa?

Biết rằng: + Giá lúa bình quân 5 năm nêu trên là:

$$1.500\text{đ/kg} (\bar{P} = 1.500\text{đ/kg})$$

$$+ f_2 = 5\%; f_3 = 5\%; f_4 = 10\%$$

Từ số liệu thống kê 5 năm ở bảng trên sẽ tính được:

- Sản lượng thu hoạch thực tế bình quân tính trên 1 ha lúa:

$$\bar{W} = \frac{\sum_{i=1}^n Q_i}{\sum_{i=1}^n S_i} = \frac{5.500 + 4.000 + 5.750 + 5.250 + 4.500}{1.000 + 1.000 + 1.000 + 1.000 + 1.000} = 5\text{T/ha}$$

- Sản lượng tổn thất bình quân trên 1 ha lúa:

$$\bar{Q}_i = \frac{\sum_{i=1}^n (\bar{W} - W_i) \cdot S_i}{\sum_{i=1}^n S_i}$$

Trong 5 năm trên, chỉ có 2 năm 1996 và 1999 là tổn thất, vì mức năng suất đều nhỏ hơn mức bình quân ($\bar{W} = 5\text{tấn/ha}$).

Do đó:

$$\bar{Q}_t = \frac{[(5^T - 4^T) \cdot 1.000^{ha} + (5^T - 4,5^T) \cdot 1.000^{ha}]}{1.000^{ha} + 1.000^{ha} + 1.000^{ha} + 1.000^{ha} + 1.000^{ha}} = 0,3T/ha$$

- Xác định tỷ lệ phí bồi thường bình quân (tỷ lệ phí thuần)

$$\bar{T} = \frac{\bar{Q}_t}{\bar{W}} \times 100 = \frac{0,3T/ha}{5^T/ha} \times 100 = 6\%$$

- Mức phí thuần tính trên 1 ha lúa năm 2000 là:

$$f_1 = \bar{T} \cdot \bar{W} \cdot \bar{P} = \bar{Q}_t \cdot \bar{P} \\ = 0,3T/ha \times 1.500.000đ/T = 450.000đ/ha$$

- Nếu bảo hiểm mọi rủi ro, mức phí bảo hiểm mà nông trường phải nộp cho 1 ha lúa năm 2000 là:

$$P = f_1 + f_2 + f_3 + f_4$$

(Vì $f_2 = f_3 = 5\%$ và $f_4 = 10\%$, suy ra $f_2 = f_3 = 28.125đ/ha$;

$$f_4 = 56.250 đ/ha)$$

$$\text{Vậy: } P = 562.500đ/ha$$

Khi áp dụng các chế độ bảo hiểm khác nhau, việc xác định tỷ lệ phí bồi thường bình quân ($\bar{T}$) và phí bảo hiểm chỉ khác nhau từ bước 2 trở đi. Cụ thể:

a) Nếu áp dụng chế độ bảo hiểm bồi thường theo tỷ lệ:

$$\bar{Q}_t = \frac{\sum_{i=1}^n (\bar{W} - W_i) S_i}{\sum_{i=1}^n S_i} \times h$$

Trong đó: h là tỷ lệ được xét bồi thường

Giả sử, theo ví dụ trên $h = 70\%$ ta có:

$$\bar{Q}_t = 0,3 T/ha \times 0,7 = 0,21 T/ha$$

$$\bar{T} = \frac{\bar{Q}_t}{\bar{W}} \times 100 = \frac{0,21\text{T/ha}}{5\text{T/ha}} \times 100 = 4,2\%$$

$$f_1 = 0,21 \text{ T/ha} \times 1.500.000\text{đ/T} = 315.000\text{đ/ha}$$

Suy ra: P = 378.000đ/ha (nếu bảo hiểm mọi rủi ro)

b) Nếu áp dụng chế độ bảo hiểm miễn thường có khấu trừ:

$$\bar{Q}_t = \frac{\sum_{i=1}^n (\bar{W} - W_i - M \cdot \bar{W}) S_i}{\sum_{i=1}^n S_i}$$

Trong đó: M là mức miễn thường. Mức miễn thường thường được thoả thuận khi ký hợp đồng bảo hiểm bằng số tương đối. Có nghĩa là, nếu năm nào tổn thất bằng mức miễn thường trở xuống, thì năm đó coi như không có tổn thất.

Giả sử, theo ví dụ trên M = 10% và như vậy chỉ có năm 1996 là tổn thất, do đó:

$$\bar{Q}_t = \frac{(5\text{T/ha} - 4\text{T/ha} - 0,1 \times 5\text{T/ha}) \cdot 1000\text{ha}}{5.000\text{ha}} = 0,1\text{T/ha}$$

$$\bar{T} = \frac{\bar{Q}_t}{\bar{W}} \times 100 = \frac{0,1\text{T/ha}}{5\text{T/ha}} = 2\%$$

$$f_1 = 0,1\text{T/ha} \times 1.500.000\text{đ/T} = 150.000\text{đ/ha}$$

Suy ra: P = 180.000đ/ha (nếu bảo hiểm mọi rủi ro)

c) Nếu áp dụng chế độ bảo hiểm miễn thường không khấu trừ.

$$\bar{Q}_t = \frac{\sum_{i=1}^n (\bar{W} - W_i) S_i}{\sum_{i=1}^n S_i}$$

Giả sử, mức miễn thường $M = 10\%$ ta có:

$$\bar{Q}_i = \frac{(5T/\text{ha} - 4T/\text{ha}) \cdot 1000\text{ha}}{5.000\text{ha}} = 0,2T/\text{ha}$$

$$\bar{T} = \frac{\bar{Q}_i}{W} \times 100 = \frac{0,2T/\text{ha}}{5T/\text{ha}} \times 100 = 4\%$$

$$f_1 = 0,2T/\text{ha} \times 1.500.000\text{đ}/T = 300.000\text{đ}/\text{ha}$$

Suy ra: $P = 360.000\text{đ}/\text{ha}$ (nếu bảo hiểm mọi rủi ro)

Như vậy, áp dụng các chế độ bảo hiểm khác nhau, tỷ lệ phí bồi thường bình quân và mức phí tính ra sẽ khác nhau. Nhưng xét về khả năng tài chính và tâm lý của người trồng trọt thì áp dụng chế độ bảo hiểm nào đơn giản, dễ hiểu và có mức phí thấp nhất họ dễ dàng tham gia bảo hiểm nhất.

5. Giám định và bồi thường tổn thất

Sau khi nhận được thông báo rủi ro tổn thất của người tham gia bảo hiểm, công ty bảo hiểm phải cử ngay cán bộ hoặc nhân viên giám định đến hiện trường để giám định tổn thất. Trước khi xuống hiện trường, cần tính toán và dự kiến trước một số vấn đề như: số lượng người giám định, các cơ quan cần mời để tham gia giám định như: chính quyền địa phương, cơ quan bảo vệ thực vật v.v... Yêu cầu của công tác giám định là kiểm tra hiện trường nơi xảy ra tổn thất; nguyên nhân tổn thất có thuộc phạm vi bảo hiểm hay không; tính toán và xác định quy mô, mức độ tổn thất phải theo những phương pháp khoa học phù hợp với đối tượng bảo hiểm và tình hình thực tế. Lập biên bản giám định tổn thất phải có đầy đủ các bên hữu quan tham gia và phải ký vào biên bản để xác nhận.

Phương pháp xác định tổn thất được chia ra như sau:

- Đối với cây hàng năm:

$$\begin{array}{ccccccc} \text{Giá trị tổn} & & \text{Giá trị sản} & & \text{Giá trị} & & \text{Giá trị tổn thất} \\ \text{thất được} & = & \text{lượng tổn} & - & \text{tận thu} & - & \text{không được bồi} \\ \text{bồi thường} & & \text{thất thực tế} & & \text{(nếu có)} & & \text{thường (nếu có)} \end{array}$$

Năm hoặc vụ có tổn thất là năm hoặc vụ có giá trị sản lượng thu hoạch thực tế thấp hơn giá trị bảo hiểm. Giá trị sản lượng tổn thất thực tế được xác định căn cứ vào năng suất bình quân được bảo hiểm; năng suất thực tế thu hoạch, giá cả 1 đơn vị sản phẩm tính bình quân và diện tích bị tổn thất của từng loại cây. Giá trị tận thu bao gồm: thân, lá, quả v.v... Giá trị tổn thất không được bồi thường, thường gặp phải khi áp dụng các chế độ bảo hiểm khác nhau. Hoặc những tổn thất không thuộc phạm vi bảo hiểm.

Trong nông nghiệp, tổn thất xảy ra trước khi thu hoạch là phổ biến. Lúc này, chưa thể xác định được giá trị tổn thất thực tế, mà chỉ là tổn thất ước tính. Để xác định được số tiền bồi thường phải chia ra các trường hợp:

+ Đối với những diện tích mất trắng trước khi cây trồng cho thu hoạch, giá trị tổn thất là toàn bộ chi phí thực tế chi ra từ thời điểm gieo trồng đến thời điểm xảy ra tổn thất. Các khoản chi phí này thường bao gồm: Chi phí cây giống, phân bón, vật tư, lao động v.v...

+ Đối với những diện tích chưa bị huỷ hoại toàn bộ, có thể chăm sóc tiếp vẫn cho thu hoạch sản phẩm, giá trị tổn thất tính theo tỷ lệ phần trăm tổn thất so với toàn bộ chi phí đến thời điểm xảy ra tổn thất.

- Đối với cây lâu năm:

$$\begin{array}{ccccccc} \text{Giá trị tổn} & & \text{Giá trị} & & \text{Giá trị} & & \text{Tỷ lệ} & & \text{Số tháng đã} \\ \text{thất được} & = & \text{tổn thất} & - & \text{tổn thất} & \times & \text{khấu} & \times & \text{bảo hiểm} \\ \text{bồi thường} & & \text{thực tế} & & \text{thực tế} & & \text{hao} & & \frac{\quad}{12 \text{ tháng}} \end{array}$$

Giá trị tổn thất thực tế được tính đến từng cây lâu năm hoặc diện tích gieo trồng cây đó. Chỉ có những cây, những diện tích bị chết hoặc gãy hẳn mới được coi là tổn thất. Tổn thất xảy ra vào tháng nào tính khấu hao cả tháng đó.

Khi tiến hành bồi thường, người bảo hiểm phải chú ý một số vấn đề như: tỷ lệ bồi thường, mức miễn thường; giá trị tận thu; chi phí đề phòng hạn chế tổn thất v.v... Mọi chi phí đề phòng hạn chế tổn thất không được trừ vào số tiền bồi thường và cũng không được cộng thêm vào số tiền bồi thường thực tế.

III. BẢO HIỂM CHĂN NUÔI

1. Đối tượng và phạm vi bảo hiểm

- Đối tượng bảo hiểm trong chăn nuôi là các sản phẩm chăn nuôi và các loại vật nuôi. Đối với vật nuôi là tài sản cố định thường được bảo hiểm đến từng con, còn đối với vật nuôi là tài sản lưu động có thể bảo hiểm cả đàn. Vật nuôi là tài sản lưu động là những vật nuôi được nuôi dưỡng trong thời gian ngắn, quá trình thu sản phẩm gắn liền với quá trình giết mổ hoặc chuyển chúng sang làm chức năng tài sản cố định. Thời hạn bảo hiểm của loại này bắt đầu từ khi con giống tách mẹ nuôi độc lập đến khi vật nuôi được xuất chuồng. Vật nuôi là tài sản cố định thường có thời gian nuôi dưỡng lâu, giá trị lớn và được chuyển dịch dần vào sản phẩm thu được qua các năm. Thời hạn bảo hiểm loại này thường là 1 năm hoặc toàn bộ chu kỳ sản xuất. Nếu thời hạn bảo hiểm là toàn bộ chu kỳ sản xuất thì nó sẽ được bắt đầu khi vật nuôi được chuyển thành chức năng tài sản cố định đến khi kết thúc chu kỳ sản xuất (khi đã khấu hao xong).

- Phạm vi bảo hiểm: Trong chăn nuôi cũng thường gặp rất nhiều rủi ro khác nhau gây tổn thất, có cả những rủi ro

khách quan có cả những rủi ro chủ quan như chế độ chăm sóc, nuôi dưỡng, thí nghiệm v.v... Tuy nhiên các rủi ro sau đây thông thường được bảo hiểm:

- + Thiên tai, bão, lũ, mưa đá, nóng, lạnh bất thường, khô cạn nguồn nước.

- + Bệnh dịch, bao gồm cả bệnh truyền nhiễm, bệnh không truyền nhiễm.

- + Buộc phải giết mổ để phòng trừ dịch bệnh lây lan. Hoặc khi vật nuôi bị ốm, bị tai nạn, bị thương tật không còn tiếp tục nuôi dưỡng và sử dụng được.

- + Các rủi ro khác như: động vật ăn thịt, hoặc phá hoại; đánh cắn lẫn nhau, tai nạn giao thông, hoả hoạn v.v...

2. Giá trị bảo hiểm và chế độ bảo hiểm

- Đối với súc vật vỗ béo và lấy thịt, giá trị bảo hiểm thường là giá trị trọng lượng xuất chuồng bình quân một số năm trước đó (thông thường là 3 đến 5 năm) nhằm loại trừ những nhân tố ngẫu nhiên ảnh hưởng. Đối với vật nuôi là tài sản cố định, giá trị bảo hiểm chính là giá trị ban đầu của tài sản cố định trừ đi khấu hao cơ bản nếu có. Còn giá trị bảo hiểm sản phẩm chăn nuôi như: Trứng, sữa v.v... được xác định căn cứ vào giá trị sản lượng thực tế thu được bình quân một số năm trước đó (thường là 3 đến 5 năm).

- Cũng như trong trồng trọt, trong chăn nuôi khi tiến hành bảo hiểm cũng có thể áp dụng các chế độ bảo hiểm khác nhau nhằm nâng cao tinh thần trách nhiệm của người tham gia bảo hiểm, làm giảm phí bảo hiểm và phù hợp với tình hình tổ chức và quản lý của công ty bảo hiểm. Chế độ bảo hiểm bồi thường theo tỷ lệ thường được áp dụng khi bảo hiểm cho súc vật vỗ béo và lấy thịt. Chế độ bảo hiểm miễn thường có khấu trừ thường hay áp dụng khi bảo hiểm các sản phẩm chăn nuôi. Còn chế độ bảo hiểm miễn thường không khấu trừ lại được áp dụng khi bảo hiểm cho từng đầu con trong một

đàn gia súc tham gia bảo hiểm. Những tổn thất làm chết ít, một vài con trong một đàn lớn, giá trị thiệt hại nhỏ áp dụng chế độ bảo hiểm này sẽ giảm được thủ tục đòi bồi thường, giảm được phiền hà giữa các bên tham gia bảo hiểm.

3. Phương pháp xác định phí bảo hiểm chăn nuôi

Khi tiến hành bảo hiểm các sản phẩm chăn nuôi (sản phẩm tách rời bản thân con súc vật) như: trứng, sữa v.v... Việc xác định phí bảo hiểm cũng tương tự như xác định phí bảo hiểm cây trồng hàng năm. Ở đây, chỉ giới hạn trong phạm vi xác định phí bảo hiểm theo đầu con gia súc, gia cầm. Phí bảo hiểm theo đầu con đối với từng loại súc vật được tính theo công thức:

$$P = f_1 + f_2 + f_3 + f_4$$

Trong đó: f_1 - Phí bồi thường thiệt hại (phí thuần)

f_2 - Phí đề phòng hạn chế tổn thất

f_3 - Phí dự trữ dự phòng

f_4 - Phí quản lý và lãi dự kiến

Các loại phí f_2, f_3, f_4 được xác định thông qua kinh nghiệm và tình hình thực tế phát sinh một số năm trước đó. Các loại phí này được quy định bằng một tỷ lệ phần trăm nhất định so với tổng mức phí thu. Phí đề phòng hạn chế tổn thất (f_2) trong chăn nuôi bao gồm các loại như: Chi phí tiêm phòng, phòng dịch, chi phí chống sét, chống nóng v.v... Vấn đề cốt lõi ở đây là phải xác định được phí bồi thường thiệt hại (f_1). Phí bồi thường thiệt hại tính cho 1 súc vật đối với từng loại gia súc, gia cầm được xác định theo công thức:

$$f_t = \frac{\sum_{i=1}^n q_i}{\sum_{i=1}^n Q_i} (\bar{G}_c - \bar{G}_t) \quad (1)$$

Trong đó:

Q_i - Số vật nuôi năm i (bao gồm cả những vật nuôi đạt tiêu chuẩn xuất chuồng và những vật nuôi bị thải loại, tai nạn vv...)

q_i - Số vật nuôi bị chết, thải loại, tai nạn năm i (chỉ tính số con bị chết thải loại, tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm).

$\overline{G}_c$ - Giá trị bình quân 1 con vật nuôi trước khi bị thải loại, chết, tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm

$\overline{G}_l$ - Giá trị tận thu bình quân 1 con vật nuôi sau khi bị thải loại, chết, tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm.

Giá trị bình quân 1 con vật nuôi trước khi bị thải loại, chết, tai nạn được xác định theo công thức:

$$\overline{G}_c = \frac{\sum_{i=1}^n q_i T_i P_i}{\sum_{i=1}^n q_i}$$

Ở đây: T_i - Trọng lượng bình quân 1 con vật nuôi trước khi bị chết thải loại, tai nạn năm i thuộc phạm vi bảo hiểm.

P_i - Giá cả bình quân 1 đơn vị sản phẩm vật nuôi trước khi bị thải loại, chết, tai nạn năm i thuộc phạm vi bảo hiểm.

Trường hợp áp dụng các chế độ bảo hiểm khác nhau, khi xác định phí bảo hiểm cần lưu ý.

+ Nếu áp dụng chế độ bảo hiểm bồi thường theo tỷ lệ, mức phí thuần được xác định như sau:

$$\text{Mức phí thuần} = \text{Mức phí thuần khi chưa áp dụng chế độ bảo hiểm} \times \text{Tỷ lệ được bồi thường}$$

+ Nếu áp dụng chế độ bảo hiểm miễn thường có khấu trừ và không khấu trừ, khi xác định mức phí thuần phải căn cứ

vào mức miễn thường để xác định số vật nuôi nào bị chết, thải loại thuộc trách nhiệm bồi thường. Sau đó áp dụng công thức (1) để tính toán.

4. Giám định và bồi thường tổn thất

Ngay sau khi được thông báo về tình hình tổn thất của người tham gia bảo hiểm, công ty bảo hiểm phải cử nhân viên hoặc người được uỷ quyền đi giám định tổn thất. Khi giám định phải kiểm tra kỹ hiện trường nơi xảy ra tổn thất, xác định nguyên nhân tổn thất có thuộc phạm vi bảo hiểm hay không. Sau đó tính toán, xác định mức độ tổn thất giá trị tổn thất, giá trị tận thu và lập biên bản giám định với sự chứng kiến của các bên có liên quan. Căn cứ vào biên bản giám định tổn thất, công ty bảo hiểm phải trả lời là chấp thuận hay từ chối bồi thường một phần hay toàn bộ tổn thất cho người tham gia bảo hiểm trong thời gian quy định theo như hợp đồng bảo hiểm đã ký.

$$\begin{array}{cccccc} \text{Giá trị tổn} & & \text{Giá trị} & \text{Giá trị} & \text{Giá trị} & \text{Giá trị tổn thất} \\ \text{thất được} & = & \text{tổn thất} & - & \text{tận thu} & - & \text{khấu hao} & - & \text{không được} \\ \text{bồi} & & \text{thực tế} & & \text{(nếu có)} & & \text{(nếu có)} & & \text{bồi thường} \\ \text{thường} & & & & & & & & \text{(nếu có)} \end{array}$$

Về nguyên tắc, bảo hiểm chỉ bồi thường tổn thất thuộc phạm vi bảo hiểm và trong thời hạn hợp đồng còn hiệu lực. Mọi chi phí để phòng hạn chế tổn thất, chi phí giám định và xử lý vật nuôi sau khi chết không được trừ vào số tiền bồi thường. Nếu tổn thất do người thứ ba gây ra, bảo hiểm vẫn bồi thường, nhưng giành quyền đòi người thứ ba trả lại. Nếu quá hạn thanh toán, công ty bảo hiểm cũng phải chịu phạt "nợ quá hạn" như ngân hàng quy định.

Những trường hợp cụ thể sau đây, công ty bảo hiểm

không chịu trách nhiệm bồi thường:

- + Không gửi thông báo kịp thời về tình hình tổn thất cho công ty theo như hợp đồng đã ký.

- + Người chăn nuôi không làm hết trách nhiệm khi đề phòng và hạn chế tổn thất.

- + Vật nuôi bị chết do lỗi của người chăn nuôi.

Trong mỗi hợp đồng bảo hiểm cây trồng cũng như vật nuôi, đều phải quy định về trách nhiệm và quyền lợi của các bên tham gia bảo hiểm. Cũng như các loại hợp đồng bảo hiểm khác, hợp đồng bảo hiểm trong nông nghiệp thông thường có 2 bên tham gia, đó là người tham gia và người bảo hiểm.

Người tham gia bảo hiểm phải có trách nhiệm gieo trồng, nuôi dưỡng và chăm sóc theo đúng quy trình kỹ thuật chăn nuôi cũng như trồng trọt. Xây dựng nội quy, kế hoạch phòng trừ sâu bệnh, dịch bệnh, phòng chống thiên tai... Khi thiên tai, tai nạn rủi ro xảy ra phải kịp thời phòng chống để hạn chế tổn thất và phải thông báo ngay cho người bảo hiểm biết. Ngoài ra, người tham gia bảo hiểm còn phải thực hiện đầy đủ những thủ tục giấy tờ có tính pháp lý như: ký vào biên bản giám định và xác nhận lỗi do bên thứ ba v.v... Đồng thời, phải phối hợp với người bảo hiểm và những đơn vị liên quan để có phương án tối ưu để phòng và hạn chế tổn thất và phải nộp phí bảo hiểm đầy đủ, đúng hạn.

Người bảo hiểm phải có trách nhiệm bồi thường kịp thời, đầy đủ cho người tham gia bảo hiểm khi có tổn thất xảy ra thuộc phạm vi bảo hiểm. Phải chi phí kịp thời, thoả đáng cho công tác đề phòng và hạn chế tổn thất, khắc phục thiên tai, sâu bệnh và dịch bệnh. Khi nhận được thông báo tổn thất phải cử ngay nhân viên giám định hoặc người có thẩm quyền đến hiện trường làm thủ tục giám định. Nếu chấp nhận hay từ chối bồi thường cũng phải thông báo và giải thích ngay để người tham gia bảo hiểm biết. Nếu quá hạn, không thông báo

thì coi như họ đã chấp nhận bồi thường toàn bộ thiệt hại. Còn quyền lợi của các bên tham gia bảo hiểm cũng giống như những hợp đồng bảo hiểm tài sản thông thường khác.

IV. TÌNH HÌNH BẢO HIỂM NÔNG NGHIỆP Ở VIỆT NAM

Việt Nam triển khai bảo hiểm nông nghiệp chậm hơn so với các nước trên thế giới. Mãi đến năm 1981, Tổng công ty bảo hiểm Việt Nam mới tiến hành thí điểm bảo hiểm mùa màng ở 2 huyện: Vụ Bản và Nam Ninh, tỉnh Hà Nam Ninh (cũ).

Tổng công ty tiến hành bảo hiểm cây lúa với mọi rủi ro do thiên tai gây ra. Năng suất chuẩn để bảo hiểm là năng suất thu hoạch bình quân 5 năm ở từng hợp tác xã, từng vụ và thực hiện chế độ bảo hiểm theo tỷ lệ bồi thường từ 50 - 70% với mức miễn thường 15%.

Phí bảo hiểm tính trên cơ sở thiệt hại của từng huyện và áp dụng thống nhất cả huyện, hình thức bảo hiểm là tự nguyện.

Đợt thí điểm tiến hành trên phạm vi hẹp (2 huyện) với thời gian không dài (chỉ kéo dài trong 2 năm 1981 và 1982), sau đó phải dừng lại vì nhiều lý do khác nhau, đặc biệt do cơ chế tổ chức quản lý trong nông nghiệp có sự thay đổi căn bản sau chỉ thị 100 của Ban bí thư TW Đảng (năm 1981). Hơn nữa các công ty bảo hiểm ở các tỉnh thành trực thuộc Tổng công ty bảo hiểm Việt Nam lúc đó chưa đủ mạnh, kinh nghiệm triển khai bảo hiểm nông nghiệp còn hạn chế. Tuy nhiên, chúng ta đã rút ra được những bài học kinh nghiệm bổ ích.

Nhưng do vị trí của sản xuất nông nghiệp Việt Nam, do nhu cầu của người sản xuất nông nghiệp, đầu năm 1989, ngành bảo hiểm nước ta lại tiếp tục triển khai bảo hiểm

trong nông nghiệp. Tính đến nay đã có 16 tỉnh thành tham gia bảo hiểm nông nghiệp. Những cây con tham gia là: lúa, cao su, cà phê, đàn bò sữa, bò thịt và một số trại chăn nuôi gia cầm. Mỗi loại cây con nói trên, người tham gia bảo hiểm cũng đã lựa chọn một số loại rủi ro đặc thù để tiến hành bảo hiểm.

Nếu xét về tiềm năng, thị trường bảo hiểm nông nghiệp Việt Nam còn rất lớn. Đây sẽ là một mảnh đất tốt để các công ty bảo hiểm Việt Nam có kế hoạch khai thác trong thời gian tới. Nhưng do đặc thù sản xuất nông nghiệp Việt Nam, vấn đề đặt ra là phải có định hướng và bước đi cụ thể trong quá trình triển khai bảo hiểm. Trước hết phải lựa chọn cây con bảo hiểm, sau đó phải xác định phạm vi bảo hiểm cho phù hợp với từng vùng sinh thái. Việc đa dạng hoá sản phẩm cũng phải được đặt ra để người tham gia dễ dàng lựa chọn đồng thời, phải tính toán mức phí bảo hiểm sao cho phù hợp với khả năng tài chính của người nông dân, trên cơ sở áp dụng các chế độ bảo hiểm một cách linh hoạt. Trong quá trình triển khai bảo hiểm nông nghiệp ở nước ta, vai trò của Nhà nước là không thể thiếu được đối với cả người tham gia và người bảo hiểm.

CHƯƠNG XIV

BẢO HIỂM TRÁCH NHIỆM

I. SỰ CẦN THIẾT PHẢI BẢO HIỂM TRÁCH NHIỆM

Trong cuộc sống, mỗi cá nhân cũng như mỗi tổ chức đều phải chịu trách nhiệm trước pháp luật cho từng hành vi ứng xử của mình. Nhìn chung, khi một người gây ra thiệt hại cho người khác do sự bất cẩn của mình thì phải chịu trách nhiệm trước những thiệt hại đó.

Đối với một cá nhân, có rất nhiều căn nguyên có thể làm phát sinh trách nhiệm pháp lý. Ví dụ, khi một cá nhân sử dụng một chiếc xe ô tô, người đó có thể gây tai nạn cho người khác, theo qui định, cá nhân đó sẽ phải bồi thường các thiệt hại cho phía nạn nhân. Một cá nhân cũng có thể phải bồi thường các thiệt hại do động vật nuôi của anh ta gây ra cho người khác...

Những người làm công tác chuyên môn như bác sĩ, kế toán viên, luật sư... đều phải chịu trách nhiệm về nghề nghiệp của mình. Nếu họ bất cẩn trong chuyên môn gây ra các thiệt hại về tài chính cho đối tượng phục vụ (chẳng hạn, đưa ra lời tư vấn không chính xác gây thiệt hại) thì họ phải bồi thường.

Đối với một doanh nghiệp, theo qui định của luật pháp nhiều nước, chủ sử dụng lao động phải có trách nhiệm thanh toán khoản tiền bồi thường và các chi phí y tế cho người lao động họ sử dụng khi những người lao động đó bị tai nạn trong quá trình lao động hoặc bị mắc các bệnh do nghề

ng nghiệp mà không phải do lỗi của người lao động.

Một doanh nghiệp cũng có thể sẽ phải bồi thường các thiệt hại do tài sản của doanh nghiệp đó gây ra cho người khác (bất kể do lỗi của người chủ doanh nghiệp hay của người làm thuê).

Trong quá trình sản xuất, các doanh nghiệp (các nhà máy hoá chất, nhà máy công nghiệp...) có thể gây ra ô nhiễm môi trường và doanh nghiệp phải có trách nhiệm bồi thường các thiệt hại về tài sản hoặc thương tích đối với người khác.

Các nhà sản xuất hoặc phân phối phải chịu trách nhiệm bồi thường các thiệt hại do hàng hoá, sản phẩm của họ cung cấp gây ra cho khách hàng hoặc cho những người khác (phải chịu trách nhiệm đối với sản phẩm) do lỗi sản xuất, lỗi thiết kế, không có đủ các thiết bị an toàn, không có chỉ dẫn hay chú ý đầy đủ ("hút thuốc lá có thể có hại cho sức khoẻ", "sử dụng thuốc không đúng chỉ dẫn có thể nguy hiểm cho sức khoẻ"...). Đối với một số sản phẩm, rủi ro trách nhiệm có thể là rất lớn, ví dụ như các sản phẩm liên quan đến ngành vận tải, máy móc thiết bị công nghiệp, đồ chơi, các sản phẩm cho trẻ sơ sinh.

Các thiệt hại trách nhiệm ở trên có thể phát sinh theo hợp đồng (giữa các bên có liên quan trong hợp đồng, ví dụ theo hợp đồng lao động giữa người lao động và người chủ sử dụng lao động, theo hợp đồng vận chuyển giữa hãng vận chuyển và hành khách, theo hợp đồng mua bán giữa nhà sản xuất và khách hàng...) hay phát sinh ngoài hợp đồng (ví dụ các thiệt hại đối với bên thứ ba). Nhưng cho dù phát sinh theo hợp đồng hay ngoài hợp đồng thì các trách nhiệm pháp lý đều dẫn tới thiệt hại tài chính một cách gián tiếp cho cá nhân hay doanh nghiệp phải chịu trách nhiệm. Tùy theo mức độ lỗi và thiệt hại thực tế của bên thứ ba mà thiệt hại

trách nhiệm phát sinh có thể là rất lớn hoặc không đáng kể. Trong trường hợp thiệt hại trách nhiệm phát sinh rất lớn, nó sẽ có ảnh hưởng nghiêm trọng đến tài chính của cá nhân hay doanh nghiệp. Do đó các cá nhân và doanh nghiệp cần phải tham gia bảo hiểm trách nhiệm, để khi trách nhiệm pháp lý phát sinh, họ sẽ được công ty bảo hiểm bồi thường những thiệt hại về mặt trách nhiệm dân sự.

II. ĐẶC ĐIỂM CỦA BẢO HIỂM TRÁCH NHIỆM

1. Đối tượng bảo hiểm mang tính trừu tượng

Đối tượng bảo hiểm của các hợp đồng bảo hiểm trách nhiệm là phần trách nhiệm hay nghĩa vụ bồi thường các thiệt hại, do đó rất trừu tượng. Hơn nữa, trách nhiệm là bao nhiêu cũng không xác định được ngay lúc tham gia bảo hiểm. Thông thường trách nhiệm pháp lý phát sinh khi có đủ ba điều kiện sau:

- Có thiệt hại thực tế của bên thứ ba;
- Có hành vi trái pháp luật của cá nhân hay của tổ chức;
- Có quan hệ nhân quả giữa hành vi trái pháp luật của cá nhân hay của tổ chức và thiệt hại của bên thứ ba.

Mức độ thiệt hại do trách nhiệm pháp lý phát sinh bao nhiêu là hoàn toàn do sự phán xử của toà án. Thông thường, thiệt hại này được tính dựa trên mức độ lỗi của người gây ra và thiệt hại của bên thứ ba. Tuy nhiên, trong thực tế cũng có những trường hợp toà án sẽ không căn cứ vào mức độ lỗi để phán xử, mà căn cứ vào khả năng tài chính của người gây ra thiệt hại. Những trường hợp này thường hay gặp ở các nước áp dụng hệ thống luật gọi theo tên tiếng Anh là *common law*, ví dụ như ở nước Mỹ.

2. Bảo hiểm trách nhiệm thường được thực hiện dưới hình thức bắt buộc

Bảo hiểm trách nhiệm, ngoài việc nhằm đảm bảo ổn định tài chính cho người được bảo hiểm, còn có mục đích khác là bảo vệ quyền lợi cho phía nạn nhân, do đó loại hình bảo hiểm này thường được thực hiện theo hình thức bắt buộc. Đặc biệt là đối với những hoạt động có nguy cơ gây tổn thất cho nhiều nạn nhân trong cùng một sự cố (kinh doanh vận chuyển hành khách, sử dụng gas lỏng), hoặc chỉ cần có một sơ xuất nhỏ là có thể dẫn đến thiệt hại trầm trọng về người (ví dụ như hoạt động của bác sĩ, sử dụng các dược phẩm).

3. Có thể áp dụng giới hạn trách nhiệm hoặc không

Bởi vì thiệt hại trách nhiệm dân sự phát sinh chưa thể xác định được ngay tại thời điểm tham gia bảo hiểm và thiệt hại đó có thể là rất lớn. Bởi vậy, để nâng cao trách nhiệm của người tham gia bảo hiểm, các công ty bảo hiểm thường đưa ra các giới hạn trách nhiệm, tức là các mức bồi thường tối đa của bảo hiểm (số tiền bảo hiểm). Nói cách khác, thiệt hại trách nhiệm dân sự có thể phát sinh rất lớn nhưng công ty bảo hiểm không bồi thường toàn bộ thiệt hại trách nhiệm dân sự phát sinh đó mà chỉ khống chế trong phạm vi số tiền bảo hiểm.

Hạn mức trách nhiệm được áp dụng trong hầu hết các nghiệp vụ BH TNDS: BH TNDS của chủ xe cơ giới đối với người thứ ba, BH TNDS của chủ sử dụng lao động với người lao động, trách nhiệm chủ hãng vận chuyển đối với hành khách, hàng hoá... Nhưng cũng có một số nghiệp vụ BH TNDS không áp dụng giới hạn trách nhiệm (thiệt hại trách nhiệm dân sự phát sinh bao nhiêu, công ty bảo hiểm bồi thường bấy nhiêu), ví dụ như nghiệp vụ BH TNDS chủ tàu.

III. NỘI DUNG CƠ BẢN CỦA MỘT SỐ NGHIỆP VỤ BẢO HIỂM TRÁCH NHIỆM

Có rất nhiều nghiệp vụ bảo hiểm trách nhiệm khác nhau, tuy nhiên trong chương này chỉ đề cập đến một số nghiệp vụ bảo hiểm sau:

1. BH TNDS của chủ xe cơ giới đối với người thứ ba;
2. BH TNDS của nhà vận chuyển trong ngành hàng không dân dụng;
3. BH TNDS của chủ sử dụng lao động đối với người lao động;
4. Bảo hiểm trách nhiệm công cộng;
5. Bảo hiểm trách nhiệm đối với sản phẩm.

Riêng BH TNDS của chủ tàu biển, do tính đặc thù của nghiệp vụ, nên được đề cập ở chương bảo hiểm tàu biển.

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

Xe cơ giới là các loại xe chạy trên đường bộ bằng động cơ của chính mình (trừ xe đạp máy).

a. Đối tượng bảo hiểm và phạm vi bảo hiểm

+ Đối tượng bảo hiểm

Người tham gia bảo hiểm thông thường là chủ xe, có thể là cá nhân hay đại diện cho một tập thể. Người bảo hiểm chỉ nhận bảo hiểm cho phần trách nhiệm dân sự của chủ xe phát sinh do sự hoạt động và điều khiển xe cơ giới của người lái xe. Như vậy, đối tượng được bảo hiểm là trách nhiệm dân sự của chủ xe cơ giới đối với người thứ ba. Trách nhiệm dân sự của chủ xe cơ giới đối với người thứ ba là trách nhiệm hay nghĩa vụ bồi thường ngoài hợp đồng của chủ xe hay lái xe

cho người thứ ba do việc lưu hành xe gây tai nạn.

Đối tượng được bảo hiểm không được xác định trước. Chỉ khi nào việc lưu hành xe gây ra tai nạn có phát sinh trách nhiệm dân sự của chủ xe đối với người thứ ba thì đối tượng này mới được xác định cụ thể. Các điều kiện phát sinh trách nhiệm dân sự của chủ xe đối với người thứ ba bao gồm:

- *Điều kiện thứ nhất*: Có thiệt hại về tài sản, tính mạng hoặc sức khoẻ của bên thứ ba.

- *Điều kiện thứ hai*: Chủ xe (lái xe) phải có hành vi trái pháp luật. Có thể do vô tình hay cố ý mà lái xe vi phạm luật giao thông đường bộ, hoặc vi phạm các qui định khác của Nhà nước...

- *Điều kiện thứ ba*: Phải có mối quan hệ nhân quả giữa hành vi trái pháp luật của chủ xe (lái xe) với những thiệt hại của người thứ ba.

- *Điều kiện thứ tư*: Chủ xe (lái xe) phải có lỗi.

Thực tế chỉ cần đồng thời xảy ra ba điều kiện thứ nhất, thứ hai, thứ ba là phát sinh trách nhiệm dân sự đối với người thứ ba của chủ xe (lái xe). Nếu thiếu một trong ba điều kiện trên trách nhiệm dân sự của chủ xe sẽ không phát sinh, và do đó không phát sinh trách nhiệm của bảo hiểm. Điều kiện thứ tư có thể có hoặc không, vì nhiều khi tai nạn xảy ra là do tính nguy hiểm cao độ của xe cơ giới mà không hoàn toàn do lỗi của chủ xe (lái xe). Ví dụ: Xe đang chạy bị nổ lốp, lái xe mất khả năng điều khiển nên đã gây tai nạn. Trong trường hợp này, trách nhiệm dân sự vẫn có thể phát sinh nếu có đủ ba điều kiện đầu tiên.

Chú ý rằng, bên thứ ba trong BH TNDS chủ xe cơ giới là những người trực tiếp bị thiệt hại do hậu quả của vụ tai nạn nhưng loại trừ:

- Lái, phụ xe, người làm công cho chủ xe

- Những người lái xe phải nuôi dưỡng như cha, mẹ, vợ, chồng, con cái...

- Hành khách, những người có mặt trên xe.

+ Phạm vi bảo hiểm

Người bảo hiểm nhận bảo đảm cho các rủi ro bất ngờ không lường trước được gây ra tai nạn và làm phát sinh trách nhiệm dân sự của chủ xe. Cụ thể, các thiệt hại nằm trong phạm vi trách nhiệm của người bảo hiểm bao gồm:

- Thiệt hại về tính mạng và tình trạng sức khoẻ của bên thứ ba;

- Thiệt hại về tài sản, hàng hoá... của bên thứ ba;

- Thiệt hại tài sản làm ảnh hưởng đến kết quả kinh doanh hoặc giảm thu nhập;

- Các chi phí cần thiết và hợp lý để thực hiện các biện pháp ngăn ngừa hạn chế thiệt hại; các chi phí thực hiện biện pháp đề xuất của cơ quan bảo hiểm (kể cả biện pháp không mang lại hiệu quả);

- Những thiệt hại về tính mạng, sức khoẻ của những người tham gia cứu chữa, ngăn ngừa tai nạn, chi phí cấp cứu và chăm sóc nạn nhân.

+ Các trường hợp loại trừ

Người bảo hiểm không chịu trách nhiệm bồi thường thiệt hại của các vụ tai nạn mặc dù có phát sinh trách nhiệm dân sự trong các trường hợp sau:

- Hành động cố ý của chủ xe, lái xe và người bị thiệt hại.

- Xe không đủ điều kiện kỹ thuật và thiết bị an toàn để tham gia giao thông theo quy định của điều lệ trật tự an toàn giao thông vận tải đường bộ.

- Chủ xe hoặc lái xe vi phạm nghiêm trọng trật tự an toàn giao thông đường bộ như:

- + Xe không có giấy phép lưu hành, giấy chứng nhận kiểm định an toàn kỹ thuật và môi trường.
- + Lái xe không có bằng lái hoặc bằng bị tịch thu, bằng không hợp lệ.
- + Lái xe bị ảnh hưởng của các chất kích thích như: rượu, bia, ma túy...
- + Xe chở chất cháy, chất nổ trái phép.
- + Xe sử dụng để tập lái, đua thể thao, đua xe trái phép, chạy thử sau khi sửa chữa.
- + Xe đi vào đường cấm, đi đêm không có đèn hoặc chỉ có đèn bên phải.
- + Xe không có hệ thống lái bên phải.
- Thiệt hại do chiến tranh, bạo động.
- Thiệt hại gián tiếp do tai nạn như giảm giá trị thương mại, làm đình trệ sản xuất kinh doanh.
- Thiệt hại đối với tài sản bị cướp, mất cắp trong tai nạn.
- Tai nạn xảy ra ngoài lãnh thổ quốc gia, trừ khi có thỏa thuận khác.

Ngoài ra, người bảo hiểm cũng không chịu trách nhiệm đối với tài sản đặc biệt như vàng, bạc, đá quý, tiền, đồ cổ, tranh ảnh quý hiếm, thi hài, hài cốt.

b. Phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm được tính theo đầu phương tiện. Người tham gia bảo hiểm đóng phí BH TNDS chủ xe cơ giới đối với người thứ ba theo số lượng đầu phương tiện của mình. Mặt khác, các phương tiện khác nhau về chủng loại, về độ lớn có xác suất gây ra tai nạn khác nhau. Do đó, phí bảo hiểm được tính riêng cho từng loại phương tiện (hoặc nhóm phương tiện) tùy theo mỗi đầu phương tiện.

Phí bảo hiểm tính cho mỗi đầu phương tiện đối với mỗi loại phương tiện (thường tính theo năm) là :

$$P = f + d$$

Trong đó: P – Phí bảo hiểm /đầu phương tiện

f – Phí thuần

d – Phụ phí

Phí thuần được xác định theo công thức:

$$f = \frac{\sum_{i=1}^n S_i T_i}{\sum_{i=1}^n C_i}$$

Trong đó:

S_i – Số vụ tai nạn xảy ra có phát sinh trách nhiệm dân sự của chủ xe được bảo hiểm bồi thường trong năm i.

T_i – Số tiền bồi thường bình quân 1 vụ tai nạn trong năm i.

C_i – Số đầu phương tiện tham gia bảo hiểm trong năm i.

n – Số năm thống kê, thường từ 3- 5 năm, $i = (1, n)$

Như vậy, f thực chất là số tiền bồi thường bình quân trong thời kỳ n năm cho mỗi đầu phương tiện tham gia bảo hiểm trong thời kỳ đó.

Ví dụ: Có số liệu thống kê 5 năm về tình hình tai nạn giao thông có phát sinh TNDS của chủ xe cơ giới đối với người thứ ba đối với loại xe tải trên 5 tấn như sau :

Năm	Số xe hoạt động (Chiếc)	Số vụ tai nạn (Vụ)	Thiệt hại bình quân một vụ (Triệu đồng)
1	1.000.000	11.400	7,5
2	1.100.000	10.600	7,8
3	1.200.000	11.900	7,9
4	1.300.000	13.000	8,7
5	1.400.000	13.700	9,2

Xác định phí bảo hiểm cho mỗi đầu xe tải cho năm thứ 6.
 Trước hết tính phí thuần f :

$$f = \frac{11.400 \times 7,5 + 10.600 \times 7,8 + 11.900 \times 7,9 + 13.000 \times 8,7 + 13.700 \times 9,2}{6.000.000}$$

$$= \frac{501.330}{6.000.000} = 0,083555 \text{ (triệu đồng/xe)} = 83.555 \text{ (đồng/xe)}$$

Nếu tỷ lệ phụ phí chiếm 20% thì phí thuần f sẽ chiếm 80% trong tổng phí bảo hiểm tính cho mỗi đầu xe. Từ đó ta có phí bảo hiểm năm thứ 6 cho mỗi đầu xe là:

$$P = f/0,8 = 83.555/0,8 = 104.443 \text{ (đồng/xe)}$$

hoặc tính theo công thức:

$$P = f + d = 83.555 + 20.888 = 104.443 \text{ (đồng/xe)},$$

Trong đó:

$$\text{Phụ phí } d = (0,2 \times 83.555)/0,8 = 20.888 \text{ (đồng/xe)}$$

Đây là cách tính bảo hiểm cho các phương tiện thông dụng trên cơ sở quy luật số đông. Đối với các phương tiện không thông dụng, mức độ rủi ro lớn hơn như xe kéo rơmoóc, xe chở hàng nặng... thì tính thêm tỷ lệ phụ phí so với mức phí cơ bản. Ở Việt Nam hiện nay thường cộng thêm 30% mức phí cơ bản.

Đối với các phương tiện hoạt động ngắn hạn (dưới một năm), thời gian tham gia bảo hiểm được tính tròn tháng và phí bảo hiểm được xác định như sau:

$$P_{\text{ngắn hạn}} = \frac{P_{\text{năm}} \times \text{Số tháng xe hoạt động}}{12 \text{ tháng}}$$

hoặc :

$$P_{\text{ngắn hạn}} = P_{\text{năm}} \times \text{Tỷ lệ phí ngắn hạn theo tháng}$$

Trường hợp đã đóng phí (tham gia bảo hiểm) cả năm, nhưng vào một thời điểm nào đó phương tiện không hoạt động nữa hoặc chuyển sở hữu mà không chuyển quyền bảo hiểm thì chủ phương tiện sẽ được hoàn phí bảo hiểm tương ứng với số thời gian còn lại của năm (làm tròn tháng) nếu trước đó chủ phương tiện chưa có khiếu nại và được bảo hiểm bồi thường.

Số phí hoàn lại được xác định như sau:

$$P_{\text{hoàn lại}} = \frac{P_{\text{năm}} \times \text{Số tháng xe không hoạt động}}{12 \text{ tháng}}$$

Nộp phí bảo hiểm là trách nhiệm của chủ phương tiện. Tùy theo số lượng phương tiện, người bảo hiểm sẽ quy định thời gian, số lần nộp và mức phí tương ứng có xét giảm phí theo tỷ lệ tổn thất và giảm phí theo số lượng phương tiện tham gia bảo hiểm (tối đa thường giảm 20%). Nếu không thực hiện đúng quy định sẽ bị phạt. Ví dụ:

+ Chậm từ 01 ngày đến 02 tháng phải nộp thêm 100% mức phí cơ bản.

+ Chậm từ 02 đến 04 tháng nộp thêm 200% mức phí cơ bản.

+ Chậm từ 04 tháng trở lên nộp thêm 300% mức phí cơ bản...

+ Hoặc hủy hợp đồng bảo hiểm.

c. Trách nhiệm bồi thường của bảo hiểm

Khi tai nạn xảy ra, để yêu cầu người bảo hiểm bồi

thường, chủ xe (lái xe) phải gửi hồ sơ khiếu nại bồi thường cho người bảo hiểm, hồ sơ bao gồm các giấy tờ sau:

- Giấy chứng nhận bảo hiểm;
- Biên bản khám nghiệm hiện trường;
- Tờ khai tai nạn của chủ xe;
- Bản kết luận điều tra tai nạn (nếu có);
- Biên bản hoà giải (nếu trong trường hợp có hoà giải);
- Quyết định của toà án (nếu có);
- Các chứng từ liên quan đến thiệt hại của người thứ ba, bao gồm: thiệt hại về con người, thiệt hại về tài sản. Các chứng từ phải hợp lệ.

Sau khi nhận được hồ sơ khiếu nại bồi thường, người bảo hiểm sẽ tiến hành giám định xác định thiệt hại thực tế của bên thứ ba và bồi thường tổn thất.

Thiệt hại của bên thứ ba bao gồm:

- *Thiệt hại về tài sản* bao gồm: tài sản bị mất, bị hư hỏng hoặc bị huỷ hoại; thiệt hại liên quan đến việc sử dụng tài sản và các chi phí hợp lý để ngăn ngừa, hạn chế và khắc phục thiệt hại.

Thiệt hại về tài sản lưu động được xác định theo giá trị thực tế (giá thị trường) tại thời điểm tổn thất. Thiệt hại về tài sản cố định được xác định căn cứ vào khấu hao. Cụ thể:

$$\begin{array}{ccccc} \text{Giá trị} & & \text{Giá mua mới} & & \text{Mức khấu} \\ \text{thiệt hại} & = & \text{(nguyên giá)} & - & \text{hao} \end{array}$$

- *Thiệt hại về con người* bao gồm thiệt hại về sức khoẻ và thiệt hại về tính mạng.

Thiệt hại về sức khoẻ bao gồm:

- + Các chi phí hợp lý cho công việc cứu chữa, bồi dưỡng phục hồi sức khoẻ và chức năng bị mất hoặc giảm sút như: chi phí cấp cứu, tiền hao phí vật chất và các chi phí y tế khác

(thuốc men, dịch truyền, chi phí chiếu chụp X-quang...).

+ Chi phí hợp lý và phần thu nhập bị mất của người chăm sóc bệnh nhân (nếu có theo yêu cầu của bác sỹ trong trường hợp bệnh nhân nguy kịch) và khoản tiền cấp dưỡng cho người mà bệnh nhân có nghĩa vụ nuôi dưỡng.

+ Khoản thu nhập bị mất hoặc giảm sút của người đó.

+ Thu nhập bị giảm sút là khoản chênh lệch giữa mức thu nhập trước và sau khi điều trị do tai nạn của người thứ ba.

+ Thu nhập bị mất được xác định trong trường hợp bệnh nhân điều trị nội trú do hậu quả của tai nạn. Nếu không xác định được mức thu nhập này, sẽ căn cứ vào mức lương tối thiểu hiện hành. Khoản thiệt hại về thu nhập này không bao gồm những thu nhập do làm ăn phi pháp mà có.

+ Khoản tiền bù đắp tổn thất về tinh thần.

Thiệt hại về tính mạng của người thứ ba bao gồm:

+ Chi phí hợp lý cho việc chăm sóc, cứu chữa người thứ ba trước khi chết (xác định tương tự như ở phần thiệt hại về sức khỏe).

+ Chi phí hợp lý cho việc mai táng người thứ ba (những chi phí do hủ tục sẽ không được thanh toán).

+ Tiền trợ cấp cho những người mà người thứ ba phải nuôi dưỡng (vợ, chồng, con cái... đặc biệt trong trường hợp mà người thứ ba là lao động chính trong gia đình). Khoản tiền trợ cấp này được xác định tùy theo qui định của mỗi quốc gia, tuy nhiên sẽ được tăng thêm nếu hoàn cảnh gia đình thực sự khó khăn.

Như vậy, toàn bộ thiệt hại của bên thứ ba:

$$\begin{array}{l} \text{Thiệt hại thực tế} \\ \text{của bên thứ ba} \end{array} = \begin{array}{l} \text{Thiệt hại về} \\ \text{tài sản} \end{array} + \begin{array}{l} \text{Thiệt hại} \\ \text{về người} \end{array}$$

Việc xác định số tiền bồi thường được dựa trên hai yếu tố, đó là:

- Thiệt hại thực tế của bên thứ ba;
- Mức độ lỗi của chủ xe trong vụ tai nạn.

$$\text{Số tiền bồi thường} = \frac{\text{Lỗi của chủ xe}}{\text{Lỗi của chủ xe}} \times \text{Thiệt hại của bên thứ ba}$$

Trên thực tế, nếu người thứ ba là người không có thu nhập từ lao động (trẻ em chưa đến tuổi lao động, người tàn tật không có khả năng lao động...); là người có thu nhập thấp thuộc các đối tượng chính sách của Nhà nước; nếu người thứ ba bị chết nhưng gia đình nạn nhân không được hưởng các khoản mất giảm thu nhập do khi còn sống người này không phải nuôi dưỡng người khác... thì một khoản trợ cấp nhìn chung sẽ được trả trên tinh thần nhân đạo.

Trong trường hợp có cả lỗi của người khác gây thiệt hại cho bên thứ ba thì:

$$\text{Số tiền bồi thường} = \left[\frac{\text{Lỗi của chủ xe}}{\text{Lỗi của chủ xe} + \text{Lỗi khác}} + \frac{\text{Lỗi khác}}{\text{Lỗi của chủ xe} + \text{Lỗi khác}} \right] \times \text{Thiệt hại của bên thứ ba}$$

Sau đó người bảo hiểm được quyền đòi lại người khác số thiệt hại do họ gây ra theo mức độ lỗi của họ. Cần nhắc lại rằng, người bảo hiểm bồi thường theo thiệt hại thực tế nhưng số tiền bồi thường tối đa không vượt quá mức giới hạn trách nhiệm của bảo hiểm.

Ví dụ: Trong một vụ tai nạn giao thông, hai xe máy A và B va quệt nhau. Vụ va chạm đó làm bị thương 1 người đi xe đạp. Thiệt hại của các bên theo kết quả giám định như sau:

- Xe máy A thiệt hại 30% giá trị. Lái xe A bị thương, vào viện điều trị 10 ngày, khi xuất viện thanh toán viện phí 500.000 đồng.

- Xe máy B thiệt hại 70% giá trị. Lái xe B bị thương nặng, điều trị nội trú 40 ngày. Viện phí phải thanh toán khi xuất viện là 3.000.000 đồng.

- Xe đạp bị hỏng, thiệt hại 200.000 đồng. Người đi xe đạp bị thương nhẹ, tổng thiệt hại về con người là 300.000 đồng.

- Giá trị thực tế của xe máy A là 20.000.000 đồng

- Giá trị thực tế của xe máy B là 30.000.000 đồng

- Thu nhập của lái xe A là : 900.000 đồng/tháng

- Thu nhập của lái xe B là : 1.500.000 đồng/tháng

- Xe A có lỗi 60%, xe B có lỗi 40%.

- Hai xe máy A, B mua BH TNDS chủ xe cơ giới đối với người thứ ba tương ứng tại hai công ty bảo hiểm X và Y với mức trách nhiệm về tài sản là 30.000.000 đồng/vụ; về con người là 12.000.000 đồng/người/vụ.

Trong vụ tai nạn trên, xác định thiệt hại các bên như sau:

- Xe máy A:

+ Thiệt hại về tài sản: $20.000.000 \times 30\% = 6.000.000đ$

+ Thiệt hại về con người: Viện phí: 500.000đ

Bồi dưỡng: $15.000.000 \times 0,1\% \times 10 = 150.000đ$

Tổng thiệt hại về con người: 650.000đ

- Xe máy B:

+ Thiệt hại về tài sản: $30.000.000 \times 70\% = 21.000.000đ$

+ Thiệt hại về con người: Viện phí: 3.000.000đ

Bồi dưỡng: $15.000.000 \times 0,1\% \times 40 = 600.000đ$

Tổng thiệt hại về con người: 3.600.000đ

- Xe đạp:

+ Thiệt hại về tài sản: 200.000đ

+ Thiệt hại về con người: 300.000đ

Sau khi xác định được thiệt hại mỗi bên, căn cứ vào mức độ lỗi của các bên đó, bảo hiểm tiến hành bồi thường như sau:

Số tiền trách nhiệm dân sự của chủ xe A đối với xe B và xe đạp:

- Về tài sản: $(21.000.000 + 200.000) \times 60\% = 12.720.000đ$

- Về con người :

+ Đối với lái xe B là: $3.600.000 \times 60\% = 2.160.000đ$

+ Đối với người đi xe đạp là: $300.000 \times 60\% = 180.000đ$

Như vậy bảo hiểm X bồi thường cho xe A số tiền:

- Về tài sản bồi thường hết mức trách nhiệm:

12.720.000 đ

- Về con người:

2.340.000 đ

Tổng cộng số tiền bồi thường:

15.060.000 đ

Số tiền trách nhiệm dân sự của chủ xe B đối với xe A và xe đạp:

- Về tài sản: $(6.000.000 + 200.000) \times 40\% = 2.480.000đ$

- Về con người :

+ Đối với lái xe A là: $650.000 \times 40\% = 260.000đ$

+ Đối với người đi xe đạp là: $300.000 \times 40\% = 120.000đ$

Như vậy bảo hiểm Y bồi thường cho xe B số tiền:

- Về tài sản: 2.480.000 đ

- Về con người: 380.000 đ

Tổng cộng số tiền bồi thường: 2.860.000 đ

2. Bảo hiểm trách nhiệm pháp lý của người vận chuyển trong ngành hàng không dân dụng

Lịch sử phát triển của ngành bảo hiểm hàng không gắn liền với sự phát triển của ngành hàng không dân dụng. Vào năm 1905, anh em nhà Wight thực hiện thành công chuyến

bay bằng máy bay có động cơ điều khiển tại Kitty Hawk (Mỹ), thì đến năm 1910 đơn bảo hiểm hàng không đầu tiên đã được phát hành. Với ưu điểm là vận chuyển nhanh và thuận tiện, ngành hàng không dân dụng đã nhanh chóng phát triển. Tuy nhiên, những tai nạn máy bay xảy ra với mức độ tổn thất nghiêm trọng cũng khiến cho các hãng hàng không đứng trước những khó khăn lớn về tài chính. Ví dụ, theo số liệu thống kê của công ty Skandia Intl., đối với máy bay phản lực từ năm 1980 đến năm 1989 số hành khách chết do tai nạn hàng không trung bình là 911,6 người và từ năm 1990 đến năm 1998 là 835,5 người, tổn thất về trách nhiệm bồi thường cho hành khách của các hãng hàng không tăng từ 54 triệu đôla Mỹ năm 1980 đến 646 triệu đôla Mỹ năm 1998. Tổng tổn thất về thân máy bay và trách nhiệm bồi thường đối với hành khách cũng không ngừng tăng qua các năm từ 490 triệu đôla Mỹ năm 1980 đến 1724 triệu đôla Mỹ năm 1998.

Các số liệu trên cho thấy các tổn thất xảy ra trong ngành hàng không thường rất lớn, có khi mang tính thảm họa và nó cũng lý giải cho sự phát triển của thị trường bảo hiểm hàng không luôn gắn liền với sự phát triển của ngành công nghiệp hàng không nói chung và ngành hàng không dân dụng nói riêng.

a. Tóm tắt Luật hàng không quốc tế về trách nhiệm pháp lý của người vận chuyển trong ngành hàng không dân dụng

Do tính chất quốc tế của hoạt động vận chuyển trong ngành hàng không, nên từ rất sớm người ta đã nghĩ đến việc phải xây dựng một hệ thống các qui tắc thống nhất cho việc vận chuyển hàng không quốc tế. Sau chiến tranh thế giới lần thứ nhất "thuyết chủ quyền quốc gia" về không phận đã

chiến thắng "thuyết tự do không trung" và được ghi nhận vào Công ước Paris về việc qui định giao thông hàng không ký ngày 13.10.1919. Khi chiến tranh thế giới lần thứ 2 sắp kết thúc, "xét thấy sự phát triển của ngành hàng không dân dụng quốc tế có thể giúp đỡ lớn lao cho việc tạo ra và giữ gìn tình hữu nghị và sự hiểu biết giữa các dân tộc, song việc lạm dụng nó có thể trở thành mối đe dọa đối với nền an ninh chung", nên đã ra đời Công ước Chicago năm 1944 về ngành hàng không dân dụng. Hệ thống Công ước Warsaw ra đời, bao gồm các điều ước quốc tế bổ sung cho nhau trên cơ sở cái sau bổ sung cho cái trước và đặt nền tảng vào Công ước Warsaw năm 1929. Hệ thống Công ước Warsaw đưa ra các qui tắc, qui định thống nhất mang tính chất quốc tế về quyền hạn và trách nhiệm của các bên trong việc khai thác vận chuyển hành khách, hành lý và hàng hóa bằng đường không.

+ Công ước Warsaw năm 1929

Năm 1929 hội nghị quốc tế lần thứ 2 về luật hàng không (CODPA) tổ chức tại Warsaw đã nhất trí đi đến một Công ước chung bao gồm các qui tắc đồng bộ về việc xác định trách nhiệm của người vận chuyển trong việc vận chuyển hành khách, hành lý và hàng hoá - được gọi là công ước Warsaw. Ban đầu chỉ có 23 quốc gia tham gia nhưng đến nay đã có trên 140 quốc gia tham gia ký kết và tham gia Công ước. Việt Nam đã chính thức gia nhập Công ước Warsaw vào ngày 11 tháng 10 năm 1982 và ngày 9 tháng 1 năm 1983 Công ước đã có hiệu lực đối với Việt Nam.

Việc vận chuyển hành khách, hành lý và hàng hoá bằng máy bay được thực hiện theo hợp đồng vận chuyển được ký kết giữa người vận chuyển với hành khách và người gửi hàng. Công ước Warsaw áp dụng cho cả các hợp đồng vận chuyển có đền bù và không có đền bù và chỉ áp dụng đối với

việc vận chuyển hàng không quốc tế.

Trách nhiệm của người vận chuyển được qui định cụ thể trong điều 17, 18 và 19 của Công ước Warsaw, theo đó người vận chuyển phải chịu trách nhiệm đối với hành khách và người gửi hàng về những thiệt hại xảy ra trong quá trình vận chuyển bằng máy bay. Những thiệt hại này bao gồm:

- Tai nạn chết hay bị thương của hành khách (cả về thể xác lẫn tinh thần)
- Mất mát, thiếu hụt, hư hỏng của hành lý ký gửi và (hoặc) hàng hoá
- Thiệt hại xảy ra do vận chuyển chậm trễ hành khách, hành lý và hàng hoá
- Thiệt hại về hành lý hay tài sản hành khách tự trông giữ.

Quá trình vận chuyển bằng máy bay đối với hành khách ở đây được hiểu bao gồm thời gian hành khách ở trên máy bay và trong toàn bộ phạm vi hoạt động lấy trả khách. Hoạt động lấy trả khách là từ thời điểm khi hành khách bước ra sân đậu để lên máy bay và khi hành khách ra khỏi máy bay cho đến khi ra khỏi sân đậu; hoặc từ khi hành khách bước ra đường ống để lên máy bay và khi ra khỏi đường ống để vào nhà ga. Đối với hành lý ký gửi và hàng hoá, giai đoạn vận chuyển bao gồm toàn bộ thời gian mà hành lý và hàng hoá nằm trong sự bảo quản của người vận chuyển không kể nó ở tại sân bay, trên máy bay hay trong trường hợp máy bay hạ cánh ở ngoài sân bay hoặc ở bất kỳ nơi nào khác.

Công ước Warsaw qui định giới hạn trách nhiệm của người vận chuyển khi xảy ra thiệt hại như sau:

- Đối với hành khách tối đa là 125000 France vàng/1 người (tương đương 10.000 đôla Mỹ).
- Đối với thiệt hại của hành lý ký gửi và hàng hoá tối đa là 250 France vàng/1 kg (tương đương 20 đôla Mỹ).

- Đối với tài sản hành khách tự trông giữ tối đa là 5000 France vàng (tương đương 400 Đôla Mỹ).

Đồng France vàng kể trên là đồng France Pháp có giá trị bằng 65,5 milligram vàng 900-1000 và có thể qui đổi ra đồng tiền của bất kỳ một quốc gia nào trong một khoản chẵn.

Công ước Warsaw cũng ngăn cản việc qui định nhằm giảm bớt trách nhiệm của người vận chuyển hay ấn định trách nhiệm giới hạn thấp hơn mức trách nhiệm của Công ước. Ngược lại, Công ước cho quyền hành khách và người vận chuyển có thể thoả thuận nâng cao giới hạn trách nhiệm của người vận chuyển đối với hành khách.

Việc bồi thường tai nạn tử vong hoặc thương tật của hành khách có thể được toà án căn cứ vào luật của nước toà án quyết định cho thanh toán theo từng giai đoạn, nhưng tổng số không được vượt quá những giới hạn đã nêu.

Đối với thiệt hại về hàng hoá và hành lý, khoản 2 điều 20 của Công ước qui định nếu khi giao hàng cho người vận chuyển, người gửi có kê khai giá trị và đã trả lệ phí thì người vận chuyển có trách nhiệm bồi thường không vượt quá giá trị đã kê khai, trừ trường hợp người vận chuyển chứng minh được giá trị kê khai lớn hơn giá trị thực tế.

Tuy nhiên cần lưu ý rằng, theo Công ước, người vận chuyển không được hưởng giới hạn trách nhiệm trong trường hợp người vận chuyển hoặc đại lý của họ phạm lỗi cố ý hoặc lỗi tương đương.

+ Nghị định thư Hague năm 1955 (Hague Protocol)

Công ước Warsaw đã đứng vững trong một thời gian dài, tuy nhiên nó cũng bộc lộ nhiều thiếu sót về kỹ thuật pháp lý cũng như có nhiều điểm không còn phù hợp với sự phát triển của thế giới. Cộng đồng quốc tế đặc biệt là Mỹ đã đưa ra ý kiến đòi hỏi phải có sự sửa đổi và bổ sung Công ước. Kết quả

là vào ngày 28 tháng 9 năm 1955 Nghị định thư Hague đã được ký kết và hầu hết các nước gia nhập Công ước Warsaw đều tham gia vào Nghị định thư này.

Nội dung của Nghị định thư là thay đổi, bổ sung một số điều trong Công ước Warsaw (các điều khác của công ước được giữ nguyên). Liên quan tới trách nhiệm của người vận chuyển khi xảy ra tổn thất về người, tài sản của hành khách và người gửi hàng, Nghị định thư có sửa đổi, bổ sung chủ yếu sau:

- Theo Nghị định thư, mức giới hạn trách nhiệm của người vận chuyển được nâng lên 250000 France vàng/1 người (tương đương 20.000 đôla Mỹ) đối với tai nạn thương tật hoặc chết của hành khách, vẫn giữ nguyên mức giới hạn trách nhiệm của người vận chuyển đối với hành lý ký gửi và hàng hóa như trong Công ước Warsaw. Tòa án có thể không lấy tiền án phí hay những khoản phí tổn khác mà bên nguyên đơn phải bỏ nhưng tòa án sẽ tính những chi phí này nếu số tiền tổn thất phải trả không vượt quá số tiền mà người vận chuyển đã đề nghị trả bằng văn bản trong vòng 6 tháng kể từ ngày xảy ra sự cố hoặc trước ngày kiện.

- Nghị định thư cho phép thoả thuận giảm bớt trách nhiệm hay ấn định giới hạn trách nhiệm của người vận chuyển thấp hơn giới hạn nêu trong Công ước nếu việc mất mát hay tổn thất về hàng hóa là kết quả từ thiếu hụt, đặc tính hay khuyết tật vốn có của hàng hóa.

- Giới hạn cho việc khiếu nại tổn thất cũng được sửa đổi từ 7 ngày thành 14 ngày đối với hàng hóa kể từ ngày nhận hàng, 3 ngày lên 7 ngày đối với hành lý. Trong trường hợp chậm trễ, giới hạn thời gian được kéo dài từ 14 ngày lên 21 ngày.

- Ngoài ra, Nghị định thư đã sửa đổi về qui định trách

nhiệm bồi thường của người gửi hàng trong trường hợp gây tổn thất cho người vận chuyển hay người nào khác vì lý do kê khai không hợp lệ hoặc không chính xác, không đầy đủ về chi tiết liên quan tới hàng hoá. Bổ sung cách tính tổn thất đối với các vật khác.

+ Thỏa ước Montreal năm 1966

Mỹ là quốc gia có tham gia ký kết Nghị định thư Hague nhưng họ đã không phê chuẩn Nghị định thư vì cho rằng mức giới hạn trách nhiệm đối với người vận chuyển là quá thấp. Tháng 5 năm 1966, Mỹ đã gửi thông báo xin rút khỏi Công ước Warsaw với lý do mức giới hạn trách nhiệm đối với hãng hàng không theo Công ước Warsaw và Nghị định thư La Hay là quá thấp, tuy nhiên sau đó họ đã xin rút lại thông báo này và cùng với các hãng hàng không có hoạt động tại Mỹ ký kết Thỏa ước Montreal 1966 với việc tăng mức giới hạn trách nhiệm của hãng hàng không đối với tai nạn chết hoặc thương tật lên 75.000 đôla Mỹ/1 hành khách (bao gồm cả án phí và chi phí cho luật sư) hoặc 58.000 đôla Mỹ/một hành khách (không bao gồm án phí và chi phí cho luật sư). Mức giới hạn trách nhiệm đối với hành lý, hàng hoá và tư trang của hành khách vẫn không đổi. Hiệp định này chỉ áp dụng đối với các chuyến bay có điểm đi và/hoặc đến hoặc có điểm dừng tại Mỹ.

+ Nghị định thư Guatemala năm 1971

Thỏa ước Montreal 1966 đã gây ra các cuộc tranh cãi xung quanh việc nâng cao mức giới hạn trách nhiệm của người vận chuyển. Việc ấn định giới hạn trách nhiệm có hai khía cạnh, một mặt đảm bảo bù đắp thiệt hại xảy ra, mặt khác nó đảm bảo cho sự phát triển của ngành hàng không dân dụng. Tuy nhiên, giới hạn bồi thường quá cao sẽ cản trở

sự phát triển của một số người vận chuyển. Chính vì vậy việc nâng cao giới hạn trách nhiệm là một trong những đối sách cạnh tranh trong phát triển vận tải hàng không. Vì những lý do này, hội nghị Guatemala được tổ chức với mục đích tăng mức trách nhiệm của người vận chuyển, đặc biệt với mức bồi thường theo yêu cầu của Mỹ. Ngày 28 tháng 9 năm 1971 Nghị định thư Guatemala ra đời với nội dung nhằm sửa đổi bổ sung cho Công ước Warsaw và Nghị định thư Hague.

Nghị định thư đưa ra các thay đổi lớn về các mức giới hạn trách nhiệm của người vận chuyển đối với hành khách, hành lý và hàng hoá:

- Mức trách nhiệm tối đa của người vận chuyển tăng đến 1.500.000 France vàng/1 người (tương đương 120.000 đôla Mỹ) đối với tai nạn chết hoặc thương tật của hành khách.

- 62.500 France vàng (tương đương 5.000 đôla Mỹ) đối với mỗi hành khách trong trường hợp vận chuyển chậm trễ.

- 15.000 France vàng (tương đương 1.200 đôla Mỹ) đối với trường hợp mất mát, thiếu hụt, hư hỏng hay chậm trễ hành lý (bao gồm cả hành lý ký gửi và xách tay).

- 250 France vàng (tương đương 20 đôla Mỹ) đối với mỗi kg hàng hoá.

Nghị định thư đưa ra trường hợp miễn trách nhiệm cho người vận chuyển nếu hành khách chết hay bị thương do trạng thái sức khoẻ đơn thuần của hành khách. Người vận chuyển cũng có quyền viện dẫn lỗi của hành khách gây nên hoặc góp phần gây nên tai nạn chết hoặc bị thương của hành khách để miễn giảm trách nhiệm của mình.

Mục đích của Nghị định thư Guatemala 1971 tìm ra thể cân bằng giữa các mức trách nhiệm mà Mỹ tìm kiếm với những mức thấp hơn đang được dùng trên thế giới ở các nước tham gia ký kết Công ước Warsaw và Nghị định thư Hague.

Các nước không phê chuẩn Công ước Warsaw và (hoặc) Nghị định thư Hague có thể phê chuẩn Nghị định thư Guatemala và khi đó họ được coi là đã phê chuẩn cả Công ước Warsaw và (hoặc) Nghị định thư Hague.

+ Các Nghị định thư Montreal 1975

Tháng 9 năm 1975 một hội nghị quốc tế về luật hàng không được tổ chức tại Montreal với mục đích là xem xét việc tính đổi đồng tiền France vàng sang đồng tiền SDR (Special Drawing Rights) của Quỹ tiền tệ quốc tế tiến tới sử dụng đồng tiền SDR trong việc định giới hạn trách nhiệm. Hội nghị đưa ra 4 Nghị định thư.

- Nghị định thư số 1 sửa đổi giới hạn trách nhiệm trong Công ước Warsaw;

- Nghị định thư số 2 sửa đổi mức giới hạn trách nhiệm trong Công ước Warsaw đã được sửa đổi trong Nghị định thư Hague;

- Nghị định thư số 3 sửa đổi mức giới hạn trách nhiệm trong Công ước Warsaw đã được sửa đổi trong Nghị định thư Hague và Nghị định thư Guatemala.

Ba Nghị định thư này chủ yếu là thay thế các mức giới hạn trách nhiệm từ đồng tiền France vàng sang đồng SDR tương ứng. Nếu quốc gia nào tham gia Nghị định thư nhưng không phải là thành viên của Quỹ tiền tệ quốc tế và nếu luật pháp nước họ không cho phép sử dụng đồng SDR thì họ có thể qui đổi thành tiền quốc gia tương đương với đồng France vàng theo luật pháp của họ.

- Nghị định thư số 4 sửa đổi các qui định về hàng hoá trong Công ước Warsaw đã được sửa đổi bởi Nghị định thư Hague trên cơ sở áp đặt trách nhiệm nghiêm ngặt hơn đối với người vận chuyển, nhưng họ được miễn trách nhiệm trong các trường hợp tổn thất do: hàng xấu, chất lượng kém; đóng gói

hàng do một cá nhân khách mà không phải là người vận chuyển hay người đại diện của họ; chiến tranh hoặc các cuộc xung đột có vũ trang; hoạt động của cấp chính quyền có liên quan đến việc quá cảnh hàng hoá.

+ Công ước Montreal năm 1999

Sức ép về việc nâng cao mức giới hạn trách nhiệm của nhà vận chuyển không ngừng tăng. Tháng 5 năm 1999 Hội nghị quốc tế về Luật hàng không đối với vấn đề hiện đại hoá "hệ thống Warsaw" do Tổ chức hàng không dân dụng quốc tế tổ chức tại Montreal. Một Công ước mới về việc thống nhất các qui tắc đối với việc vận chuyển hàng không được chấp nhận và ký kết bởi đại diện của 52 quốc gia, đặc biệt bao gồm cả Mỹ. Người ta hi vọng rằng Công ước này có thể bắt đầu có hiệu lực vào đầu năm 2001.

Theo Công ước Montreal 1999, trách nhiệm của người chuyên chở đối với tai nạn thương tật hoặc chết của hành khách được sửa đổi như sau:

- Người vận chuyển có trách nhiệm bồi thường đến 100.000 SDR/1 người (tương đương 135.000 đến 145.000 đôla Mỹ) tổn thất đầu tiên và không được loại trừ hoặc giới hạn trách nhiệm này (điều 21.1).

- Trách nhiệm của nhà chuyên chở, tuy nhiên, có thể được miễn giảm toàn bộ hoặc một phần nếu người vận chuyển chứng minh được thiệt hại xảy ra là do sự bất cẩn hay hành động sai hoặc chệch mảng của hành khách (điều 10).

- Người chuyên chở không có trách nhiệm đối với các thiệt hại vượt quá 100.000 SDR/1 người nếu họ chứng minh được thiệt hại xảy ra không phải do sự bất cẩn hay hành động sai hay chệch mảng của họ hoặc thiệt hại xảy ra do sự bất cẩn hay hành động sai của một bên thứ ba (điều 21.2).

- Người vận chuyển có thể giới hạn mức trách nhiệm cao hơn 100.000 SDR hoặc không giới hạn trách nhiệm (điều 25).

- Không có giới hạn về tiền đối với khoản bồi thường thiệt hại cho tai nạn thương tật hoặc chết của hành khách.

Hệ thống Cộng ước Warsaw có tầm quan trọng đặc biệt đối với sự phát triển của ngành hàng không dân dụng trên thế giới, nó tạo điều kiện thống nhất các qui tắc, điều luật trong quá trình vận chuyển bằng hàng không giữa các quốc gia. Tuy nhiên do sự khác biệt giữa các quốc gia nên sự không thống nhất là không thể tránh khỏi. Các vấn đề tranh luận về giới hạn trách nhiệm của người vận chuyển đối với thiệt hại về hành khách, hành lý và hàng hoá vẫn còn tồn tại và cần được giải quyết.

+ Công ước Rome năm 1952

Trong hội nghị Warsaw năm 1929 người ta đã đề cập đến vấn đề trách nhiệm pháp lý đối với thương tật hoặc thiệt hại về con người hoặc tài sản trên mặt đất, nhưng mãi đến năm 1933 Hội nghị Rome mới đưa ra một hệ thống luật thống nhất về vấn đề này. Trong hội nghị này quan điểm về bảo hiểm bắt buộc đối với trách nhiệm pháp lý của người khai thác đối với người thứ ba được đưa ra. Tuy nhiên có rất ít quốc gia ủng hộ và mãi đến ngày 13/02/1942 Công ước Rome mới có hiệu lực. Mức trách nhiệm của người khai thác máy bay được qui định là 250 France vàng/1kg trọng lượng máy bay. Việc bảo hiểm phải được tiến hành với người bảo hiểm có thẩm quyền ở nước mà máy bay đăng ký.

Bản Công ước Rome thứ hai ra đời năm 1952 và có hiệu lực ngày 4-2-1958. Công ước này thay thế và hoàn thiện thêm Công ước Rome năm 1933. Giới hạn trách nhiệm vẫn được dựa trên đồng France vàng và khối lượng tối đa của máy bay khi cất cánh. Việc phát sinh trách nhiệm bồi thường

thiệt hại phải đảm bảo có các yếu tố sau:

- Phải có thiệt hại thực tế của người thứ ba
- Phải có hành vi gây thiệt hại mà hành vi này là trái pháp luật
- Phải có mối quan hệ nhân quả giữa hành vi trái pháp luật và thiệt hại thực tế của người thứ ba
- Người gây thiệt hại phải có lỗi.

Sẽ không có mức giới hạn trách nhiệm nếu như thiệt hại xảy ra do lỗi cố ý của người khai thác, nhân viên hoặc đại diện của họ.

b. Đối tượng được bảo hiểm và phạm vi bảo hiểm

+ Đối tượng bảo hiểm

Đây là loại hình bảo hiểm trách nhiệm pháp lý nên người được bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm là người vận chuyển - những người có trách nhiệm đóng phí bảo hiểm cho công ty bảo hiểm. Đối tượng được bảo hiểm chính là trách nhiệm pháp lý theo luật định của người được bảo hiểm. Tuy thuộc vào nghiệp vụ bảo hiểm khác nhau mà đối tượng bảo hiểm có thể là trách nhiệm pháp lý của người vận chuyển đối với hành khách, hành lý, hàng hoá hay là trách nhiệm pháp lý của người vận chuyển đối với người thứ ba.

Các hợp đồng bảo hiểm trách nhiệm pháp lý của người vận chuyển trong ngành hàng không dân dụng thường là các hợp đồng bảo hiểm giới hạn mức trách nhiệm.

+ Phạm vi bảo hiểm

Thiệt hại trong vụ tai nạn hàng không không chỉ bao gồm các thiệt hại về vật chất máy bay mà còn bao gồm các thiệt hại về hành lý, hàng hoá thương tổn các hành khách được vận chuyển trên máy bay cũng như người thứ ba trên

mặt đất (ngoài hợp đồng vận chuyển). Trong phạm vi chương này chỉ đề cập đến phạm vi bảo hiểm trách nhiệm pháp lý của nhà vận chuyển đối với hành khách, hành lý, hàng hoá và người thứ ba trong ngành hàng không dân dụng.

- Trách nhiệm của người vận chuyển đối với hành khách, hành lý và hàng hoá

Người bảo hiểm thay mặt người được bảo hiểm thanh toán số tiền mà người được bảo hiểm phải có trách nhiệm pháp lý bồi thường khi có thiệt hại đối với:

+ Thương tật con người (chết hoặc không chết người) đối với hành khách khi họ đang ở trong máy bay hoặc đang lên, xuống máy bay.

+ Mất hoặc hư hỏng hành lý ký gửi, hàng hoá trong quá trình vận chuyển và bảo quản theo phiếu hành lý hoặc không vận đơn.

+ Mất hoặc hư hỏng tư trang và hành lý xách tay do hành khách tự bảo quản trong quá trình vận chuyển (các thiệt hại này chỉ được bồi thường trong trường hợp máy bay bị tổn thất toàn bộ).

Ngoài ra người bảo hiểm cũng bồi thường cho các chi phí:

+ Án phí dân sự và các chi phí cần thiết, hợp lý đã được người bảo hiểm thoả thuận trước bằng văn bản.

+ Chi phí giám định tổn thất thuộc phạm vi trách nhiệm của người bảo hiểm.

+ Cần lưu ý rằng người bảo hiểm chỉ bồi thường lên tới mức giới hạn trách nhiệm đã được qui định trong hợp đồng bảo hiểm sau khi đã trừ đi mức miễn thường nếu có.

Tuy nhiên, *người bảo hiểm không chịu trách nhiệm đối với:*

+ Tổn thất về người và tài sản của người được bảo hiểm.

hoặc đối tác kinh doanh của người được bảo hiểm hoặc nhân viên của người được bảo hiểm khi những đối tượng này đang thực hiện nhiệm vụ của họ với người được bảo hiểm.

- + Trách nhiệm phát sinh từ việc hoạt động tổ chức du lịch, khách sạn, nơi giải trí, các hoạt động phạm pháp và phạm tội.

- + Tổn thất về người và tài sản của nhân viên tổ lái khi họ đang làm nhiệm vụ trên máy bay.

- Trách nhiệm pháp lý của người vận chuyển đối với người thứ ba

Trong phạm vi bảo hiểm về trách nhiệm pháp lý của người vận chuyển đối với người thứ ba, bảo hiểm sẽ bồi thường các thiệt hại về trách nhiệm pháp lý của phát sinh do:

- + Thương tật con người (chết hoặc không chết người) của người thứ ba

- + Hư hỏng, thiệt hại tài sản của người thứ ba do máy bay hoặc bất kỳ một người hay một vật thể nào từ trên máy bay rơi xuống gây ra.

Ngoài ra người bảo hiểm cũng bồi thường cho các chi phí phát sinh bao gồm:

- + Án phí dân sự và các chi phí cần thiết, hợp lý đã được người bảo hiểm thoả thuận trước bằng văn bản,

- + Chi phí giám định tổn thất thuộc phạm vi trách nhiệm của người bảo hiểm.

Các loại trừ áp dụng trong trường hợp bảo hiểm trách nhiệm pháp lý của người vận chuyển đối với người thứ ba. Trách nhiệm bồi thường của người bảo hiểm sẽ không phát sinh trong các trường hợp sau:

- + Tổn thất về người và tài sản xảy ra đối với người được

bảo hiểm hoặc bên cùng tham gia kinh doanh với người được bảo hiểm khi những người này đang thi hành nhiệm vụ của họ đối với người được bảo hiểm.

+ Tổn thất về người và tài sản xảy ra đối với nhân viên tổ bay khi họ đang làm nhiệm vụ trên chuyến bay.

+ Tổn thất về người và tài sản xảy ra đối với hành khách khi họ đang ở trong máy bay hoặc đang lên xuống máy bay.

+ Tổn thất về người và tài sản thuộc quyền quản lý và sở hữu của người được bảo hiểm.

Ngoài ra người bảo hiểm cũng không có trách nhiệm bồi thường đối với các khiếu nại phát sinh trực tiếp hay gián tiếp do :

+ Chiến tranh, không tặc hoặc các rủi ro tương tự

+ Tiếng ồn, ô nhiễm và các rủi ro tương tự

+ Rủi ro hạt nhân hoặc các rủi ro tương tự.

Trừ trường hợp các hiện tượng nói trên là hậu quả của tai nạn bất ngờ được ghi trong giấy chứng nhận bảo hiểm.

+ Các rủi ro loại trừ của hợp đồng bảo hiểm

Phạm vi bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm sẽ không có giá trị khi người được bảo hiểm vi phạm các điều kiện sau:

1. Máy bay được sử dụng khác với mục đích sử dụng ghi trên đơn bảo hiểm.

2. Máy bay vượt ra ngoài phạm vi địa lý đã nêu trong đơn bảo hiểm (trừ các trường hợp bất khả kháng).

3. Khi máy bay hoạt động dưới sự điều khiển của bất kỳ người nào khác với những người đã được nêu trong đơn bảo hiểm (trừ trường hợp máy bay chạy trên mặt đất với sự điều khiển của những người được phép của người được bảo hiểm làm việc đó).

4. Máy bay cất cánh hoặc hạ cánh tại những nơi không

phù hợp với tính năng kỹ thuật của máy bay (trừ trường hợp bất khả kháng).

5. Tổng số hành khách vận chuyển trên máy bay vượt quá số hành khách tối đa ghi trên đơn bảo hiểm.

6. Những khiếu nại mà người được bảo hiểm có thể được bồi thường theo bất kỳ hợp đồng bảo hiểm nào khác, trừ phần vượt quá số tiền bồi thường qui định trong các hợp đồng khác đó mà vẫn thuộc phạm vi bảo hiểm trong bảo hiểm trách nhiệm pháp lý của hãng hàng không.

7. Không tuân thủ các qui định không lưu (máy bay đủ điều kiện bay, cập nhật thông tin theo nhật ký,...)

8. Các khiếu nại tổn thất do hiện tượng phóng xạ hoặc nhiễm phóng xạ gây ra trực tiếp hoặc gián tiếp hoặc có thể quy cho những hiện tượng trên.

9. Các khiếu nại phát sinh do các rủi ro:

+ Chiến tranh, nội chiến, xâm lược hoặc/và các các hoạt động thù địch khác của nước ngoài (dù có tuyên chiến hay không), các biến động chính trị ở nước ngoài.

+ Đình công, bãi công, gây rối dân sự, phá rối lao động.

+ Mọi hành động ác ý hay phá hoại

+ Hành động nhằm mục đích chính trị hoặc khủng bố (dù thiệt hại phát sinh do nguyên nhân này có tính chất là tai nạn bất ngờ).

+ Tịch thu, trưng thu, chiếm giữ, chiếm đoạt, khống chế, bắt giữ để chiếm hữu hoặc sử dụng theo lệnh của bất kỳ nhà đương cục địa phương nào ở nước ngoài.

+ Khi máy bay hoặc tổ bay bị bất kỳ một người hay một nhóm người trên máy bay bắt cóc, cưỡng đoạt hoặc khống chế một cách phi pháp khi máy bay đang bay (kể cả những cố gắng nhằm thực hiện những hành động đó).

Trường hợp loại trừ thứ 9 là loại trừ chung trong đơn bảo

hiểm, tuy nhiên bảo hiểm trách nhiệm đối với hành khách, hành lý, hàng hoá, người được bảo hiểm vẫn có thể mở rộng phạm vi bảo hiểm với điều kiện đóng thêm phí.

c. Mức giới hạn trách nhiệm bảo hiểm, phí bảo hiểm, thời hạn bảo hiểm

+ Mức giới hạn trách nhiệm bảo hiểm

Mức trách nhiệm thường căn cứ vào giới hạn trách nhiệm qui định theo các công ước quốc tế mà các nước tham gia ký kết công ước phải thực hiện, theo hợp đồng thương mại giữa hãng hàng không và các đối tác (như hợp đồng thuê mua máy bay, hợp đồng khai thác thương mại giữa các hãng hàng không) và các yêu cầu của Nhà chức trách địa phương mà Hãng hàng không khai thác tại đó. Tuy nhiên công ty bảo hiểm thường giới hạn mức trách nhiệm tối đa của mình trong từng đơn bảo hiểm cụ thể. Mức giới hạn trách nhiệm này được xác định trên cơ sở thoả thuận giữa các bên tham gia ký kết hợp đồng bảo hiểm và các thông lệ quốc tế. Ngoài các mức giới hạn trách nhiệm riêng (như mức giới hạn trách nhiệm đối với mỗi hành khách bị chết hoặc bị thương, hay giới hạn trách nhiệm đối với mỗi kg hành lý, hàng hoá bị hư hỏng hoặc mất mát, v.v...), người bảo hiểm còn qui định mức giới hạn tổng cộng cho một vụ sự cố. Các mức giới hạn tổng cộng này có thể khác nhau đối với mỗi loại máy bay.

+ Các yếu tố ảnh hưởng đến phí bảo hiểm

Có rất nhiều nhân tố ảnh hưởng đến việc xác định mức phí bảo hiểm trong bảo hiểm hàng không dân dụng như các mức giới hạn trách nhiệm, số vụ tai nạn và mức độ tổn thất của các vụ tai nạn trong khu vực và trên thế giới, v.v... Chúng có thể làm tăng hoặc giảm đáng kể tỉ lệ phí. Chính vì vậy khi nhận một giấy yêu cầu bảo hiểm, người bảo hiểm

phải xác định và phân loại rủi ro. Quá trình phân loại và đánh giá rủi ro được xét trên hai giác độ:

- *Các hiểm họa về vật chất* (Physical hazards): Đây là các yếu tố có thể đánh giá và phân loại được thông qua các câu hỏi về các thông tin cần thiết như loại máy bay, tuyến vận chuyển, v.v... hay thông qua kinh nghiệm của nhà khai thác về đặc điểm kỹ thuật của máy bay, các luật có liên quan, v.v...

- *Các hiểm họa về đạo đức* (Moral hazards): Thường rất khó xác định được các nguy cơ này. Nói chung chúng liên quan đến trách nhiệm của người có quyền lợi bảo hiểm. Các hiểm họa về đạo đức không được bảo hiểm và chỉ được đề cập trong các điều kiện và điều khoản loại trừ của hợp đồng bảo hiểm. Trên thực tế, thông qua việc đánh giá và phân loại các hiểm họa, rủi ro về vật chất người ta tính được tỉ lệ phí phù hợp.

Trong BH TNDS, tùy vào đối tượng bảo hiểm mà nhà bảo hiểm xác định phí theo các căn cứ khác nhau. Đối với bảo hiểm trách nhiệm pháp lý của hãng hàng không, xu hướng chung là nhà bảo hiểm tính phí bảo hiểm trên cơ sở doanh thu 1000 hành khách/km (hoặc 1.000 hành khách/dặm). Cũng có thể phí bảo hiểm trách nhiệm đối với hành khách được tính theo số chỗ khai thác trên mỗi máy bay. Có nhiều nhân tố ảnh hưởng đến việc xác định và điều chỉnh tỉ lệ phí bảo hiểm trong bảo hiểm hàng không như:

- Mức tổn thất của người được bảo hiểm, của các hãng hàng không trong khu vực, trên thế giới.

- Các thay đổi của thị trường hàng không trên phạm vi toàn cầu.

- Việc đào tạo và kinh nghiệm của phi công.

- Loại máy bay được sử dụng trong việc chuyên chở.

- Số lượng hàng hoá, hành lý chuyên chở trong năm.
- Số lượng và loại hành khách (khách nội địa, khách quốc tế, quốc tịch hành khách).
- Tuyến bay, tần suất bay.
- Vị trí pháp lý của hãng hàng không.

Ngoài ra, hiện nay, việc khả năng nhận bảo hiểm lớn hơn rất nhiều so với nhu cầu bảo hiểm là một khó khăn rất lớn đối với các nhà khai thác bảo hiểm hàng không. Nó đòi hỏi các nhà khai thác bảo hiểm hàng không phải xác định tỉ lệ phí hợp lý để đáp ứng bất cứ khiếu nại nào xảy ra.

+ Thời hạn bảo hiểm

Thời hạn bảo hiểm của các đơn BH TNDS thường là ngắn hạn từ 1 năm đến 3 năm. Tuy nhiên hiện nay do sự biến động của thị trường hàng không cũng như thị trường bảo hiểm hàng không, các hợp đồng bảo hiểm thường có thời hạn là 1 năm.

3. Bảo hiểm trách nhiệm dân sự của chủ doanh nghiệp

Nền kinh tế vận động theo cơ chế thị trường có sự cạnh tranh gay gắt giữa các doanh nghiệp để tồn tại và phát triển đã tạo ra một môi trường có nhiều cơ hội kinh doanh nhưng cũng nhiều thử thách cho các doanh nghiệp. Mỗi doanh nghiệp với tư cách là một đơn vị kinh tế đều phải có trách nhiệm đối với Nhà nước, đối với cộng đồng, xã hội mà trong đó họ tồn tại. Đó là trách nhiệm đóng góp xây dựng cho sự phát triển của đất nước, trách nhiệm giữ gìn và bảo vệ tài sản công cộng và cá nhân. Các doanh nghiệp còn phải chịu trách nhiệm trước cộng đồng, trước các doanh nghiệp khác về hoạt động sản xuất kinh doanh của họ. Đối với lao động mà doanh nghiệp thuê mướn và sử dụng trong quá trình sản xuất kinh doanh, doanh nghiệp cũng phải có trách nhiệm tạo

ra một môi trường lao động an toàn và phải bồi thường trong trường hợp có tai nạn lao động hay bệnh nghề nghiệp xảy ra.

a. Mối quan hệ với chế độ bảo hiểm xã hội

Trong quá trình lao động sản xuất, mặc dù các doanh nghiệp và người lao động đã cố gắng để phòng và hạn chế nhưng tai nạn lao động vẫn luôn có thể xảy ra và khả năng mắc bệnh nghề nghiệp là khó tránh khỏi. Tùy vào mức độ nặng nhẹ của tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp làm cho người lao động có thể phải ngừng làm việc vào thời gian dài hay ngắn. Hậu quả sẽ ảnh hưởng đến quá trình hoạt động sản xuất kinh doanh của doanh nghiệp nhưng ảnh hưởng trước hết và lớn nhất vẫn là đối với chính bản thân người lao động. Do hoàn toàn không tham gia vào quá trình lao động sau khi bị tai nạn (hoặc bị bệnh nghề nghiệp) nên thu nhập của người lao động và gia đình họ sẽ bị giảm sút hoặc bị mất. Trách nhiệm bồi thường trong những trường hợp này thuộc về chủ sử dụng lao động. Tuy nhiên, trách nhiệm này đã được chuyển một phần từ chủ lao động sang Nhà nước theo chế độ bảo hiểm xã hội của Nhà nước (Chế độ trợ cấp tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp) song chủ lao động vẫn phải có nghĩa vụ trước những trách nhiệm này, đó là phải đóng bảo hiểm xã hội cho người lao động.

Trách nhiệm của chủ doanh nghiệp ngày càng gia tăng và người lao động bị tai nạn trong quá trình làm việc có thể đòi chủ lao động bồi thường nhiều hơn so với trợ cấp của Nhà nước. Nếu như chủ lao động không có khả năng tài chính đủ để bồi thường thì người lao động có thể bị mất khả năng được bồi thường. Mặt khác, đối tượng được hưởng bảo hiểm xã hội nói chung bó hẹp trong một phạm vi nhất định tùy theo từng nước. Do đó, để bảo đảm quyền lợi cho người lao động, Nhà nước cho phép mở rộng yêu cầu bảo hiểm bắt buộc áp dụng

đối với tất cả các chủ sử dụng lao động. Nghiệp vụ *BH TNDS chủ sử dụng lao động đối với người lao động* (còn gọi là *bảo hiểm bồi thường cho người lao động*) xuất hiện.

Tóm lại, có một hệ thống kép để bảo đảm bồi thường cho người lao động: chế độ trợ cấp tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp do Nhà nước thực hiện và hợp đồng bảo hiểm trách nhiệm của chủ doanh nghiệp do các Công ty Bảo hiểm thực hiện. Ở một số nước chỉ chấp nhận một trong hai hình thức (hoặc do Nhà nước hoặc do Công ty Bảo hiểm), nhưng cũng có những nước, ví dụ như Việt Nam, cùng tồn tại cả hai hình thức này.

Ở Việt Nam, bên cạnh chế độ *Bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp* thuộc Hệ thống bảo hiểm xã hội, Nhà nước còn ban hành Nghị định 233/HĐBT ngày 22/6/1990 và sau đó là Thông tư số 19 - TT - LĐTBXH ngày 31/12/1990, về việc bảo hiểm cho người lao động, qui định rõ các trách nhiệm của chủ lao động đối với người lao động. Trên cơ sở này, các Công ty Bảo hiểm đã được phép tiến hành nghiên cứu triển khai nghiệp vụ *bảo hiểm trách nhiệm của chủ doanh nghiệp đối với người lao động Việt Nam trong các xí nghiệp có vốn đầu tư nước ngoài*. Như vậy ở Việt Nam hiện nay, BH TNDS chủ doanh nghiệp đối với người lao động được thực hiện bắt buộc đối với các xí nghiệp, doanh nghiệp có sử dụng từ 10 lao động trở lên, bổ sung quyền lợi cho người lao động và nâng cao trách nhiệm của chủ sử dụng lao động đối với người lao động.

b. Đối tượng bảo hiểm

Đối tượng được bảo hiểm của nghiệp vụ bảo hiểm này là phần trách nhiệm dân sự chủ sử dụng lao động đối với người lao động khi có tai nạn lao động hoặc bệnh nghề nghiệp xảy ra đối với người lao động do quá trình lao động làm người đó

bị chết hoặc thương tật dẫn đến mất khả năng lao động tạm thời hoặc vĩnh viễn.

Trách nhiệm dân sự của chủ sử dụng lao động là trách nhiệm bồi thường cho những hậu quả bằng tiền theo qui định của Luật lao động hoặc phán quyết của Tòa án. Thông thường, để khiếu nại trách nhiệm của chủ sử dụng lao động người ta thường căn cứ vào 3 cơ sở pháp lý: hoặc là do lỗi bất cẩn của chủ sử dụng lao động hoặc do chủ sử dụng lao động vi phạm trách nhiệm theo luật hoặc căn cứ vào trách nhiệm thay thế. Như vậy chủ sử dụng lao động do không cẩn trọng trong việc lựa chọn nhân viên có đủ năng lực, không chú ý đến việc sử dụng và bảo quản các thiết bị nhà xưởng hợp lý hay không tạo ra được một môi trường làm việc an toàn; chủ sử dụng lao động do không thực hiện đúng các văn bản pháp luật qui định về việc bảo hộ lao động, dẫn đến việc xảy ra các vụ tai nạn cho người lao động trong quá trình làm việc hoặc gây ra các loại bệnh nghề nghiệp cho người lao động do quá trình làm việc đều phải chịu trách nhiệm pháp lý một cách trực tiếp đối với các tổn hại của người lao động. Trong trường hợp thương tật do tai nạn lao động hoặc bệnh nghề nghiệp đối với một lao động lại phát sinh từ sự bất cẩn hoặc vi phạm luật định của một người lao động khác (đồng nghiệp) thì trách nhiệm của chủ sử dụng lao động cũng phát sinh một cách gián tiếp. Vì thực tế đây không phải lỗi của chính chủ sử dụng lao động. Trong bảo hiểm này, đối tượng được bảo hiểm chỉ tồn tại khi trách nhiệm dân sự của chủ sử dụng lao động được chứng minh. Chính vì vậy, khi hợp đồng BH TNDS của chủ sử dụng lao động đối với người lao động được ký kết, đối tượng được bảo hiểm là một khái niệm rất trừu tượng.

Cần chú ý rằng, dễ có sự nhầm lẫn trong việc phân biệt các khái niệm như: đối tượng được bảo hiểm, đối tượng

(người) tham gia bảo hiểm và người được bảo hiểm trong BH TNDS nói chung và BH TNDS của chủ doanh nghiệp đối với người lao động nói riêng. Đối tượng tham gia bảo hiểm là chủ doanh nghiệp, chủ cơ sở sản xuất có sử dụng lao động. Ở Việt Nam, theo nghị định 233/HĐBT (23/6/1990) và Thông tư số 19 - TT/LĐTBXH (31/12/1990), đối tượng bắt buộc phải tham gia bảo hiểm tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp bao gồm :

1. Xí nghiệp liên doanh.
2. Xí nghiệp 100% vốn nước ngoài.
3. Các tổ chức, công ty trong nước tuyển chọn lao động Việt Nam để cung cấp cho các công ty nước ngoài.
4. Các tổ chức nước ngoài, quốc tế thuê lao động ở Việt Nam.
5. Các hợp tác xã, các tổ sản xuất hay xí nghiệp thuộc mọi thành phần kinh tế có sử dụng từ 10 lao động trở lên.

Người được bảo hiểm thường chính là người tham gia bảo hiểm nhưng người được hưởng quyền lợi bảo hiểm (còn gọi là người thụ hưởng) lại là những lao động gặp sự cố bảo hiểm.

c. Phạm vi bảo hiểm

Trách nhiệm bồi thường của bảo hiểm nhìn chung được xác định dựa vào rủi ro xảy ra thuộc rủi ro được bảo hiểm hay nằm trong phạm vi loại trừ.

+ Rủi ro được bảo hiểm: Rủi ro được bảo hiểm chia làm 2 nhóm chính :

- **Tai nạn lao động:** Là tai nạn do tác động của các yếu tố nguy hiểm, độc hại bất thường trong sản xuất, trong công tác gây chấn thương, dập thương, ngạt, ngất hoặc huỷ hoại bất kỳ một bộ phận nào của cơ thể người lao động làm người đó chết, mất khả năng lao động tạm thời hoặc vĩnh viễn xảy ra trong các trường hợp sau :

+ Tai nạn xảy ra trong hoặc ngoài địa phận của cơ quan xí nghiệp khi người bị tai nạn đang tiến hành công việc theo chức năng nhiệm vụ.

+ Tai nạn xảy ra trong thời gian làm việc, chuẩn bị hoặc thu dọn dụng cụ, máy móc trước và sau khi làm việc, thực hiện các nhu cầu sinh hoạt cần thiết như: nghỉ giải lao, ăn cơm giữa ca, ăn bồi dưỡng...

Thương tật do tai nạn lao động rất phổ biến, đây là nguồn gây nguy hiểm chính cho người lao động, nhất là ở các ngành có công việc mang tính chất nguy hiểm như : xây dựng, khai thác than,... Tuy nhiên, số lượng lao động bị chết do các bệnh nghề nghiệp cũng không phải là ít và thậm chí ngày càng gia tăng một cách đáng kể.

- *Bệnh nghề nghiệp*: "Là một bệnh đặc trưng của một nghề do yếu tố độc hại trong nghề đó tác động thường xuyên, từ từ vào cơ thể người lao động mà gây bệnh". Bao gồm:

+ *Bệnh do bụi*: Có rất nhiều loại bụi nguy hiểm như mạt gỗ, bụi rơm, bụi bông, bụi than, bụi Silic (SiO_2)... gây ra bệnh bụi phổi, hen xuyên... Đặc biệt, bụi amiang thường gây chết người.

+ *Bệnh do hoá chất* : Bao gồm nhiễm độc chì và các hợp chất chì, nhiễm độc Benzen và các đồng đẳng của Benzen, nhiễm độc thuỷ ngân và các hợp chất thuỷ ngân, nhiễm độc mangan và các hợp chất của mangan..., các bệnh này dễ gây ra bệnh ung thư, viêm da,...

+ *Bệnh do yếu tố vật lý*: Bao gồm bệnh run tay do sử dụng lâu các dụng cụ có chấn động như máy khoan, máy xay, máy cưa,... các chấn động này có thể huỷ hoại hệ thần kinh, giảm tiếp máu (triệu chứng: tê, ngứa tay; đầu ngón tay bạc trắng). Bệnh này dần dần sẽ làm cho người lao động mất khả năng lao động.

Bệnh rối loạn chức năng tay phát sinh do gân tay, bàn

tay hay cánh tay làm việc gì đó lặp đi lặp lại liên tục, thường xuyên. Bệnh điếc do tiếng ồn cũng là một bệnh rất phổ biến.

+ *Rủi ro không được bảo hiểm*

- Bị thương hoặc chết do chiến tranh (dù có tuyên chiến hay không), nội chiến hay tự tử.

- Ốm đau, bại liệt, nhồi máu, động kinh, chấn thương sọ não (trừ những trường hợp gây ra do bị chấn thương đột xuất), xơ vữa động mạch (trừ khi xảy ra với các thợ lặn chuyên nghiệp), những hậu quả của việc mổ xẻ (trừ khi việc mổ xẻ ấy được thực hiện do hậu quả của một tai nạn đã xảy ra với nạn nhân).

- Điều khiển máy bay.

- Đi lại bằng đường hàng không, trừ trường hợp với tư cách là hành khách đi trên máy bay có giấy phép thích hợp và giấy phép đó có hiệu lực với máy bay mà hành khách đang đi (trừ khi người được bảo hiểm và nạn nhân không chú ý đến việc người điều khiển máy bay đó có giấy chứng nhận không hoặc giấy chứng nhận đó đã hết giá trị chưa).

- Tai nạn do người thừa hưởng quyền lợi cố ý gây ra hay kích động và những tai nạn là hậu quả của những hành vi vi phạm pháp luật một cách rõ ràng, cố ý nghiêm trọng của người thừa hưởng quyền lợi.

- Tai nạn do say rượu, bia hay bị bệnh tâm thần gây ra, trừ khi tai nạn nằm trong phạm vi được bảo hiểm gây ra bệnh tâm thần này.

Ngoài ra phạm vi bảo hiểm còn được xác định dựa trên cơ sở tình trạng tâm sinh lý hoặc độ tuổi của người lao động. Nếu người lao động là những người mắc bệnh mù hoặc điếc hoàn toàn, những người bị bệnh tâm thần, động kinh hoặc bại liệt do ảnh hưởng của trạng thái mê sảng, rượu cấp hoặc những người trên 65 tuổi... sẽ không được bảo hiểm.

d. Trách nhiệm bồi thường của bảo hiểm và phí bảo hiểm

+ Trách nhiệm bồi thường của bảo hiểm

Trách nhiệm bồi thường của BH TNDS của chủ doanh nghiệp đối với người lao động phát sinh khi có các điều kiện sau:

- Đối tượng được bảo hiểm tồn tại
- Rủi ro xảy ra trong thời hạn của hợp đồng bảo hiểm
- Rủi ro xảy ra thuộc phạm vi bảo hiểm.

Mức trách nhiệm thường được xác định dựa vào sự phán quyết của Tòa án trên cơ sở mức độ thương tật, thiệt hại của người lao động. Ngoài ra, bảo hiểm còn chịu trách nhiệm chi trả cho các chi phí y tế phát sinh do khám chữa bệnh và điều trị của người lao động. Nhìn chung mức trách nhiệm mà bảo hiểm chi trả sẽ căn cứ vào mức thiệt hại thực tế, song tổng toàn bộ số tiền chi trả của Công ty bảo hiểm sẽ không vượt quá số tiền bảo hiểm (thể hiện mức trách nhiệm cao nhất của bảo hiểm) đã thoả thuận trước trong hợp đồng bảo hiểm đã ký kết với Công ty Bảo hiểm.

+ Phí bảo hiểm

Phí BH TNDS chủ doanh nghiệp đối với người lao động về cơ bản được tính căn cứ vào số tiền bảo hiểm đã thoả thuận; thời hạn bảo hiểm và loại nghề nghiệp của người lao động. Theo lý thuyết chung, mức phí bảo hiểm phải đóng sẽ tỷ lệ thuận với mức trách nhiệm tối đa mà Công ty Bảo hiểm đảm nhận, đó là số tiền bảo hiểm.

Một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến phí BH TNDS chủ sử dụng lao động đối với người lao động là loại nghề nghiệp khác nhau của người lao động vì chính mức độ khác nhau

này sẽ ảnh hưởng rất lớn đến xác suất xảy ra tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp. Thông thường, lao động làm việc trong các ngành nghề của nền kinh tế quốc dân được chia ra làm 4 nhóm:

+ *Nhóm I* : Lao động gián tiếp (không liên quan đến quá trình sản xuất), làm việc chủ yếu ở văn phòng hoặc các công việc tương tự ít đi lại. Đó là giáo viên, nhân viên ngân hàng, bác sĩ, nhân viên phục vụ văn phòng.

+ *Nhóm II*: Lao động không phải làm việc chủ yếu bằng chân tay nhưng mức độ rủi ro cao hơn nhóm I hoặc đòi hỏi phải đi lại nhiều, hoặc làm việc chân tay nhưng không thường xuyên và nhẹ như nhân viên tiếp thị, cán bộ quản lý công trường...

+ *Nhóm III*: Lao động làm việc trong điều kiện khó khăn, hoặc công việc chủ yếu là chân tay như thợ may, bác sĩ thú y, kỹ sư cơ khí, người lái ô tô, máy kéo ...

+ *Nhóm IV*: Lao động làm việc trong điều kiện nguy hiểm, ví dụ thợ xây dựng trên cao, thợ mỏ, thợ lặn, thợ khoan dầu ...

Tỷ lệ phí cơ bản phù hợp với từng nhóm lao động và với các mức số tiền bảo hiểm sẽ được bên bảo hiểm ấn định phí. Sau đó, tùy thuộc vào số lượng lao động được thuê mượn của chủ sử dụng lao động, tùy thuộc vào chính sách khách hàng của Công ty Bảo hiểm mà mức phí thực tế người tham gia bảo hiểm phải đóng được đưa ra. Nếu doanh nghiệp có số lượng lao động lớn tham gia BH TNDS chủ doanh nghiệp thì mức phí bảo hiểm có thể được giảm. Thời hạn bảo hiểm của hợp đồng BH TNDS chủ doanh nghiệp đối với người lao động thông thường một năm. Tuy nhiên, để phù hợp với thực tế sử dụng lao động thay đổi theo thời gian, phí bảo hiểm được tính toán theo tỷ lệ dựa vào thời gian sử dụng lao động của

doanh nghiệp. Phần trăm tỷ lệ phí phải đóng so với phí cả năm sẽ tỷ lệ thuận với thời gian sử dụng lao động của doanh nghiệp tùy theo qui định của từng Công ty Bảo hiểm.

$$\text{Phí bảo hiểm dài hạn} = \left[\begin{array}{cc} \text{Số tiền} & \text{Tỷ lệ phí} \\ \text{bảo hiểm} & \text{cơ bản} \end{array} \right] \times \begin{array}{c} \text{Số lượng lao} \\ \text{động trong} \\ \text{ngành nghề đó} \end{array}$$

$$\text{Phí ngắn hạn} = \left[\begin{array}{cc} \text{Số tiền} & \text{Tỷ lệ phí} \\ \text{bảo hiểm} & \text{ngắn hạn} \end{array} \right] \times \begin{array}{c} \text{Số lượng lao} \\ \text{động trong} \\ \text{ngành nghề đó} \end{array}$$

Năm 1995, Biểu phí trách nhiệm dân sự mà các công ty bảo hiểm Việt Nam đưa ra như sau:

***Biểu phí theo các nhóm nghề nghiệp ở Việt Nam
năm 1995***

Đơn vị: % trên STBH

Số tiền bảo hiểm (USD)	Nhóm nghề nghiệp			
	I	II	III	IV
≤ 8000	0,28	0,34	0,41	0,49
Từ trên 8.000 - 12.000	0,34	0,41	0,49	0,59
Từ trên 12.000 - 20.000	0,41	0,49	0,59	0,71
Từ trên 20.000 - 30.000	0,49	0,59	0,71	0,81

Để mở rộng phạm vi bảo hiểm, Tổng Công ty bảo hiểm Việt Nam đã ban hành công văn số 2152/PHH - 95 ngày 29/11/1995 với nhiều mức trách nhiệm và mức chi phí y tế hơn để khách hàng có thể lựa chọn. Đồng thời tỷ lệ phí cũng giảm hơn so với trước.

Biểu phí mới

Số tiền bảo hiểm chính (USD)	Nhóm nghề nghiệp			
	I (% STBH)	II (% STBH)	III (% STBH)	IV (% STBH)
Đến 3.000	0,12	0,135	0,16	0,18
Từ 3.000 - 5.000	0,13	0,15	0,175	0,23
Từ 5.000 - 10.000	0,25	0,27	0,32	0,45
Từ 10.000 - 20.000	0,35	0,42	0,47	0,60
Từ 20.000 - 30.000	0,415	0,50	0,58	0,72
Trên 30.000 có thoả thuận riêng				
<i>Giới hạn chi phí y tế</i>	<i>USD</i>	<i>USD</i>	<i>USD</i>	<i>USD</i>
1.000 USD	15,00	18,50	22,50	90,00
3.000 USD	24,00	27,00	31,00	42,00
5.000 USD	30,50	35,00	41,00	54,00
10.000 USD	800,00	110,00	125,00	150,00

Tỷ lệ phí đóng theo thời gian sử dụng lao động thay đổi như sau :

Thời gian sử dụng LĐ (tháng)	Tỷ lệ đóng (% so với phí cả năm)
1	20
2	30
3	40
4	50
5	60
6	70
7	100
8	100
9	100

10	100
11	100
12	100

Ví dụ : Có số liệu về số lượng lao động và tình hình tham gia bảo hiểm của một doanh nghiệp như sau :

Số tiền bảo hiểm (USD)	Số lượng LD theo nhóm (người)			
	I	II	III	IV
8.000	80	-	20	10
11.000	-	60	20	10

Giả sử trong năm, doanh nghiệp thuê thêm :

- 6 lao động loại II làm việc từ 1/7 được bảo hiểm với giới hạn 8000 USD.

- 4 lao động loại III làm việc từ 1/10 được bảo hiểm với giới hạn 8000 USD.

- 2 lao động loại I làm việc từ 1/11 được bảo hiểm với giới hạn 11.000 USD.

Yêu cầu: Tính phí bảo hiểm doanh nghiệp phải nộp trong năm.

Giải :

1. Phí đã nộp (P_1) :

- Giới hạn trách nhiệm 8000 USD :

$$8000 \times (80 \times 0,28\% + 20 \times 0,41\% + 10 \times 0,49\%) = 2.840 \text{ USD}$$

- Giới hạn trách nhiệm 11.000 USD :

$$11000 (60 \times 0,41\% + 20 \times 0,49\% + 10 \times 0,59\%) = 4.433 \text{ USD}$$

$$P_1 = 7.273 \text{ USD}$$

2. Phí phải nộp thêm trong năm (P_2):

- Thời gian sử dụng lao động 6 tháng:
 $8000 \times 0,34 \% \times 70\% \times 6 = 114,24 \text{ USD}$
 - Thời gian sử dụng lao động 3 tháng:
 $8000 \times 0,41\% \times 40\% \times 4 = 52,48 \text{ USD}$
 - Thời gian sử dụng lao động 2 tháng:
 $11000 \times 0,34\% \times 30\% \times 2 = 22,44 \text{ USD}$
-
- $P_2 = 189,16 \text{ USD}$
- Phí nộp cả năm: $P = P_1 + P_2 = 7.462,16 \text{ USD}$

c. Thủ tục giải quyết bồi thường của bảo hiểm

Thủ tục giải quyết bồi thường của bảo hiểm được bắt đầu bằng việc chuyển khiếu nại từ chủ sử dụng lao động sang cho Công ty Bảo hiểm. Sau khi nhận được khiếu nại, hồ sơ khiếu nại và bồi thường sẽ được lập bao gồm :

- Đơn bảo hiểm
- Giấy thanh toán phí bảo hiểm
- Biên bản xác minh tai nạn
- Sổ y bạ
- Hồ sơ điều trị bệnh nhân:
 - + Phiếu thanh toán viện phí.
 - + Bệnh án.
 - + Phiếu theo dõi điều trị nội trú.
 - + Giấy tờ xác định thu nhập.
 - + Phiếu thanh toán điều trị ngoại trú.
- (Thường lấy hoá đơn thuốc của bảo hiểm y tế).
- Biên bản xác nhận của người thầy thuốc về tình trạng thương tật của người bị nạn sau thời gian điều trị.
 - Những biên bản cho phép của Bảo hiểm.
 - Giấy báo tử (trong trường hợp chết).
 - Giấy chứng nhận quyền thừa kế hợp pháp.

Hồ sơ khiếu nại và giải quyết bồi thường này được Công ty Bảo hiểm xem xét xác minh đầy đủ hợp lệ. Từ đó Công ty Bảo hiểm sẽ tính số tiền bồi thường để thanh toán, lập tờ trình duyệt và thông báo nhận tiền bảo hiểm cho bên được bảo hiểm.

Trong trường hợp có tranh chấp trong giải quyết tiền bảo hiểm thì 2 bên, Công ty bảo hiểm và bên được bảo hiểm, đều phải xem xét lại, chủ yếu là trong việc xác định thiệt hại thực tế của vụ tai nạn hay của hậu quả bệnh nghề nghiệp đối với người lao động.

4. Bảo hiểm trách nhiệm công cộng và bảo hiểm trách nhiệm sản phẩm

Hai nghiệp vụ bảo hiểm này khác nhau nhưng thường được các công ty bảo hiểm đưa vào trong cùng một hợp đồng theo điều kiện A và B.

a. Bảo hiểm trách nhiệm công cộng

Trình độ người dân được nâng cao cùng với sự thành công của các nạn nhân và gia đình họ trong việc khiếu nại đòi bồi thường khi bị tai nạn trong lúc làm việc hay đi đường (tai nạn lao động và tai nạn giao thông) đã khuyến khích mọi người tìm cách đòi bồi thường đối với các loại tai nạn gây ra bởi tài sản thuộc quyền sở hữu của một người nào đó đối với các thành viên khác trong cộng đồng. Trách nhiệm pháp lý liên quan ở đây được xác định căn cứ vào lỗi bất cẩn hay vi phạm luật của chính chủ sở hữu hoặc của người được uỷ quyền quản lý tài sản đó. Chẳng hạn, một cửa hàng có các tấm biển treo, vì một lý do nào đó mà gây thương tích cho người đi đường và chủ cửa hàng bị buộc lỗi căn cứ vào các cơ sở: bất cẩn hay vi phạm luật. Khi đó, sẽ có phát sinh kiện trách nhiệm pháp lý từ người bị thương đối với chủ cửa hàng. Hoặc nếu quá trình sản xuất của một nhà máy gây ô nhiễm cho môi trường khu vực dân cư xung quanh thì trách

nhiệm pháp lý của chủ nhà máy có thể bị phát sinh. Bảo hiểm trách nhiệm công cộng (còn được gọi là bảo hiểm trách nhiệm chung) ra đời để đảm bảo cho những trách nhiệm phát sinh khi xảy ra những tai nạn này.

Phí bảo hiểm trách nhiệm công cộng nhìn chung khó xác định cụ thể và mức phí thay đổi một cách đáng kể tùy thuộc vào từng rủi ro. Do không có tài sản liên quan đến trách nhiệm khi ký kết một hợp đồng bảo hiểm trách nhiệm công cộng nên thông thường số tiền bảo hiểm (giới hạn bồi thường) được áp dụng chung cho mọi khiếu nại có cùng một sự cố. Phí bảo hiểm sẽ được xác định căn cứ vào số tiền bảo hiểm này. Ngoài ra, phí bảo hiểm trách nhiệm công cộng còn được xác định dựa vào: nghề nghiệp của người được bảo hiểm, qui trình kinh doanh khả năng xuất hiện bên thứ ba tại địa điểm xảy ra tai nạn, doanh thu của người được bảo hiểm, lịch sử của khiếu nại...

b. Bảo hiểm trách nhiệm sản phẩm

Khi một người nào đó bị tổn hại vì việc sử dụng hàng hoá do người khác cung cấp thì về mặt pháp lý, người đó có thể khiếu nại người cung cấp hàng dựa vào các trách nhiệm đã thoả thuận trong hợp đồng mua bán hoặc kiện trách nhiệm dân sự (TNDS) ngoài hợp đồng theo Luật bảo vệ người tiêu dùng.

Ở Anh, Luật bảo vệ người tiêu dùng năm 1987 đã áp dụng những hình thức qui trách nhiệm nghiêm ngặt đối với sản phẩm bị khuyết tật. Luật bảo vệ người tiêu dùng ở Mỹ qui định theo từng Bang khác nhau và phán quyết của toà án ở Mỹ thường rất cao. Các nhà cung cấp dễ bị khởi kiện và thường phải tốn hàng triệu USD.

Ở Việt Nam, cho đến nay chưa có Luật bảo vệ người tiêu dùng nhưng những nguyên lý pháp luật tương đương được nêu trong Điều 632 Bộ Luật Dân sự: "Các nhà sản xuất và

doanh nghiệp mà không đảm bảo tiêu chuẩn chất lượng lương thực - thực phẩm và do đó gây thiệt hại cho người tiêu dùng thì phải bồi thường cho người đó (thuốc chữa bệnh và các hàng hóa khác)".

Tất cả những người bán hàng cho dù họ là người sản xuất, trung gian hay bán lẻ đều phải chịu trách nhiệm trước khách hàng và những người khác về tổn thương, ốm đau, tổn thất hay thiệt hại do hàng hoá mà họ cung cấp gây ra. Hiếm có một ai có thể đảm bảo một cách hoàn toàn rằng sản phẩm của họ là an toàn và không bị người tiêu dùng kiện. Bảo hiểm trách nhiệm sản phẩm ra đời cung cấp sự bảo đảm cho người sản xuất, người cung ứng khi sản phẩm của họ bị khuyết tật hoặc bị qui cho là như vậy và gây thiệt hại cho người tiêu dùng. Như vậy, người được bảo hiểm trong loại bảo hiểm này sẽ là những nhà sản xuất (chế tạo; khai thác chiết xuất vật liệu, chế biến vật liệu chưa thành phẩm...) những người bán lẻ, bán buôn hoặc những nhà xuất nhập khẩu.

+ Cơ sở pháp lý để khiếu nại trách nhiệm sản phẩm

Trách nhiệm sản phẩm được xác định dựa trên khuyết tật của hàng hoá hoặc việc để cho khuyết tật của hàng hoá gây thiệt hại cho bên thứ ba. Có thể nói, bất cứ một sản phẩm không hoàn thiện, hoàn hảo có thể xem như là bị khuyết tật. Ví dụ như sữa nhiễm khuẩn, lốp xe không đủ tiêu chuẩn chịu áp suất thích hợp, máy bào để cho các phoi bào, mảnh gỗ bắn ra... Theo Luật bảo vệ người tiêu dùng của Anh 1987: "Một sản phẩm bị khuyết tật khi sự an toàn của sản phẩm không được như những gì mà mọi người thường trông đợi".

Như vậy, khuyết tật sản phẩm là nguyên nhân chủ yếu, cơ sở pháp lý phát sinh trách nhiệm sản phẩm. Khuyết tật này thường do sự bất cẩn nảy sinh từ việc không hành động

cẩn thận một cách hợp lý như sao nhãng, quên, không để ý ... Khi xác định khuyết tật của sản phẩm người ta thường xem xét các yếu tố:

- Do lỗi thiết kế

- Lỗi sản xuất

- Lỗi do quên, không hướng dẫn hay cảnh báo đầy đủ. Đối với những sản phẩm có một số đặc điểm riêng biệt có thể có hại đối với người sử dụng trong một số phạm vi nào đó thì phải có hướng dẫn rõ ràng. Ngoài các hướng dẫn cảnh báo bằng lời còn phải có hướng dẫn cảnh báo bằng hình ảnh, đồ thị để giúp cho người tiêu dùng biết mối nguy hiểm có thể gặp khi sử dụng sản phẩm. Nếu những yêu cầu trên không được bảo đảm đều có thể xem là có lỗi quên hoặc không hướng dẫn cảnh báo đầy đủ. Các sản phẩm thường bị kiện theo lỗi này là: thuốc men, mỹ phẩm, thực phẩm; các đồ điện và liên quan đến điện; dao kéo, máy cắt, máy cưa, nồi hơi...

- Lỗi do không quan tâm đầy đủ các đặc điểm an toàn tức là do người sản xuất không tính đến một cách đầy đủ vấn đề an toàn sản phẩm khi thiết kế, sản xuất và tung ra thị trường.

- Lỗi do không thu hồi lại sản phẩm, sửa chữa lại sản phẩm đã bị khuyết tật.

+ Phạm vi trách nhiệm của nhà bảo hiểm

Hợp đồng bảo hiểm trách nhiệm sản phẩm thông thường sẽ nhận đảm bảo trong các trường hợp:

- Chết, ốm đau hay thương tật thân thể do sản phẩm khuyết tật gây ra cho bên thứ ba.

- Thiệt hại vật chất tài sản do sản phẩm khuyết tật gây ra cho bên thứ ba.

- Tổn thất tài chính khác do sản phẩm có khuyết tật gây ra cho bên thứ ba.

Ngoài ra có một số chi phí, thiệt hại khác thuộc trách nhiệm của người được bảo hiểm sẽ được hợp đồng bảo hiểm trách nhiệm sản phẩm nhận bảo đảm hoặc có thể được bảo đảm bằng đơn bảo hiểm riêng biệt tùy thuộc phạm vi đơn bảo hiểm phát hành của nhà bảo hiểm. Đó là các trường hợp:

- Nghĩa vụ pháp lý phải thay thế hoặc sửa chữa sản phẩm khiếm khuyết, không thực hiện đúng chức năng và qui định.

- Thiệt hại gây cho bên thứ ba do sản phẩm không thực hiện đúng chức năng đã qui định.

- Tổn thất tài chính thuần túy do sản phẩm không thực hiện đúng chức năng đã định. Ví dụ như hệ thống âm thanh không hoạt động làm cho buổi hoà nhạc bị huỷ bỏ. Ý nghĩa thuần túy ở đây có nghĩa là tổn thất tài chính hàng hoá không liên quan đến việc xảy ra thương tật hoặc thiệt hại tài sản khác.

- Chi phí liên quan đến thu hồi sản phẩm có khuyết tật. Khi biết sản phẩm có khuyết tật hoặc sợ rằng có khuyết tật nhưng sản phẩm đã được tung ra thị trường, người sản xuất có thể sẽ gặp một số thiệt hại như :

- + Chi phí tìm lại sản phẩm, kiểm tra đánh giá, tiêu huỷ và thay thế sản phẩm.

- + Mất lợi nhuận đối với số hàng hoá bị nghi ngờ.

- + Chi phí quảng cáo để đưa sản phẩm trở lại thị trường.

- + Tổn thất về bán hàng do nhãn hiệu hàng bị tiếng xấu.

Nhóm thiệt hại cuối cùng này có thể được bao gồm trong trách nhiệm của nhà bảo hiểm trách nhiệm sản phẩm hoặc được bảo hiểm riêng bằng đơn bảo hiểm thu hồi sản phẩm.

+ *Phi bảo hiểm*

Cơ sở để tính phí bảo hiểm trách nhiệm sản phẩm thường là doanh thu, đôi khi là khối lượng sản phẩm sản xuất ra. Ngoài ra, khi xác định phí bảo hiểm trách nhiệm

sản phẩm còn phải xem xét đến một số yếu tố ảnh hưởng như:

- Tính chất hàng hoá và mục đích sử dụng: Có sự phân loại tương đối theo mức độ nguy hiểm có thể gây ra :

1. Hàng được phẩm; các bộ phận máy bay, bê tông trộn sẵn.

2. Thức ăn gia súc, bình gas, bình chữa hoá chất công nghiệp.

3. Xe ô tô, một số bộ phận trong xe; máy móc thiết bị chủ thầu.

4. Hàng điện

5. Các đồ cơ khí

6. Thức ăn, đồ uống

7. Sách, hộp bằng bìa; đồ nội thất mềm ...

- Tuổi, lịch sử sản phẩm và tiếng tăm của người sản xuất. Nói chung sản phẩm càng có uy tín; phí bảo hiểm sẽ giảm đi so với sản phẩm cùng loại trên thị trường.

- Hệ thống kiểm tra kiểm soát lô hàng (kiểm định chất lượng).

- Tình trạng hàng hoá, nguyên vật liệu khi mua bán.

- Khối lượng hàng xuất khẩu và địa điểm hàng được tiêu thụ. Chính vì yếu tố này mà một số Công ty bảo hiểm ở Bắc Mỹ có kết quả kinh doanh xấu đối với loại nghiệp vụ bảo hiểm trách nhiệm sản phẩm vì ở đó trách nhiệm nghiêm khắc kết hợp với không khí thích được kiện tụng với mức phán quyết của Tòa án rất cao. Do đó mà một số Công ty bảo hiểm, vì sự an toàn của chính họ, đã loại trừ trách nhiệm phát sinh đối với các sản phẩm sẽ được cung cấp hoặc sử dụng ở Mỹ, Canada hoặc nếu có nhận bảo hiểm thì mức phí phải cao hơn so với các thị trường tiêu thụ khác.

- Khối lượng nguồn hàng nhập khẩu.

- Số tiền bảo hiểm và mức khấu trừ.

CHƯƠNG XV

BẢO HIỂM CON NGƯỜI

I. TỔNG QUAN VỀ BẢO HIỂM CON NGƯỜI

1. Sự cần thiết khách quan của bảo hiểm con người

Ở mỗi quốc gia, trong mọi thời kỳ, con người luôn được coi là lực lượng sản xuất chủ yếu, là nhân tố quyết định sự phát triển kinh tế - xã hội. Song trong lao động sản xuất cũng như trong cuộc sống hàng ngày, những rủi ro: Tai nạn, ốm đau, bệnh tật, mất việc làm, già yếu v.v... vẫn luôn tồn tại và tác động đến nhiều mặt của cuộc sống con người. Vì vậy, vấn đề mà bất kỳ xã hội nào cũng quan tâm là làm thế nào để khắc phục được hậu quả của rủi ro nhằm đảm bảo cho cuộc sống con người. Thực tế, đã có nhiều biện pháp được áp dụng như: phòng tránh, cứu trợ, tiết kiệm v.v... nhưng bảo hiểm luôn được đánh giá là một trong những biện pháp hữu hiệu.

BHXH, BHYT thực chất cũng là bảo hiểm con người và đã xuất hiện từ lâu, song phạm vi đảm bảo cho các rủi ro vẫn còn hạn hẹp. Con người vẫn còn quan tâm đến những vấn đề khác nảy sinh trong cuộc sống, chẳng hạn như:

- Việc mất hoặc giảm thu nhập của người trụ cột trong gia đình ảnh hưởng đến cuộc sống của con cái và người thân. Vấn đề lại càng tồi tệ hơn khi vẫn phải chi tiêu hàng ngày trong lúc các nguồn thu khác không có. Có lẽ không một

người trụ cột trong gia đình nào lại muốn những người đang sống nhờ vào thu nhập của họ phải chịu những khó khăn về tài chính hoặc bị khánh kiệt khi họ gặp phải rủi ro (tử vong, mất khả năng lao động, ốm đau...) nhất là khi con cái chưa đến tuổi trưởng thành, nợ nần còn chồng chất. Vì vậy , đối với mỗi cá nhân và gia đình, việc tiết kiệm chi tiêu hiện tại để chuẩn bị cho tương lai, cho việc giáo dục con cái, chuẩn bị hành trang cho con cái vào đời là một biện pháp hết sức thiết thực và có ý nghĩa.

- Bên cạnh đó, việc lo cho tuổi già hoặc khi về hưu đang là vấn đề được xã hội quan tâm lo lắng và coi trọng. Một số người khi hết tuổi lao động có thu nhập từ lương hưu, nhưng thực tế khó có thể đáp ứng đủ các nhu cầu chi tiêu trong cuộc sống. Ngoài ra, phần lớn người già không có lương hưu phải sống nhờ vào con cái hay vẫn phải lao động vất vả để kiếm sống đang là vấn đề xã hội bức xúc. Chẳng ai muốn sống một tuổi già đau yếu bệnh tật, phụ thuộc hay là gánh nặng cho con cái. Đặc biệt, tuổi thọ càng cao thì nguồn dự trữ tài chính lại dần dần bị cạn kiệt. Vấn đề là phải tạo ra công cụ để mọi người có thể đều đặn dành ra từ thu nhập và tiết kiệm chi tiêu hiện tại của mình những khoản tiền nhỏ mà vẫn đủ để đảm bảo cuộc sống khi về già.

- Xã hội ngày càng phát triển, đời sống con người ngày càng được nâng cao thì người ta càng có điều kiện để chăm lo cho bản thân và gia đình. Ngoài BHXH và BHYT, các dịch vụ bảo hiểm con người trong BHTM ra đời là hết sức cần thiết nhằm đáp ứng mọi nhu cầu của các tầng lớp dân cư trong xã hội.

Bảo hiểm con người là một trong 3 loại hình của BHTM, là hình thức bổ sung cho BHXH và BHYT, nhằm đảm bảo ổn định đời sống cho mọi thành viên trong xã hội trước những

rủi ro tai nạn bất ngờ đối với thân thể, tính mạng, sự giảm sút hoặc mất thu nhập và đáp ứng một số nhu cầu khác của người tham gia. Bảo hiểm con người phản ánh mối quan hệ kinh tế giữa các bên thông qua hợp đồng bảo hiểm. So với BHXH, bảo hiểm con người trong BHTM có đối tượng tham gia rộng hơn; quỹ bảo hiểm được hình thành chủ yếu từ phí bảo hiểm mà người tham gia đóng góp; số tiền chi trả căn cứ vào sự thoả thuận và cam kết trong hợp đồng. Hình thức bảo hiểm chủ yếu ở đây là tự nguyện. Điểm khác nhau rõ nhất là phí bảo hiểm con người trong BHXH được xác định căn cứ vào tiền lương của người lao động do Nhà nước quy định, còn trong BHTM phí bảo hiểm phụ thuộc vào nhiều yếu tố và việc tính toán mức phí rất phức tạp. Ngoài ra, sự khác nhau còn được thể hiện ở cơ sở pháp lý của sự cam kết, cơ quan tổ chức thực hiện v.v...

Tuy nhiên, sự khác nhau giữa hai hệ thống bảo hiểm này không tạo ra sự đối lập, mâu thuẫn, mà trái lại chúng bổ sung cho nhau, hỗ trợ nhau. Các nghiệp vụ bảo hiểm con người trong BHTM có thể thay thế BHXH trong những trường hợp, những khu vực của nền kinh tế, những nơi mà BHXH chưa được thực hiện hoặc có nhưng không đủ bù đắp phần thu nhập bị giảm sút của người lao động. Mặc dù người lao động làm công ăn lương được hưởng trợ cấp BHXH, nhưng đôi khi có những rủi ro, những nhu cầu nằm ngoài phạm vi BHXH, hoặc các khoản trợ cấp BHXH không đáp ứng được những nhu cầu khác phục hậu quả rủi ro. Phần chênh lệch và thiếu hụt về mặt tài chính sẽ được bảo hiểm thương mại bù đắp. Như vậy, các nghiệp vụ bảo hiểm con người trong BHTM sẽ có vai trò hết sức quan trọng giúp mọi người chống lại những bất ổn của cuộc sống trong sự đa dạng và phức tạp của rủi ro.

2. Tác dụng của bảo hiểm con người

Cũng như các loại hình bảo hiểm tài sản và bảo hiểm trách nhiệm dân sự, bảo hiểm con người trong BHTM ra đời có những tác dụng chủ yếu sau đây:

Thứ nhất, góp phần ổn định cuộc sống cho các cá nhân và gia đình, là chỗ dựa tinh thần cho người được bảo hiểm. Mặc dù trong thời đại hiện nay, khoa học kỹ thuật đã phát triển cao, nhưng rủi ro bất ngờ vẫn có thể xảy ra và thực tế đã chứng minh rằng nhiều cá nhân và gia đình trở nên khó khăn, túng quẫn khi có một thành viên trong gia đình, đặc biệt thành viên đó lại là người trụ cột bị chết, hoặc bị thương tật vĩnh viễn. Khi đó, gia đình phải chi phí mai táng chôn cất, chi phí nằm viện, thuốc men, chi phí phẫu thuật và bù đắp những khoản thu thường xuyên bị mất đi. Khó khăn hơn là một loạt các nghĩa vụ và trách nhiệm mà người chết chưa kịp hoàn thành như trả nợ, phục dưỡng bố mẹ già, nuôi dạy con cái ăn học v.v... Dù rằng hệ thống bảo trợ xã hội và các tổ chức xã hội có thể trợ cấp khó khăn, nhưng cũng chỉ mang tính tạm thời trước mắt, chưa đảm bảo được lâu dài về mặt tài chính. Tham gia bảo hiểm con người sẽ phần nào giải quyết được những khó khăn đó.

Thứ hai, góp phần ổn định tài chính và sản xuất kinh doanh cho các doanh nghiệp, tạo lập mối quan hệ gần gũi, gắn bó giữa người lao động và người sử dụng lao động. Tùy theo đặc điểm ngành nghề và lĩnh vực kinh doanh, các chủ doanh nghiệp thường mua bảo hiểm sinh mạng, bảo hiểm tai nạn v.v... cho người làm công và những người chủ chốt trong doanh nghiệp nhằm đảm bảo ổn định cuộc sống và tạo ra sự lôi cuốn, gắn bó ngay cả trong những lúc doanh nghiệp gặp khó khăn, tránh cho doanh nghiệp sự bất ổn về tài chính khi mất người làm công chủ chốt. Những người làm công chủ

chốt thường là những kỹ sư trưởng, những tay thợ lành nghề, những chuyên viên điều hành mạng Internet v.v... Nếu doanh nghiệp bị mất họ thì khả năng thu lợi sẽ bị giảm và công việc điều hành gặp nhiều khó khăn. Do vậy, mua bảo hiểm cho họ, có thể đảm bảo cho doanh nghiệp khỏi sự thua thiệt tài chính vì những tai nạn rủi ro gây nên mà vẫn có được những chi phí bù đắp thay thế.

Thứ ba, thông qua dịch vụ bảo hiểm con người, một dịch vụ có đối tượng tham gia rất đông đảo, các nhà bảo hiểm thu được phí để hình thành quỹ bảo hiểm, quỹ này được sử dụng chủ yếu vào mục đích bồi thường, chi trả và dự phòng. Khi nhân rồi, nó sẽ là nguồn vốn đầu tư hữu ích góp phần phát triển và tăng trưởng kinh tế. Vốn đầu tư của các công ty bảo hiểm nhân thọ thường rất lớn, vì hoạt động bảo hiểm nhân thọ mang tính dài hạn, do đó nguồn vốn bảo hiểm nhân thọ cung cấp cho thị trường cũng là vốn dài hạn, thường là 10 năm trở lên. Nếu được đầu tư phát triển các vùng kinh tế chiến lược, xây dựng cơ sở hạ tầng sẽ rất phù hợp và có hiệu quả. Ở Đài Loan, năm 1987 chính phủ bắt đầu mở cửa cho các công ty bảo hiểm nước ngoài vào hoạt động. Từ đó đến nay các công ty này đã cung cấp vốn cho thị trường Đài Loan hàng năm từ 500 ÷ 800 triệu USD. Ở Mỹ, năm 1970 số vốn các công ty bảo hiểm nhân thọ cung cấp chỉ là 9 tỷ đôla, trong khi đó cung cấp vốn qua hệ thống ngân hàng để đầu tư là 37 tỷ đôla. Nhưng đến năm 1991 số vốn do các công ty bảo hiểm nhân thọ đầu tư là 90,2 tỷ đôla, trong khi hệ thống ngân hàng cung cấp đầu tư trong nước chỉ có 85,7 tỷ. Năm 1998 ở châu Á có 5 công ty bảo hiểm nhân thọ hàng đầu đều ở Nhật Bản. Đây là 5 công ty cỡ lớn, tiềm lực tài chính rất hùng mạnh và số vốn đầu tư hàng năm cho nền kinh tế chiếm tỷ trọng khá lớn.

**5 công ty bảo hiểm nhân thọ hàng đầu châu Á
năm 1998**

STT	Tên công ty	Tổng phí bảo hiểm (tr.USD)	Lợi nhuận (tr.USD)	Tổng giá trị tài sản (tr. USD)	Tỷ lệ % lãi trên tài sản
1	Nippon Life	48.292,2	2.001,0	324.814,8	0,60
2	Dai Ichi Mutual Life	30.877,5	1.409,7	220.620,7	0,60
3	Sumitomo Life	26.310,3	1.036,5	182.500,0	0,60
4	Meiji Life	21.140,6	950,9	131.170,2	0,70
5	Mitsui Mutual Life	16.601,0	492,5	83.890,1	0,60

(Nguồn: Thông tin thị trường BH – TBH số 4/1998)

Thứ tư, bảo hiểm con người còn là một công cụ hữu hiệu để huy động những nguồn tiền mặt nhàn rỗi nằm ở các tầng lớp dân cư trong xã hội để thực hành tiết kiệm, góp phần chống lạm phát. Khi nền kinh tế phát triển, đời sống nhân dân ngày càng cao sẽ xuất hiện nhu cầu tiết kiệm hoặc đầu tư số tiền mặt tạm thời nhàn rỗi. Ở các nước đang phát triển và chậm phát triển, thường thiếu các công cụ để đáp ứng nhu cầu này, vì vậy bảo hiểm con người, mà đặc biệt là bảo hiểm nhân thọ ra đời đã giúp các tổ chức và cá nhân thực hiện nhu cầu một cách có hiệu quả. Do đối tượng rộng, lại vừa mang tính tiết kiệm, vừa mang tính rủi ro, hơn nữa do cơ chế và cách thức đóng phí thuận lợi, cho nên bảo hiểm nhân thọ có nhiều ưu điểm hơn hẳn gửi tiền tiết kiệm. Vì thế, việc thực hành tiết kiệm từ chi tiêu ngân sách gia đình để mua bảo hiểm nhân thọ sẽ dễ dàng hơn, điều này không chỉ có ý nghĩa thiết thực đối với từng gia đình mà còn có ý nghĩa rất lớn đối với nền kinh tế - xã hội.

Thứ năm, bảo hiểm con người còn góp phần giải quyết một số vấn đề về mặt xã hội như: tạo thêm công ăn việc làm

cho người lao động, tăng vốn đầu tư cho việc giáo dục con cái, tạo ra một nếp sống đẹp, tiết kiệm có kế hoạch v.v... Khi tổ chức các dịch vụ bảo hiểm con người, mà trước hết là bảo hiểm nhân thọ luôn cần một mạng lưới đại lý khai thác, nhân viên sử dụng máy vi tính, thống kê, kế toán rất lớn vì đối tượng và phạm vi rộng, thời gian dài, cho nên, phát triển các dịch vụ này sẽ tạo thêm công ăn việc làm cho người lao động. Ở Mỹ có gần 2 triệu lao động làm việc trong ngành bảo hiểm. Ở Hồng Kông với số dân 6 triệu người, có tới 20000 người làm ở các công ty bảo hiểm.

3. Nguyên tắc khoán trong bảo hiểm con người

Khi nói đến trách nhiệm chính của các công ty bảo hiểm, người ta thường nghĩ ngay đến việc bồi thường cho người tham gia bảo hiểm khi có các sự kiện bảo hiểm xảy ra. Đối lại, công ty bảo hiểm sẽ nhận được phí bảo hiểm. Đây là mối quan hệ tất yếu, nhưng bất luận trong mọi trường hợp, số tiền bồi thường của người bảo hiểm không vượt quá thiệt hại thực tế của người được bảo hiểm. Thực chất đây là nguyên tắc bồi thường trong hoạt động kinh doanh bảo hiểm. Tuy nhiên, nguyên tắc này thường chỉ được áp dụng trong bảo hiểm tài sản là chủ yếu. Hệ quả của nguyên tắc bồi thường là cho phép công ty bảo hiểm của người bị thiệt hại có quyền được khiếu nại đối với người thứ 3 gây thiệt hại và nhà bảo hiểm của anh ta.

Ví dụ: xe ô tô của công ty A tham gia bảo hiểm tại Bảo Minh, trong thời gian tham gia bảo hiểm xảy ra tai nạn đâm va với xe ô tô của công ty B tham gia bảo hiểm tại Bảo Việt. Theo kết luận giám định, xe ô tô của công ty A có lỗi 60%. Trong vụ tai nạn này, Bảo Minh giải quyết bồi thường 100% thiệt hại cho công ty A. Nhưng sau khi bồi thường, Bảo Minh có quyền khiếu nại đòi 40% số tiền bồi thường đó từ phía

công ty B và Bảo Việt.

Khác với bảo hiểm thiệt hại, trong bảo hiểm con người không áp dụng nguyên tắc bồi thường như ở trên, vì tính mạng và tình trạng sức khoẻ của con người là vô giá. Điều đó có nghĩa là trong các hợp đồng bảo hiểm con người không tồn tại điều khoản giá trị bảo hiểm. Vậy trách nhiệm chính của nhà bảo hiểm ở đây là gì? Đó là trợ cấp hoặc “hoàn lại” một phần hay toàn bộ số tiền bảo hiểm cho người được bảo hiểm hay người thân thích của anh ta khi xảy ra các sự kiện bảo hiểm.

Như vậy, số tiền bảo hiểm trong các hợp đồng bảo hiểm con người không phải là sự biểu hiện giá trị của bản thân người được bảo hiểm. Số tiền này do các bên tham gia hợp đồng thoả thuận, tuỳ theo mức thu nhập, khả năng tài chính, điều kiện kinh tế và nhu cầu của người tham gia bảo hiểm. Khi có các sự kiện bảo hiểm xảy ra, người bảo hiểm sẽ thanh toán trên cơ sở số tiền này chứ không nhằm mục đích bồi thường thiệt hại vì không có bản chất thiệt hại. Thực chất ở đây là áp dụng nguyên tắc khoán, mà số tiền bảo hiểm được ấn định trước trong hợp đồng, số tiền này là giới hạn trách nhiệm để người bảo hiểm xem xét hoàn lại một phần hay toàn bộ cho người tham gia bảo hiểm khi có sự kiện bảo hiểm xảy ra. Số tiền bảo hiểm về cơ bản mang ý nghĩa của một số tiền được “khoán” trước thể hiện trên hợp đồng. Để đối lấy số tiền khoán trước này, người tham gia bảo hiểm phải trả một số tiền nhất định cho nhà bảo hiểm, số tiền này gọi là phí bảo hiểm.

Ở các nước kinh tế phát triển như: Mỹ, Anh, Pháp, Đức và Nhật, dịch vụ bảo hiểm con người rất phát triển. Khi người dân tham gia các dịch vụ bảo hiểm này, họ thường lập nên một kế hoạch tài chính trong gia đình mình để xác định số tiền bảo hiểm cần chọn lựa. Bằng việc sử dụng một hệ

thông máy tính cá nhân và các thiết bị điện tử rộng khắp, họ có thể đánh giá chính xác nhu cầu về lượng tiền trong tương lai. Bao gồm cả việc đánh giá trạng thái biến động của lạm phát, số con, tình hình tăng lương v.v... vì thế số tiền bảo hiểm trong bảo hiểm con người, nhất là trong bảo hiểm nhân thọ được họ lựa chọn rất phù hợp. Phần lớn số tiền bảo hiểm khi lựa chọn, đều dựa vào một số nhu cầu tài chính trong tương lai đã được đánh giá cụ thể. Các nhu cầu này thường bao gồm:

- Nhu cầu bù đắp chi phí lúc bị chết.
- Nhu cầu tạo lập quỹ đào tạo, giáo dục con cái.
- Nhu cầu chi dùng hàng ngày, nếu không may người trụ cột trong gia đình bị chết, mà những người sống phụ thuộc lại chủ yếu nhờ cậy vào tiền lương của anh ta.
- Nhu cầu chi trả những khoản nợ nần còn tồn đọng.
- Nhu cầu chi phí bảo dưỡng tài sản v.v...

Căn cứ vào tổng các nhu cầu nêu trên, người tham gia bảo hiểm lựa chọn số tiền bảo hiểm để mua. Số tiền này chính là mức chênh lệch giữa tổng giá trị các nhu cầu trong tương lai để hoàn thiện kế hoạch tài chính so với tổng giá trị tài sản hiện có để đáp ứng nhu cầu.

$$\begin{array}{ccccc}
 \text{Số tiền bảo} & & \text{Tổng giá trị} & & \text{Tổng giá trị} \\
 \text{hiểm lựa chọn} & = & \text{các nhu cầu} & - & \text{tài sản} \\
 \text{để mua} & & \text{trong tương lai} & & \text{hiện có}
 \end{array}$$

Kế hoạch trên được lập với giả định rằng, người tham gia bảo hiểm bị chết, sau cái chết, tổng giá trị các nhu cầu trong tương lai cần phải được đáp ứng bằng cách lựa chọn một số tiền bảo hiểm thích hợp để mua. Nhưng đó mới chỉ là một nửa của kế hoạch tài chính được lập, còn nửa kia họ phải tính đến mức phí bảo hiểm phải nộp và phương thức nộp phí

(nộp một lần hay nhiều lần v.v...). Phần này hoàn toàn phải dựa vào mức thu nhập hiện tại để cân đối và có tính đến mức độ ổn định nơi làm việc, khả năng tăng lương v.v... Nếu mức thu nhập thấp, khả năng nộp phí bảo hiểm bị hạn chế, thì số tiền bảo hiểm sẽ phải được điều chỉnh giảm đi và ngược lại. Điều đó có nghĩa là số tiền bảo hiểm mà người tham gia bảo hiểm sẽ được nhà bảo hiểm thanh toán luôn tỷ lệ thuận với số phí bảo hiểm phải nộp. Phần lý giải này sẽ làm rõ thêm số tiền mà người bảo hiểm chi trả thực chất là một số tiền đã được “khoán” tương ứng với một mức phí phải nộp và phương thức nộp phí. Tất cả đều được thể hiện rõ trong bản hợp đồng.

Nguyên tắc khoán trong bảo hiểm con người có một lợi thế đặc biệt đối với người được bảo hiểm. Bởi vì, cùng một người được bảo hiểm có thể tham gia bảo hiểm con người trong nhiều nghiệp vụ và nhiều hợp đồng khác nhau. Khi sự kiện bảo hiểm xảy ra mà những sự kiện này được bảo hiểm ở tất cả các hợp đồng, các nghiệp vụ, thì số tiền chi trả cho người được bảo hiểm hay người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm sẽ được cộng lại. Ở đây không có sự kiểm soát từ bảo hiểm vì các khoản chi trả tỷ lệ với các khoản phí phải nộp.

Trong bảo hiểm con người, không có sự thế quyền hợp pháp của người bảo hiểm. Điều đó có nghĩa là người bảo hiểm sau khi đã thanh toán, chi trả số tiền bảo hiểm, không được phép thế quyền người tham gia bảo hiểm hay người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm để khiếu nại người thứ ba truy đòi số tiền bồi thường tương ứng. Nói cách khác, một người có thể đồng thời nhận được khoản thanh toán chi trả của công ty bảo hiểm và những khoản thanh toán bồi thường của người thứ 3 gây ra tai nạn, thiệt hại.

Tuy nhiên, trong bảo hiểm con người, vẫn còn một số nghiệp vụ sử dụng nguyên tắc bồi thường như trong bảo

hiểm thiệt hại, chẳng hạn như: bảo hiểm trợ cấp nằm viện phẫu thuật, bảo hiểm răng miệng.v.v... Trong những nghiệp vụ bảo hiểm này, người bảo hiểm sẽ bồi thường những chi phí y tế phát sinh, chi phí chăm sóc, nuôi dưỡng bệnh nhân, v.v...

4. Phân loại bảo hiểm con người

Là một bộ phận của BHTM, bảo hiểm con người cũng được phân loại theo các tiêu thức sau đây:

4.1. Theo thời hạn bảo hiểm

Căn cứ vào tiêu thức này, bảo hiểm con người được chia ra 2 loại: Bảo hiểm con người ngắn hạn và dài hạn.

- Bảo hiểm con người ngắn hạn, là loại hình bảo hiểm mà trong đó người tham gia bảo hiểm cam kết trả phí bảo hiểm trong một thời hạn ngắn thường là một năm trở xuống. Ngược lại, người bảo hiểm cam kết thanh toán trợ cấp khi có các rủi ro bảo hiểm xảy ra đối với người được bảo hiểm. Ví dụ: bảo hiểm tai nạn hành khách, bảo hiểm sinh mạng cá nhân v.v...

- Bảo hiểm con người dài hạn, là loại hình bảo hiểm mà trong đó người tham gia bảo hiểm cam kết trả phí bảo hiểm trong một thời hạn dài thường là trên một năm cho đến hết đời. Điển hình nhất là các hợp đồng bảo hiểm nhân thọ 5 năm, 10 năm hay trọn đời, v.v...

Cách phân loại này giúp người tham gia bảo hiểm nhận biết được từng loại hợp đồng để từ đó xác định rõ mục đích tham gia và cân đối được khả năng tài chính. Còn phía người bảo hiểm sẽ có kế hoạch cụ thể để cân đối, quản lý và sử dụng có hiệu quả nguồn phí bảo hiểm thu được.

4.2. Theo hình thức bảo hiểm

Căn cứ vào tiêu thức này, bảo hiểm con người trong bảo

hiểm thương mại được chia thành 2 loại: Bảo hiểm bắt buộc và bảo hiểm tự nguyện.

- Bảo hiểm bắt buộc, là hình thức mà theo pháp luật bắt buộc các đối tượng phải tham gia. Ví dụ: bảo hiểm tai nạn hành khách được Nhà nước ta quy định bảo hiểm bắt buộc. Sự quy định này không chỉ góp phần bảo vệ quyền lợi chính đáng và hợp pháp của hành khách và gia đình họ, mà còn góp phần nhanh chóng khắc phục hậu quả mỗi vụ tai nạn, tạo ra sự bình ổn về kinh tế và trật tự an toàn xã hội... Hiện nay, rất nhiều nước trên thế giới quy định bảo hiểm bắt buộc đối với một số nghiệp vụ bảo hiểm con người. Ở CHLB Đức có 3 nghiệp vụ; ở Thụy Sĩ có 5 nghiệp vụ; ở Phần Lan, Đan Mạch, Áo, Bỉ mỗi nước đều có một nghiệp vụ bảo hiểm con người được thực hiện dưới hình thức bắt buộc.

- Bảo hiểm tự nguyện, là hình thức chủ yếu nhất trong bảo hiểm con người. Người được bảo hiểm hoặc người tham gia bảo hiểm có thể đưa ra rất nhiều nhu cầu bảo hiểm, còn người bảo hiểm có thể chấp nhận hay không chấp nhận là tùy theo sự thoả thuận và cam kết. Tính tự nguyện khiến người bảo hiểm phải phục vụ tốt hơn, không ngừng cải tiến, đa dạng hoá sản phẩm cũng như tăng cường tiếp thị, lôi kéo khách hàng để chiếm lĩnh thị trường.

Phân loại theo tiêu thức này giúp người tham gia bảo hiểm ý thức được trách nhiệm của mình đối với những nghiệp vụ bảo hiểm bắt buộc, đồng thời còn giúp các cơ quan chức năng kiểm tra, giám sát quá trình triển khai bảo hiểm. Việc quy định bắt buộc hay tự nguyện cũng có những lợi thế nhất định đối với các công ty bảo hiểm trong quá trình tổ chức hoạt động kinh doanh.

4.3. Theo kỹ thuật quản lý

Theo tiêu thức kỹ thuật quản lý, bảo hiểm con người được chia làm 2 loại:

- Bảo hiểm con người quản lý theo kỹ thuật phân chia, đây là cách quản lý nhằm cân bằng các khoản thu và chi của một bản hợp đồng bảo hiểm trong một thời hạn ngắn thường là một năm trở xuống. Ví dụ, các nghiệp vụ bảo hiểm con người phi nhân thọ: bảo hiểm tai nạn; ốm đau.v.v... Sở dĩ phải quản lý theo kỹ thuật phân chia là vì các rủi ro được bảo hiểm trong những nghiệp vụ này có tính chất tương đối ổn định và độc lập với tuổi thọ con người. Mặt khác, những tổn thất xảy ra được thanh toán ngay trong một thời gian thoả thuận, quy định trước.

- Bảo hiểm con người quản lý theo kỹ thuật tồn tích, đây là cách quản lý không nhằm cân bằng hợp đồng trong một năm mà cân bằng nhiều năm. Kỹ thuật tồn tích nói lên tính chất dài hạn của hợp đồng và phí bảo hiểm được tồn tích lại trong nhiều năm để chi trả cho người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm vào thời điểm có sự kiện quy định trong hợp đồng xảy ra. Điều đó có nghĩa là số phí, mà người bảo hiểm thu được trong năm không được sử dụng hết để chi trả cho các tổn thất xảy ra trong năm. Một phần phí sẽ được gửi vào tiết kiệm hay đầu tư và được tồn tích theo phương pháp lãi kép nhằm giúp người bảo hiểm thực hiện công việc thanh toán trong tương lai. Quản lý theo cách này thường được áp dụng cho nghiệp vụ bảo hiểm nhân thọ, nhân thọ hỗn hợp, bảo hiểm hưu trí, vì các nghiệp vụ này gắn liền với tuổi thọ của con người, hợp đồng thường là trung hạn và dài hạn. Cách phân loại này giúp người bảo hiểm quản lý và sử dụng có hiệu quả, đúng mục đích số phí bảo hiểm thu được.

4.4. Theo rủi ro bảo hiểm

Theo tiêu thức này, bảo hiểm con người được chia làm 2 loại: Bảo hiểm nhân thọ và bảo hiểm con người phi nhân thọ.

- Bảo hiểm nhân thọ, là loại hình bảo hiểm bảo đảm cho

các rủi ro có liên quan đến tuổi thọ của con người. Bảo hiểm nhân thọ còn được chia ra các loại sau:

+ Bảo hiểm trong trường hợp sống, nhằm chi trả cho người tham gia bảo hiểm một số tiền trợ cấp hay số tiền bảo hiểm, nếu đến một thời điểm nào đó được ấn định trong hợp đồng mà người được bảo hiểm vẫn còn sống. Ví dụ: Bảo hiểm hưu trí.

+ Bảo hiểm trong trường hợp tử vong, nhằm chi trả cho người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm số tiền bảo hiểm, nếu người được bảo hiểm bị chết trước tại một thời điểm đã được ấn định hoặc chết vào bất kỳ thời điểm nào tùy thuộc vào sự cam kết trong hợp đồng. Ví dụ: Bảo hiểm tử kỳ; bảo hiểm nhân thọ trọn đời.

+ Bảo hiểm nhân thọ hỗn hợp, nhằm chi trả cho người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm số tiền trợ cấp hay số tiền bảo hiểm, nếu người được bảo hiểm hay người tham gia bảo hiểm sống đến một thời điểm quy định hay chết trước tại một thời điểm ấn định trong hợp đồng. Ví dụ, công ty bảo hiểm nhân thọ nước ta đang triển khai 2 loại hợp đồng bảo hiểm nhân thọ hỗn hợp 5 năm và 10 năm. Thực chất đây là những hợp đồng cùng một lúc bảo hiểm cho cả 2 sự kiện “sống” và “chết” của người được bảo hiểm.

- Bảo hiểm con người phi nhân thọ, là loại hình bảo hiểm chỉ liên quan đến các rủi ro như: Bệnh tật, tai nạn, mất khả năng lao động và cả tử vong. Đặc điểm của loại này là không liên quan đến tuổi thọ của con người.

Ví dụ:

- Bảo hiểm tai nạn 24/24
- Bảo hiểm tai nạn hành khách
- Bảo hiểm trợ cấp nằm viện phẫu thuật v.v...

Đây là cách phân loại chủ yếu, không chỉ được người bảo

hiểm mà cả người tham gia bảo hiểm quan tâm. Bởi vì, bảo hiểm nhân thọ không chỉ mang tính rủi ro mà nó còn mang tính tiết kiệm, đồng thời nó đáp ứng được nhiều mục đích khác nhau của người tham gia bảo hiểm.

II. BẢO HIỂM NHÂN THỌ

1. Sự ra đời và phát triển của bảo hiểm nhân thọ

Bảo hiểm nhân thọ là sự cam kết giữa người bảo hiểm và người tham gia bảo hiểm, mà trong đó người bảo hiểm sẽ trả cho người tham gia (hoặc người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm) một số tiền nhất định khi có những sự kiện đã định trước xảy ra (người được bảo hiểm bị chết hoặc sống đến một thời điểm nhất định), còn người tham gia phải nộp phí bảo hiểm đầy đủ, đúng hạn. Nói cách khác, bảo hiểm nhân thọ là quá trình bảo hiểm các rủi ro có liên quan đến sinh mạng, cuộc sống và tuổi thọ của con người.

Đối tượng tham gia bảo hiểm nhân thọ rất rộng, bao gồm mọi người ở các lứa tuổi khác nhau. Lịch sử ra đời của bảo hiểm nhân thọ khá sớm.

Hợp đồng bảo hiểm nhân thọ đầu tiên trên thế giới ra đời năm 1583, do công dân Luân Đôn là ông William Gybbon tham gia. Phí bảo hiểm ông phải đóng lúc đó là 32 bảng Anh, khi ông chết trong năm đó, người thừa kế của ông được hưởng 400 bảng Anh.

Năm 1759, công ty bảo hiểm nhân thọ ra đời đầu tiên ở Philadelphia (Mỹ). Công ty này đến nay vẫn còn hoạt động, nhưng lúc đầu nó chỉ bán bảo hiểm cho các con chiên ở nhà thờ của mình. Năm 1762, công ty bảo hiểm nhân thọ Equitable ở nước Anh được thành lập và bán bảo hiểm nhân thọ cho mọi người dân.

Ở châu Á, các công ty bảo hiểm nhân thọ ra đời đầu tiên ở Nhật Bản. Năm 1868 công ty bảo hiểm Meiji của Nhật ra đời và đến năm 1888 và 1889, 2 công ty khác là Kyoei và Nippon ra đời và phát triển cho đến ngày nay.

Trên thế giới, bảo hiểm nhân thọ là loại hình bảo hiểm phát triển nhất, năm 1985 doanh thu phí bảo hiểm nhân thọ mới chỉ đạt 630,5 tỷ đôla, năm 1989 đã lên tới 1.210,2 tỷ và năm 1993 con số này là 1.647 tỷ, chiếm gần 48% tổng phí bảo hiểm. Hiện nay có 5 thị trường bảo hiểm nhân thọ lớn nhất thế giới là: Mỹ, Nhật Bản, CHLB Đức, Anh và Pháp. Theo số liệu thống kê năm 1993, phí bảo hiểm nhân thọ của 5 thị trường này được thể hiện ở bảng sau:

Cơ cấu phí bảo hiểm nhân thọ của 5 thị trường lớn nhất thế giới năm 1993

Tên nước	Tổng doanh thu phí bảo hiểm (triệu USD)	Cơ cấu phí bảo hiểm (%)	
		Nhân thọ	Phi nhân thọ
1. Mỹ	522,468	41,44	58,56
2. Nhật	320,143	73,86	26,14
3. Đức	107,403	39,38	60,62
4. Anh	102,360	64,57	35,43
5. Pháp	84,303	56,55	43,65

(Nguồn: Tổng công ty bảo hiểm Việt Nam, tháng 8 năm 1996)

Sở dĩ bảo hiểm nhân thọ phát triển rất nhanh, doanh thu phí bảo hiểm ngày càng tăng là vì loại hình bảo hiểm này có vai trò rất lớn. Vai trò của bảo hiểm nhân thọ không chỉ thể

hiện trong từng gia đình và đối với từng cá nhân trong việc góp phần ổn định cuộc sống, giảm bớt khó khăn về tài chính khi gặp phải rủi ro, mà còn thể hiện rõ trên phạm vi toàn xã hội. Trên phạm vi xã hội, bảo hiểm nhân thọ góp phần thu hút vốn đầu tư nước ngoài, huy động vốn trong nước từ những nguồn tiền mặt nhàn rỗi nằm trong dân cư. Nguồn vốn này không chỉ có tác dụng đầu tư dài hạn, mà còn góp phần thực hành tiết kiệm, chống lạm phát và tạo thêm công ăn việc làm cho người lao động.

2. Những đặc điểm cơ bản của bảo hiểm nhân thọ

2.1. Bảo hiểm nhân thọ vừa mang tính tiết kiệm, vừa mang tính rủi ro

Đây là một trong những đặc điểm khác nhau cơ bản giữa bảo hiểm nhân thọ với bảo hiểm phi nhân thọ. Thật vậy, mỗi người mua bảo hiểm nhân thọ sẽ định kỳ nộp một khoản tiền nhỏ (gọi là phí bảo hiểm) cho người bảo hiểm, ngược lại người bảo hiểm có trách nhiệm trả một số tiền lớn (gọi là số tiền bảo hiểm) cho người hưởng quyền lợi bảo hiểm như đã thoả thuận từ trước khi có các sự kiện bảo hiểm xảy ra. Số tiền bảo hiểm được trả khi người được bảo hiểm đạt đến một độ tuổi nhất định và được ấn định trong hợp đồng. Hoặc số tiền này được trả cho thân nhân và gia đình người được bảo hiểm khi người này không may bị chết sớm ngay cả khi họ mới tiết kiệm được một khoản tiền rất nhỏ qua việc đóng phí bảo hiểm. Số tiền này giúp những người còn sống trang trải những khoản chi phí cần thiết như: thuốc men, mai táng, chi phí giáo dục con cái v.v... Chính vì vậy, bảo hiểm nhân thọ vừa mang tính chất tiết kiệm, vừa mang tính rủi ro. Tính chất tiết kiệm ở đây thể hiện ngay trong từng cá nhân, từng gia đình một cách thường xuyên, có kế hoạch và có kỷ luật.

Nội dung tiết kiệm khi mua bảo hiểm nhân thọ khác với các hình thức tiết kiệm khác ở chỗ, người bảo hiểm đảm bảo trả cho người tham gia bảo hiểm hay người thân của họ một số tiền rất lớn ngay cả khi họ mới tiết kiệm được một khoản tiền nhỏ. Có nghĩa là khi người được bảo hiểm không may gặp rủi ro, trong thời hạn bảo hiểm đã được ấn định, những người thân của họ sẽ nhận được những khoản trợ cấp hay số tiền bảo hiểm từ công ty bảo hiểm. Điều đó thể hiện rõ tính chất rủi ro trong bảo hiểm nhân thọ.

2.2. Bảo hiểm nhân thọ đáp ứng được rất nhiều mục đích khác nhau của người tham gia bảo hiểm

Trong khi các nghiệp vụ bảo hiểm phi nhân thọ chỉ đáp ứng được một mục đích là góp phần khắc phục hậu quả khi đối tượng tham gia bảo hiểm gặp sự cố, từ đó góp phần ổn định tài chính cho người tham gia, thì bảo hiểm nhân thọ đã đáp ứng được nhiều mục đích. Mỗi mục đích được thể hiện khá rõ trong từng loại hợp đồng. Chẳng hạn, hợp đồng bảo hiểm hưu trí sẽ đáp ứng yêu cầu của người tham gia những khoản trợ cấp đều đặn hàng tháng, từ đó góp phần ổn định cuộc sống của họ khi già yếu. Hợp đồng bảo hiểm tử vong sẽ giúp người được bảo hiểm để lại cho gia đình một số tiền bảo hiểm khi họ bị tử vong. Số tiền này đáp ứng được rất nhiều mục đích của người quá cố như: trang trải nợ nần, giáo dục con cái, phục dưỡng bố mẹ già v.v... Hợp đồng bảo hiểm nhân thọ đôi khi còn có vai trò như một vật thế chấp để vay vốn hoặc bảo hiểm nhân thọ tín dụng thường được bán cho các đối tượng đi vay để họ mua xe hơi, đồ dùng gia đình hoặc dùng cho các mục đích cá nhân khác v.v... Chính vì đáp ứng được nhiều mục đích khác nhau nên loại hình bảo hiểm này có thị trường ngày càng rộng và được rất nhiều người quan tâm.

2.3. Các loại hợp đồng trong bảo hiểm nhân thọ rất đa dạng và phức tạp

Tính đa dạng và phức tạp trong các hợp đồng bảo hiểm nhân thọ thể hiện ở ngay các sản phẩm của nó. Mỗi sản phẩm bảo hiểm nhân thọ cũng có nhiều loại hợp đồng khác nhau, chẳng hạn bảo hiểm nhân thọ hỗn hợp có các hợp đồng 5 năm, 10 năm. Mỗi hợp đồng với mỗi thời hạn khác nhau, lại có sự khác nhau về số tiền bảo hiểm, phương thức đóng phí, độ tuổi của người tham gia... Ngay cả trong một bản hợp đồng, mối quan hệ giữa các bên cũng rất phức tạp. Khác với các bản hợp đồng bảo hiểm phi nhân thọ trong mỗi hợp đồng bảo hiểm nhân thọ có thể có 4 bên tham gia: người bảo hiểm, người được bảo hiểm; người tham gia bảo hiểm và người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm. Nội dung này sẽ được tiếp tục làm rõ trong phần hợp đồng bảo hiểm nhân thọ.

2.4. Phí bảo hiểm nhân thọ chịu tác động tổng hợp của nhiều nhân tố, vì vậy quá trình định phí khá phức tạp

Theo tác giả Jean- Claude Harrari “sản phẩm bảo hiểm nhân thọ không gì hơn chính là kết quả của một tiến trình đầy đủ để đưa sản phẩm đến công chúng”⁽¹⁾. Trong tiến trình này, người bảo hiểm phải bỏ ra rất nhiều chi phí để tạo nên sản phẩm, như : chi phí khai thác, chi phí quản lý hợp đồng...

Nhưng những chi phí đó mới chỉ là một phần để cấu tạo nên giá cả sản phẩm bảo hiểm nhân thọ (tính phí bảo hiểm nhân thọ), một phần chủ yếu khác lại phụ thuộc vào:

- + Độ tuổi của người được bảo hiểm,
- + Tuổi thọ bình quân của con người,
- + Số tiền bảo hiểm.

⁽¹⁾ Jean-claude Harrari – NXB Witherr by & Co, Ltd - 1984

- + Thời hạn tham gia,
- + Phương thức thanh toán,
- + Lãi suất đầu tư,
- + Tỷ lệ lạm phát và thiếu phát của đồng tiền.

....

Điều đó khác với việc định giá cả một chiếc ô tô. Chiếc ô tô là sản phẩm của một dây chuyền sản xuất, để sản xuất ra nó, người ta phải chi ra rất nhiều khoản chi phí nguyên, nhiên vật liệu, chi phí lao động sống, khấu hao tài sản cố định v.v... Những khoản chi này là những chi phí thực tế phát sinh và thực chất chúng là những khoản chi phí “đầu vào” được hạch toán một cách chi tiết, đầy đủ và chính xác để phục vụ cho quá trình định giá. Thế nhưng, khi định giá phí bảo hiểm nhân thọ, một số yếu tố nêu trên phải giả định, như: tỷ lệ chết, tỷ lệ huỷ bỏ hợp đồng, lãi suất đầu tư, tỷ lệ lạm phát v.v... Vì thế, quá trình định phí ở đây rất phức tạp, đòi hỏi phải nắm vững đặc trưng của mỗi loại sản phẩm, phân tích dòng tiền tệ, phân tích được chiều hướng phát triển của mỗi sản phẩm trên thị trường nói chung.

2.5. Bảo hiểm nhân thọ ra đời và phát triển trong những điều kiện kinh tế - xã hội nhất định

Ở các nước kinh tế phát triển, bảo hiểm nhân thọ đã ra đời và phát triển hàng trăm năm nay. Ngược lại có một số quốc gia trên thế giới hiện nay vẫn chưa triển khai được bảo hiểm nhân thọ, mặc dù người ta hiểu rất rõ vai trò và lợi ích của nó. Để lý giải vấn đề này, hầu hết các nhà kinh tế đều cho rằng, cơ sở chủ yếu để bảo hiểm nhân thọ ra đời và phát triển là điều kiện kinh tế - xã hội phải phát triển.

- Những điều kiện về kinh tế như:

- + Tốc độ tăng trưởng của tổng sản phẩm quốc nội (GDP),

+ Tổng sản phẩm quốc nội tính bình quân 1 đầu người dân,

+ Mức thu nhập của dân cư,

+ Tỷ lệ lạm phát của đồng tiền,

+ Tỷ giá hối đoái...

- Những điều kiện xã hội bao gồm:

+ Điều kiện về dân số,

+ Tuổi thọ bình quân của người dân,

+ Trình độ học vấn,

+ Tỷ lệ tử vong của trẻ sơ sinh.

Điều kiện xã hội để phát triển bảo hiểm nhân thọ ở một số nước châu Á

Nước	Tuổi thọ bình quân của người dân	Tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh (%)	Số dân trên 1 bác sỹ	Tỷ lệ người dân biết chữ %
1. Việt Nam	67	38	2.854	90
2. Nhật Bản	79	5	608	99
3. Singapore	74	6	822	91
4. Malaixia	71	15	2.701	79
5. Thái Lan	69	27	5.080	93
6. Philippine	65	41	8.117	90
7. In đônexia	60	74	7.028	77
8. Trung Quốc	70	38	1.012	73
9. Ấn Độ	60	90	2.459	52
10. Hàn Quốc	75	9	712	95

(Nguồn: Bộ Tài chính Việt Nam – 1996)

Ngoài điều kiện kinh tế - xã hội, thì môi trường pháp lý cũng ảnh hưởng không nhỏ đến sự ra đời và phát triển của bảo hiểm nhân thọ. Thông thường ở các nước, luật kinh doanh bảo hiểm, các văn bản, quy định có tính pháp quy phải ra đời trước khi ngành bảo hiểm phát triển. Luật bảo hiểm và các văn bản có liên quan sẽ đề cập cụ thể đến các vấn đề như: tài chính, đầu tư, hợp đồng, thuế.v.v.. Đây là những vấn đề mang tính chất sống còn cho hoạt động kinh doanh bảo hiểm nhân thọ. Chẳng hạn, ở một số nước phát triển như: Anh, Pháp, Đức v.v... Nhà nước thường tạo điều kiện thuận lợi cho bảo hiểm nhân thọ bằng cách có chính sách thuế ưu đãi. Mục đích là nhằm tạo ra cho các cá nhân cơ hội để tiết kiệm, tự mình lập nên quỹ hưu trí, từ đó cho phép giảm bớt phần trợ cấp từ Nhà nước. Mặt khác, còn đẩy mạnh được quá trình tập trung vốn trong các công ty bảo hiểm để từ đó có vốn dài hạn đầu tư cho nền kinh tế. Cũng vì những mục đích trên, mà một số nước châu Á như: Ấn Độ, Hồng Kông, Singapore... không đánh thuế doanh thu đối với các sản phẩm bảo hiểm nhân thọ. Sự ưu đãi này là đòn bẩy tích cực để bảo hiểm nhân thọ phát triển.

3. Các loại hình bảo hiểm nhân thọ cơ bản

Bảo hiểm nhân thọ đáp ứng được rất nhiều mục đích khác nhau. Đối với những người tham gia mục đích chính của họ hoặc là để bảo vệ con cái và những người ăn theo tránh khỏi những nỗi bất hạnh về cái chết bất ngờ của họ hoặc tiết kiệm để đáp ứng các nhu cầu về tài chính trong tương lai ... Do vậy, người bảo hiểm đã thực hiện đa dạng hoá các sản phẩm bảo hiểm nhân thọ, thực chất là đa dạng hoá các loại hợp đồng nhằm đáp ứng và thoả mãn mọi nhu cầu của người tham gia bảo hiểm. Trong thực tế, có 3 loại hình bảo hiểm nhân thọ cơ bản:

- Bảo hiểm trong trường hợp tử vong;
- Bảo hiểm trong trường hợp sống;
- Bảo hiểm nhân thọ hỗn hợp.

Ngoài ra, người bảo hiểm còn áp dụng các điều khoản bổ sung cho các loại hợp đồng bảo hiểm nhân thọ cơ bản như:

- Bảo hiểm tai nạn;
- Bảo hiểm sức khỏe;
- Bảo hiểm không nộp phí khi thương tật;
- Bảo hiểm cho người đóng phí v.v...

Thực chất, các điều khoản bổ sung không phải là bảo hiểm nhân thọ, vì không phụ thuộc vào sinh mạng, cuộc sống và tuổi thọ của con người, mà là bảo hiểm các rủi ro khác có liên quan đến con người. Tuy nhiên đôi khi người tham gia bảo hiểm vẫn thấy rất cần thiết phải tham gia để bổ sung cho hợp đồng cơ bản (hợp đồng tiêu chuẩn).

3.1. Bảo hiểm trong trường hợp tử vong

Đây là loại hình phổ biến nhất trong bảo hiểm nhân thọ và được chia thành 2 nhóm.

a) Bảo hiểm tử kỳ (còn được gọi là bảo hiểm tạm thời hay bảo hiểm sinh mạng có thời hạn).

Được ký kết bảo hiểm cho cái chết xảy ra trong thời gian đã quy định của hợp đồng. Nếu cái chết không xảy ra trong thời gian đó thì người được bảo hiểm không nhận được bất kỳ một khoản hoàn phí nào từ số phí bảo hiểm đã đóng. Điều đó, cũng có nghĩa là người bảo hiểm không phải thanh toán số tiền bảo hiểm cho người được bảo hiểm. Ngược lại, nếu cái chết xảy ra trong thời gian có hiệu lực của hợp đồng, thì người bảo hiểm phải có trách nhiệm thanh toán số tiền bảo hiểm cho người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm được chỉ định.

+ Đặc điểm:

- Thời hạn bảo hiểm xác định,
- Trách nhiệm và quyền lợi mang tính tạm thời,
- Mức phí bảo hiểm thấp vì không phải lập nên quỹ tiết kiệm cho người được bảo hiểm.

+ Mục đích:

- Đảm bảo các chi phí mai táng, chôn cất.
- Bảo trợ cho gia đình và người thân trong một thời gian ngắn.

- Thanh toán các khoản nợ nần về những khoản vay hoặc thế chấp của người được bảo hiểm.

Bảo hiểm tử kỳ còn được đa dạng hoá thành các loại hình sau:

- Bảo hiểm tử kỳ cố định: Có mức phí bảo hiểm và số tiền bảo hiểm cố định, không thay đổi trong suốt thời gian có hiệu lực của hợp đồng. Mức phí thấp nhất và người bảo hiểm không thanh toán khi hết hạn hợp đồng. Hợp đồng hết hiệu lực nếu sau ngày gia hạn hợp đồng không nộp phí bảo hiểm. Loại này chủ yếu nhằm thanh toán cho các khoản nợ tồn đọng trong trường hợp người được bảo hiểm bị tử vong.

- Bảo hiểm tử kỳ có thể tái tục: Loại này có thể được tái tục vào ngày kết thúc hợp đồng và không yêu cầu có thêm bằng chứng nào về sức khoẻ của người được bảo hiểm, nhưng có sự giới hạn về độ tuổi (thường độ tuổi tối đa là 65). Tại lúc tái tục, phí bảo hiểm tăng lên vì độ tuổi của người được bảo hiểm lúc này tăng lên.

Ví dụ: Anh A có độ tuổi là 45; anh không tham gia hợp đồng bảo hiểm tử kỳ với thời hạn 20 năm, mà chỉ tham gia với thời hạn 5 năm sau đó tái tục, sau mỗi thời kỳ là 5 năm. Nhưng sau mỗi lần tái tục phí sẽ tăng lên vì độ tuổi của anh ta tăng dần.

- Bảo hiểm tử kỳ có thể chuyển đổi: Đây là loại hình bảo

hiểm tử kỳ cố định nhưng cho phép người được bảo hiểm có sự lựa chọn chuyển đổi một phần hay toàn bộ hợp đồng thành một hợp đồng bảo hiểm nhân thọ trọn đời hay bảo hiểm nhân thọ hỗn hợp tại một thời điểm nào đó khi hợp đồng đang còn hiệu lực. Phí bảo hiểm được tính dựa trên hợp đồng bảo hiểm nhân thọ trọn đời hay hỗn hợp mới theo độ tuổi của người có hợp đồng.

Loại hợp đồng này phát hành như một sự bảo chứng cho khoản tiền vay. Đồng thời nó còn nhằm thực hiện yếu tố tiết kiệm trong tương lai của người được bảo hiểm.

- Bảo hiểm tử kỳ giảm dần: Đây là loại hình bảo hiểm mà có một bộ phận của số tiền bảo hiểm giảm hàng năm theo một mức quy định. Bộ phận này giảm tới 0 vào cuối kỳ hạn hợp đồng. Đặc điểm của loại này là:

- + Phí bảo hiểm giữ ở mức cố định.
- + Phí thấp hơn bảo hiểm tử kỳ cố định.
- + Giai đoạn nộp phí ngắn hơn toàn bộ thời hạn hợp đồng để tránh việc thanh toán vào cuối thời hạn của hợp đồng khi mà số tiền bảo hiểm còn rất nhỏ.

Loại hình bảo hiểm này đáp ứng nhu cầu của người tham gia, khi họ phải nợ một khoản tiền phải trả dần chẳng hạn: Anh C ở độ tuổi 31, anh mua 1 chiếc xe ô tô theo phương thức trả góp 10 năm. Đơn giá chiếc xe mua theo phương thức này là 100.000.000 VND, mỗi năm anh phải trả người bán ô tô 10.000.000 VND. Anh lựa chọn mua bảo hiểm?

- + Loại bảo hiểm tử kỳ giảm dần
- + Số tiền bảo hiểm: 120.000.000 VND

Trong đó có : 100.000.000 VND giảm dần hàng năm.

- + Thời hạn hợp đồng là 10 năm.

Như vậy, mỗi năm số tiền bảo hiểm giảm 10.000.000 VND tương ứng với số nợ giảm đi 10.000.000 VND mà anh C

đã trả. Nếu chẳng may năm 35 tuổi anh bị chết, quyền lợi bảo hiểm mà gia đình anh được nhận từ công ty bảo hiểm là: 70.000.000 VND. Với số tiền này, gia đình anh vẫn đủ để trả nợ và có tiền chi mai táng, khắc phục khó khăn sau cái chết của anh.

- Bảo hiểm tử kỳ tăng dần: Loại này được phát hành nhằm giúp người tham gia bảo hiểm có thể ngăn chặn được yếu tố lạm phát của đồng tiền. Có nghĩa là số tiền bảo hiểm thực trong hợp đồng bị giảm do đồng tiền sụt giá trong 1 khoảng thời gian. Để ngăn chặn có thể:

- + Tăng số tiền bảo hiểm theo 1 tỷ lệ % được lập hàng năm.

- + Hoặc đưa ra các loại hợp đồng ngắn hạn và sau đó tái tục với một số tiền bảo hiểm tăng dần.

Như vậy, loại hợp đồng này có đặc điểm là phí bảo hiểm sẽ tăng dần theo số tiền bảo hiểm và phải dựa trên tuổi tác của người được bảo hiểm khi tái tục hợp đồng.

- Bảo hiểm thu nhập gia đình: Loại hình bảo hiểm này nhằm đảm bảo thu nhập cho 1 gia đình khi không may người trụ cột trong gia đình bị chết. Quyền lợi bảo hiểm mà gia đình nhận được sau cái chết của người trụ cột có thể:

- + Nhận được toàn bộ (trọn gói).

- + Nhận được từng phần dần dần cho đến khi hết hạn hợp đồng.

Nếu người được bảo hiểm còn sống đến hết hạn hợp đồng, gia đình sẽ không nhận được bất kỳ một khoản thanh toán nào từ công ty bảo hiểm.

- Bảo hiểm thu nhập gia đình tăng lên: Loại hình bảo hiểm này cũng nhằm tránh yếu tố lạm phát của đồng tiền. Đảm bảo các khoản thanh toán của công ty bảo hiểm cho gia

dinh không may có người được bảo hiểm bị chết, tương ứng với số tiền bảo hiểm khi mới ký hợp đồng.

- Bảo hiểm tử kỳ có điều kiện: Điều kiện ở đây là việc thanh toán trợ cấp chỉ được thực hiện khi người được bảo hiểm bị chết, đồng thời người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm được chỉ định trong hợp đồng phải còn sống.

b) Bảo hiểm nhân thọ trọn đời: (Bảo hiểm trường sinh)

Loại hình bảo hiểm này cam kết chi trả cho người thụ hưởng bảo hiểm một số tiền bảo hiểm đã được ấn định trên hợp đồng, khi người được bảo hiểm chết vào bất cứ lúc nào kể từ ngày ký hợp đồng. Phương châm của người bảo hiểm ở đây là: “Bảo hiểm đến khi chết”. Ngoài ra, có một số trường hợp loại hình bảo hiểm này còn đảm bảo chi trả cho người được bảo hiểm ngay cả khi họ sống đến 100 tuổi.

+ Đặc điểm:

- Số tiền bảo hiểm trả một lần khi người được bảo hiểm bị chết.

- Thời hạn bảo hiểm không xác định.

- Phí bảo hiểm có thể đóng một lần hoặc đóng định kỳ và không thay đổi trong suốt quá trình bảo hiểm.

- Phí bảo hiểm cao hơn so với bảo hiểm sinh mạng có thời hạn, vì rủi ro chết chắc chắn sẽ xảy ra, nên số tiền bảo hiểm chắc chắn phải chi trả.

- Bảo hiểm nhân thọ trọn đời là loại hình bảo hiểm dài hạn, phí đóng định kỳ và không thay đổi trong suốt quá trình bảo hiểm, do đó đã tạo nên một khoản tiết kiệm cho người thụ hưởng bảo hiểm vì chắc chắn người bảo hiểm sẽ chi trả số tiền bảo hiểm.

+ Mục đích:

- Đảm bảo các chi phí mai táng, chôn cất.

- Bảo đảm thu nhập để ổn định cuộc sống gia đình.
- Giữ gìn tài sản, tạo dựng và khởi nghiệp kinh doanh cho thế hệ sau.

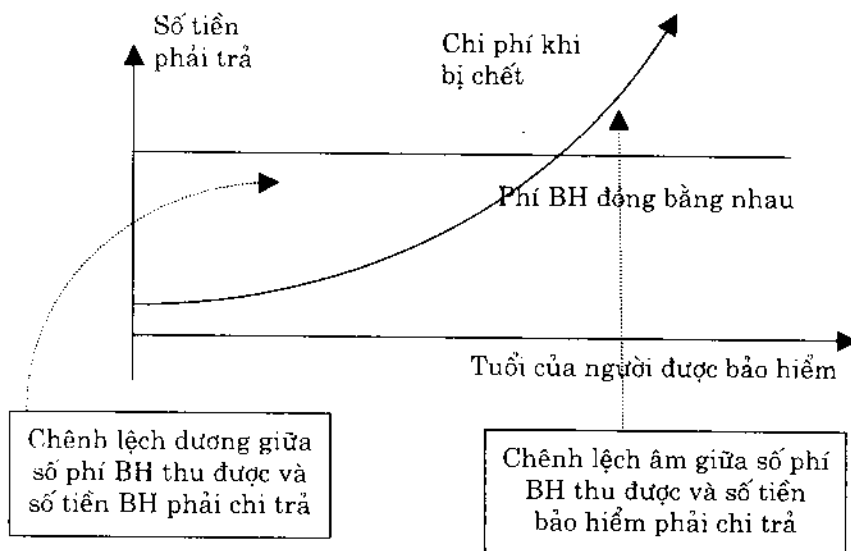
Hiện nay, loại hình bảo hiểm này thường có các loại hợp đồng sau:

- Bảo hiểm nhân thọ trọn đời phi lợi nhuận: Loại này có mức phí và số tiền bảo hiểm cố định suốt cuộc đời. Vì vậy, khi thanh toán số tiền bảo hiểm cho người thụ hưởng không có khoản lợi nhuận được chia.

- Bảo hiểm nhân thọ trọn đời có tham gia chia lợi nhuận: Loại hợp đồng này cũng tương tự như loại trên, nhưng khi thanh toán số tiền bảo hiểm cho người thụ hưởng quyền lợi, họ được chia một phần lợi nhuận như đã thoả thuận trong hợp đồng.

- Bảo hiểm nhân thọ trọn đời đóng phí liên tục: Loại này yêu cầu người được bảo hiểm phải đóng phí liên tục cho tới khi chết. Vì đóng phí liên tục nên số phí phải đóng hàng năm sẽ thấp hơn so với các loại hợp đồng khác và mức phí này là bằng nhau giữa các năm.

Với mức phí phải đóng bằng nhau giữa các năm thì thời kỳ đầu, người bảo hiểm thu được số phí lớn hơn mức cần thiết để chi trả cho những người chết sớm. Sau một khoảng thời gian, xác suất tử vong của những người tham gia sẽ ngày càng cao hơn, số tiền chi trả tất yếu sẽ tăng thêm. Như vậy, khoản tiền dôi ra trong thời kỳ đầu cùng với số lãi thu được sẽ bù đắp để chi trả cho giai đoạn sau và hợp đồng được duy trì ổn định, an toàn. Điều này được thể hiện rõ trong mô hình sau:



Qua hình vẽ trên chúng ta thấy, số tiền chi trả cho những người bị chết đã vượt xa số phí bảo hiểm đóng bằng nhau khi người được bảo hiểm ngày càng già hơn. Chênh lệch âm này được bù đắp bởi khoản chênh lệch dương trong những năm đầu người được bảo hiểm còn trẻ.

- Bảo hiểm nhân thọ trọn đời phí đóng một lần:

Đây là loại hình bảo hiểm mà người được bảo hiểm chỉ đóng phí một lần khi ký hợp đồng, còn người bảo hiểm phải đảm bảo chi trả bất cứ lúc nào khi cái chết của người được bảo hiểm xuất hiện. Khoản phí đóng một lần là khá lớn nên người tham gia hạn chế. Loại hợp đồng này rất cổ điển, tuy nhiên nó vẫn được sử dụng để đáp ứng những nhu cầu của những người có thu nhập cao trong xã hội.

Ví dụ: khi người thanh niên 25 tuổi ở Mỹ mua bảo hiểm loại này với số tiền bảo hiểm là 1.000 USD, anh ta phải đóng phí 1 lần khi ký hợp đồng là 350 USD. Tương ứng với số tiền bảo hiểm 100.000 USD, anh ta phải đóng phí 35.000 USD.

- Bảo hiểm nhân thọ trọn đời quy định số lần đóng phí

bảo hiểm: Loại này không đòi hỏi người được bảo hiểm phải đóng phí liên tục hay 1 lần, mà quy định rõ số năm đóng phí bảo hiểm. Ví dụ: đóng làm 5 lần, 10 lần, 15 lần, hoặc đóng đến một độ tuổi quy định, chẳng hạn đến 60 hoặc 65 tuổi. Tổng số phí đóng mỗi lần phụ thuộc vào số lần đóng phí. Nếu người được bảo hiểm chết trước khi hết thời hạn đóng phí thì quyền lợi bảo hiểm sẽ được thanh toán cho người thụ hưởng bảo hiểm và không phải trả thêm các khoản phí còn chưa trả hết.

Loại hợp đồng này rất phù hợp với những người sau khi nghỉ hưu, thu nhập giảm, việc tiếp tục đóng phí bảo hiểm là một gánh nặng đối với họ, trong khi họ vẫn có nhu cầu được bảo hiểm.

3.2. Bảo hiểm trong trường hợp sống (còn gọi là bảo hiểm sinh kỳ)

Thực chất của loại hình bảo hiểm này là người bảo hiểm cam kết chi trả những khoản tiền đều đặn trong một khoảng thời gian xác định hoặc trong suốt cuộc đời người tham gia bảo hiểm. Nếu người được bảo hiểm chết trước ngày đến hạn thanh toán thì sẽ không được chi trả bất kỳ một khoản tiền nào.

+ Đặc điểm:

- Trợ cấp định kỳ cho người được bảo hiểm trong thời gian xác định hoặc cho đến khi chết.

- Phí bảo hiểm đóng một lần.

- Nếu trợ cấp định kỳ đến khi chết thì thời gian không xác định.

+ Mục đích:

- Đảm bảo thu nhập cố định sau khi về hưu hay tuổi cao sức yếu.

- Giảm bớt nhu cầu phụ thuộc vào phúc lợi xã hội hoặc con cái khi tuổi già.

- Bảo trợ mức sống trong những năm tháng còn lại của cuộc đời.

Như vậy, với một khoản phí bảo hiểm phải nộp khi ký hợp đồng mà người tham gia lựa chọn, người bảo hiểm sẽ thanh toán một khoản trợ cấp định kỳ hàng tháng cho người được bảo hiểm. Nếu khoản trợ cấp này thanh toán định kỳ cho đến hết đời, người ta gọi là “bảo hiểm niên kim nhân thọ trọn đời”. Nếu chỉ được thanh toán trong một thời kỳ nhất định người ta gọi là “Bảo hiểm niên kim nhân thọ tạm thời”.

Các khoản trợ cấp định kỳ chỉ bắt đầu được thanh toán vào một ngày ấn định và chỉ được trả khi người được bảo hiểm còn sống. Tuy nhiên, có một số công ty bảo hiểm còn áp dụng các điều khoản bổ sung để hoàn phí bảo hiểm cho người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm khi người được bảo hiểm bị tử vong. Thế nhưng trường hợp này rất ít thấy.

Loại hình bảo hiểm này rất phù hợp với những người khi về hưu hoặc những người không được hưởng tiền trợ cấp hưu trí từ BHXH đến độ tuổi tương ứng với tuổi về hưu đăng ký tham gia, để được hưởng những khoản trợ cấp định kỳ hàng tháng. Vì vậy, tên gọi “Bảo hiểm tiền trợ cấp hưu trí”, “Bảo hiểm tiền hưu”; “Niên kim nhân thọ” v.v... được các công ty bảo hiểm vận dụng linh hoạt.

3.3. Bảo hiểm nhân thọ hỗn hợp

Thực chất của loại hình bảo hiểm này là bảo hiểm cả trong trường hợp người được bảo hiểm bị tử vong hay còn sống. Yếu tố tiết kiệm và rủi ro đan xen nhau vì thế nó được áp dụng rộng rãi ở hầu hết các nước trên thế giới.

- + Đặc điểm:

- Số tiền bảo hiểm được trả khi: Hết hạn hợp đồng hoặc

người được bảo hiểm bị tử vong trong thời hạn bảo hiểm.

- Thời hạn bảo hiểm xác định (thường là 5 năm, 10 năm, 20 năm...)

- Phí bảo hiểm thường đóng định kỳ và không thay đổi trong suốt thời hạn bảo hiểm.

- Có thể được chia lãi thông qua đầu tư phí bảo hiểm và cũng có thể được hoàn phí khi không có điều kiện tiếp tục tham gia.

+ Mục đích:

- Đảm bảo ổn định cuộc sống gia đình và người thân.

- Tạo lập quỹ giáo dục, hưu trí, trả nợ.

- Dùng làm vật thế chấp vay vốn hoặc khởi nghiệp kinh doanh...

Khi triển khai bảo hiểm nhân thọ hỗn hợp, các công ty bảo hiểm có thể đa dạng hoá loại sản phẩm này bằng các hợp đồng có thời hạn khác nhau, hợp đồng phi lợi nhuận, có lợi nhuận và các loại hợp đồng khác tùy theo tình hình thực tế.

3.4. Các điều khoản bảo hiểm bổ sung

Khi triển khai các loại hình bảo hiểm nhân thọ, nhà bảo hiểm còn nghiên cứu, đưa ra các điều khoản bổ sung để đáp ứng nhu cầu đa dạng của người dân. Có các điều khoản bổ sung sau đây thường hay được vận dụng:

- Điều khoản bổ sung bảo hiểm nằm viện và phẫu thuật: Có nghĩa là nhà bảo hiểm cam kết trả các chi phí nằm viện và phẫu thuật cho người được bảo hiểm khi họ bị ốm đau, thương tích. Tuy nhiên, nếu người được bảo hiểm tự gây thương tích, tự tử, mang thai và sinh nở... thì không được hưởng quyền lợi bảo hiểm. Mục đích của điều khoản này nhằm trợ giúp người tham gia giảm nhẹ gánh nặng chi phí trong điều trị phẫu thuật, đặc biệt là trong các trường hợp ốm đau, thương tích bất ngờ.

- Điều khoản bổ sung bảo hiểm tai nạn: Nhằm trợ giúp thanh toán chi phí trong điều trị thương tật, từ đó bù đắp sự mất mát hoặc giảm thu nhập do bị chết hoặc thương tích của người được bảo hiểm. Điều khoản bảo hiểm này có đặc điểm là bảo hiểm khá toàn diện các hậu quả tai nạn như: Người được bảo hiểm bị tàn phế, thương tật toàn bộ, thương tích tạm thời và bị tai nạn sau đó bị chết. Những trường hợp tự thương, tai nạn do nghiện rượu, ma túy, tự tử... sẽ không được hưởng quyền lợi bảo hiểm.

- Điều khoản bổ sung bảo hiểm sức khỏe: Thực chất của điều khoản này là nhà bảo hiểm sẽ cam kết thanh toán khi người được bảo hiểm bị các chứng bệnh hiểm nghèo như:

- + Đau tim
- + Ung thư
- + Suy gan
- + Suy thận
- + Suy hô hấp...

Mục đích tham gia bảo hiểm ở đây nhằm có được những khoản tài chính nhất định để trợ giúp thanh toán các khoản chi phí y tế lớn và góp phần giải quyết, lo liệu các nhu cầu sinh hoạt ngay trong thời gian điều trị.

Ngoài ra, trong một số hợp đồng bảo hiểm nhân thọ, các nhà bảo hiểm còn đưa ra những điểm bổ sung khác như: hoàn phí bảo hiểm, miễn thanh toán phí khi bị tai nạn, thương tật v.v... nhằm tăng tính hấp dẫn để thu hút người tham gia.

Mặc dù có mức phí cao hơn, nhưng các hợp đồng bảo hiểm nhân thọ có các điều khoản bổ sung đã đáp ứng được nhu cầu đa dạng của người tham gia bảo hiểm.

4. Phí bảo hiểm nhân thọ

Đặc điểm thứ 4 (trong mục 2.2.4) đã chỉ rõ, việc xác định

phí bảo hiểm nhân thọ khá phức tạp, bởi vì nó chịu sự ảnh hưởng của nhiều yếu tố khác nhau. Do đó, quá trình định phí để đưa ra được một bảng phí đầy đủ, phù hợp với đặc điểm của từng loại sản phẩm bảo hiểm nhân thọ phải tuân thủ một số nguyên tắc nhất định.

4.1. Nguyên tắc định phí bảo hiểm nhân thọ

- Phí bảo hiểm nhân thọ được xác định sao cho tất cả các khoản thu trong tương lai phải đủ để trang trải các khoản chi phí và các khoản tiền bảo hiểm, đồng thời mang lại lợi nhuận hợp lý cho công ty. Đây không chỉ là nguyên tắc mà còn là mục tiêu số một của các công ty bảo hiểm. Khác với bảo hiểm phi nhân thọ, trong bảo hiểm nhân thọ thời gian có hiệu lực của các loại hợp đồng kéo dài, do đó các khoản thu, chi của từng hợp đồng, từng loại hình bảo hiểm nhân thọ có sự biến động rất lớn trong tương lai. Cho nên các chuyên viên tính phí phải xác định chính xác để quỹ bảo hiểm thực hiện được các mục đích của nó và đáp ứng được các khoản thanh toán cần thiết khi có yêu cầu.

- Phí phải được tính toán dựa trên những cơ sở khoa học nhất định. Chẳng hạn phải dựa vào quy luật số lớn trong toán học, vào bảng tỷ lệ tử vong trong thống kê, quy luật về giới tính và quy luật tuổi thọ tăng dần trong dân số và nhân khẩu học, quy luật về lạm phát của đồng tiền trong các nền kinh tế v.v...

- Quá trình định phí phải dựa vào một số giả định. Các giả định phải đảm bảo tính thống nhất và hợp lý. Thường có các giả định sau đây được vận dụng khi xác định phí bảo hiểm nhân thọ:

+ Giả định về tỷ lệ tử vong giữa các ngành nghề, các vùng địa lý, các địa phương (giả định giống nhau hay không giống nhau).

+ Giả định về tỷ lệ lãi suất giữa các loại hình đầu tư, tỷ trọng lãi suất trong từng loại hình đầu tư.

+ Giả định về chi phí (cao hơn hay thấp hơn) giữa các bộ phận như: đại lý, Marketing, quản lý, thuê văn phòng....

+ Giả định tỷ lệ hợp đồng bị huỷ bỏ.

+ Giả định về thời gian thanh toán...

- Phí bảo hiểm nhân thọ còn phải đảm bảo yếu tố cạnh tranh. Yếu tố này phụ thuộc vào thị trường hiện tại cũng như tương lai của công ty, thuế và một số vấn đề liên quan đến hệ thống quản lý vĩ mô của Chính phủ.

4.2. Bảng tỷ lệ tử vong

Để xác định được mức phí thuần trong các hợp đồng bảo hiểm nhân thọ, các công ty bảo hiểm đã tìm đến các bảng tỷ lệ tử vong, coi bảng tỷ lệ tử vong là cơ sở khoa học quan trọng nhất trong quá trình định phí.

Bảng tỷ lệ tử vong là bảng thống kê được xây dựng trên cơ sở điều tra về nhân khẩu và tình hình tử vong của các tầng lớp dân cư. Quá trình điều tra để xây dựng nên bảng tỷ lệ tử vong phải đảm bảo quy luật số lớn trong toán học. Nếu điều tra ở một số lớn tập hợp người ta có thể kết luận: không thể tiên đoán được thời hạn sống của từng người; nhưng xét trên một tổng thể số đông thì xác suất số người chết ở một độ tuổi nào đó xuất hiện với một số gần như không đổi. Đây chính là cơ sở xây dựng bảng tỷ lệ tử vong và cũng là cơ sở để xác định phí bảo hiểm nhân thọ.

Tỷ lệ tử vong là tỷ số giữa số người chết trong một khoảng thời gian nhất định trên tổng số người sống tại thời điểm khởi đầu khoảng thời gian đó. Ngược lại, tỷ lệ sống (còn gọi là tỷ lệ sinh tồn) là tỷ số giữa số người còn sống sau một khoảng thời gian nhất định trên tổng số người sống tại thời điểm khởi đầu khoảng thời gian đó. Thông thường, khoảng

thời gian được tính là 1 năm, tỷ lệ tử vong, tỷ lệ sống được xác định theo giới tính và độ tuổi.

Ví dụ: Số nam giới sống ở độ tuổi 30 là 100.000 người, số tử vong trong độ tuổi 30 là 100 người, ta có:

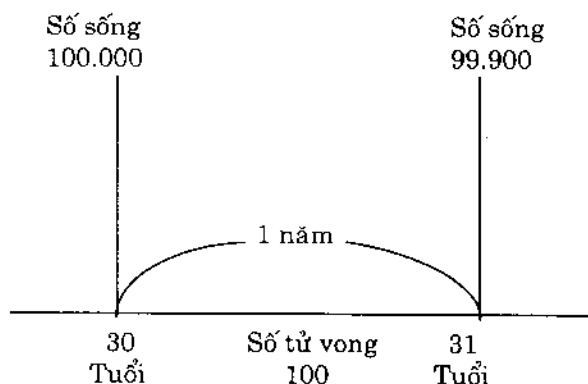
$$\text{Tỷ lệ tử vong ở độ tuổi 30} = 100/100.000 = 0,001$$

$$\begin{aligned}\text{Tỷ lệ sống ở độ tuổi 30} &= (100.000 - 100)/100.000 \\ &= 99.900/100.000 = 0,999\end{aligned}$$

Đồng thời ta cũng thấy:

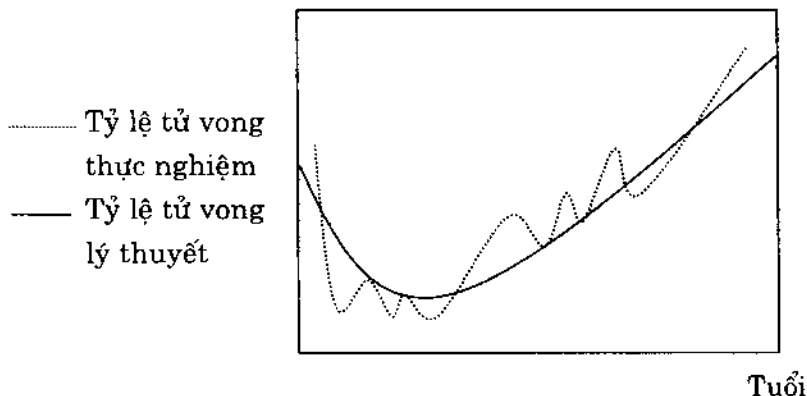
$$\text{Tỷ lệ tử vong} + \text{Tỷ lệ sống} = 0,001 + 0,999 = 1$$

Điều đó nói lên rằng chắc chắn chỉ có một trong hai khả năng có thể xảy ra: Sống và chết.



Tỷ lệ tử vong ở mỗi độ tuổi, mỗi loại giới tính, mỗi vùng và địa phương khác nhau là khác nhau. Nếu biểu diễn trên đồ thị ta sẽ thấy nó có hình zic-zắc, đó chính là đồ thị biểu diễn tỷ lệ tử vong thực nghiệm. Nếu sử dụng các giải pháp toán học để điều chỉnh các tỷ lệ tử vong thực nghiệm thành dạng đồ thị đồng đều, liên tục hơn, lúc này gọi là tỷ lệ tử vong lý thuyết.

Tỷ lệ tử vong



- Kết cấu của một bảng tỷ lệ tử vong, trong hầu hết các trường hợp, độ tuổi đầu tiên được đưa vào bảng là 0 tuổi và số người khởi đầu thường là một số chẵn lớn, chẳng hạn như 100.000 người hoặc 1.000.000 người. Độ tuổi cuối cùng trong bảng là độ tuổi mà không ai còn sống. Trên thế giới, các ký hiệu sau đây được sử dụng thống nhất để lập bảng tỷ lệ tử vong:

x - Độ tuổi

q_x - Tỷ lệ tử vong ở độ tuổi x

P_x - Tỷ lệ sống ở độ tuổi x

l_x - Số người sống tại độ tuổi x

d_x - Số người tử vong giữa độ tuổi x và $(x+1)$

Bảng tỷ lệ tử vong (Nam giới)

Tuổi (x)	Số sống (l_x)	Số tử vong (d_x)	Tỉ lệ sinh tồn (P_x)	Tỉ lệ tử vong (q_x)
0	100000	137	0,99863	0,00137
1	99863	98	0,99902	0,00098
2	99765	67	0,99933	0,00067

Tuổi (x)	Số sống (l_x)	Số tử vong (d_x)	Tỉ lệ sinh tồn (P_x)	Tỉ lệ tử vong (q_x)
3	99698	48	0,99952	0,00048
4	99650	39	0,99961	0,00039
5	99611	36	0,99964	0,00036
6	99575	34	0,99966	0,00034
7	99541	31	0,99969	0,00031
8	99510	26	0,99974	0,00026
9	99484	22	0,99978	0,00022
10	99462	19	0,99981	0,00019
11	99443	17	0,99983	0,00017
12	99426	20	0,99980	0,00020
13	99406	29	0,99971	0,00029
14	99377	42	0,99958	0,00042
15	99335	58	0,99942	0,00058
16	99277	75	0,99924	0,00076
17	99202	94	0,99905	0,00095
18	99108	108	0,99891	0,00109
19	99000	116	0,99883	0,00117
20	98884	118	0,99881	0,00119
21	98766	113	0,99886	0,00114
22	98653	102	0,99897	0,00103
23	98551	95	0,99904	0,00096
24	98456	91	0,99908	0,00092
25	98365	90	0,99909	0,00091
26	98275	88	0,99910	0,00090
27	98187	87	0,99911	0,00089
28	98100	85	0,99913	0,00087

Tuổi (x)	Số sống (l_x)	Số tử vong (d_x)	Tỉ lệ sinh tồn (P_x)	Tỉ lệ tử vong (q_x)
29	98015	84	0,99914	0,00086
30	97931	84	0,99914	0,00086
31	97847	85	0,99913	0,00087
32	97762	89	0,99909	0,00091
33	97613	95	0,99903	0,00097
34	97578	101	0,99896	0,00104
35	97477	107	0,99890	0,00110
36	97370	115	0,99882	0,00118
37	97255	124	0,99873	0,00127
38	97131	134	0,99862	0,00152
39	96997	147	0,99848	0,00152
40	96850	162	0,99833	0,00167
41	96688	178	0,99816	0,00184
42	96510	193	0,99800	0,00200
43	96317	210	0,99782	0,00218
44	96107	228	0,99763	0,00237
45	95879	247	0,99742	0,00258
46	95632	272	0,99716	0,00284
47	95360	300	0,99685	0,00315
48	95060	334	0,99649	0,00351
49	94726	373	0,99606	0,00394
50	94353	417	0,99558	0,00442
51	93936	464	0,99506	0,00494
52	93472	503	0,99462	0,00538
53	92969	546	0,99413	0,00587
54	92423	594	0,99357	0,00643

Tuổi (x)	Số sống (l_x)	Số tử vong (d_x)	Tỉ lệ sinh tồn (P_x)	Tỉ lệ tử vong (q_x)
55	91829	647	0,99295	0,00705
56	91182	699	0,99233	0,00767
57	90483	746	0,99176	0,00824
58	89737	795	0,99114	0,00886
59	88942	846	0,99049	0,00951
60	88096	900	0,98978	0,0122
61	87196	960	0,98899	0,01104
62	86236	1038	0,98796	0,01204
63	85198	1124	0,98681	0,01319
64	84074	1218	0,98551	0,01449
65	82856	1321	0,98406	0,01594
66	81535	1433	0,98242	0,01758
67	80102	1554	0,98060	0,01940
68	78548	1685	0,97855	0,02145
69	76863	1825	0,97626	0,02374
70	75038	1976	0,97367	0,02633
71	73062	2135	0,97078	0,02922
72	70927	2302	0,96754	0,03246
73	68625	2477	0,96391	0,03609
74	66148	2656	0,95985	0,04015
75	63492	2837	0,95532	0,04468
76	60655	3018	0,95024	0,04976
77	57637	3195	0,94457	0,05543
78	54442	3363	0,93823	0,06177
79	51079	3516	0,93117	0,06883
80	47563	3649	0,92328	0,07672

Tuổi (x)	Số sống (l_x)	Số tử vong (d_x)	Tỉ lệ sinh tồn (P_x)	Tỉ lệ tử vong (q_x)
81	43914	3755	0,91449	0,08551
82	40159	3826	0,90473	0,09527
83	36333	3855	0,89390	0,10610
84	32478	3837	0,88186	0,11814
85	28641	3765	0,86855	0,13145
86	24876	3637	0,85379	0,14621
87	21239	3451	0,83752	0,16248
88	17788	3209	0,81960	0,18040
89	14579	2917	0,79992	0,20008
90	11662	2584	0,77839	0,22161
91	9078	2225	0,75487	0,24513
92	6852	1855	0,72929	0,27071
93	4997	1491	0,70156	0,29844
94	3506	1151	0,67168	0,32832
95	2355	849	0,63960	0,36040
96	1506	594	0,60537	0,39463
97	912	393	0,56909	0,43091
98	519	243	0,53091	0,46909
99	275	140	0,49105	0,50895
100	135	74	0,44981	0,55019
101	61	36	0,40759	0,59241
102	25	16	0,36486	0,63514
103	9	6	0,32215	0,67785
104	3	2	0,28008	0,71992
105	1	1	0,00000	1,00000

- Mối quan hệ giữa các chỉ tiêu của bảng tỷ lệ tử vong trên được thể hiện như sau:

+ Tỷ lệ tử vong ở độ tuổi x:

$$q_x = \frac{d_x}{l_x}$$

+ Tỷ lệ sống ở độ tuổi x :

$$P_x = \frac{l_{x+1}}{l_x}$$

+ Số người tử vong giữa độ tuổi x và x+1:

$$d_x = l_x - l_{x+1}$$

+ Tổng tỷ lệ tử vong và tỷ lệ sống:

$$P_x + q_x = 1$$

Ví dụ: Tính những chỉ tiêu trên ở độ tuổi 30 của bảng tỷ lệ tử vong:

$$q_{30} = \frac{d_{30}}{l_{30}} = \frac{84}{97.931} = 0,00086$$

$$\begin{aligned} d_{30} &= l_{30} - l_{31} \\ &= 97.931 - 97.847 = 84 \end{aligned}$$

$$P_{30} = \frac{l_{31}}{l_{30}} = \frac{97.847}{97.931} = 0,99914$$

$$P_{30} + q_{30} = 0,99914 + 0,00086 = 1$$

Cũng dựa vào bảng tỷ lệ tử vong, có thể tính được các hàm nhân thọ ở các độ tuổi và các khoảng thời gian khác nhau. Giá trị tính ra của các hàm nhân thọ là cực kỳ quan trọng, giúp xác định các mức phí khác nhau. Có nhiều hàm nhân thọ, ở đây chỉ xin giới thiệu 2 loại hàm nhân thọ phổ biến và hay dùng nhất:

+ Xác suất một người ở độ tuổi x sống tiếp được n năm:

$${}_n P_x = \frac{l_{x+n}}{l_x}$$

+ Xác suất một người ở độ tuổi x chết trong vòng n năm:

$${}_n q_x = \frac{l_x - l_{x+n}}{l_x} \quad {}_n q_x = 1 - {}_n P_x$$

Trong đó:

${}_n P_x$ - Xác suất một người ở độ tuổi x sống tiếp được n năm (đến x+n)

${}_n q_x$ - Xác suất một người ở độ tuổi x chết trong vòng n năm (từ x đến x+n)

l_x - Số người sống ở độ tuổi x

l_{x+n} - Số người sống ở độ tuổi x+n

$(l_x - l_{x+n})$ - Số người chết giữa tuổi x và x+n

Ví dụ: Theo bảng tỷ lệ tử vong trên, chọn x là độ tuổi 30 và n = 5. Ta có:

$$l_{30} = 97.931$$

$$l_{30+5} = l_{35} = 97.477$$

$$l_{30} - l_{30+5} = 97.931 - 97.477 = 454$$

Vậy:

$${}_5 P_{30} = \frac{l_{30+5}}{l_{30}} = \frac{97.477}{97.931} = 0,9953$$

$${}_5 q_{30} = \frac{l_{30} - l_{30+5}}{l_{30}} = \frac{454}{97.931} = 0,0047$$

$${}_5 P_{30} + {}_5 q_{30} = 0,9953 + 0,0047 = 1$$

- Trong thực tế, có 2 loại bảng tỷ lệ tử vong:

+ Bảng dân số: Bảng này cho biết mức tử vong của dân số ở một nước hay một vùng cụ thể. Bảng được lập sau những cuộc điều tra dân số, số lượng tử vong được thu thập từ các số

liệu thống kê dân số.

+ Bảng tỷ lệ tử vong kinh nghiệm: Bảng này cho biết tình hình tử vong của những người được bảo hiểm tại các công ty bảo hiểm nhân thọ, phản ánh mức tử vong thực tế đã xảy ra. Thông thường bảng tỷ lệ tử vong kinh nghiệm có tỷ lệ tử vong thấp hơn bảng dân số vì các công ty bảo hiểm nhân thọ lựa chọn rủi ro để bảo hiểm thông qua kiểm tra sức khỏe hay dựa vào kê khai sức khỏe.

- Các bảng tỷ lệ tử vong thường có những đặc điểm chung là:

+ Tỷ lệ tử vong hầu như tăng dần theo độ tuổi.

+ Tỷ lệ tử vong của nữ thường thấp hơn của nam giới (ở Ấn Độ, Băng-la-đét cao hơn).

+ Tỷ lệ tử vong của những bảng lập sau thường thấp hơn những bảng lập trước, vì xu hướng chung là tuổi thọ của con người ngày càng cao, do mức sống và các điều kiện kinh tế - xã hội ngày càng cao và tốt hơn.

4.3. Lãi suất trong bảo hiểm nhân thọ

Các loại hợp đồng bảo hiểm nhân thọ thường có thời gian dài và phần lớn lại thu phí định kỳ, do vậy người bảo hiểm sau khi thu phí phải tiến hành đầu tư để thu lợi nhuận. Đầu tư để thu lợi nhuận là một trong những yếu tố làm giảm phí bảo hiểm. Trong trường hợp đầu tư có hiệu quả, việc tính toán kết quả đầu tư thu được sau một quãng thời gian nhất định được gọi là tính toán tiền lãi. Một số khái niệm được sử dụng ở đây là:

- Tiền lãi là số tiền thu nhập từ quỹ đầu tư

- Tiền gốc là quỹ đầu tư để thu lãi

- Lãi suất là tỷ lệ phần trăm tiền lãi thu được trên tổng quỹ đầu tư sau những thời gian đều đặn, thường là 1 năm.

- Tiền lãi gồm có 2 loại:

+ Lãi đơn: Là tiền lãi thu được trong các thời kỳ đều không được tái đầu tư, có nghĩa là tiền lãi chỉ được tính trên khoản tiền gốc ban đầu.

$$\text{Tiền lãi} = (\text{Tiền gốc}) \times (\text{Thời kỳ đầu tư}) \times (\text{Lãi suất})$$

$$\text{Tiền gốc cộng lãi} = (\text{Tiền gốc}) + (\text{Tiền lãi})$$

$$= (\text{Tiền gốc}) \times [1 + (\text{Thời kỳ đầu tư}) \times (\text{Lãi suất})]$$

Ví dụ: Giả sử tiền gốc là 100.000VND và lãi suất là 4% một năm.

Tính tiền lãi và tiền gốc cộng lãi vào thời điểm cuối năm thứ nhất, năm thứ 2 và năm thứ 10 bằng phương pháp lãi đơn.

Ta có:

$$* \text{ Tiền lãi 1 năm} = 100.000 \times 1 \times 0,04 = 4.000 \text{ VND}$$

$$\begin{aligned} * \text{ Tiền gốc cộng lãi} \\ \text{vào cuối năm thứ nhất} &= 100.000 \times (1 + 1 \times 0,04) \\ &= 104.000 \text{ VND} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} * \text{ Tiền gốc cộng lãi vào} \\ \text{cuối năm thứ hai} &= 100.000 \times (1 + 2 \times 0,04) \\ &= 108.000 \text{ VND} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} * \text{ Tiền gốc cộng lãi vào} \\ \text{cuối năm thứ mười} &= 100.000 \times (1 + 10 \times 0,04) \\ &= 140.000 \text{ VND} \end{aligned}$$

Vậy: Nếu gọi K là tiền gốc, n là thời kỳ đầu tư và i là lãi suất thực.

Tính: Số tiền lãi thu được trong thời kỳ đầu tư (ký hiệu là I) và Tiền gốc cộng lãi vào cuối thời kỳ đầu tư (ký hiệu là S).

Ta có các công thức:

$$I = K \cdot n \cdot i$$

$$S = K + I = K(1 + ni)$$

+ Lãi gộp: là tiền lãi thu được, được tái đầu tư và sinh lời giống như tiền gốc.

Lúc này:

$$\text{Tiền gốc cộng lãi} = (\text{Tiền gốc}) \times [1 + (\text{Lãi suất})]^{\text{Thời kỳ đầu tư}}$$

Ví dụ: Giả sử tiền gốc là 100.000 VND và lãi suất là 4% một năm. Tính tiền gốc cộng lãi vào thời điểm cuối năm thứ nhất, năm thứ 2 và năm thứ 10 bằng phương pháp lãi gộp:

Ta có:

$$\begin{aligned} * \text{Tiền gốc cộng lãi vào} \\ \text{cuối năm thứ nhất} &= 100.000 \times (1 + 0,04) \\ &= 104.000 \text{ VND} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} * \text{Tiền gốc cộng lãi vào} \\ \text{cuối năm thứ hai} &= 100.000 \times (1+0,04)^2 \\ &= 108.160 \text{ VND} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} * \text{Tiền gốc cộng lãi vào} \\ \text{cuối năm thứ mười} &= 100.000 \times (1 + 0,04)^{10} \\ &= 148.024 \text{ VND} \end{aligned}$$

Vẫn ký hiệu như ở trên, ta có công thức tính:

$$S = K(1+i)^n$$

$$I = S - K = K[(1+i)^n - 1]$$

- Trong bảo hiểm nhân thọ, người ta thường sử dụng các loại lãi suất danh nghĩa và lãi suất thực tế. Tuy nhiên, khi tính phí bảo hiểm thường tính toán số phí trên cơ sở đầu tư với lãi suất nhỏ và nhỏ hơn so với lãi suất thực tế của các khoản đầu tư để đảm bảo chắc chắn. Loại lãi suất này được gọi là lãi suất kỹ thuật.

Lãi suất kỹ thuật được xác định dựa trên cơ sở lãi suất bình quân các khoản cho vay của nhà nước, hoặc lãi suất tiền gửi tiết kiệm không kỳ hạn. Trong điều kiện đầu tư kém hiệu quả và không chắc chắn, không thể định phí với lãi suất quá

cao vì công ty bảo hiểm khó có thể thực hiện được trên thị trường tài chính.

4.4. Giá trị hiện tại, giá trị đáo hạn và giá trị giải ước

- *Giá trị hiện tại* là giá trị cần được đầu tư tại thời điểm hiện tại để thu được một giá trị nào đó tại một thời điểm nhất định trong tương lai.

$$\text{Giá trị hiện tại} = \frac{\text{Giá trị nhận được trong tương lai}}{(1 + \text{lãi suất})^{\text{Thời kỳ}}}$$

Ví dụ: Tính số tiền đầu tư cần thiết ở thời điểm hiện tại để thu được 100.000 VND vào cuối năm thứ 10, lãi suất 4% một năm.

$$100.000 \times \frac{1}{(1+0,04)^{10}} = \frac{100.000}{1,480244} = 67.556 \text{ VND}$$

- *Giá trị đáo hạn:* là giá trị thu được tại một thời điểm nào đó trong tương lai từ quỹ được đầu tư tại thời điểm hiện đại.

$$\text{Giá trị đáo hạn} = \text{Tiền gốc} \times (1 + \text{Lãi suất})^{\text{Thời kỳ}}$$

Ví dụ: Tính giá trị đáo hạn của 100.000 VND vào cuối năm thứ 10, lãi suất 4% một năm.

$$100.000 \times (1+0,04)^{10} = 100.000 \times 1,480244 \\ = 148.024 \text{ VND}$$

- *Giá trị giải ước:* Khi người tham gia bảo hiểm huỷ bỏ hợp đồng (giải ước) trong thời hạn bảo hiểm, công ty bảo hiểm có thể thanh toán cho họ một khoản tiền gọi là giá trị giải ước bằng tiền hoặc đơn giản gọi là: Giá trị giải ước.

Giá trị giải ước thường được tính trên cơ sở dự phòng phí và được thoả thuận, phản ánh trong điều khoản của hợp đồng. Đồng thời nó cũng được ghi trên giấy chứng nhận bảo

hiểm cho phép chủ hợp đồng bảo hiểm biết được các mức giá trị giải ước điển hình.

Giá trị giải ước = Dự phòng phí - Phí giải ước

Phí giải ước trong công thức trên được xác định để đảm bảo quyền lợi và nhu cầu của người tham gia bảo hiểm. Có nghĩa là nếu người tham gia bảo hiểm huỷ bỏ hợp đồng thì vẫn phải chịu các chi phí một số năm đầu. Nếu về phải của công thức trên có giá trị âm, thì giá trị giải ước được tính bằng 0,

Ví dụ: một khách hàng A tuổi 30, ký hợp đồng bảo hiểm nhân thọ hỗn hợp có chia lãi cho con là B tuổi 12 với công ty Bảo hiểm nhân thọ PRUDENTIAL:

Số tiền bảo hiểm là: 150.000.000VND

Thời gian: 12 năm

Phí bảo hiểm nộp hàng năm: 12.320.000VND

Quyền lợi bảo hiểm thể hiện qua các năm như sau:

Tổng phí bảo hiểm nếu nộp:	Năm (VND)	6 tháng (VND)	3 tháng (VND)	tháng (VND)
	12.320.000	6.431.000	3.301.800	1.133.400

Minh họa về quyền lợi bảo hiểm.

Năm	Tuổi	Phí bảo hiểm hàng năm (VND)	Số tiền bảo hiểm (VND)	Bảo tức tích lũy (VND)	Tổng số tiền BH và bảo tức tích lũy (VND)	Giá trị giải ước (VND)
1	11	12.320.000	150.000.000	3.000.000	153.000.000	-
2	12	12.320.000	150.000.000	6.060.000	156.060.000	4.611.281
3	13	12.320.000	150.000.000	9.181.200	159.181.200	17.900.171
4	14	12.320.000	150.000.000	12.364.824	162.364.824	32.141.038

Năm	Tuổi	Phí bảo hiểm hàng năm (VND)	Số tiền bảo hiểm (VND)	Bảo tức tích lũy (VND)	Tổng số tiền BH và bảo tức tích lũy (VND)	Giá trị giải ước (VND)
5	15	12.320.000	150.000.000	15.612.120	165.612.120	47.404.531
6	16	12.320.000	150.000.000	18.924.362	168.924.362	63.768.310
7	17	12.320.000	150.000.000	22.302.850	172.302.850	81.315.176
8	18	12.320.000	150.000.000	25.748.907	175.748.907	100.135.721
9	19	12.320.000	150.000.000	29.263.885	179.263.885	120.328.366
10	20	12.320.000	150.000.000	32.849.162	182.849.162	141.999.276
11	21	12.320.000	150.000.000	36.506.146	186.506.146	165.261.313
12	22	12.320.000	150.000.000	40.236.269	190.236.269	190.236.269

(Nguồn: Công ty bảo hiểm nhân thọ Prudential)

Như vậy, giá trị giải ước được thể hiện ở cột cuối cùng. Giả sử nếu tham gia được 4 năm, vì một lý do nào đó khách hàng A huỷ bỏ hợp đồng, thì công ty sẽ trả lại cho anh ta khoản tiền được gọi là giá trị giải ước: 32.141.038 VND. Còn giá trị đáo hạn của hợp đồng này là: 190.236.269 VND.

4.5. Tính phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm thực tế người tham gia bảo hiểm nộp cho công ty bảo hiểm gọi là phí toàn phần. Cũng giống như phí toàn phần của các nghiệp vụ bảo hiểm khác, phí toàn phần trong bảo hiểm nhân thọ được tính khái quát như sau:

$$\text{Phí toàn phần} = \text{Phí thuần} + \text{Phí hoạt động}$$

(Có một số tài liệu gọi phí toàn phần là phí thương mại; còn phí hoạt động là phụ phí hoặc các chi phí).

a. Phí hoạt động: Loại phí này gồm các khoản:

- Chi phí cho các hợp đồng mới: Khoản chi này bao gồm

các chi phí như hoa hồng đại lý, chi kiểm tra y tế... các chi phí này phát sinh khi phát hành hợp đồng bảo hiểm.

- Chi phí thu phí bảo hiểm: Gồm các chi phí trả cho người đi thu phí, các khoản khác phát sinh khi thu phí.

- Chi phí quản lý: Khoản chi này phát sinh trong suốt thời hạn bảo hiểm để quản lý hợp đồng, chẳng hạn: chi phí ấn chỉ, quản lý hợp đồng bằng máy vi tính, chi phí theo dõi thường xuyên, các chi phí gián tiếp khác v.v...

b. Phí thuần

Phí thuần trong bảo hiểm nhân thọ thường được xác định theo nguyên lý cân bằng: $(S\text{ố thu}) = (S\text{ố chi})$. Số chi chỉ bao gồm tiền bảo hiểm tử vong (hoặc hết hạn hợp đồng) mà không bao gồm các khoản chi khác. Khi định phí cần thiết phải áp dụng các giả định:

- Tỷ lệ tử vong được xác định, có nghĩa là số tử vong xảy ra tương ứng với bảng tỷ lệ tử vong được chọn lựa trong quá trình tính phí.

- Cách tính tuổi phù hợp với tuổi của bảng tỷ lệ tử vong (chẳng hạn: Tuổi theo ngày sinh nhật gần nhất hay tuổi theo ngày sinh nhật vừa qua).

- Lãi suất xác định, có nghĩa là phí thu được đem đầu tư, lãi thu được đúng theo lãi giả định (lãi kỹ thuật).

- Tiền bảo hiểm tử vong trả vào cuối năm hợp đồng.

- Hợp đồng chỉ chấm dứt khi người được bảo hiểm bị chết và hết hạn (mãn kỳ). Giả định ở đây là không có hiện tượng hợp đồng huỷ bỏ và mất hiệu lực.

Dựa vào nguyên lý cân bằng và các giả định nêu trên, xin giới thiệu một số loại phí thuần trong bảo hiểm nhân thọ.

b1. Tính phí thuần nộp một lần trong bảo hiểm tử vong có kỳ hạn xác định:

Điều kiện:

+ Phí nộp 1 lần

+ Số tiền bảo hiểm trả 1 lần khi người được bảo hiểm chết trong thời hạn bảo hiểm.

Công thức:

$$f_a = \frac{\sum_{j=1}^n d_{(x+j-1)} \frac{1}{(1+i)^j}}{l_x} S_b \quad (1)$$

Trong đó:

S_b - Số tiền bảo hiểm

l_x - Số người sống ở độ tuổi x tham gia bảo hiểm

i - Lãi suất kỹ thuật

n - Thời hạn bảo hiểm

$d_{(x+j-1)}$ - Số người chết ở độ tuổi $(x + j - 1)$ đến $(x + j)$

Ví dụ: Tính phí thuần cho bảo hiểm tử vong thời hạn 10 năm ở độ tuổi 30. Số tiền bảo hiểm là 1.000.000VND. Lãi suất kỹ thuật 4% một năm.

Số thu = Phí thuần $\times$ Số người sống ở độ tuổi 30

= Phí thuần $\times 97.931$

Số chi = Số tiền bảo hiểm $\times$ Số người chết ở tuổi 30

$\times$ Tỷ lệ chiết khấu 1 năm

+ Số tiền bảo hiểm $\times$ Số người chết ở tuổi 31

$\times$ Tỷ lệ chiết khấu 2 năm

+...

+ Số tiền bảo hiểm $\times$ Số chết ở tuổi 39

$\times$ Tỷ lệ chiết khấu 10 năm

= $1.000.000 \times 84 \times 1/(1 + 0,04)^1$

+ $1.000.000 \times 85 \times 1/(1 + 0,04)^2$

+

$$\begin{aligned}
 &+ 1.000.000 \times 147 \times 1/(1 + 0,04)^{10} \\
 &= 858.714.000 \text{ VND}
 \end{aligned}$$

Suy ra:

$$\begin{aligned}
 \text{Phí thuần} &= \text{Số thu}/97.931 \\
 &= 858.714.000/97.931 \\
 &= 8.769 \text{ VND}
 \end{aligned}$$

b2. Tính phí thuần nộp hàng năm trong bảo hiểm tử vong có kỳ hạn xác định:

Điều kiện:

- + Phí bảo hiểm nộp hàng năm
- + Số tiền bảo hiểm trả 1 lần khi người được bảo hiểm chết trong thời hạn bảo hiểm.

Công thức tính:

$$f_b = \frac{\sum_{j=1}^n d_{(x+j-1)} \frac{1}{(1+i)^j}}{\sum_{j=0}^{n-1} \frac{l_{x+j}}{(1+i)^j}} S_b \quad (2)$$

Thay công thức (1) vào công thức (2) ta có:

$$f_b = \frac{f_a \cdot l_x}{\sum_{j=0}^{n-1} l_{x+j} (1+i)^j} \quad (3)$$

Trong đó: l_{x+j} - là số người sống ở độ tuổi $(x+j)$

Ví dụ: Tính phí thuần năm cho tuổi 30 của bảo hiểm tử vong 10 năm. Số tiền bảo hiểm 1.000.000VND. Lãi suất 4% một năm.

Ở đây, tử số của công thức (3) đã biết:

$$\begin{aligned}
 f_a \times l_{30} &= 8.769 \times 97.931 \\
 &= 858.714.000 \text{ VND}
 \end{aligned}$$

Tính mẫu số công thức (3):

$$\begin{aligned}
\sum_{j=0}^{n-1} \frac{l_{x+j}}{(1+i)^j} &= 97.931 \times 1/(1+0,04)^0 \\
&\quad + 97.847 \times 1/(1+0,04)^1 \\
&\quad + \dots \\
&\quad + 96.997 \times 1/(1+0,04)^9 \\
&= 822.724 \text{ VND}
\end{aligned}$$

Suy ra:

$$f_b = 858.714.000/822.742 = 1.044 \text{ VND}$$

b3. Tính phí thuần nộp một lần trong bảo hiểm nhân thọ trọn đời

Điều kiện:

- + Phí bảo hiểm nộp 1 lần khi ký hợp đồng.
- + Số tiền bảo hiểm trả 1 lần khi cái chết xảy ra bất cứ lúc nào đối với người được bảo hiểm.

Phí thuần trong trường hợp này cũng được tính theo nguyên lý cân bằng giữa (số thu) và (số chi) tại thời điểm tham gia bảo hiểm. Giả định tỷ lệ tử vong ở đây cũng phù hợp với bảng tỷ lệ tử vong ở trên, ta thấy không còn ai sống đến độ tuổi 106. Do đó, có thể chỉ xem xét việc trả tiền tử vong cho đến trước tuổi 105.

Ví dụ minh họa: Tính phí thuần cho bảo hiểm nhân thọ trọn đời ở độ tuổi 30 số tiền bảo hiểm 1.000.000VND, lãi suất 4% một năm.

$$\begin{aligned}
\text{Số thu} &= \text{Phí thuần} \times \text{Số người sống ở độ tuổi 30} \\
&= \text{Phí thuần} \times 97.931
\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
\text{Số chi} &= \text{Số tiền bảo hiểm} \times \text{Số người chết ở tuổi 30} \\
&\quad \times \text{Tỷ lệ chiết khấu 1 năm} \\
&\quad + \text{Số tiền bảo hiểm} \times \text{Số người chết ở tuổi 31} \\
&\quad \times \text{Tỷ lệ chiết khấu 2 năm}
\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
& + \dots \\
& + \text{Số tiền bảo hiểm} \times \text{Số người tử vong ở độ tuổi 105} \\
& \quad \times \text{Tỷ lệ chiết khấu 76 năm} \\
& = 1.000.000 \times 84 \times 0,961538 \\
& + 1.000.000 \times 85 \times 0,924556 \\
& + \dots \\
& + 1.000.000 \times 0,8165 \times 0,050754 \\
& = 17.268.057.000 \text{ VND}
\end{aligned}$$

Cân bằng: Số thu = Số chi

$$\begin{aligned}
\text{Suy ra: (phí thuần)} &= 17.268.057.000/97.931 \\
&= 176.329 \text{ VND}
\end{aligned}$$

Từ ví dụ minh họa ta có công thức:

$$f_c = \frac{\sum_{j=1}^m d_{(x+j-1)} \frac{1}{(1+i)^j}}{l_x} S_b \quad (4)$$

Trong đó: m - là độ tuổi cuối cùng của bảng tỷ lệ tử vong sử dụng tính phí.

b4. Tính phí thuần nộp hàng năm trong bảo hiểm nhân thọ trọn đời

Điều kiện:

- + Phí nộp hàng năm trong một thời hạn nhất định
- + Số tiền bảo hiểm trả 1 lần khi cái chết xảy ra bất cứ lúc nào đối với người được bảo hiểm.

Đặc điểm của loại hợp đồng này là thời hạn bảo hiểm không xác định và thường rất dài, do đó nếu đóng phí 1 lần khi ký hợp đồng thì mức phí thường rất cao, không hấp dẫn khách hàng. Vì thế, phương thức đóng phí hàng năm có lẽ phù hợp hơn cả. Về nguyên tắc phải đóng phí đến hết đời, song người tham gia bảo hiểm thường có mong muốn đóng đến một độ tuổi nhất định (chẳng hạn như: 80, 85 hay 100

tuổi). Nếu tham gia lúc còn trẻ và ở độ tuổi trung niên, thường họ yêu cầu đóng phí đến tuổi về hưu. Điều này công ty bảo hiểm vẫn chấp nhận. Nhưng khi tính phí, nguyên tắc cân bằng vẫn luôn được đặt ra.

Ví dụ minh họa: Tính phí thuần năm cho độ tuổi 30 của bảo hiểm nhân thọ trọn đời với thời hạn đóng phí 30 năm. Số tiền bảo hiểm là 1.000.000VND, lãi suất 4% một năm.

$$\begin{aligned}
 \text{Số thu} &= \text{Phí thuần năm} \times \text{Số người sống ở tuổi 30} \\
 &\quad \times \text{Tỷ lệ chiết khấu 0 năm} \\
 &+ \text{Phí thuần năm} \times \text{Số người sống ở tuổi 31} \\
 &\quad \times \text{Tỷ lệ chiết khấu 1 năm} \\
 &+ \dots \\
 &+ \text{Phí thuần năm} \times \text{Số người sống ở tuổi 59} \\
 &\quad \times \text{Tỷ lệ chiết khấu 29 năm} \\
 &= \text{Phí thuần năm} \times 97.931 \times 1,0 \\
 &\quad + \text{Phí thuần năm} \times 97.847 \times 0,961538 \\
 &\quad + \dots \\
 &\quad + \text{Phí thuần năm} \times 88.942 \times 0,320651 \\
 &= \text{Phí thuần năm} \times 1.724.400
 \end{aligned}$$

Số chi = 17.268.057.000 VND (Xem mục b3)

Cân bằng: Số thu = Số chi

$$\begin{aligned}
 \text{Suy ra: Phí thuần năm} &= 17.268.057.000 / 1.724.400 \\
 &= 10.014 \text{ VND}
 \end{aligned}$$

Từ ví dụ trên, ta có công thức tính phí thuần năm như sau:

$$f_d = \frac{\sum_{j=1}^m d_{(x+j-1)} \frac{1}{(1+i)^j}}{\sum_{j=0}^k l_{x+j} \frac{1}{(1+i)^j}} S_b \quad (5)$$

Từ công thức (4) và (5) suy ra:

$$f_d = \frac{f_c \cdot l_x}{\sum_{j=0}^k l_{x+j} (1+i)^j} \quad (6)$$

Trong đó: k là năm cuối cùng của thời hạn đóng phí quy định.

b5. Tính phí thuần nộp một lần trong bảo hiểm nhân thọ trợ cấp định kỳ (còn gọi là niên kim nhân thọ tạm thời)

Điều kiện:

- + Phí nộp 1 lần khi ký hợp đồng
- + Thời gian bảo hiểm xác định
- + Số tiền bảo hiểm được trả định kỳ không đổi hàng năm (trả vào đầu năm)

Việc xác định mức phí thuần ở đây vẫn theo nguyên lý cân bằng giữa (Số thu) và (Số chi) tại thời điểm bắt đầu tham gia bảo hiểm.

Ví dụ: Tính phí thuần cho người ở độ tuổi 60 tham gia bảo hiểm niên kim nhân thọ 10 năm. Với số tiền bảo hiểm trợ cấp vào đầu kỳ hàng năm là 100.000VND. Lãi suất 4% một năm.

$$\text{Số thu} = \text{Phí thuần} \times \text{Số người sống ở độ tuổi 60}$$

$$= \text{Phí thuần} \times 88.096$$

$$\text{Số chi} = \text{Số tiền hàng năm} \times \text{Số sống tuổi 60}$$

$$\times \text{Tỷ lệ chiết khấu 0 năm}$$

$$+ \text{Số tiền hàng năm} \times \text{Số sống tuổi 61}$$

$$\times \text{Tỷ lệ chiết khấu 1 năm}$$

$$+ \dots$$

$$+ \text{Số tiền hàng năm} \times \text{Số sống tuổi 69}$$

$$\times \text{Tỷ lệ chiết khấu 9 năm}$$

$$= 100.000 \times 88.096 \times 1.0$$

$$+ 100.000 \times 87.196 \times 0,961538$$

$$\begin{aligned}
 &+ \dots \\
 &+ 100.000 \times 76.863 \times 0,702587 \\
 &= 70.408.380.000 \text{ VND}
 \end{aligned}$$

Cân bằng: Số thu = Số chi

$$\begin{aligned}
 \text{Phí thuần} &= 70.408.380.000/88.096 \\
 &= 799.223 \text{ VND}
 \end{aligned}$$

Như vậy, công thức tính phí thuần sẽ là:

$$f_e = \frac{\sum_{j=0}^{n-1} l_{x+j} \frac{1}{(1+i)^j}}{l_x} T_b \quad (7)$$

Trong đó: T_b - Số tiền bảo hiểm trợ cấp hàng năm

l_x - Số người ở độ tuổi x tham gia bảo hiểm

i - Lãi suất kĩ thuật

l_{x+j} - Số người sống ở độ tuổi $(x+j)$

n - Số năm trả niên kim nhân thọ

Thực chất mức phí thuần tính ra chính là giá trị hiện tại của niên kim nhân thọ. Các khoản niên kim được thanh toán vào đầu năm và chỉ được trả khi người được bảo hiểm còn sống.

b6. Tính phí thuần nộp một lần trong bảo hiểm nhân thọ hỗn hợp.

Điều kiện:

+ Phí nộp 1 lần khi ký hợp đồng

+ Số tiền bảo hiểm được trả 1 lần khi hết hạn hợp đồng người được bảo hiểm còn sống hoặc người được bảo hiểm bị tử vong trong thời hạn bảo hiểm.

+ Thời hạn bảo hiểm xác định.

Vì bảo hiểm nhân thọ hỗn hợp là bảo hiểm cả trường hợp sống và chết, cho nên khi xác định phí thuần có thể lợi dụng

mối quan hệ sau:

$$\begin{array}{ccccc} \text{Phí thuần bảo} & & \text{Phí thuần} & & \text{Phí thuần} \\ \text{hiểm nhân thọ} & = & \text{bảo hiểm} & + & \text{bảo hiểm sinh kỳ} \\ \text{hỗn hợp} & & \text{tử vong} & & \text{thuần túy} \end{array}$$

Phí thuần bảo hiểm tử vong được xác định ở mục (b1). Vì thế công việc còn lại là xác định phí thuần bảo hiểm sinh kỳ thuần túy.

$$f_A = \frac{l_n \frac{1}{(1+i)^n}}{l_x} S_b \quad (8)$$

Trong đó: f_A - Phí thuần bảo hiểm sinh kỳ thuần túy

S_b - Số tiền bảo hiểm

i - Lãi suất kỹ thuật

n - Thời hạn bảo hiểm

l_x - Số sống ở độ tuổi x

l_n - Số sống ở độ tuổi n

Ví dụ: Tính phí thuần bảo hiểm sinh kỳ thuần túy thời hạn 10 năm cho người ở độ tuổi 30. Số tiền bảo hiểm 1.000.000VND, lãi suất 4% một năm. Dựa vào bảng tỷ lệ tử vong ta tính được:

$$\begin{aligned} f_a &= \frac{96.850 \times 1/(1+0,04)^{10}}{97.931} \times 1.000.000 \\ &= 668.107 \text{ VND} \end{aligned}$$

Nếu ký hiệu f_g là phí thuần bảo hiểm nhân thọ hỗn hợp. Ta có:

$$f_g = f_a + f_A \quad (9)$$

f_a là phí thuần bảo hiểm tử vong ta đã tính được ở mục (b1) là: 8.769VND. Suy ra:

$$f_k = 8.769 + 668.107 = 676.876\text{VND}$$

b7. *Tính phí thuần nộp định kỳ trong bảo hiểm nhân thọ hỗn hợp*

Điều kiện:

+ Phí bảo hiểm nộp định kỳ

+ Số tiền bảo hiểm trả 1 lần khi hết hạn hợp đồng người được bảo hiểm còn sống hoặc người được bảo hiểm bị tử vong trong thời hạn bảo hiểm.

+ Thời hạn bảo hiểm xác định.

Chúng ta vẫn sử dụng quan hệ:

$$\begin{array}{lcl} \text{Phí thuần nộp định} & & \text{Phí thuần nộp} \\ \text{kỳ bảo hiểm nhân} & = & \text{định kỳ trong bảo} \\ \text{thọ hỗn hợp} & & \text{hiểm tử vong} \end{array} + \begin{array}{l} \text{Phí thuần nộp định} \\ \text{kỳ trong bảo hiểm} \\ \text{sinh kỳ thuần túy} \end{array}$$

Trong đó: Phí thuần của bảo hiểm tử vong nộp hàng năm đã được xác định ở mục (b2) và có ký hiệu: f_b

Nếu ký hiệu phí thuần của bảo hiểm sinh kỳ thuần túy với điều kiện phí nộp hàng năm là f_B . Ta có:

$$f_B = \frac{l_n \frac{1}{(1+i)^n}}{\sum_{j=0}^{n-1} l_{x+j} \frac{1}{(1+i)^j}} S_b$$

$$f_B = \frac{l_n (1+i)^{-n}}{\sum_{j=0}^{n-1} l_{x+j} (1+i)^{-j}} S_b \quad (10)$$

Ví dụ: Tính phí thuần năm cho độ tuổi 30 của bảo hiểm sinh kỳ thuần túy 10 năm, số tiền bảo hiểm 1.000.000VND, lãi suất 4% một năm.

Dựa vào kết quả mục (b2) và (b6) ta tính được:

$$\begin{aligned}f_B &= 65.428.373.080/822.742 \\ &= 79.524\text{VND}\end{aligned}$$

Nếu ký hiệu phí thuần năm ở đây là f_h ta có:

$$f_h = f_b + f_B \quad (11)$$

Ví dụ: Tính phí thuần năm cho độ tuổi 30 của bảo hiểm nhân thọ hỗn hợp 10 năm, số tiền bảo hiểm 1.000.000VND, lãi suất 4% một năm :

$$\begin{aligned}f_h &= f_b + f_B \\ &= 1.044 + 79.524 \\ &= 80.568\text{VND}\end{aligned}$$

c. Sử dụng hàm thay thế để xác định phí thuần trong bảo hiểm nhân thọ

Như ở phần trên đã trình bày, để tính toán phí thuần, ta áp dụng nguyên lý cân bằng giá trị hiện tại, tại thời điểm bắt đầu bảo hiểm. Thế nhưng trong thực tế, việc tính toán theo các công thức đã nêu thường gặp phải các phép tính nhân phức tạp, dài dòng và lặp đi lặp lại. Để khắc phục nhược điểm đó, người ta đã sử dụng các hàm thay thế sau đây:

$$D_x = l_x v^x \qquad N_x = \sum_{j=0}^n D_{x+j}$$

$$C_x = d_x v^{x+1} \qquad M_x = \sum_{j=0}^n C_{x+j}$$

Trong đó: D_x , C_x , N_x , M_x là các hàm thay thế.

l_x - Số người sống ở độ tuổi x

d_x - Số người tử vong giữa độ tuổi x đến $x+1$

n - Thời hạn bảo hiểm

$v = \frac{1}{1+i}$ - Tỷ lệ chiết khấu

i - Lãi suất kỹ thuật

Sau khi thực hiện những phép biến đổi toán học, các công thức tính phí thuần ở mục (b) được thay thế bởi các công thức sau: (Số tiền bảo hiểm ký hiệu là S_b).

c1. Công thức tính phí thuần trong bảo hiểm tử vong có kỳ hạn xác định (phí nộp một lần):

$$f_a = \frac{M_x - M_{x+n}}{D_x} S_b$$

c2. Công thức tính phí thuần trong bảo hiểm tử vong có kỳ hạn xác định (phí nộp hàng năm):

$$f_b = \frac{M_x - M_{x+n}}{N_x - N_{x+k}} S_b$$

Trong đó: k - là thời hạn nộp phí.

c3. Công thức tính phí thuần trong bảo hiểm nhân thọ trọn đời (phí nộp 1 lần):

$$f_c = \frac{M_x}{D_x} S_b$$

c4. Công thức tính phí thuần trong bảo hiểm nhân thọ trọn đời (phí nộp hàng năm trong một thời hạn nhất định):

$$f_d = \frac{M_x}{N_x - N_{x+k}} S_b$$

Trong đó: k - là thời hạn nộp phí.

c5. Công thức tính phí thuần trong bảo hiểm nhân thọ trợ cấp định kỳ (phí nộp một lần):

$$f_e = \frac{N_x - N_{x+n}}{D_x} T_b$$

c6. Công thức tính phí thuần trong bảo hiểm nhân thọ hỗn hợp (phí nộp 1 lần khi ký hợp đồng):

$$f_g = \frac{M_x - M_{x+n} + D_{x+n}}{D_x} S_b$$

c7. Công thức tính phí thuần trong bảo hiểm nhân thọ hỗn hợp (phí nộp định kỳ):

$$f_h = \frac{M_x - M_{x+n} + D_{x+n}}{N_x - N_{x+K}} S_b$$

Trong đó: k- là thời hạn nộp phí .

Bạn đọc cần so sánh để nhận thấy phí bảo hiểm được tính bằng phương pháp sử dụng hàm thay thế cũng hoàn toàn giống kết quả thu được ở mục (b). Song với phương pháp hàm thay thế ta dễ nhớ, để nhận biết hơn trong quá trình vận dụng.

d. Phí toàn phần

Như phần trên đã nêu:

Phí toàn phần = Phí thuần + Phí hoạt động

Nếu ký hiệu:

P - là phí toàn phần

f- là phí thuần

h - là phí hoạt động

Ta có: $P = f + h$

Bộ phận phí hoạt động (h) trong bảo hiểm nhân thọ bao gồm 3 khoản:

- + Chi phí hợp đồng mới α
- + Chi phí thu phí (β)
- + Chi phí quản lý hợp đồng (γ) .

d1. Nếu các hợp đồng bảo hiểm nhân thọ thu phí một lần thì khoản chi phí thu phí (β) sẽ không có, cho nên:

$$h = \alpha + \gamma$$

$$P = f + \alpha + \gamma$$

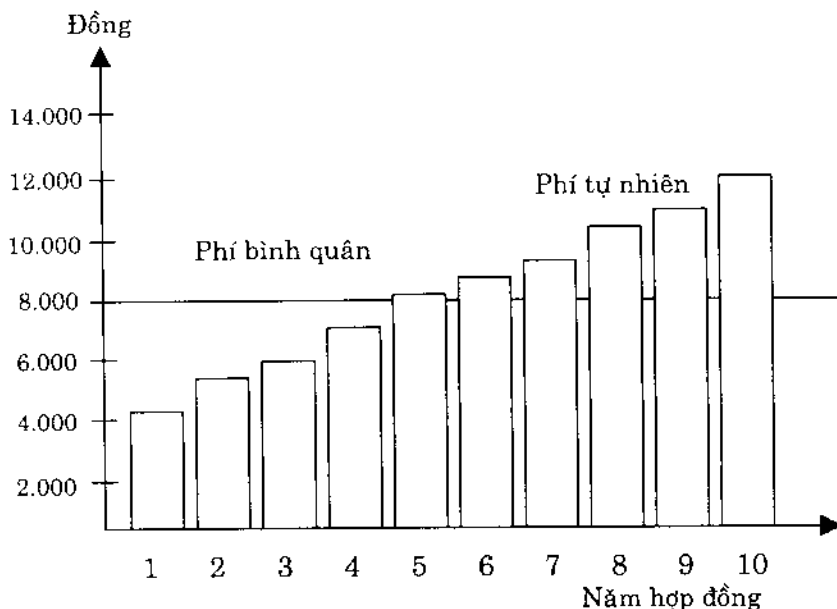
d2. Nếu các hợp đồng bảo hiểm nhân thọ thu phí nhiều lần trong suốt thời hạn tham gia bảo hiểm thì bộ phận phí hoạt động (h) sẽ bao gồm đầy đủ 3 khoản nêu trên:

$$h = \alpha + \beta + \gamma$$

$$P = f + \alpha + \beta + \gamma$$

5. Dự phòng phí bảo hiểm

Trong hoạt động kinh doanh, các công ty bảo hiểm nhận thọ thu phí từ những người tham gia bảo hiểm và chi trả tiền bảo hiểm khi có các sự kiện xảy ra đối với người được bảo hiểm. Phí bảo hiểm mà công ty thu thường mang tính định kỳ và không thay đổi trong suốt thời hạn bảo hiểm, thực chất đó là phí bình quân. Thế nhưng, theo quy luật tự nhiên thì tuổi càng cao, xác suất rủi ro càng cao và đúng ra mức phí phải thu tăng dần (phí tự nhiên). Song, nếu mức phí càng cao khi tuổi của người được bảo hiểm càng lớn sẽ tạo ra gánh nặng cho họ. Vì vậy, phí bình quân đóng định kỳ trong thời hạn bảo hiểm tỏ ra hợp lý hơn cả.



Biểu đồ trên cho ta thấy, mức phí tự nhiên tăng dần theo số năm của hợp đồng cùng với độ tuổi ngày càng cao của người được bảo hiểm. Nhưng mức phí bình quân 5 năm đầu lớn hơn mức phí tự nhiên và ngược lại 5 năm cuối lại nhỏ hơn. Do mức phí tự nhiên là mức cân đối với số tiền bảo hiểm phải chi trả hàng năm, vì thế số tiền thu được từ phí bảo hiểm bình quân 5 năm đầu cao hơn mức cần thiết phải chi. Số thu vượt quá này sẽ bù đắp số thiếu hụt của 5 năm cuối thời hạn bảo hiểm. Khoản tiền này không được sử dụng mà phải được tích lũy để bù đắp phần thiếu hụt trong giai đoạn sau. Số tiền tích lũy tạo lập nên nguồn quỹ để sử dụng trong tương lai được gọi là dự phòng phí bảo hiểm.

Dự phòng phí bảo hiểm là vấn đề rất quan trọng để các công ty bảo hiểm nhân thọ ổn định kinh doanh. Nhưng phí bảo hiểm (phí toàn phần) bao gồm 2 bộ phận: Phí thuần (f) và phí hoạt động (h). Giả sử phí hoạt động hàng năm đủ để trang trải cho các khoản chi phí kinh doanh của công ty, khi đó toàn bộ phí thuần sẽ được sử dụng để trả tiền bảo hiểm. Phần lớn các công ty bảo hiểm nhân thọ xác định dự phòng phí trên cơ sở phí thuần và sử dụng 2 phương pháp: phương pháp quá khứ và phương pháp tương lai.

- Phương pháp quá khứ là phương pháp xác định dự phòng phí bảo hiểm dựa trên cơ sở: Lấy số tiền tích lũy từ số phí bảo hiểm thu được trừ đi số tiền tích lũy của các khoản chi bảo hiểm đã trả.

- Phương pháp tương lai là phương pháp xác định dự phòng phí bảo hiểm dựa trên cơ sở: Lấy số tiền bảo hiểm phải trả trong tương lai trừ đi số phí bảo hiểm sẽ thu trong tương lai.

Như vậy, tại bất cứ thời điểm nào trong thời hạn bảo hiểm, nguyên lý cân bằng đều được đảm bảo. Điều này thể hiện ở phương trình:

Giá trị tích lũy của phí thuần đã thu	+	Giá trị hiện tại của phí thuần sẽ thu trong tương lai	=	Giá trị tích lũy của số tiền bảo hiểm đã trả	+	Giá trị hiện tại của tiền bảo hiểm phải trả trong tương lai
---------------------------------------	---	---	---	--	---	---

Từ đó suy ra:

Giá trị tích lũy của phí thuần đã thu	-	Giá trị tích lũy của số tiền bảo hiểm đã trả	=	Giá trị hiện tại của số tiền bảo hiểm phải trả trong tương lai	-	Giá trị hiện tại của phí thuần sẽ thu trong tương lai
---------------------------------------	---	--	---	--	---	---

Vế trái của phương trình trên biểu thị dự phòng phí theo phương pháp quá khứ, còn vế phải biểu thị dự phòng phí theo phương pháp tương lai. Hai phương pháp này sẽ tương đương nhau nếu như các giả định tính phí bảo hiểm đồng nhất. Sau đây là minh họa trong một số trường hợp:

a. Dự phòng phí bảo hiểm tử kỳ (phí nộp hàng năm)

Ví dụ: Tính dự phòng phí thuần cho bảo hiểm tử kỳ với số tiền bảo hiểm 1 triệu đồng, thời hạn 10 năm. Tuổi tham gia bảo hiểm 30, lãi suất kỹ thuật 4% năm. Tiền bảo hiểm tử vong trả vào cuối năm xảy ra tử vong.

+ Nếu theo phương pháp quá khứ thì:

Số người sống ở độ tuổi 30 (đầu năm) là:	97.931
Số người tử vong:	84
Số người sống cuối năm:	97.847
Phí đóng theo năm (mục b ₂):	1.044 VND

Vậy: Số thu năm thứ nhất (cả lãi) là:

$$97.931 \times 1.044 \times 1,04 = 106.330.000 \text{ VND}$$

Số chi năm thứ nhất là:

$$84 \times 1.000.000 \text{ VND} = 84.000.000 \text{ VND}$$

Do đó: Dự phòng phí năm thứ nhất là:

$$106.330.000 - 84.000.000 = 22.330.000 \text{ VND}$$

Dự phòng phí cuối năm thứ nhất tính cho mỗi người là:

$$22.330.000/97847 = 230\text{VND.}$$

Còn năm thứ 2:

Số người sống đầu năm: 97.847

Số người tử vong : 85

Số người sống cuối năm : 97.762

Vậy:

Số thu cuối năm thứ 2 (gồm cả phí thuần đã thu vào đầu mỗi năm và tiền lãi) là:

$$= 97.931 \times 1.044 \times 1,04^2 + 97.847 \times 1.044 \times 1,04$$

$$= 110.583.000 + 106.238.000 = 216.821.000 \text{ VND.}$$

Số chi đến cuối năm thứ 2 (gồm cả tiền bảo hiểm và lãi suất 1 năm của tiền bảo hiểm tử vong năm thứ nhất) là:

$$= 84 \times 1.000.000 \times 1,04 + 85 \times 1.000.000$$

$$= 87.360.000 + 85.000.000$$

$$= 172.360.000 \text{ VND.}$$

Do đó, dự phòng phí cuối năm thứ 2 là:

$$216.821.000 - 172.360.000 = 44.461.000 \text{ VND}$$

Dự phòng phí cuối năm thứ 2 tính cho mỗi người là:

$$44.461.000/97.762 = 455 \text{ VND}$$

Các năm thứ 3, thứ 4 và thứ năm cũng tính tương tự. Thế nhưng, 5 năm còn lại áp dụng phương pháp tương lai sẽ thuận tiện hơn.

+ Nếu theo phương pháp tương lai thì công thức tính dự phòng phí sẽ là:

$$\begin{array}{ccc} \text{Giá trị hiện tại của số} & & \text{Giá trị hiện tại của phí} \\ \text{tiền bảo hiểm phải trả} & - & \text{: thuần sẽ thu trong} \\ \text{trong tương lai} & & \text{tương lai} \end{array}$$

Giả sử vẫn theo ví dụ trên, tính dự phòng phí cuối năm thứ 8 (phương pháp tương lai).

Trước hết, phải xác định giá trị hiện tại của số tiền bảo hiểm phải trả trong tương lai. Thực chất số tiền này là số tiền bảo hiểm tử vong của năm thứ 9 và thứ 10, chiết khấu $(\frac{1}{1+i})$ 1 năm với số tiền bảo hiểm năm thứ 9 và 2 năm với số tiền bảo hiểm tử vong năm thứ 10.

Vậy:

Số chi tại thời điểm cuối năm thứ 8 là:

$$\begin{aligned} &= 134 \times 1.000.000/1,04 + 147 \times 1.000.000/1,04^2 \\ &= 128.846.000 + 135.910.000 = 264.756.000 \text{ VND} \end{aligned}$$

Số thu sau năm thứ 8 (gồm: phí thu từ những người còn sống vào đầu các năm, chiết khấu 1 năm với số thu năm thứ 10) là:

$$\begin{aligned} &= 97.131 \times 1.044 + 96.997 \times 1.044/1,04 \\ &= 101.405.000 + 97.370.000 = 198.775.000 \text{ VND} \end{aligned}$$

Do vậy, dự phòng cuối kỳ năm thứ 8 là:

$$264.756.000 - 198.775.000 = 65.981.000 \text{ VND}$$

Dự phòng cuối năm thứ 8 tính cho mỗi người là:

$$65.981.000/97.131 = 680 \text{ VND}$$

Kết quả tính toán trên là nhờ vào các thông tin của bảng tỷ lệ tử vong, trong đó:

Năm thứ 9:

Số người sống đầu năm: 97.131

Số người tử vong: 134

Số người sống cuối năm : 96.997

Năm thứ 10:

Số người sống đầu năm : 96.997

Số người tử vong: 147

Số người sống cuối năm : 96.850

b. Dự phòng phí cho bảo hiểm tử kỳ (phí nộp 1 lần)

Giả sử cũng theo ví dụ trên, nếu phí nộp 1 lần thì:

+ Dự phòng phí cuối năm thứ 2, nếu tính theo phương pháp quá khứ sẽ được tiến hành như sau:

Số người sống đầu năm thứ nhất: 97.931

Phí bảo hiểm nộp 1 lần: 8.769 (mục b₁)

Vậy giá trị tích lũy của số thu cuối năm thứ 2 là:

$$97.931 \times 8.769 \times 1,04^2 = 928.832.000 \text{ VND}$$

Số chi cuối năm thứ 2 (giống trường hợp đóng phí từng năm). Do vậy, số chi tích lũy đến cuối năm thứ 2 là: 172.360.000 VND.

Dự phòng phí cuối năm thứ 2 là:

$$928.832.000 - 172.360.000 = 756.472.000 \text{ VND}$$

Dự phòng phí tính cho 1 người là:

$$756.472.000 / 97.762 = 7.740 \text{ VND}$$

+ Dự phòng phí cuối năm thứ 8 tính theo phương pháp tương lai:

Trước hết, ta thấy số thu trong tương lai bằng 0 (vì phí nộp 1 lần).

Vì vậy, chỉ cần xác định giá trị hiện tại của số chi vào thời điểm cuối năm thứ 8:

$$= 134 \times 1.000.000/1,04 + 147 \times 1.000.000/1,04^2$$

$$= 128.846.000 + 135.910.000 = 264.756.000 \text{ VND}$$

Do đó dự phòng phí cuối kỳ năm thứ 8 tính cho 1 người là:

$$264.756.000/97.131 = 2.730 \text{ VND}$$

Với ví dụ trên, dự phòng phí thuần cho cả 2 trường hợp: Đóng phí năm và đóng phí 1 lần cho bảo hiểm tử kỳ được thể hiện ở bảng sau:

Dự phòng phí thuần cho bảo hiểm tử kỳ

(1 triệu đồng; 10 năm; tuổi năm 30)

Năm hợp đồng	Hợp đồng phí đóng hàng năm (VND)	Hợp đồng phí đóng 1 lần (VND)
0	0	8.769
1	230	8.260
2	450	7.740
3	650	7.140
4	790	6.460
5	870	5.690
6	890	4.830
7	830	3.840
8	680	2.730
9	410	1.460
10	0	0

Khi tính dự phòng phí cho bảo hiểm sinh kỳ, ta cũng có thể áp dụng 2 phương pháp: Quá khứ và tương lai như đã nêu ở trên. Ngoài ra, có một số công ty bảo hiểm nhân thọ còn xác định dự phòng phí theo phương pháp Zillmerized và phương pháp dự phòng phí cuối năm tài chính.

6. Phân chia lãi theo đơn bảo hiểm

Nguồn lợi nhuận phát sinh của các công ty bảo hiểm nhân thọ là chênh lệch giữa chi phí bảo hiểm dự tính với chi phí bảo hiểm thực tế. Chi phí bảo hiểm dự tính thực chất là số thu từ phí bảo hiểm toàn phần. Do đó nếu số thu lớn hơn mức cần thiết, phần chênh lệch này sẽ được chia cho người tham gia bảo hiểm dưới hình thức lợi nhuận chia theo các hợp đồng bảo hiểm. Trong thực tế có những loại hợp đồng

không tham gia chia lợi nhuận và ngược lại có loại bắt buộc công ty phải chia lợi nhuận cho người tham gia. Đối với những loại hợp đồng bắt buộc phân chia lợi nhuận, các công ty bảo hiểm nhân thọ thường tuân thủ các nguyên tắc:

- Công bằng: Nguyên tắc này là vô cùng quan trọng vì khách hàng của công ty thuộc mọi tầng lớp dân cư trong xã hội, mà hợp đồng bảo hiểm được ký trên cơ sở tự nguyện, do đó sự đăi ngộ công bằng giữa những người tham gia bảo hiểm là hết sức cần thiết.

- Thực tế: Việc tham gia chia lợi nhuận phải rất thực tế, phải tính đến kết quả hoạt động kinh doanh và khả năng thanh toán của công ty trong từng năm tài chính. Thậm chí phải xem xét đến mức độ đóng góp của từng hợp đồng bảo hiểm vào việc làm phát sinh số lợi nhuận. Thông thường lợi nhuận được phân chia hàng năm theo tỷ lệ phần trăm trên số tiền bảo hiểm...

- Hợp lý: Nguyên tắc này phải tính đến các khoản lãi suất khác trong nền kinh tế. Tuy nhiên, lợi nhuận phân chia tính theo từng nguồn phát sinh lợi nhuận là tương đối hợp lý và được các bên dễ chấp nhận. Nguồn phát sinh lợi nhuận bao gồm: Từ lãi suất kỹ thuật và từ lãi suất đầu tư.

Khoản lợi nhuận thu được từ lãi kỹ thuật là do kết quả định phí và quản lý. Nếu kết quả thực tế tốt hơn kết quả mong đợi, chi phí thực tế thấp hơn chi phí dự kiến thì lợi nhuận sẽ càng cao. Chẳng hạn tỷ lệ tử vong thực tế thấp hơn tỷ lệ tử vong lý thuyết khi lựa chọn để định phí, các chi phí giám định y tế thực tế thấp hơn mức dự kiến v.v... sẽ làm cho mức lợi nhuận thu được cao hơn.

Khoản lợi nhuận thu được từ đầu tư là do tình hình đầu tư trong thực tế của công ty bảo hiểm có lãi suất cao hơn khoản lãi mà dự phòng phí đã dự kiến.

Những khoản lợi nhuận được tạo ra nếu được tính toán

và phân chia hợp lý sẽ có tác dụng rất lớn trong việc giữ khách hàng và lôi kéo thêm nhiều khách hàng đến với công ty bảo hiểm nhân thọ.

Bên cạnh các hợp đồng phân chia lợi nhuận hàng năm, còn có các hợp đồng phân chia lợi nhuận vào thời điểm thanh lý hợp đồng (mãn kỳ; tử vong; giải ước; huỷ bỏ; v.v...). Trong trường hợp này, công ty bảo hiểm phải trả số tiền bảo hiểm cộng với tổng số lãi được chia cho người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm. Trong thực tế có nhiều công ty bảo hiểm nhân thọ vận dụng:

- + Tổng số lợi nhuận thu được, họ chỉ dùng một phần để trả lãi và tiền thưởng hàng năm một phần giữ lại lập quỹ dự phòng nội bộ nhằm đảm bảo ổn định kinh doanh và ổn định mức lãi hàng năm. Phần giữ lại chưa được chia sẽ được quyết toán khi thanh lý hợp đồng.

- + Lãi đầu tư thu được hầu hết được các công ty bảo hiểm nhân thọ đem chia cho các hợp đồng nhằm khuyến khích người tham gia và tăng tính cạnh tranh với một số loại hình đầu tư khác.

7. Hợp đồng bảo hiểm nhân thọ

7.1. Khái niệm

Hợp đồng bảo hiểm nhân thọ là sự cam kết giữa hai bên, theo đó bên nhận bảo hiểm (công ty bảo hiểm nhân thọ) có trách nhiệm và nghĩa vụ chi trả cho bên được bảo hiểm khi có các sự kiện bảo hiểm xảy ra, còn bên được bảo hiểm có trách nhiệm và nghĩa vụ đóng phí bảo hiểm như đã thoả thuận theo quy định của pháp luật.

- Bên nhận bảo hiểm chính là các công ty bảo hiểm nhân thọ. Sau khi đã cam kết nhận bảo hiểm, trách nhiệm và nghĩa vụ chủ yếu của công ty là chi trả số tiền bảo hiểm khi

có các sự kiện bảo hiểm xảy ra đối với người được bảo hiểm. Sự kiện bảo hiểm trong bảo hiểm nhân thọ thường bao gồm:

- + Tử vong
- + Hết hạn hợp đồng
- + Sống đến độ tuổi nhất định...

Bên nhận bảo hiểm không được phép huỷ bỏ hay thay đổi các điều khoản trong hợp đồng và cũng không được khiêu nại đòi phí bảo hiểm.

- Bên được bảo hiểm trong hợp đồng bảo hiểm nhân thọ có thể có 3 người sau đây:

+ Người được bảo hiểm là người mà sinh mạng và cuộc sống của họ được bảo hiểm theo các điều kiện của hợp đồng. Người được bảo hiểm có thể là những người đã trưởng thành, có đủ năng lực pháp lý để tự ký hợp đồng cho chính mình và cũng có thể là những người chưa đủ tuổi thành niên phải giao tên của mình cho người đứng ra ký hợp đồng bảo hiểm.

+ Người tham gia bảo hiểm là người đứng ra yêu cầu bảo hiểm, thoả thuận và ký kết hợp đồng. Người tham gia bảo hiểm phải đảm bảo quy định của pháp luật về năng lực pháp lý. Trong các hợp đồng bảo hiểm cá nhân người tham gia bảo hiểm và người được bảo hiểm là 2 người khác nhau chỉ khi người được bảo hiểm chưa đến tuổi thành niên. Bố mẹ, ông bà hay người đỡ đầu đứng ra viết giấy yêu cầu bảo hiểm, ký kết hợp đồng và nộp phí bảo hiểm. Hoặc trong các hợp đồng bảo hiểm theo nhóm người được bảo hiểm và người tham gia cũng là 2 người khác nhau. Người tham gia bảo hiểm có quyền yêu cầu huỷ bỏ hợp đồng bảo hiểm.

+ Người được hưởng quyền lợi bảo hiểm là người được nhận số tiền bảo hiểm hoặc các khoản trợ cấp do công ty bảo hiểm thanh toán như đã nêu rõ trong hợp đồng. Người được hưởng quyền lợi bảo hiểm do người tham gia bảo hiểm chỉ

định. Nếu việc chỉ định không rõ ràng, số tiền bảo hiểm được giải quyết theo luật thừa kế. Người được hưởng quyền lợi bảo hiểm thường là người được bảo hiểm, chỉ là người khác khi người được bảo hiểm bị chết. Xác định rõ người được hưởng quyền lợi bảo hiểm là vấn đề hết sức quan trọng, tránh được những tranh chấp khiêu nại v.v... Trong nhiều trường hợp cần chỉ định người được hưởng quyền lợi bảo hiểm thứ nhất và người tiếp theo sau để đề phòng trường hợp khi người được hưởng quyền lợi đầu tiên bị chết trước người được bảo hiểm.

- Hợp đồng bảo hiểm nhân thọ rất đa dạng do các công ty bảo hiểm thực hiện đa dạng hoá sản phẩm để đáp ứng các nhu cầu phong phú của người tham gia. Các quy định trong hợp đồng có nhiều điểm khác nhau ở mỗi nước. Tuy vậy, nó đều có những điểm chung phải tuân thủ như các loại hợp đồng kinh tế và hợp đồng dân sự khác như: Trách nhiệm, quyền lợi... Đồng thời về nguyên tắc và cơ sở kỹ thuật của bảo hiểm là giống nhau như: sự tự nguyện, tính chất tin tưởng tuyệt đối, tính thương mại v.v...

- Hợp đồng bảo hiểm nhân thọ có thể được thay đổi tùy theo yêu cầu của người tham gia bảo hiểm. Chẳng hạn: Bảo hiểm tử kỳ cố định có thể chuyển thành một hợp đồng bảo hiểm nhân thọ trường sinh; bảo hiểm tử kỳ có thể tái tục vào ngày kết thúc mà không cần có thêm bằng chứng nào về sức khoẻ v.v... Tuy nhiên sự chuyển đổi này không nhằm mục đích trục lợi bảo hiểm.

- Hợp đồng bảo hiểm nhân thọ có thể dùng làm vật thế chấp để vay vốn hoặc người tham gia có thể ứng trước một khoản tiền nhất định giống như công ty bảo hiểm cho họ vay tiền. Khoản tiền ứng trước này các công ty bảo hiểm thường lấy trong phần dự phòng phí bảo hiểm để thực hiện.

- Người tham gia bảo hiểm rất quan tâm đến khía cạnh

sau khi tham gia bảo hiểm nhân thọ vì những lý do nào đó không còn khả năng đóng phí tiếp tục và huỷ bỏ hợp đồng thì có được hưởng quyền lợi gì không? có thể trả lời rằng, họ sẽ nhận được một số tiền nào đó gọi là giá trị hoàn lại (hay giá trị giải ước) nhưng với điều kiện:

- + Trong hợp đồng hoặc đơn bảo hiểm đã có sự chỉ rõ về giá trị giải ước từng năm một cách đầy đủ.

- + Trong hợp đồng đã có một phần dự phòng phí đủ lớn do công ty bảo hiểm tính toán.

Tuy nhiên, trong một số loại hợp đồng bảo hiểm nhân thọ như: Hợp đồng tử vong có kỳ hạn xác định, hợp đồng có số tiền bảo hiểm trả sau... việc hoàn phí không được thực hiện.

- Hợp đồng bảo hiểm nhân thọ là hợp đồng dài hạn vì vậy chủ yếu được ký kết với từng cá nhân. Việc ký kết theo nhóm rất ít và nếu có thì chủ yếu là loại bảo hiểm tử vong có kỳ hạn xác định.

7.2. Một số quy định khi ký kết hợp đồng bảo hiểm nhân thọ

- *Hiệu lực hợp đồng*: Thường được tính từ ngày nộp phí bảo hiểm đầu tiên. Nếu nộp phí theo năm thì đó là số phí của năm đầu tiên; nếu theo tháng thì đó là phí của tháng đầu tiên. Ngày nộp phí bảo hiểm đầu tiên phải được ghi chép thống nhất và chính xác trong cả hoá đơn thu phí và cả giấy yêu cầu bảo hiểm... Đồng thời hợp đồng phải được ký kết với những người có đủ năng lực pháp lý. Mục đích, nội dung hình thức hợp đồng phải tuân thủ những quy định của pháp luật.

- *Tuổi của người được bảo hiểm* hay người tham gia bảo hiểm căn cứ vào tuổi trong giấy khai sinh, chứng minh thư, hộ chiếu hay sổ hộ khẩu. Căn cứ vào ngày sinh trong các loại giấy tờ này để tính độ tuổi được nhận bảo hiểm. Các công ty

bảo hiểm vận dụng 2 cách tính tuổi.

+ Tính tuổi theo ngày sinh nhật ngay sau ngày bắt đầu được nhận bảo hiểm.

Ví dụ 1: Ngày sinh 14/7/1993

Ngày được nhận bảo hiểm 5/9/96

Vậy em bé này có độ tuổi là 4 tuổi khi được nhận bảo hiểm (tức tính theo ngày sinh nhật năm 1997)

Ví dụ 2: Ngày sinh 04/6/1953.

Ngày được nhận bảo hiểm 6/2/1996 vậy người này có độ tuổi 43 (tính theo ngày sinh nhật năm 1996).

+ Tính tuổi sát với ngày sinh nhật

Ví dụ: Ngày sinh : 5/7/1950

hay 10/10/1950

hay : 26/9/1950

Ngày được nhận bảo hiểm: 25/8/1997.

Như vậy 3 người có 3 ngày sinh nêu trên ở độ tuổi 47 khi tham gia bảo hiểm hay khi được bảo hiểm.

- Những điểm loại trừ: Luật và những văn bản dưới luật về bảo hiểm thường quy định loại trừ những trường hợp sau đây trong bảo hiểm tử vong, công ty bảo hiểm nhân thọ không chịu trách nhiệm chi trả.

+ Người được bảo hiểm tự tử.

+ Người được bảo hiểm bị kết án tử hình.

+ Người được hưởng quyền lợi bảo hiểm cố ý gây ra tử vong cho người được bảo hiểm. Tuy nhiên nếu có nhiều người được hưởng quyền lợi bảo hiểm thì những người khác không phải là tội phạm hay tòng phạm vẫn được hưởng số tiền bảo hiểm mà công ty chi trả.

+ Chiến tranh, nội chiến gây ra cái chết cho người được bảo hiểm (rủi ro này thường có những thoả thuận riêng).

- *Số tiền bảo hiểm giảm đi*: Khi hợp đồng có hiệu lực trong một thời gian nào đó (có thể là 1 năm hay 2 năm trở lên), người tham gia bảo hiểm có thể duy trì hợp đồng miễn phí với số tiền bảo hiểm giảm đi. Số tiền bảo hiểm bị giảm do người tham gia không nộp phí đúng kỳ hạn hoặc không có khả năng đóng phí tiếp nên yêu cầu duy trì hợp đồng miễn phí.

- *Những quy định về nộp phí bảo hiểm*: Trong bảo hiểm nhân thọ, phí bảo hiểm có thể nộp theo tháng, quý, năm hoặc đóng một lần. Phí đóng một lần, đóng theo năm thấp hơn so với đóng theo tháng vì chi phí thấp, hiệu quả đầu tư phí lại cao hơn. Việc đa dạng hoá thời hạn nộp phí đã tạo điều kiện cho người tham gia bảo hiểm nhân thọ có kế hoạch sử dụng ngân sách gia đình hợp lý. Còn ngày định kỳ thu phí được thoả thuận giữa người tham gia với các đại lý. Đại lý có thể đến tận nhà hoặc cơ quan của người tham gia bảo hiểm để thu phí. Các quy định nộp phí còn phải đề cập đến tình hình nợ phí, lãi khi nợ phí, chấm dứt hợp đồng v.v... Những vấn đề này do các công ty bảo hiểm cụ thể hoá thành những quy định riêng.

- *Thủ tục trả tiền bảo hiểm*: Khi có các sự kiện bảo hiểm xảy ra như đã quy định trong hợp đồng, người được hưởng quyền lợi bảo hiểm phải thông báo cho công ty bảo hiểm biết về tình trạng của người được bảo hiểm, địa chỉ và những thông tin cần thiết khác, sau đó hoàn tất hồ sơ khiếu nại và nộp cho công ty hoặc người đại diện của công ty. Sau một thời gian quy định, công ty bảo hiểm nhân thọ trả tiền bảo hiểm và tiền lãi, tiền thưởng (nếu có) cho người được hưởng quyền lợi bảo hiểm. Mọi sự thay đổi hay sai sót có liên quan đến hợp đồng bảo hiểm và khâu thanh toán, người tham gia hay người được hưởng quyền lợi bảo hiểm phải có yêu cầu bằng văn bản gửi cho công ty để giải quyết.

III. BẢO HIỂM CON NGƯỜI PHI NHÂN THỌ

1. Những đặc điểm chủ yếu

Mặc dù cũng là loại hình bảo hiểm con người, nhưng bảo hiểm con người phi nhân thọ trong BHTM có những đặc điểm chủ yếu sau đây:

- Hậu quả của những rủi ro mang tính chất thiệt hại vì rủi ro bảo hiểm ở đây là tai nạn, bệnh tật, ốm đau thai sản liên quan đến thân thể và sức khỏe của con người. Những rủi ro ở đây khác với 2 sự kiện “sống” và “chết” trong bảo hiểm nhân thọ và vì thế tính chất rủi ro được bộc lộ khá rõ còn tính chất tiết kiệm không được thể hiện.

- Người được bảo hiểm thường được quy định trong một khoảng tuổi nào đó, các công ty bảo hiểm không chấp nhận bảo hiểm cho những người có độ tuổi quá thấp hoặc quá cao. Bởi vì ở độ tuổi quá thấp hay quá cao tình trạng rủi ro diễn biến phức tạp, xác suất rủi ro cao, việc kiểm soát và quản lý rủi ro rất khó thực hiện. Chẳng hạn ở nước ta, các công ty bảo hiểm không chấp nhận bảo hiểm cho những em bé dưới 12 tháng tuổi và những người trên 65 tuổi. Nhưng ở nước Anh lại quy định khác, những đứa trẻ dưới 3 tuổi và những người trên 65 tuổi không được các công ty bảo hiểm chấp nhận bảo hiểm.

- So với bảo hiểm nhân thọ, thời hạn bảo hiểm con người phi nhân thọ ngắn hơn và thường là 1 năm, như: Bảo hiểm tai nạn 24/24, bảo hiểm trợ cấp nằm viện phẫu thuật... Thậm chí có nghiệp vụ, thời hạn bảo hiểm chỉ trong vòng vài ngày, vài giờ đồng hồ như: Bảo hiểm tai nạn hành khách. Do đó, phí bảo hiểm thường được nộp 1 lần khi ký kết hợp đồng bảo hiểm.

- Các nghiệp vụ bảo hiểm con người phi nhân thọ thường

được triển khai kết hợp với các nghiệp vụ bảo hiểm khác trong cùng một hợp đồng bảo hiểm. Chẳng hạn: bảo hiểm tai nạn được lồng ghép trong bảo hiểm nhân thọ hỗn hợp, bảo hiểm tai nạn lái phụ xe được triển khai kết hợp với bảo hiểm trách nhiệm dân sự và bảo hiểm vật chất thân xe trong hợp đồng bảo hiểm xe cơ giới v.v... Việc triển khai kết hợp này sẽ làm cho chi phí khai thác, chi phí quản lý... của công ty bảo hiểm giảm đi từ đó có điều kiện giảm phí bảo hiểm.

- Ở hầu hết các nước trên thế giới, trong giai đoạn đầu của sự phát triển ngành bảo hiểm, bảo hiểm con người phi nhân thọ được triển khai sớm hơn bảo hiểm nhân thọ. Họ vừa triển khai, vừa rút kinh nghiệm, đến khi điều kiện kinh tế - xã hội đã chín muồi mới tổ chức triển khai bảo hiểm nhân thọ. Chính vì vậy, bảo hiểm con người phi nhân thọ được coi là loại hình bảo hiểm bổ sung hữu hiệu nhất cho các loại hình BHXH, BHYT. Ở Việt Nam, hầu hết các nghiệp vụ bảo hiểm con người phi nhân thọ đều ra đời trong những năm cuối thập kỷ 80 và đầu thập kỷ 90, mãi đến năm 1996 mới tổ chức triển khai bảo hiểm nhân thọ.

2. Một số khái niệm chung

2.1. Tai nạn thân thể

Là bất kỳ thiệt hại thân thể nào do hậu quả duy nhất và trực tiếp của một lực mạnh bất ngờ từ bên ngoài tác động lên thân thể con người.

- Thiệt hại về thân thể có thể là tử vong hoặc thương tích thân thể, nhưng tử vong do tai nạn khác với tử vong do bệnh tật.

- Hậu quả duy nhất và trực tiếp gây tai nạn là do các vật thể hữu hình tác động lên thân thể con người. Những thương tật xảy ra do ngộ độc thức ăn, trúng gió cũng là bất ngờ

nhưng không phải là tai nạn được bảo hiểm.

- Sự tử vong và những thương tổn phải hoàn toàn độc lập với ý muốn của người được bảo hiểm. Nếu người được bảo hiểm chủ ý gây thương tổn hoặc tự tử không được coi là rủi ro bảo hiểm.

- Mối quan hệ nhân quả giữa tác động bên ngoài với sự tử vong và thương tổn phải được xác lập trên thực tế, tức nguyên nhân gây nên hậu quả phải thể hiện rõ và phải gắn kết.

2.2. Bệnh tật

Là sự biến chất về sức khỏe do bất cứ nguyên nhân nào. Nó bao hàm cả sự lây truyền, tai nạn. Bệnh tật thường diễn biến theo một quá trình từ nhẹ đến nặng ở bên trong con người. Ngành y tế thường phân chia các loại bệnh liên quan đến con người theo các chương bệnh để dễ dàng tổ chức điều trị, đào tạo đội ngũ cán bộ có chuyên môn sâu và xây dựng được những phác đồ điều trị chuẩn. Chẳng hạn, ngành y tế nước ta phân chia các loại bệnh liên quan đến con người thành 17 chương bệnh như:

Chương 1: Nhiễm khuẩn và ký sinh trùng

Chương 2: Ung thư và khối u

Chương 3: Nội tiết, dinh dưỡng, chuyển hoá và rối loạn miễn dịch.

...

Chương 17: Chấn thương và nhiễm độc.

Trong khi đó, nhà bảo hiểm thường căn cứ vào nguồn gốc của bệnh tật và thời điểm có bệnh để phân loại. Chẳng hạn, căn cứ vào nguồn gốc của bệnh tật chia ra bệnh tật bẩm sinh, bệnh mãn tính, bệnh cấp tính. Căn cứ vào thời điểm có bệnh lại chia ra bệnh tật phát sinh trước khi ký hợp đồng bảo hiểm và bệnh tật phát sinh trong thời hạn có hiệu lực của hợp

đồng... Cách phân loại này giúp các công ty bảo hiểm đánh giá chính xác rủi ro để từ đó quyết định chấp nhận hay khước từ bảo hiểm. tránh hiện tượng lợi dụng bảo hiểm để trục lợi, đồng thời đảm bảo được các nguyên tắc trong hoạt động kinh doanh bảo hiểm. Ví dụ như các bệnh bẩm sinh, mãn tính hay bệnh tật phát sinh trước khi tham gia bảo hiểm sẽ bị sàng lọc và không được chấp nhận bảo hiểm.

2.3. Mất khả năng lao động

Khi con người bị ốm đau, tai nạn, bệnh tật có thể dẫn tới hậu quả là mất khả năng lao động. Mất khả năng lao động được chia ra 2 loại.

- Mất khả năng lao động tạm thời: Là trạng thái người lao động phải ngừng việc trong một thời gian nhất định, sau khi điều trị, sức khỏe được phục hồi như ban đầu và tiếp tục quay trở lại làm việc.

- Mất khả năng lao động vĩnh viễn: Là trạng thái người lao động phải ngừng việc vĩnh viễn mặc dù đã được điều trị, phẫu thuật nhưng sức khỏe vẫn không thể được phục hồi lại như cũ và vì thế không thể trở lại làm việc.

Mất khả năng lao động vĩnh viễn thường được xác định thông qua giám định y khoa và được lượng hoá bằng 1 tỷ lệ phần trăm suy giảm sức khỏe. Có nghĩa là bị suy giảm bao nhiêu phần trăm sức khỏe mới được coi là mất khả năng lao động vĩnh viễn. Chẳng hạn đối với những nghề nghiệp thông thường, khi người lao động bị suy giảm 41% sức khỏe trở lên được coi là mất khả năng lao động vĩnh viễn. Thế nhưng, nếu là công nhân khai thác, thợ cơ khí... chỉ cần suy giảm 31% sức khỏe trở lên cũng được coi là người lao động bị mất khả năng lao động vĩnh viễn.

2.4. Chi phí y tế

Nếu hiểu theo nghĩa rộng, chi phí y tế là tất cả các khoản

chi phí phát sinh liên quan đến người bệnh. Các chi phí này được chia làm 3 loại.

- Những chi phí phát sinh trực tiếp tại các bệnh viện và các cơ sở điều trị, bao gồm:

+ Chi phí khám bệnh và kiểm tra sức khỏe.

+ Thuốc men, xét nghiệm

+ Chiếu chụp X quang, siêu âm

+ Bộ phận giả, chỉnh hình, kính mắt.

+ Phẫu thuật và nằm viện do phẫu thuật.

+ Nằm viện do bệnh tật.

+ Sinh đẻ

+ Nằm viện do xảy thai...

- Những chi phí chuyển viện, đưa đón bệnh nhân.

- Chi phí chăm sóc, nuôi dưỡng bệnh nhân sau khi điều trị.

2.5. Bệnh viện: Là một cơ sở khám chữa bệnh được Nhà nước công nhận, mà ở đây có khả năng và phương tiện chuẩn đoán, điều trị và phẫu thuật, có điều kiện điều trị nội trú và có phiếu theo dõi sức khỏe hàng ngày cho bệnh nhân. Những cơ sở điều dưỡng dành riêng cho người già, những cơ sở đặc biệt dành riêng cho việc cai nghiện ma túy và các chất kích thích, các trại điều trị và theo dõi bệnh phong không được coi là bệnh viện.

3. Các nghiệp vụ bảo hiểm con người phi nhân thọ

Bảo hiểm con người phi nhân thọ được triển khai rất đa dạng và linh hoạt tùy theo tình hình cụ thể ở từng nước và ngay trong phạm vi một nước, cũng có sự khác nhau giữa các thời kỳ, giữa các công ty bảo hiểm về một số nội dung cơ bản như: phạm vi bảo hiểm, phí bảo hiểm và số tiền bảo hiểm,

thủ tục trả tiền bảo hiểm v.v... Điều này cũng thật dễ hiểu vì BHTM là hoạt động mang tính kinh doanh vì mục tiêu lợi nhuận. Tuy nhiên trong quá trình ký kết hợp đồng hoặc triển khai một sản phẩm mới đều phải tuân thủ khung pháp lý của mỗi nước. Vì thế nội dung của phần này chỉ xin được đề cập đến một số nghiệp vụ chủ yếu mang tính phổ biến.

3.1. Bảo hiểm tai nạn con người 24/24

Bảo hiểm tai nạn con người 24/24 là một nghiệp vụ của BHTM mà ở đây, nhà bảo hiểm sẽ chi trả số tiền bảo hiểm cho người được bảo hiểm (hay người được hưởng quyền lợi bảo hiểm) khi người được bảo hiểm bị tai nạn thuộc phạm vi bảo hiểm đối lại người được bảo hiểm (hay người tham gia bảo hiểm) phải nộp phí bảo hiểm khi họ ký kết hợp đồng.

- Mục đích:

+ Góp phần ổn định cuộc sống cho bản thân người bị tai nạn và gia đình họ, đặc biệt là đối với những người chưa tham gia loại hình bảo hiểm nào hoặc đã tham gia nhưng được chi trả hoặc trợ cấp quá ít.

+ Tạo điều kiện thuận lợi và cơ hội cho những người lao động làm ở những ngành nghề thường hay xảy ra tai nạn được bảo hiểm, như các ngành cơ khí, khai thác, xây dựng v.v...

- ***Đối tượng tham gia:*** Thường bao gồm tất cả những người từ 18 đến 60 tuổi. Những người bị bệnh thần kinh, tàn phế, hoặc thương tật vĩnh viễn ở một mức độ nhất định (ví dụ: 50% trở lên) không được chấp nhận tham gia.

- ***Phạm vi bảo hiểm:*** Bị tai nạn gây chết người hoặc thương tật, kể cả những trường hợp người được bảo hiểm tham gia cứu người, cứu tài sản của Nhà nước và nhân dân, tham gia chống các hoạt động phạm pháp...

Tuy nhiên, người được bảo hiểm bị tai nạn do các nguyên nhân sau đây sẽ không thuộc phạm vi bảo hiểm:

- + Vi phạm pháp luật
- + Hành động cố ý gây tai nạn hoặc tử vong.
- + Bị ảnh hưởng của bia, rượu, ma túy và các chất kích thích.
- + Ngộ độc thức ăn, sử dụng thuốc không đúng sự chỉ định của bác sĩ, trúng gió.
- + Động đất, núi lửa, nhiễm phóng xạ.
- + Chiến tranh, nội chiến, đình công...

- *Thời hạn bảo hiểm* phổ biến là 1 năm. Tuy nhiên cũng có những trường hợp trong một vài tháng tùy theo nhu cầu và sự thỏa thuận giữa các bên tham gia bảo hiểm.

- *Số tiền bảo hiểm và phí bảo hiểm.*

Số tiền bảo hiểm trong nghiệp vụ này thường được quy định ở các mức khác nhau để người tham gia dễ dàng lựa chọn cho phù hợp với khả năng tài chính của mình. Ví dụ từ 1.000.000 VND đến 100.000.000 VND cho 1 người.

Phí bảo hiểm thường đóng 1 lần khi ký kết hợp đồng.

+ Xét về mặt lý thuyết, phí bảo hiểm phụ thuộc vào khá nhiều yếu tố, như: số tiền bảo hiểm, xác suất thống kê số vụ tai nạn, số bị chết và số người bị thương tật, ngành nghề và lĩnh vực công tác, chi phí cho 1 vụ tai nạn bình quân, chi phí quản lý, thuế v.v... Căn cứ vào những tài liệu thống kê này, các công ty lập thành một biểu tỷ lệ phí tương ứng cho từng ngành nghề từng hạn mức số tiền bảo hiểm v.v... Chẳng hạn, theo Thông tư số 1369/CN-93 ngày 13/9/93 của Bảo Việt hướng dẫn chế độ bảo hiểm tai nạn con người 24/24 với số tiền bảo hiểm và tỷ lệ phí bảo hiểm tương ứng như sau:

Biểu phí bảo hiểm tai nạn con người 24/24

Số tiền bảo hiểm	Triệu đồng	1-20	21-50	51-70	71-100
Tỷ lệ phí	%	0,28	0,42	0,56	0,75

Trên đây là biểu phí năm, nếu tham gia ngắn hạn (theo tháng) thì phí bảo hiểm được tính bằng 1 tỷ lệ phần trăm nhất định so với mức phí năm. Ví dụ tham gia bảo hiểm với thời hạn 9 tháng thì mức phí sẽ bằng 85% so với phí năm trên cùng 1 số tiền bảo hiểm.

+ Xét trên phương diện kinh doanh, nếu các công ty bảo hiểm đã kinh doanh nghiệp vụ này được một số năm, họ có thể dùng ngay số liệu thống kê của mình từ những năm trước đó để tính phí bảo hiểm năm báo cáo.

Công thức tính phí nộp 1 lần theo năm, ứng với số tiền bảo hiểm và một ngành nghề nào đó như sau:

$$P = f + d$$

$$f = \frac{\sum_{i=1}^n C_i + \sum_{i=1}^n T_i}{\sum_{i=1}^n L_i}$$

Trong đó:

f - Phí thuần

d - Phần phụ phí (được quy định bằng 1 tỷ lệ phần trăm nhất định so với tổng mức phí thu).

C_i - Số tiền chi trả cho những người bị tai nạn và sau đó bị chết năm thứ i

T_i - Số tiền chi trả cho những người bị tai nạn thương tật năm thứ i

L_i - Số người tham gia bảo hiểm tai nạn con người 24/24 năm thứ i.

n - Thứ tự các năm lấy số liệu tính toán.

+ Đối với những công ty bảo hiểm mới thành lập, hoặc các công ty bảo hiểm lần đầu tiên triển khai nghiệp vụ này họ thường dựa vào tài liệu thống kê bảo hiểm tai nạn lao động trong BHXH hoặc bỏ tiền ra mua hẳn một biểu tỷ lệ phí sau đó điều chỉnh lại cho phù hợp với công ty của mình.

- Chi trả tiền bảo hiểm:

Khi yêu cầu công ty bảo hiểm trả tiền bảo hiểm, người được bảo hiểm (hoặc người được hưởng quyền lợi bảo hiểm) phải có đủ các loại giấy tờ có liên quan theo quy định của luật pháp và của công ty. Chẳng hạn có đầy đủ giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm, giấy chứng nhận bảo hiểm, biên bản tai nạn, giấy chứng tử v.v...

Sau khi xem xét các giấy tờ hợp lệ, công ty sẽ tiến hành chi trả.

+ Nếu người được bảo hiểm bị chết hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn, số tiền chi trả bằng số tiền bảo hiểm.

+ Nếu người được bảo hiểm bị thương tật bộ phận, số tiền chi trả bằng số tiền bảo hiểm nhân với tỷ lệ thương tật. Tỷ lệ thương tật được xác định thông qua giám định y khoa hoặc các công ty bảo hiểm đã tính sẵn và đưa vào ba rem.

+ Nếu người được bảo hiểm bị thương tật tạm thời không để lại di chứng sẽ được thanh toán các chi phí thực tế để điều trị, kể cả chi phí để bồi dưỡng trong thời gian điều trị giúp nhanh chóng phục hồi sức khỏe. Thế nhưng, số tiền chi trả tối đa không vượt quá số tiền bảo hiểm, các chi phí thực tế phải hợp lý.

+ Nếu người được bảo hiểm bị chết sau 1 năm kể từ ngày xảy ra tai nạn (chết do hậu quả tai nạn) số tiền chi trả bằng số tiền bảo hiểm trừ đi số tiền chi trả trước đó.

+ Nếu người được bảo hiểm bị thương tật nhiều lần trong 1 năm hợp đồng, tổng số tiền chi trả các lần không vượt quá số tiền bảo hiểm.

- *Hợp đồng bảo hiểm*: bảo hiểm tai nạn con người 24/24 có thể được ký theo từng cá nhân và cũng có thể ký theo hợp đồng tập thể. Nếu tham gia tập thể (nhóm), phí bảo hiểm tính theo đầu người thường thấp hơn hợp đồng cá nhân vì chi phí quản lý thấp. Về nguyên tắc, hợp đồng chỉ có hiệu lực và giá trị khi người tham gia đã đóng đầy đủ phí bảo hiểm.

3.2. Bảo hiểm tai nạn hành khách

Đã trở thành quy luật, khi nền kinh tế - xã hội ngày càng phát triển, nhu cầu đi lại của nhân dân ngày càng tăng và lưu lượng hành khách tham gia giao thông ngày càng lớn. Kéo theo đó là số lượng các loại phương tiện tham gia giao thông cũng ngày càng gia tăng và hết sức đa dạng, phong phú. Mặc dù các loại phương tiện tham gia giao thông ngày càng được cải tiến và hiện đại, cơ sở hạ tầng giao thông ngày càng được mở rộng, nâng cấp và hoàn thiện, song tai nạn giao thông vẫn ngày một gia tăng đã làm ảnh hưởng trực tiếp đến tính mạng và tình trạng sức khỏe của mọi hành khách. Theo số liệu thống kê trên thế giới, hàng năm có hơn 70% lượng hành khách tham gia giao thông đều là những người chủ chốt trong gia đình, cơ quan và doanh nghiệp, mỗi khi tai nạn giao thông không may đến với họ đã làm ảnh hưởng trực tiếp đến cuộc sống của mỗi gia đình, người thân, cơ quan, doanh nghiệp và toàn xã hội. Vì thế, bảo hiểm tai nạn hành khách ra đời là hết sức cần thiết và ở nhiều nước trên thế giới đã được triển khai dưới hình thức bắt buộc.

- *Mục đích của bảo hiểm tai nạn hành khách*:

+ Góp phần ổn định cuộc sống của bản thân hành khách không may bị tai nạn và gia đình họ.

+ Tạo điều kiện thuận lợi cho chính quyền địa phương nơi xảy ra tai nạn khắc phục hậu quả tai nạn kịp thời, nhanh chóng.

+ Xét trên phạm vi xã hội, nó còn góp phần ngăn ngừa và đề phòng tai nạn giao thông. Tăng thu ngân sách cho Nhà nước để từ đó có điều kiện đầu tư trở lại nâng cấp và xây dựng mới cơ sở hạ tầng giao thông...

- *Đối tượng bảo hiểm*: Là tính mạng và tình trạng sức khoẻ của tất cả hành khách đi trên các phương tiện giao thông kinh doanh chuyên chở hành khách. Những người này không phân biệt lứa tuổi, nghề nghiệp, miễn là họ có vé hoặc được miễn giảm giá vé theo quy định. Người được bảo hiểm còn bao gồm cả những hành khách được ưu tiên đặc biệt không phải mua vé, trẻ em đi theo người lớn được miễn vé.

Tuy nhiên, hành lý, tài sản, hàng hoá của hành khách mang theo, các lái phụ xe, và những người đang làm việc trên các phương tiện vận chuyển hành khách (ô tô, tàu hoả, tàu thuỷ, thuyền, phà và máy bay) không thuộc đối tượng bảo hiểm. Nghiệp vụ này ở nước ta được các công ty triển khai dưới hình thức bắt buộc, vì vậy phí bảo hiểm được tính vào giá cước vận chuyển và mặc nhiên mỗi tấm vé là một giấy chứng nhận bảo hiểm.

- *Phạm vi bảo hiểm*: Là các rủi ro do thiên tai, tai nạn bất ngờ xảy ra trong suốt hành trình của hành khách gây thiệt hại đến tính mạng và tình trạng sức khoẻ của người được bảo hiểm.

+ Thiên tai bao gồm: Thời tiết xấu, bão lốc, lũ lụt, sụt lở đất đá... gây thiệt hại cho phương tiện chuyên chở, do đó gây thiệt hại đến tính mạng và tình trạng sức khoẻ của hành khách.

+ Tai nạn bất ngờ như: Đâm va, cháy nổ, lật nghiêng, do sự cố kỹ thuật của chính phương tiện, lỗi lầm của người điều khiển phương tiện hoặc do phương tiện khác đâm vào...

Trong phạm vi bảo hiểm, không bao gồm các rủi ro như:

+ Bị tai nạn do vi phạm trật tự an toàn giao thông, vi

phạm pháp luật (nhảy tàu xe khi phương tiện chưa dừng hẳn, bám xe, đứng ngồi không đúng chỗ quy định, hành hung, ăn cắp...).

+ Bị tai nạn do những nguyên nhân không liên quan trực tiếp đến quá trình vận chuyển hoặc bản thân tình trạng sức khoẻ của hành khách gây ra (ngộ độc thức ăn, trúng gió, ốm đau...)

- *Thời hạn hiệu lực của bảo hiểm*: Là thời gian hợp lý để thực hiện cuộc hành trình, tức là bắt đầu từ lúc hành khách bước chân lên phương tiện và kết thúc khi hành khách rời khỏi phương tiện một cách an toàn tại bến, ga hoặc sân bay cuối cùng ghi trên vé. Thời gian tạm ngừng hợp lý (lấy nhiên liệu, ăn uống...) vẫn được tính vào thời hạn bảo hiểm. Nếu đi liên vận, hành khách phải thay đổi phương tiện, trong lúc chờ đợi để lên phương tiện tiếp theo vẫn được bảo hiểm.

- Nếu hành khách tự ý hay vô tình rời bỏ cuộc hành trình, rời bỏ hay lạc mất phương tiện chuyên chở thì coi như thời hạn bảo hiểm chấm dứt.

- *Số tiền bảo hiểm và phí bảo hiểm*:

+ Số tiền bảo hiểm được ấn định theo quy định chung đối với mỗi loại phương tiện hay một số loại phương tiện. Chẳng hạn, nếu hành khách đi trên máy bay, số tiền bảo hiểm là 20.000 USD/hành khách. Nếu đi trên tàu hoả, tàu thuỷ, ô tô số tiền bảo hiểm là 12.000.000 VND/hành khách. Vì nghiệp vụ bảo hiểm thực hiện dưới hình thức bắt buộc nên người tham gia không có quyền lựa chọn số tiền bảo hiểm. Trẻ em mua nửa vé hoặc được miễn vé thì số tiền bảo hiểm chỉ bằng 50% số tiền bảo hiểm của người lớn.

+ *Phí bảo hiểm*: Vì thực hiện bảo hiểm bắt buộc nên phí bảo hiểm được tính vào giá vé. Cơ quan làm nhiệm vụ vận chuyển hành khách bán vé cũng là người thu phí bảo hiểm. Phí bảo hiểm phụ thuộc vào các yếu tố:

- Số tiền bảo hiểm
- Loại phương tiện vận chuyển
- Độ dài tuyến đường chuyên chở
- Đặc điểm tuyến đường hoạt động của phương tiện vận chuyển (chất lượng đường sá, địa hình).

Có 2 phương pháp tính phí được các công ty bảo hiểm vận dụng:

- Phí bảo hiểm tính trên 1km/ hành khách, cho từng loại phương tiện với giả thiết 100% hành khách đều được bảo hiểm với số tiền bảo hiểm cho trước.

Công thức:

$$P = f_1 + f_2 + f_3 + f_4$$

$$f_1 = \frac{\sum_{i=1}^n C_i + \sum_{i=1}^n T_i}{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^m L_{ij} K_{ij}}$$

Trong đó:

f_1 - Phí thuần

f_2 - Phí đề phòng hạn chế tổn thất

f_3 - Phí dự phòng

f_4 - Phí quản lý và lãi dự kiến

(f_2 , f_3 và f_4 thường được quy định bằng một tỷ lệ phần trăm nhất định so với tổng số phí thu).

C_i - Số tiền chi trả cho những hành khách bị chết năm thứ i

T_i - Số tiền chi trả cho những hành khách phải điều trị, phẫu thuật năm thứ i

L_{ij} - Độ dài quãng đường j năm thứ i

K_{ij} - Số hành khách đi trên quãng đường j năm thứ i

n - Số năm khảo sát ($n = 5$ năm)

m - Số quãng đường của từng loại hình giao thông vận tải

Phương pháp này có ưu điểm là chính xác và độc lập với giá cước vận tải, song lại có nhược điểm mức phí tính ra rất lẻ và đôi khi quá nhỏ nên đã ảnh hưởng đến khâu bán vé và quản lý của cơ quan vận chuyển.

- Phí bảo hiểm tính theo tỷ lệ trên giá cước vận tải của từng loại phương tiện.

$$f = R \times G_v$$

$$R = \frac{\sum_{i=1}^n Q_i}{\sum_{i=1}^n D_i} \times 100$$

Trong đó:

f - Phí thuần

R - Tỷ lệ phí bảo hiểm

G_v - Giá cước vận tải

Q_i - Tổng chi phí chi trả cho tai nạn bảo hiểm năm i

D_i - Tổng doanh thu cước phí của ngành vận tải năm i

Phương pháp này tuy đơn giản, dễ tính toán, song phụ thuộc nhiều vào giá cước vận tải. Khi tính toán cũng phải giả thiết 100% hành khách đều được bảo hiểm với số tiền bảo hiểm cho trước.

- Ngoài ra, đối với các công ty tư nhân kinh doanh vận tải hành khách, công ty bảo hiểm thu phí theo phương thức khoán. Cụ thể, số phí một công ty vận tải hành khách phải nộp hàng tháng.

$$P = \begin{array}{c} \text{Phí bảo} \\ \text{hiểm BQ} \\ \text{1 hành} \\ \text{khách} \end{array} \times \begin{array}{c} \text{Số} \\ \text{chỗ ngồi} \\ \text{BQ 1} \\ \text{phương} \\ \text{tiện} \end{array} \times \begin{array}{c} \text{Số} \\ \text{phương} \\ \text{tiện hoạt} \\ \text{động} \end{array} \times \begin{array}{c} \text{Số lượt} \\ \text{phương tiện} \\ \text{hoạt động} \\ \text{BQ một} \\ \text{ngày} \end{array} \times \begin{array}{c} \text{Số ngày} \\ \text{hoạt} \\ \text{động BQ} \\ \text{1 tháng} \end{array}$$

- Trả tiền bảo hiểm:

+ Nếu tai nạn chết người: Số tiền chi trả cho 1 hành khách bằng số tiền bảo hiểm.

+ Nếu bị tai nạn thương tật: Số tiền chi trả bằng tỷ lệ thương tật nhân với số tiền bảo hiểm (Tỷ lệ thương tật được xác định thông qua giám định y khoa).

+ Nếu hành khách bị tai nạn nhẹ, tạm thời: Số tiền chi trả có thể tính theo chi phí thực tế (nằm viện, điều trị....) hoặc cũng có thể bằng số tiền chi trả bình quân 1 ngày nhân với số ngày nằm viện. Số tiền chi trả 1 ngày và số ngày nằm viện được quy định thống nhất căn cứ vào số tiền bảo hiểm. Nhưng số tiền chi trả tối đa không vượt quá số tiền bảo hiểm.

3.3. Bảo hiểm trợ cấp nằm viện phẫu thuật

Các rủi ro ốm đau, bệnh tật phải nằm viện điều trị hoặc phẫu thuật thường ít người tránh khỏi. Khi tình trạng này diễn ra đã làm phát sinh các chi phí điều trị và phẫu thuật, đồng thời còn làm cho người bệnh phải ngừng lao động hoặc mất khả năng lao động. Trong khi đó, chi phí cho các dịch vụ khám chữa bệnh, điều trị và phẫu thuật có xu hướng ngày càng tăng do kỹ thuật và phương tiện chẩn đoán của ngành y tế ngày càng tinh xảo và hiện đại, do các loại thuốc đặc trị ngày càng được sử dụng phổ biến. Để đối phó với tình hình này, nhiều người đã tìm đến bảo hiểm trợ cấp nằm viện phẫu thuật. Thực chất đây là loại hình bảo hiểm sức khỏe, nhưng có phạm vi hẹp hơn, song nó đã mang lại lợi ích to lớn cho con người.

- Mục đích:

+ Giúp mọi người khắc phục khó khăn khi không may họ bị ốm đau, bệnh tật phải nằm viện điều trị hoặc phẫu thuật.

+ Góp phần bổ sung cho các loại hình BHYT và BHXH.

- Người được bảo hiểm: Thường bao gồm tất cả những

người từ 1 tuổi (tròn 12 tháng) đến 65 tuổi. Các đối tượng sau đây không được chấp nhận tham gia bảo hiểm:

- + Những người bị bệnh thần kinh, tâm thần, phong, ung thư, SIDA.

- + Những người bị tàn phế hoặc bị thương tật vĩnh viễn (Bảo Việt quy định mất 80% sức khoẻ trở lên).

- + Những người đang trong thời hạn điều trị bệnh tật, thương tật.

Khi tham gia bảo hiểm, nhà bảo hiểm yêu cầu phải làm rõ các vấn đề liên quan đến bệnh tật, thương tật, tiểu sử gia đình của người được bảo hiểm (chẳng hạn: Có bị bệnh bẩm sinh hay không? có mắc các chứng bệnh hiểm nghèo không)... Nếu người được bảo hiểm không trung thực, nhà bảo hiểm có thể khước từ bảo hiểm hoặc huỷ bỏ hợp đồng.

- *Phạm vi bảo hiểm:*

- + Ốm đau, bệnh tật, thương tật, thai sản phải nằm viện hoặc phẫu thuật.

- + Chết trong quá trình nằm viện, phẫu thuật. Tuy nhiên có một số trường hợp sau đây không thuộc phạm vi bảo hiểm:

- + Điều dưỡng, an dưỡng

- + Nằm viện kiểm tra sức khoẻ hoặc giám định y khoa mà không liên quan đến việc điều trị bệnh tật, thương tật.

- + Điều trị những bệnh bẩm sinh, bệnh nghề nghiệp

- + Tạo hình, thẩm mỹ, chỉnh hình, phục hồi chức năng, làm chân tay giả, răng giả

- + Kế hoạch hoá gia đình

- + Say rượu, sử dụng ma tuý

- + Chiến tranh...

Phạm vi bảo hiểm thường được quy định rất cụ thể, tùy điều kiện thực tế mà mỗi nước, mỗi công ty vận dụng một cách khác nhau. Chẳng hạn, ở Bỉ việc làm chân tay giả,

chính hình, mất giả vẫn được bảo hiểm.

- *Thời gian bảo hiểm* của nghiệp vụ này thường là 1 năm và hợp đồng bảo hiểm chỉ có hiệu lực sau một thời gian nhất định. Thời gian từ khi ký hợp đồng đến khi hợp đồng có hiệu lực do nhà bảo hiểm quy định. Ví dụ, Bảo Việt quy định sau một tháng đối với trường hợp ốm đau bệnh tật, sau 270 ngày đối với trường hợp sinh đẻ, nhưng lại không áp dụng trường hợp này đối với rủi ro tai nạn. Việc quy định này nhằm tránh cho nhà bảo hiểm phải gánh chịu những hậu quả của bệnh tật mà người được bảo hiểm đã mắc phải trước khi tham gia bảo hiểm.

- *Số tiền bảo hiểm và phí bảo hiểm*

Số tiền bảo hiểm được các công ty bảo hiểm ấn định ở nhiều mức khác nhau, giúp người tham gia dễ dàng lựa chọn cho phù hợp với khả năng tài chính của mình. Tuy nhiên, sau khi triển khai được một số năm, họ sẽ xác định được số tiền bảo hiểm phổ cập phù hợp với nhu cầu của đại đa số dân chúng.

Phí bảo hiểm trợ cấp nằm viện phẫu thuật phụ thuộc vào: độ tuổi, giới tính, số tiền bảo hiểm, thời gian bảo hiểm, tình trạng sức khoẻ và phạm vi bảo hiểm v.v...

+ Đối với công ty bảo hiểm mới thành lập hoặc lần đầu tiên triển khai nghiệp vụ này việc xác định phí bảo hiểm sẽ gặp nhiều khó khăn. Chuyên viên định phí phải dựa vào các số liệu thống kê về tình hình khám chữa bệnh, phẫu thuật, các chi phí phát sinh và một loạt các yếu tố có liên quan như đã nêu ở trên để tính toán các mức phí cho phù hợp.

+ Đối với những công ty bảo hiểm đã triển khai nghiệp vụ này sau nhiều năm, họ sẽ dựa vào tài liệu thống kê của mình để điều chỉnh lại các mức phí cho phù hợp. Hoặc họ có thể tính lại hoàn toàn các mức phí để sử dụng cho những năm sau nhằm đảm bảo chính xác, tăng tính cạnh tranh. Khi

đó có thể áp dụng công thức:

$$P = f + d$$
$$f = \frac{\sum_{i=1}^n C_i + \sum_{i=1}^n V_i + \sum_{i=1}^n T_i}{\sum_{i=1}^n B_i}$$

Trong đó:

f - Phí thuần

d - Phần phụ phí (được quy định bằng 1 tỷ lệ phần trăm nhất định so với tổng mức phí thu).

C_i - Tổng số tiền chi trả cho những người bị chết năm thứ i tham gia bảo hiểm.

V_i - Tổng số tiền chi trả cho những người phải nằm viện điều trị năm thứ i.

T_i - Tổng số tiền chi trả cho những người phải phẫu thuật năm thứ i.

n - Số năm khảo sát

B_i - Số người tham gia bảo hiểm trợ cấp nằm viện phẫu thuật năm thứ i.

Nếu áp dụng công thức trên cũng phải đồng nhất về số tiền bảo hiểm, thời hạn tham gia bảo hiểm v.v...

- *Chi trả tiền bảo hiểm*

Bảo hiểm trợ cấp nằm viện phẫu thuật áp dụng nguyên tắc bồi thường. Số tiền chi trả được xác định trên cơ sở chi phí thực tế phát sinh, vì thế phần lớn các công ty bảo hiểm đều chi trả tiền bảo hiểm theo định mức. Điều đó có nghĩa là họ đưa ra các tỷ lệ định mức cho mỗi ngày điều trị trong bệnh viện và tỷ lệ trả tiền phẫu thuật. Đồng thời cũng đưa ra các định mức về số ngày được trợ cấp. Tất cả những định mức này đều phải được ghi trong hợp đồng.

+ Tỷ lệ định mức trợ cấp cho mỗi ngày điều trị trong bệnh viện được tính trên số tiền bảo hiểm.

Ví dụ: Tỷ lệ định mức trợ cấp là 0,3% mỗi ngày, số tiền bảo hiểm là 10.000.000VND, như vậy mỗi ngày người bệnh tham gia bảo hiểm được trợ cấp 30.000VND

$$(0,3\% \times 10.000.000 \text{ VND})$$

+ Tỷ lệ trả tiền phẫu thuật cũng được tính trên số tiền bảo hiểm, song phụ thuộc vào từng loại hình phẫu thuật. Chẳng hạn: U não là 50%; chích ung nhọt là 2%... Như vậy, nếu một người tham gia bảo hiểm đến bệnh viện chích ung nhọt có số tiền bảo hiểm là 50.000.000VND, sẽ được trợ cấp 1.000.000 VND ($50.000.000 \times 2\%$).

+ Số ngày được trợ cấp nằm viện là số ngày được định mức trên hợp đồng. Căn cứ vào chỉ tiêu này, sẽ xác định được tổng số tiền trợ cấp trong một đợt nằm viện hay trong một năm. Số ngày được trợ cấp nằm viện bao giờ cũng được các công ty bảo hiểm khống chế ở một mức độ nhất định. Chẳng hạn các công ty bảo hiểm Việt Nam quy định tối đa là 60 ngày trong 1 năm bảo hiểm. Như vậy, sẽ không phụ thuộc vào số lần nằm viện trong năm.

+ Nếu người được bảo hiểm bị chết khi đang nằm viện hoặc phẫu thuật sẽ được nhà bảo hiểm trợ cấp tiền mai táng phí. Khoản tiền này cũng được ghi trong hợp đồng bảo hiểm.

Để nhận được tiền trợ cấp, người tham gia bảo hiểm phải có đầy đủ các loại giấy tờ như: Giấy chứng nhận bảo hiểm, giấy ra viện, các hoá đơn, chứng từ điều trị hợp lệ. Trong trường hợp bị chết phải có giấy chứng tử do bệnh viện cấp.

3.4. Bảo hiểm học sinh

Bảo hiểm trẻ em và bảo hiểm sinh viên đại học là những nghiệp vụ được nhiều nước trên thế giới áp dụng. Đây là những nghiệp vụ bảo hiểm hỗn hợp cả “tai nạn” và “ốm đau,

bệnh tật". Còn bảo hiểm học sinh thực chất là sự kết hợp giữa 2 nghiệp vụ trên, song thực tế triển khai ở nước ta lại tỏ ra rất phù hợp và có hiệu quả.

- Mục đích:

+ Trợ giúp cho học sinh và gia đình các em một số tiền nhất định để nhanh chóng khắc phục khó khăn, phục hồi sức khoẻ và sớm trở lại trường lớp khi không may các em gặp rủi ro, tai nạn.

+ Tạo lập mối liên hệ chặt chẽ, gắn bó giữa nhà trường, gia đình và nhà bảo hiểm để từ đó làm tốt hơn công tác đề phòng, hạn chế và ngăn ngừa tai nạn, nhanh chóng khắc phục hậu quả của tai nạn rủi ro xảy ra đối với học sinh.

+ Thông qua hoạt động bảo hiểm giúp các em nâng cao được ý thức cộng đồng ngay từ khi còn nhỏ tuổi.

- Người được bảo hiểm: Là tất cả mọi học sinh từ nhà trẻ, mẫu giáo đến các sinh viên đại học. Đối tượng này hẹp hơn so với bảo hiểm trẻ em vì nó chỉ giới hạn với trẻ em đến trường. Những học sinh ở tuổi thành niên, bản thân các em đã là người tham gia bảo hiểm. Còn đối với học sinh vị thành niên, người tham gia có thể là bố mẹ, anh chị hoặc người đỡ đầu. Người tham gia bảo hiểm ở đây không bị hạn chế bởi tuổi tác, mức độ thân thích hay mức độ tàn tật.

- Phạm vi bảo hiểm

+ Bị chết trong mọi trường hợp

+ Bị tai nạn thương tật

+ Ốm đau, bệnh tật phải nằm viện điều trị và phẫu thuật.

Tuy nhiên, vẫn có một số trường hợp sau đây không thuộc phạm vi bảo hiểm:

+ Học sinh đến tuổi thành niên bị chết do tự tử, tiêm chích ma túy...

+ Do hành động cố ý của người được bảo hiểm, người tham gia bảo hiểm hay người được hưởng quyền lợi bảo hiểm (Trừ những người được bảo hiểm ở tuổi vị thành niên)

+ Điều trị hoặc phẫu thuật các bệnh bẩm sinh, chỉnh hình, thẩm mỹ, làm chân tay giả, răng giả...

+ Chiến tranh, phóng xạ...

- Thời hạn bảo hiểm thường là 1 năm (có thể là năm học hoặc năm dương lịch).

- Số tiền bảo hiểm cũng được ấn định thành nhiều mức để người tham gia dễ lựa chọn cho phù hợp với khả năng tài chính của họ.

- Phí bảo hiểm và chi trả tiền bảo hiểm về nguyên tắc cũng giống như bảo hiểm tai nạn con người 24/24 và bảo hiểm trợ cấp nằm viện phẫu thuật. Bởi vì đây là nghiệp vụ bảo hiểm hỗn hợp cả tai nạn và sức khỏe.

Ngoài những nghiệp vụ bảo hiểm kể trên, tùy theo điều kiện thực tế ở mỗi nước, mỗi công ty bảo hiểm, người ta còn triển khai các nghiệp vụ sau:

- *Bảo hiểm trợ cấp mất khả năng lao động* do tai nạn, bệnh tật. Đây là loại hình bảo hiểm nhằm bổ sung cho các khoản thu nhập bị giảm hoặc mất hoàn toàn trong thời gian người được bảo hiểm phải ngừng lao động do tai nạn, bệnh tật. Các khoản trợ cấp của nhà bảo hiểm được ấn định trên hợp đồng. Loại hình bảo hiểm này áp dụng nguyên tắc khoán nên không tồn tại sự thế quyền khiếu nại người thứ ba gây thiệt hại của các công ty bảo hiểm.

- *Bảo hiểm tai nạn khách du lịch*: Loại hình bảo hiểm này thường được triển khai kết hợp với bảo hiểm tài sản (như hành lý, vật dụng của khách du lịch) và bảo hiểm trách nhiệm.

- *Bảo hiểm các bà vợ*: Loại hình bảo hiểm này ra đời

nhằm đáp ứng một số nhu cầu về kinh tế cho những gia đình nếu không may người vợ bị chết. Quyền lợi bảo hiểm mà người chồng nhận được sẽ được sử dụng để mua các dịch vụ như: chăm sóc con cái, nội trợ, quét dọn... Đây cũng là một việc làm rất thực tế và hợp logic.

- *Bảo hiểm cưới xin*: Loại hình bảo hiểm này không chỉ nhằm mục đích khắc phục hậu quả rủi ro mà còn giúp người được bảo hiểm đến tuổi kết hôn hoặc đến khi kết hôn nhận được một số tiền bảo hiểm nhất định để trang trải những chi phí cần thiết trong ngày cưới và mua sắm đồ dùng thiết yếu sau khi cưới.

Các hợp đồng bảo hiểm con người phi nhân thọ có thể được ký kết theo từng cá nhân hoặc cũng có thể được ký kết theo nhóm.

Hợp đồng nhóm có đặc điểm là mức phí trung bình của một thành viên trong nhóm thường thấp hơn hợp đồng cá nhân (nếu các điều kiện khác giống nhau). Trong hợp đồng nhóm, người đứng ra ký kết phải có quan hệ với người được bảo hiểm (ví dụ: Giám đốc doanh nghiệp đứng ra ký kết hợp đồng bảo hiểm tai nạn 24/24 cho tất cả mọi thành viên trong doanh nghiệp). Đồng thời chỉ có người ký kết mới có thể loại trừ một người được bảo hiểm ra khỏi hợp đồng vì một lý do nào đó. Người ký kết phải có trách nhiệm đối với những thông tin về hợp đồng mà anh ta cung cấp cho những người được bảo hiểm. Còn nhà bảo hiểm có thể hủy bỏ hợp đồng nhóm vì một lý do đích thực nào đó, nhưng chỉ có thể từ chối toàn bộ nhóm chứ không được từ chối một cá nhân trong nhóm.

CHƯƠNG XVI

TÁI BẢO HIỂM

I. TÁI BẢO HIỂM VÀ SỰ PHÁT TRIỂN CỦA TÁI BẢO HIỂM

1. Sự cần thiết khách quan của tái bảo hiểm

Các công ty nhận bảo hiểm rủi ro cho các đơn vị và cá nhân tham gia bảo hiểm. Đến lượt mình, các công ty nhận bảo hiểm (công ty gốc) cũng trở thành đối tượng được bảo hiểm. Bởi vì, một khi những tai nạn rủi ro của người được bảo hiểm - người tham gia xảy ra liên tục vượt quá khả năng tài chính của công ty bảo hiểm gốc, sẽ gây khó khăn cho công ty và có thể đưa công ty đến phá sản. Vì vậy, một nghiệp vụ mới xuất hiện để bảo hiểm cho người bảo hiểm - đó là nghiệp vụ tái bảo hiểm.

Như vậy, “tái bảo hiểm là sự bảo hiểm cho những rủi ro mà người bảo hiểm phải gánh chịu”. Nói cách khác, tái bảo hiểm là quá trình người bảo hiểm chuyển một phần trách nhiệm đã chấp nhận với người được bảo hiểm cho người bảo hiểm khác bằng cách nhượng lại cho họ một phần phí bảo hiểm qua hợp đồng tái bảo hiểm.

Trong tái bảo hiểm, công ty bảo hiểm gốc ký hợp đồng với người tham gia và sau đó chuyển giao rủi ro cho các công ty nhận tái bảo hiểm. Công ty nhận gọi là công ty nhận tái bảo hiểm.

Khi tổn thất xảy ra, công ty bảo hiểm gốc phải bồi thường cho người được bảo hiểm; sau đó đòi lại công ty nhận tái bảo hiểm. Ở đây, người được bảo hiểm không có quan hệ trực tiếp với công ty tái bảo hiểm.

2. Phân biệt tái bảo hiểm và đồng bảo hiểm

- Tái bảo hiểm là quá trình phân tán rủi ro đã được bảo hiểm của công ty bảo hiểm gốc cho các công ty nhận tái bảo hiểm. Tái bảo hiểm xuất phát từ người bảo hiểm; tái bảo hiểm có thể chỉ tái cho một nhà tái bảo hiểm hoặc nhiều hơn.

- Đồng bảo hiểm là hình thức cộng đồng trách nhiệm của nhiều công ty bảo hiểm trước một đối tượng bảo hiểm nhất định. Đồng bảo hiểm xuất phát từ người tham gia và phải có ít nhất hai người tham gia bảo hiểm trở lên.

Chẳng hạn, một người bảo hiểm tài sản của mình với số tiền bảo hiểm 8 triệu đồng với 4 công ty theo tỷ lệ khác nhau:

Công ty A nhận bảo hiểm 40% với số tiền bảo hiểm 3,2 triệu

Công ty B nhận bảo hiểm 30% với số tiền bảo hiểm 2,4 triệu

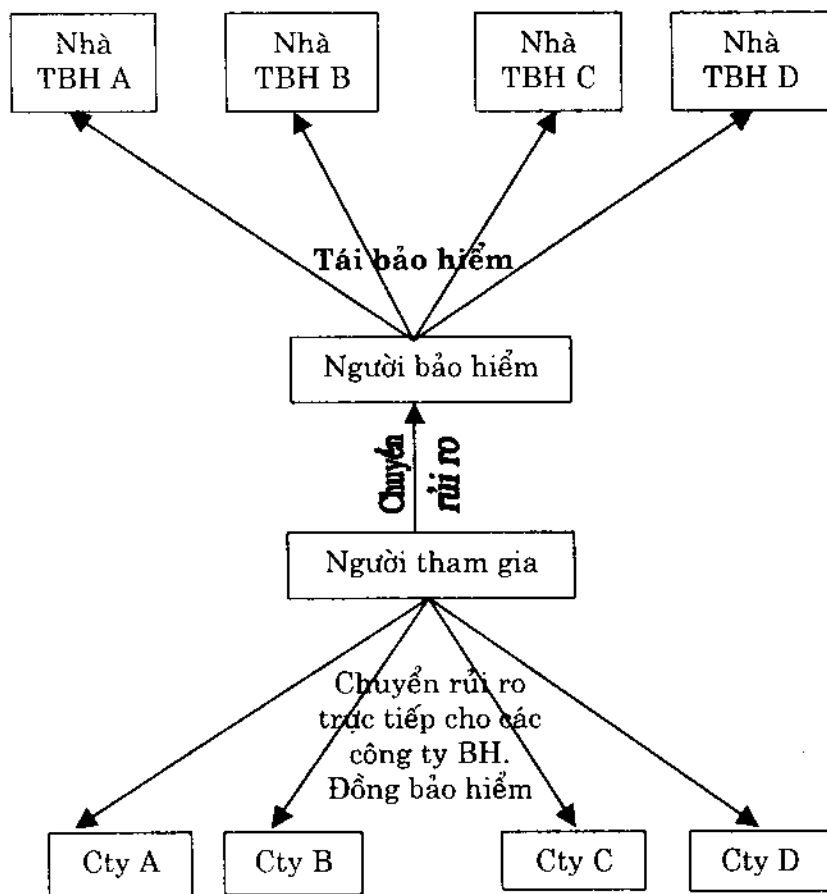
Công ty C nhận bảo hiểm 20% với số tiền bảo hiểm 1,6 triệu

Công ty D nhận bảo hiểm 10% với số tiền bảo hiểm 0,8 triệu.

Với sự cộng đồng trách nhiệm này, khi “sự cố” xảy ra tất cả công ty đều bồi thường cho người tham gia theo tỷ lệ mà họ đã nhận.

Đồng bảo hiểm cũng là hình thức phân tán rủi ro; nhưng người được bảo hiểm phải mất nhiều thời gian để huy động vốn bồi thường. Do đó gây khó khăn cho người bảo hiểm khi tổn thất xảy ra.

So sánh tái bảo hiểm và đồng bảo hiểm



3. Tác dụng của tái bảo hiểm

Như phần trên đã trình bày, tái bảo hiểm xuất hiện và phát triển không ngừng là do tác dụng to lớn của nó đối với hoạt động bảo hiểm nói riêng và sự phát triển kinh tế xã hội nói chung. Tái bảo hiểm hoạt động theo 2 hướng: tái bảo

hiểm nhằm đảm bảo kinh doanh cho công ty bảo hiểm quốc tế; đồng thời gián tiếp bảo vệ lợi ích của người tham gia bảo hiểm. Tuy nhiên, tái bảo hiểm đi là một nghiệp vụ tốn kém, vì trong phí tái bảo hiểm có cả phần chi quản lý và lợi nhuận cho công ty tái bảo hiểm. Vì thế, chỉ thật cần thiết mới tái bảo hiểm, tức phân tán bớt rủi ro. Điều đó vừa đảm bảo ổn định kinh doanh vừa tiết kiệm được tài chính.

Ngược lại, tái bảo hiểm đến là hoạt động kinh doanh dịch vụ bảo hiểm nhằm tăng thu ngoại tệ. Ở đây công ty bảo hiểm nhập khẩu dịch vụ bảo hiểm để ổn định kinh doanh cho các công ty bảo hiểm khác.

Tóm lại, tái bảo hiểm có tác dụng:

- Đảm bảo tính ổn định và sự chắc chắn cho quá trình kinh doanh và sản xuất của các đơn vị kinh tế, đặc biệt ổn định cho công ty bảo hiểm gốc;
- Đảm bảo sự ổn định của ngân sách, nhất là thu ngoại tệ.
- Đảm bảo đời sống cho cán bộ công ty bảo hiểm khỏi bị thất nghiệp do công ty bảo hiểm gốc phá sản.
- Góp phần tăng cường quan hệ kinh tế với các nước v.v...

4. Lịch sử phát triển của tái bảo hiểm

Sự phát triển của ngành bảo hiểm cũng như tái bảo hiểm gắn liền với sự phát triển của xã hội và của sản xuất hàng hóa.

Italia là nước đầu tiên chứng kiến sự ra đời của dịch vụ tái bảo hiểm. Bản giao ước cổ nhất được biết đến có tính chất pháp lý như hợp đồng tái bảo hiểm được ký kết vào năm 1370 trong lĩnh vực chuyên chở hàng hoá trên biển. Với sự phát triển rộng rãi các mối quan hệ thương mại giữa các thành phố của Italia cũng như các nước Bắc Âu, dịch vụ tái bảo hiểm cũng phát triển theo.

Nhờ áp dụng các thành tựu khoa học vào sản xuất, kinh tế các nước tư bản phát triển mạnh, giao lưu hàng hoá được tăng cường cho nên tái bảo hiểm cũng có điều kiện hình thành các tổ chức độc lập.

Năm 1846, công ty tái bảo hiểm chuyên nghiệp đầu tiên ra đời tại nước Đức với tên công ty tái bảo hiểm Cologne (Kolnische Ruck AG), rồi đến:

- Công ty tái bảo hiểm Thụy Sĩ (SwissRe) năm 1863
- Công ty tái bảo hiểm London (London Guarantee Reinsurance Co. Ltd.) 1869
- Công ty tái bảo hiểm Munich (Munichener Ruck AG) 1880.

Hai cuộc chiến tranh thế giới làm ảnh hưởng đến sự phát triển của ngành bảo hiểm nói chung và tái bảo hiểm nói riêng, nhất là các công ty tái bảo hiểm của Đức.

Sau chiến tranh thế giới thứ 2, tái bảo hiểm có mấy đặc điểm:

- Sự phục hồi của các công ty tái bảo hiểm của cộng hoà LB Đức.
- Thành lập các công ty tái bảo hiểm ở các nước xã hội chủ nghĩa.
- Các nước chậm phát triển mới giành độc lập cũng thực hiện độc quyền tái bảo hiểm như Argentina, Brazil, Chile, Thổ Nhĩ Kỳ, Ai Cập và một số nước Châu Phi, Đông Nam Á làm thu hẹp thị trường tái bảo hiểm quốc tế.
- Đồng thời sức cạnh tranh trong hoạt động tái bảo hiểm cũng tăng lên.

II. CÁC HÌNH THỨC TÁI BẢO HIỂM

Theo lịch sử phát triển, tái bảo hiểm có 3 hình thức cơ bản:

- Tái bảo hiểm tùy ý lựa chọn (tái bảo hiểm tạm thời)
- Tái bảo hiểm bắt buộc.
- Tái bảo hiểm lựa chọn - bắt buộc kết hợp.

1. Tái bảo hiểm tùy ý lựa chọn (Facultative Reins)

Đây là hình thức tái bảo hiểm cơ bản và cổ điển nhất. Theo hình thức này, công ty nhượng toàn quyền lựa chọn rủi ro cần phải tái bảo hiểm và công ty nhận (nhà tái bảo hiểm) có quyền nhận hay từ chối rủi ro đó.

Tái bảo hiểm tùy ý lựa chọn được tiến hành theo trình tự:

- Công ty nhượng thông báo cho nhà tái bảo hiểm một dịch vụ nào đó mà họ cần tái bảo hiểm dưới hình thức một đề nghị, trong đó ghi rõ các đặc điểm chính của rủi ro được tái bảo hiểm. Chẳng hạn:

- Tên và địa chỉ người được bảo hiểm,
- Tính chất rủi ro được bảo hiểm,
- Ngày bắt đầu và ngày chấm dứt,
- Số tiền bảo hiểm, phí bảo hiểm, phần giữ lại của công ty nhượng,
- Thủ tục phí tái bảo hiểm v.v...

- Sau khi nhận được đề nghị, nhà tái bảo hiểm có quyền lựa chọn nhận toàn bộ hay một phần tỷ lệ nào đó hay một số tiền cố định trên cơ sở rủi ro được đề nghị. Nhà tái bảo hiểm xác nhận phần tham gia của mình vào phiếu đề nghị và gửi lại cho công ty nhượng. Đồng thời, nhà tái bảo hiểm có thể yêu cầu công ty nhượng cung cấp thêm những thông tin cần thiết. Chỉ khi được thông báo chấp nhận, dịch vụ tái bảo hiểm tùy ý lựa chọn mới có hiệu lực và cũng tự động chấm dứt nếu đến ngày hết hạn mà không có bổ sung thêm.

Tái bảo hiểm tùy ý lựa chọn có nhiều ưu điểm nhưng

cũng có không ít nhược điểm. Vì vậy, khi tiến hành tái bảo hiểm cần phân tích kỹ từng trường hợp để đảm bảo lợi ích kinh doanh của công ty nhượng cũng như nhà tái bảo hiểm.

2. Tái bảo hiểm bắt buộc (Obligatory)

Tái bảo hiểm bắt buộc là sự thoả thuận giữa công ty nhượng và nhà tái bảo hiểm trong đó công ty nhượng bắt buộc phải nhượng cho nhà tái bảo hiểm tất cả các đơn vị rủi ro bảo hiểm gốc mà hai bên đã thoả thuận từ trước.

Ngược lại, nhà tái bảo hiểm cũng bắt buộc phải chấp nhận toàn bộ các đơn vị rủi ro đó. Ở đây, công ty nhượng toàn quyền trong việc chấp nhận bảo hiểm gốc, định phí v.v... mà không phải tham khảo ý kiến của nhà tái bảo hiểm.

Đồng thời, công ty nhượng cũng đơn phương thanh toán các vụ tổn thất có liên quan đến những rủi ro được bảo hiểm với mục đích bảo vệ quyền lợi chung của công ty nhượng và nhà tái bảo hiểm. Ngược lại, nhà tái bảo hiểm chia sẻ những vận may rủi với công ty nhượng và sẽ chấp nhận thanh toán tổn thất thuộc phạm vi hợp đồng tái bảo hiểm để thoả thuận.

Như vậy tái bảo hiểm bắt buộc là hình thức tái bảo hiểm ràng buộc các bên một cách chặt chẽ. Tái bảo hiểm bắt buộc gồm hai phương thức chủ yếu:

- Tái bảo hiểm theo số tiền bảo hiểm (còn gọi là tái bảo hiểm theo tỷ lệ)
- Tái bảo hiểm theo mức bồi thường (còn gọi là tái bảo hiểm không theo tỷ lệ).

3. Tái bảo hiểm tùy ý lựa chọn - bắt buộc kết hợp (Facultative - obligatory Reinsurance)

Đây là hình thức kết hợp tái bảo hiểm tùy ý lựa chọn và tái bảo hiểm bắt buộc (còn gọi là hình thức tái bảo hiểm để ngỏ). Với hình thức này, công ty nhượng không bắt buộc phải

nhượng tất cả rủi ro bảo hiểm đã nhận; ngược lại nhà tái bảo hiểm buộc phải chấp nhận các dịch vụ mà công ty nhượng phải chuyển giao.

Như vậy, nhà tái bảo hiểm bất lợi hơn so với hình thức tái bảo hiểm tùy ý lựa chọn vì không có quyền từ chối những rủi ro mà công ty nhượng đưa ra (mặc dù họ không muốn).

Ở đây phải giải quyết ổn thỏa quyền lợi của công ty nhượng và nhà tái bảo hiểm, nghĩa là không bắt ép nhau, không nâng cao thủ tục phí v.v...

III. PHƯƠNG PHÁP TÁI BẢO HIỂM

Tái bảo hiểm phát triển ngày một hoàn thiện về hình thức cũng như phương pháp. Các hình thức tái bảo hiểm đều tiến hành theo 2 phương pháp:

- Tái bảo hiểm theo số tiền bảo hiểm (tái bảo hiểm theo tỷ lệ)
- Tái bảo hiểm theo mức bồi thường (tái bảo hiểm không theo tỷ lệ).

1. Tái bảo hiểm theo số tiền bảo hiểm (Proportional Reinsurance)

Tái bảo hiểm theo số tiền bảo hiểm là một phương pháp phân bổ trách nhiệm giữa công ty nhượng và nhà tái bảo hiểm đối với đơn vị rủi ro được bảo hiểm theo tỷ lệ tham gia của mỗi bên trên cơ sở số tiền được bảo hiểm.

Tái bảo hiểm theo số tiền bảo hiểm có hai loại:

- Tái bảo hiểm số thành (tái bảo hiểm phân ngạch)
- Tái bảo hiểm mức dôi (tái bảo hiểm thặng dư vốn).

a. Tái bảo hiểm số thành (Quota Share)

Công ty nhượng giữ lại cho mình một tỷ lệ nhất định (so

với số tiền bảo hiểm), phần còn lại tái đi. Do đó, phí bảo hiểm và số tiền bồi thường cũng được phân bổ giữa công ty nhượng và nhà tái bảo hiểm cũng theo tỷ lệ tương ứng.

Tái bảo hiểm số thành được sử dụng trong bảo hiểm trách nhiệm dân sự, bảo hiểm vận chuyển hàng hoá... và thường kết hợp tái bảo hiểm số thành với tái bảo hiểm mức dôi.

Trong tái bảo hiểm số thành, công ty nhượng và công ty nhận (công ty TBH) cùng có nghĩa vụ trước tất cả rủi ro được bảo hiểm, nghĩa là tỷ lệ giữ lại và tái đi mọi rủi ro đều như nhau (cùng tỷ lệ).

Ưu điểm của phương pháp này là tính toán đơn giản, ít tổn kém; công ty nhận tái bảo hiểm tham gia vào mọi rủi ro cho nên phân tán đều tổn thất. Do đó, đảm bảo cân đối thu chi cho cả hai công ty nhượng và nhận tái.

Tuy nhiên, phương pháp này buộc công ty nhượng phải tái mọi rủi ro cho nên không khai thác hết khả năng của công ty làm ảnh hưởng đến lợi nhuận; mặt khác công ty nhượng không khống chế được tỷ lệ bồi thường đối với mức giữ lại nên cũng ảnh hưởng đến kết quả kinh doanh.

Thí dụ: Công ty nhượng phân tán rủi ro theo tỷ lệ định trước: giữ lại 25%, tái đi 75% cho các công ty nhận tái bảo hiểm:

Công ty A:	20%
Công ty B:	20%
Công ty C:	15%
Công ty D:	10%
Công ty E:	10%

Với hạn mức hợp đồng tối đa 1 triệu USD.

Chẳng hạn có 8 đơn vị rủi ro phân bổ tái bảo hiểm như sau:

Rủi ro	Số tiền bảo hiểm (USD)	Mức giữ lại 25% (USD)	Mức tái bảo hiểm					Dư thừa
			Cty A	Cty B	Cty C	Cty D	Cty E	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	750.000	187.500	150.000	150.000	112.500	75000	75000	
2	125.000	31.250	25.000	25.000	18.750	12.500	12.500	
3	500.000	125.000	100.000	100.000	75.000	50.000	50.000	
4	250.000	62.500	50.000	50.000	37.500	25.000	25.000	
5	1.000.000	250.000	200.000	200.000	150.000	100.000	100.000	
6	125.000	31.250	25.000	25.000	18.750	12.500	12.500	
7	75.000	18.750	15.000	15.000	11.250	7.500	7.500	
8	1.500.000	250.000	200.000	200.000	150.000	100.000	100.000	500.000
	4.325.000	956.250	765.000	765.000	573.750	382.500	382.500	500.000

Tất cả mọi rủi ro đều tái đi 75%.

Riêng rủi ro (8) phần dư thừa USD 500.000 có thể công ty gốc đảm nhận hoặc tiếp tục tái đi theo hình thức khác.

Nếu tổn thất xảy ra, mức tổn thất được phân bổ theo tỷ lệ 25/75.

Đơn vị tính:USD

Rủi ro có tổn thất	Mức tổn thất phải bồi thường	Giữ lại	Tái đi	Dư thừa
3	100.000	25.000	75.000	
5	200.000	50.000	150.000	
7	125.000	31250	93.750	
8	500.000	83.300	250	166.170
	925.000	189.550	568750	166.170

b. Tái bảo hiểm mức dôi (Surplus)

Đặc trưng của tái bảo hiểm mức dôi là công ty nhượng ấn định mức giữ lại, số dôi ra tái đi.

Phương pháp này được sử dụng trong tái bảo hiểm cháy, tai nạn thân thể và nhân thọ v.v...

Phương pháp này khai thác hết khả năng của công ty, đảm bảo lợi ích kinh tế cao hơn tái bảo hiểm số thành. Tuy nhiên, tính toán phức tạp hơn, chi phí tốn kém hơn.

Trong tái bảo hiểm mức dôi trách nhiệm của người nhận được xác định theo lớp (lines), tức bội số của mức giữ lại.

Thí dụ: mức giữ lại 250.000 USD

Mức dôi thứ nhất 750.000 USD (3 lines)

Mức dôi thứ hai 1250 000 USD (5 lines)

Phân bổ trách nhiệm tiên bảo hiểm theo phương pháp tái bảo hiểm mức dôi

Đơn vị tính:USD

Rủi ro	Số tiền bảo hiểm	Phân bổ số tiền bảo hiểm					
		Mức giữ lại		Mức dôi thứ nhất		Mức dôi thứ 2	
		Số tiền	Tỷ lệ (%)	Số tiền	Tỷ lệ (%)	Số tiền	Tỷ lệ (%)
1	750.000	187.500	33,33	500.000	66,67		
2	125.000	31.250	100,00				
3	500.000	125.000	25,00	750.000	75,00		
4	250.000	62.500	16,66	750.000	50,00	500.000	33,34

Ở đây các tỷ lệ được hình thành trên cơ sở mức dôi tái đi. Cũng căn cứ vào phân chia trách nhiệm số tiền bảo hiểm mà phân chia phí và số tiền bảo hiểm.

Phân bổ số tiền bồi thường

Đơn vị tính: USD

Rủi ro	Số tiền bồi thường	Phân bổ		
		Người nhượng	Mức dôi thứ nhất	Mức dôi thứ hai
1	450.000	149.985	300.015	
3	250.000	62.500	187.500	
4	900.000	149.940	450.000	300.060
Cộng	1.600.000	383.275	916.690	300.060

Hợp đồng mức dôi có những mặt ưu điểm nhưng cũng có những hạn chế. Do đó, người bảo hiểm cần phải cân nhắc trước khi quyết định nhượng hoặc nhận tái.

c. Tái bảo hiểm kết hợp số thành - mức dôi

Tái bảo hiểm kết hợp là để phát huy ưu điểm của mỗi loại và hạn chế nhược điểm từng phương pháp.

Khi áp dụng phương pháp kết hợp, thông thường tái bảo hiểm số thành trước, tái bảo hiểm mức dôi là hợp đồng bổ sung cho cùng công ty nhận tái bảo hiểm.

Thí dụ: Hợp đồng tái bảo hiểm kết hợp số thành và mức dôi.

- Số thành: hạn mức trách nhiệm 1.000.000 USD

giữ lại 30%, tái đi 70%

- Mức dôi: hạn mức trách nhiệm 10 lines (10.000.000 USD)

Giả sử có 3 đơn vị rủi ro liên quan:

Đơn vị rủi ro (1), số tiền bảo hiểm 700.000 USD

Đơn vị rủi ro (2), số tiền bảo hiểm 1.800.000 USD

Đơn vị rủi ro (3), số tiền bảo hiểm 10.000.000 USD

**Trách nhiệm của các công ty về số tiền bảo hiểm
như sau:**

Đơn vị tính: USD

Rủi ro	Số tiền bảo hiểm	Phân bổ		
		Người nhượng	Nhận TBH số thành	Mức bồi
1	700.000	210.000	490.000	-
2	1.000.000	300.000	700.000	-
3	10.000.000	300.000	700.000	9.000.000

Căn cứ số tiền tái bảo hiểm để xác định tỷ lệ phí cũng như số tiền bồi thường.

2. Tái bảo hiểm theo mức bồi thường (Tái bảo hiểm không theo tỷ lệ)

Tái bảo hiểm theo mức bồi thường là phương pháp tái bảo hiểm dựa trên cơ sở số tiền bồi thường. Ở đây, việc phân chia trách nhiệm theo số tiền bảo hiểm không được quan tâm; còn phí tái bảo hiểm và phân bổ số tiền bồi thường không bị ràng buộc cùng tỷ lệ.

Tái bảo hiểm theo mức bồi thường có 2 loại cơ bản: Tái bảo hiểm vượt mức bồi thường và tái bảo hiểm vượt tỷ lệ bồi thường.

a. Tái bảo hiểm vượt mức bồi thường (Excess of loss)

Người nhượng giữ lại mức tự bồi thường bằng một số tiền nhất định; phần vượt quá thuộc về trách nhiệm của người nhận tái.

Công ty nhượng bồi thường theo hạn mức giữ lại gọi là: “mức tự bồi thường”; nhà tái bảo hiểm bồi thường phần vượt quá gọi là “hạn mức trách nhiệm của nhà tái bảo hiểm”.

Tái bảo hiểm vượt mức bồi thường có các dạng:

- Tài bảo hiểm vượt mức bồi thường đảm bảo nghiệp vụ không hạn mức;
- Tài bảo hiểm vượt mức bồi thường có hạn mức từng sự cố;
- Tài bảo hiểm vượt mức bồi thường đảm bảo tai họa khốc liệt.

Thí dụ: Phân chia số tiền bồi thường của hợp đồng tài bảo hiểm vượt mức bồi thường theo rủi ro mà trách nhiệm của người nhượng và người nhận được xác định như sau (đơn vị 1.000 USD)

- Mức tự bồi thường 3500

Trách nhiệm của người nhận:

Lớp 1 - 3500 vượt quá 3500

Lớp 2 - 6000 vượt quá 6000

Lớp 3 - không giới hạn vượt quá 2000

Phân bổ số tiền bồi thường

Đơn vị: 1000USD

Rủi ro	Thiệt hại phải bồi thường cho một sự cố	Phân bổ			
		Người nhượng	Lớp 1	Lớp 2	Lớp 3
1	2.250	2.250	-	-	-
2	4.750	3.500	1.250	-	-
3	8.500	3.500	3.500	1.500	-
4	13.250	3.500	3.500	6.000	250

b. Tài bảo hiểm vượt tỷ lệ bồi thường (Stop loss)

Tỷ lệ bồi thường được tính toán trên cơ sở số tiền bồi thường trong năm nghiệp vụ so với số phí gốc thu được.

$$\text{Tỷ lệ bồi thường} = \frac{\text{Tổng số tiền bồi thường}}{\text{Tổng số phí gốc thu được}}$$

Tái bảo hiểm vượt tỷ lệ bồi thường nghĩa là công ty nhượng đảm nhiệm tỷ lệ bồi thường nhất định phần vượt quá tỷ lệ do nhà tái bảo hiểm đảm nhiệm.

Có các trường hợp xảy ra như sau:

- Trách nhiệm người nhượng 90%
- Người nhận tái 60% vượt quá 90%

Giả sử, tổng số phí gốc thu được 1.000.000 USD

+ Trường hợp 1: Tổng thiệt hại phải bồi thường 600.000 USD

Như vậy, tỷ lệ bồi thường 60%.

Trách nhiệm thuộc về người nhượng.

+ Trường hợp 2: Tổng số thiệt hại 1.000.000 USD tỷ lệ bồi thường 100%.

Do đó, người nhượng chịu trách nhiệm 90%, tức phải bồi thường $90\% \times 1.000.000 \text{ USD} = 900.000 \text{ USD}$

Người nhận tái bồi thường 10%, tức 100.000 USD.

+ Trường hợp 3: Tổng số thiệt hại 1.700.000 USD, tức 170%;

Người nhượng bồi thường: $(90\% + 20\%) \times 1.000.000 \text{ USD}$
 $= 1.100.000 \text{ USD}.$

Người nhận tái bồi thường: $60\% \times 1.000.000$
 $= 600.000 \text{ USD}.$

Phí tái bảo hiểm trong trường hợp này thường được xác định trên cơ sở số liệu thống kê về tình hình tổn thất thực tế 5 năm trước.

- Cụ thể: - Xác định tổng phí thu được 5 năm trước.
- Tổn thất trong 5 năm.

$$\text{Tính tỷ lệ bồi thường thuần túy} = \frac{\text{Tổng số tiền bồi thường (tổn thất) trong 5 năm}}{\text{Số phí thu được trong 5 năm}} \times 100$$

- Hệ số an toàn (chỉ số gia tăng) là tỷ số bổ sung được công ty nhượng tính cộng thêm vào tỷ lệ bồi thường thuần túy để đảm bảo chi phí cần thiết v.v... Thông thường chỉ số gia tăng 100/70 hoặc 100/80.

$$\text{Tỷ lệ bồi thường toàn phần} = \text{Tỷ lệ bồi thường thuần túy} \times \text{Chỉ số gia tăng}$$

Căn cứ tài liệu, vận dụng công thức để xác định phí tái bảo hiểm trong trường hợp tái bảo hiểm vượt tỷ lệ bồi thường.

c. Tái bảo hiểm kết hợp mức dôi và vượt mức bồi thường

Thực hiện phương thức này việc phân chia trách nhiệm được tiến hành trước hết cho hợp đồng mức dôi; nhưng khi tổn thất xảy ra, công ty nhận tái bảo hiểm vượt mức bồi thường sẽ bảo vệ cho công ty nhượng hoặc công ty nhận tái bảo hiểm mức dôi.

Thí dụ: Có hợp đồng tái bảo hiểm kết hợp như sau:

- Hợp đồng thứ nhất tái bảo hiểm mức dôi

- Giữ lại 600.000 USD

- Dôi ra 6.000.000 USD

- Hợp đồng thứ hai vượt quá mức bồi thường bảo vệ công ty nhượng, giới hạn trách nhiệm 700.000 USD vượt quá 100.000 USD.

Giả sử có 3 đơn vị rủi ro liên quan đến hợp đồng kết hợp:

- + Rủi ro (1) có STBH 300.000 USD, tổn thất 100.000 USD

- + Rủi ro (2) có STBH 3.000.000 USD tổn thất 1.000.000 USD

- + Rủi ro (3) có STBH 6.000.000 USD, tổn thất 2.000.000 USD.

Căn cứ vào hợp đồng và những dữ kiện đã cho, phân bổ số tiền bảo hiểm số tiền bồi thường như sau:

Phân bổ số tiền bảo hiểm (USD):

Rủi ro	Số tiền bảo hiểm	Người nhượng		Người nhận mức đòi	
		Số tiền	Tỷ lệ (%)	Số tiền	Tỷ lệ (%)
1	300.000	300.000	10	-	-
2	3.000.000	600.000	20	2.400.000	80
3	6.000.000	600.000	10	5.400.000	90

Phân bổ số tiền bồi thường:

Rủi ro	Số tiền bồi thường	Người nhượng (USD)	Người nhận TBH VMBT (USD)	Người nhận tái bảo hiểm mức đòi (USD)
1	100.000	100.000	-	-
2	1.000.000	100.000	100.000	800.000
3	2.000.000	100.000	100.000	1.800.000

IV. HỢP ĐỒNG TÁI BẢO HIỂM

1. Định nghĩa

Hợp đồng tái bảo hiểm là một thoả ước được ký kết giữa công ty nhượng và nhà tái bảo hiểm; trong đó nhà tái bảo hiểm cam kết bồi thường cho công ty nhượng phần trách nhiệm mà công ty nhượng phải gánh chịu trong hợp đồng bảo hiểm của mình.

Từ định nghĩa này, hợp đồng tái bảo hiểm có 3 đặc trưng:

- Nhà tái bảo hiểm cam kết bồi thường cho công ty nhượng - người ký hợp đồng chuyển nhượng tái bảo hiểm;

- Tái bảo hiểm có thể bồi thường toàn bộ hoặc một phần đối với những trách nhiệm mà công ty nhượng phải gánh chịu theo hợp đồng tái bảo hiểm.

- Hợp đồng tái bảo hiểm là hợp đồng riêng biệt giữa nhà tái bảo hiểm với công ty nhượng, còn người được bảo hiểm không tham gia vào hợp đồng tái bảo hiểm.

2. Những điều khoản cơ bản trong hợp đồng tái bảo hiểm

a. Hoa hồng tái bảo hiểm - Thủ tục phí (Commision)

- Thủ tục phí tái bảo hiểm (Hoa hồng tái bảo hiểm) là một khoản tiền tái bảo hiểm mà người nhận tái bảo hiểm trả cho công ty nhượng khi họ nhận tái bảo hiểm của công ty nhượng. Thủ tục phí này nhằm mục đích chi phí cho điều hành dịch vụ của công ty nhượng, nó được tính toán trên cơ sở tỷ lệ bồi thường của dịch vụ bảo hiểm. Thủ tục phí chỉ áp dụng trong tái bảo hiểm theo tỷ lệ.

- Các loại thủ tục phí: Thủ tục phí thường có 3 loại:

+ Thủ tục phí cố định. Theo loại này nhà tái bảo hiểm trả cho công ty nhượng theo tỷ lệ cố định của số phí tái bảo hiểm.

+ Thủ tục phí theo thang lũy tiến.

Theo loại này, tỷ lệ thủ tục phí tăng giảm theo tỷ lệ bồi thường, có nghĩa là tỷ lệ thủ tục phí tăng 1 điểm khi tỷ lệ bồi thường giảm 2 điểm.

Tỷ lệ bồi thường

Tỷ lệ thủ tục phí

75%

20%

73%

21%

71%

22%

69%

23%

67%

24%

65%

25%

63%	26%
61%	27%
59%	28%
57%	29%
55% và dưới	30%

Thủ tục phí thấp nhất là 20%

Cuối mỗi kỳ, thủ tục phí tái bảo hiểm sẽ được tính lại và điều chỉnh lại theo tỷ lệ của thang lũy tiến trên cơ sở tỷ lệ bồi thường của năm nghiệp vụ.

$$\text{Tỷ lệ bồi thường thuần túy} = \frac{\text{Tổn thất phải bồi thường}}{\text{Phí thực thu}} \times 100$$

+ Thủ tục phí theo lãi (Profit Commission)

Mục đích phương pháp này là thu lại một phần lãi cho công ty nhượng trong trường hợp kết quả kinh doanh thực tế tốt hơn nhiều so tỷ lệ bồi thường trung bình dự kiến.

Theo phương pháp này, nhà tái bảo hiểm sẽ phải trả thêm cho công ty nhượng một khoản lợi nhuận nhất định (được tính bằng tỷ lệ % của lợi nhuận thực tế mà nhà tái bảo hiểm hưởng khi kết quả hợp đồng tái bảo hiểm có lãi).

Kết quả kinh doanh của nhà tái bảo hiểm được xác định trên cơ sở “tài khoản lỗ lãi”

Thu

Chi

- | | |
|--|---|
| 1. Khoản dự trữ cho những rủi ro còn phải đảm bảo từ năm tài chính trước chuyển sang. | 4. Khoản dự trữ cho những rủi ro còn phải đảm bảo vào cuối năm tài chính hiện tại. |
| 2. Phần dự trữ cho những vụ tổn thất đang còn chờ giải quyết từ năm tài chính trước chuyển sang. | 5. Phần dự trữ cho các vụ tổn thất đang còn chờ giải quyết vào cuối năm tài chính hiện tại. |

Thu	Chi
3. Phí tái bảo hiểm thu được trong năm hiện tại.	6. Các vụ tổn thất đã được thanh toán trong năm tài chính.
	7. Các khoản thủ tục phí tái bảo hiểm đã trả.
	8. Chi phí hành chính của nhà tái bảo hiểm
	9. Lỗ từ các năm tài chính trước mang sang (nếu có)
11. Số chênh lệch (nếu lỗ)	10. Chi phí khác (thuế, v.v...)
	11. Số chênh lệch (nếu lãi)

Chênh lệch “dương” giữa thu và chi được gọi là lợi nhuận và thủ tục phí tái bảo hiểm theo lãi được tính trên cơ sở số lãi này. Thông thường mức thủ tục phí theo lãi khoảng từ 10% đến 20%, tùy thuộc sự thoả thuận giữa các bên tham gia hợp đồng.

b. Phí tạm giữ

Phí tạm giữ là khoản dự phòng riêng giúp cho công ty nhượng có thuận lợi trong việc giải quyết bồi thường cho nghiệp vụ bảo hiểm gốc trước khi quyết toán đòi bồi thường của nhà tái bảo hiểm.

Thông thường khoản dự phòng này chiếm 35-40% phí tái bảo hiểm toàn phần. Phí tạm giữ phải được trả lại cho người nhận tái bảo hiểm vào thời điểm qui định của năm kế tiếp và phải trả thêm một khoản lãi nhất định (từ 3-5%).

Trong trường hợp nhà tái bảo hiểm không tiếp tục tham gia hợp đồng năm đến thì phí tạm giữ sẽ được giải quyết như sau:

+ Hoặc tiếp tục chịu trách nhiệm đối với những rủi ro còn hiệu lực cho tới khi chấm dứt toàn bộ những rủi ro được bảo hiểm trong năm nghiệp vụ bảo hiểm đó.

+ Hoặc chuyển giao toàn bộ phần trách nhiệm còn tồn lại sang cho các nhà tái bảo hiểm mới tham gia cho năm tới.

Thí dụ: Phí tạm giữ là 40% của phí tái bảo hiểm toàn phần và được giữ theo 4 quý như sau:

Quý		Phí tái bảo hiểm (USD)	Phí tạm giữ (40%) (USD)	Hoàn phí tạm giữ (USD)	Tổng số (cộng dồn) (USD)
Năm 1	1	800.000	320.000		320.000
	2	1.200.000	480.000		800.000
	3	1.100.000	440.000		1.240.000
	4	1.300.000	520.000		1.760.000
		4.400.000	1.760.000		
Năm 2	1	1.200.000	480.000	320.000	1.920.000
	2	1.150.000	460.000	480.000	1.900.000

V. MỘT SỐ VẤN ĐỀ CƠ BẢN TRONG NHƯỢNG VÀ NHẬN TÁI BẢO HIỂM

1. Mức giữ lại

Trước khi quyết định tái bảo hiểm, người bảo hiểm gốc cần cân nhắc, quyết định mức giữ lại. Đây là quyết định quan trọng, ảnh hưởng đến kết quả kinh doanh của người

bảo hiểm gốc. Mức giữ lại là một khoản tiền tối đa có thể giữ lại trên mọi rủi ro.

Mức giữ lại phụ thuộc vào:

- Khả năng tài chính của công ty bảo hiểm gốc, chủ yếu là vốn tự có.

- Số lượng hợp đồng ký kết và đặc trưng rủi ro được bảo hiểm:

- Chính sách tái bảo hiểm của quốc gia hay của công ty v.v...

Căn cứ vào những điều trên, mức giữ lại được xác định theo công thức:

$$M = \frac{(P + F) - C}{S}$$

M - Mức giữ lại

P - Vốn tự có

F - Doanh thu phí và thu nhập khác

C - Chi phí

S - Số lượng thiệt hại

Trên thực tế các tổ chức bảo hiểm thường dựa vào kinh nghiệm là chủ yếu và điều chỉnh mức giữ lại theo mức độ rủi ro v.v...

2. Quản lý hợp đồng

Hợp đồng nhượng tái được ký kết giữa công ty nhượng và công ty nhận theo các chuẩn mực qui định. Theo định kỳ, người nhượng phải lập và chuyển cho người nhận bảng thanh toán gồm bảng kê phí và bảng kê thiệt hại.

Bảng thanh toán này có thể phân bổ theo năm ký kết, năm xảy ra thiệt hại hoặc theo năm kế toán.

Phân bổ theo năm ký kết nghĩa là những thiệt hại xảy ra đối với những hợp đồng gốc trong năm thứ i được hạch toán vào tài khoản năm thứ i của hợp đồng tái, dù việc thanh toán được tiến hành vào bất cứ lúc nào.

Phân bổ theo năm xảy ra thiệt hại:

Những thiệt hại xảy ra trong năm thứ i được hạch toán vào tái khoản năm thứ i của hợp đồng tái, không kể thiệt hại đó liên quan đến hợp đồng gốc ở thời kỳ nào và được thanh toán vào lúc nào.

Phân bổ theo năm kế toán:

Ở đây, tất cả các khoản thu cũng như thanh toán bồi thường trong năm đều hạch toán vào tài khoản tương ứng của hợp đồng tái bảo hiểm không kể hiện tượng thu chi (thanh toán) phát sinh vào lúc nào.

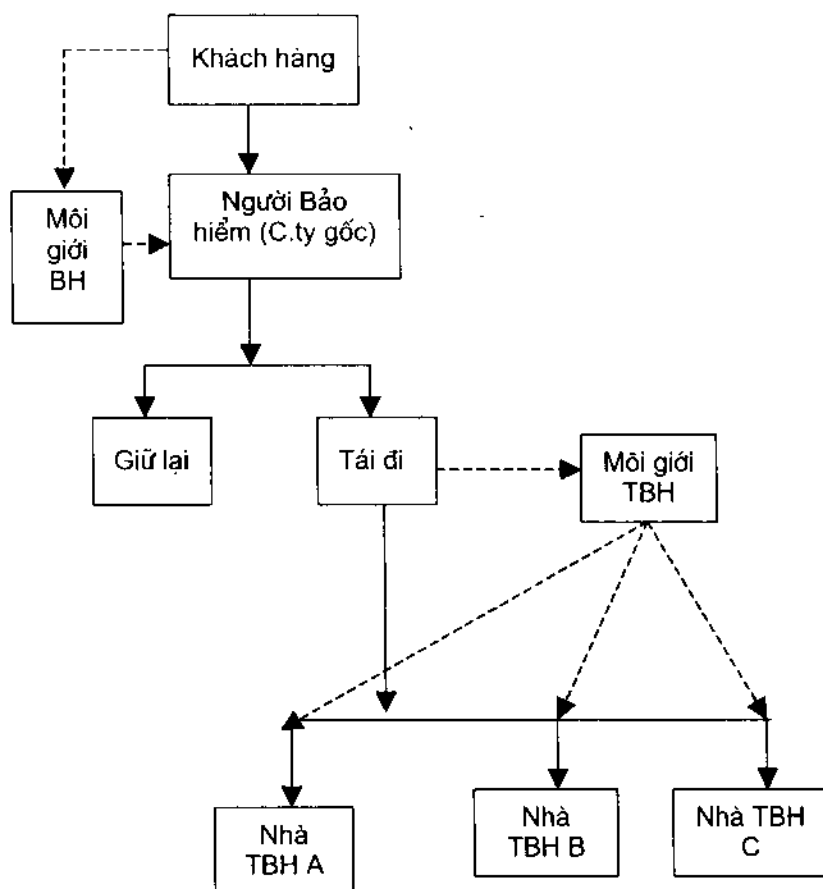
Ngoài hai vấn đề trên, còn phải quan tâm đến vấn đề huỷ bỏ hợp đồng, môi giới tái bảo hiểm v.v...

VI. THỊ TRƯỜNG TÁI BẢO HIỂM

Thị trường tái bảo hiểm là nơi trao đổi về cung và cầu tái bảo hiểm.

Điểm khác cơ bản với thị trường hàng hoá là ở chỗ: thị trường hàng hoá thể hiện mối quan hệ của quá trình lưu thông, tức là quá trình chuyển thể từ tiền tệ thành hàng hoá và ngược lại. Còn thị trường tái bảo hiểm là quá trình phân phối lại thu nhập giữa các công ty bảo hiểm.

Như vậy, tái bảo hiểm thể hiện mối quan hệ kinh tế giữa các thành viên tham gia thị trường. Điều đó thể hiện qua sơ đồ:



—> Quan hệ gián tiếp

--> Quan hệ trực tiếp

Thông thường, thị trường tái bảo hiểm có 3 thành viên chính:

- * Công ty bảo hiểm gốc (công ty nhượng)
- * Nhà tái bảo hiểm (công ty nhận)
- * Các hãng môi giới (công ty môi giới).

- Công ty bảo hiểm gốc (công ty nhượng) là các công ty hoạt động với tư cách là người bán các dịch vụ bảo hiểm cho khách hàng để nhận “rủi ro” mà khách hàng đã chuyển cho mình.

Công ty nhượng chào tái, tức phân tán cho các công ty nhận (nhà tái bảo hiểm)

- Công ty tái bảo hiểm là những người “bán” dịch vụ tái bảo hiểm và ký hợp đồng với các công ty bảo hiểm để bảo hiểm lại các rủi ro đã được bảo hiểm.

Công ty tái bảo hiểm có 2 loại:

* Công ty tái bảo hiểm chuyên nghiệp chỉ chuyên tiến hành nghiệp vụ tái bảo hiểm.

* Công ty tái bảo hiểm không chuyên -đây là những công ty bảo hiểm gốc đồng thời tiến hành cả nghiệp vụ tái bảo hiểm.

- Các hãng (hoặc công ty) môi giới.

Môi giới tái bảo hiểm là hoạt động độc lập nhằm thiết lập các quan hệ hợp đồng giữa các công ty tái bảo hiểm và công ty bảo hiểm (công ty nhượng).

Công ty môi giới vừa vận động, tuyên truyền và khai thác dịch vụ tái bảo hiểm vừa tổ chức ký kết hợp đồng tái bảo hiểm và theo dõi thực hiện hợp đồng tái bảo hiểm.

Hợp đồng tái bảo hiểm càng phát triển thì hoạt động môi giới cũng phát triển theo.

Thị trường tái bảo hiểm thế giới phát triển mạnh mẽ trong thế kỷ XX, nhất là sau chiến tranh thế giới thứ II.

Đứng đầu thị trường tái bảo hiểm là Anh quốc (thị trường bảo hiểm thứ 4 sau Mỹ, Nhật, Cộng hoà Liên bang Đức). Ở Anh quốc, thị trường Luân Đôn và tập đoàn bảo

hiểm Lloyds' có vị trí quan trọng nhất. Các nhà kinh tế bảo hiểm thế giới đã khẳng định: "Không có một thành phố nào trên thế giới có một thị trường bảo hiểm và tái bảo hiểm như Luân Đôn. Luân Đôn đã trở thành một khái niệm mà bất cứ ở một nơi nào trên thế giới khi bàn về bảo hiểm và tái bảo hiểm đều phải nghĩ tới".

Sau thị trường Luân Đôn phải kể đến Munich, Mỹ, Nhật, Thụy Sĩ.

Thị trường tái bảo hiểm Việt Nam cũng phát triển theo sự phát triển kinh tế - xã hội.

Có thể khái quát thị trường tái bảo hiểm Việt Nam phát triển qua 3 giai đoạn:

- *Giai đoạn từ 1965 – 1975*: Giai đoạn độc quyền của Bảo Việt nhưng cũng chỉ tái bảo hiểm thân tàu và hàng hoá xuất nhập khẩu với các nước Xã hội chủ nghĩa. Đây là giai đoạn thử nghiệm của quá trình phát triển hoạt động bảo hiểm và tái bảo hiểm.

- *Giai đoạn từ 1976 – 1994*:

Trong những năm này, các nghiệp vụ bảo hiểm phát triển sôi động, thị trường bảo hiểm Việt Nam khởi sắc. Do đó, nghiệp vụ tái bảo hiểm Việt Nam cũng phát triển không ngừng.

- *Giai đoạn từ 1995 đến nay*:

Đặc trưng cơ bản giai đoạn này là công ty tái bảo hiểm quốc gia (Vinare) - Công ty tái bảo hiểm chuyên nghiệp ra đời.

Với sự ra đời và đi vào hoạt động của Vinare, hoạt động của tái bảo hiểm Việt Nam có những thay đổi đáng kể. Thị

trường tái bảo hiểm nội địa đa dạng về hình thức và tổ chức tham gia; Mặt khác, các công ty bảo hiểm gốc Việt Nam mở rộng thị trường tái và nhận tái cho nhiều loại rủi ro được bảo hiểm.

Mặc dầu rất mới mẻ, nhưng thị trường tái bảo hiểm Việt Nam đã khởi sắc và sẽ tiếp tục phát triển theo sự phát triển chung của nền kinh tế mở của nước nhà.

CHƯƠNG XVII

MARKETING TRONG BẢO HIỂM

I. ĐẶC ĐIỂM CỦA SẢN PHẨM BẢO HIỂM

Để tiến hành marketing trong bảo hiểm có hiệu quả, cần phải hiểu rõ những đặc điểm của sản phẩm bảo hiểm.

1. Sản phẩm bảo hiểm là sản phẩm dịch vụ đặc biệt

Sản phẩm bảo hiểm là sự cam kết của người bảo hiểm - người bán dịch vụ đối với người mua- người tham gia, về việc bồi thường hay trả tiền bảo hiểm cho những tổn thất thuộc phạm vi bảo hiểm. Như vậy, lời cam kết là sản phẩm vô hình mà cả người bán lẫn người mua không thể cảm nhận được hình dáng, kích thước, màu sắc v.v... Tuy nhiên người mua tin vào lời hứa, sự cam kết của người bán vì nhờ vào sự hoạt động marketing của người bán.

2. Sản phẩm bảo hiểm là sản phẩm không mong đợi

Người tham gia bảo hiểm không mong đợi sự cố bảo hiểm xảy ra đối với mình để được bồi thường hay trả tiền bảo hiểm từ bảo hiểm nhân thọ, bảo hiểm hưu trí. Hơn nữa, “Giá trị sử dụng” của sản phẩm bảo hiểm không phát huy tác dụng ngay sau khi người mua bảo hiểm trả tiền, trả phí, mà phải qua thời gian dài có khi khá dài (bảo hiểm nhân thọ). Vì vậy, người mua bảo hiểm không “mong đợi” sản phẩm bảo hiểm phát huy tác dụng đối với mình.

3. Sản phẩm bảo hiểm khó xác định hiệu quả kinh doanh trong từng chu kỳ (bán - mua - bồi thường)

Người bán sản phẩm bảo hiểm thu được phí bảo hiểm từ người mua nhưng “anh ta” có thể bồi thường và cũng có thể không; có thể bồi thường ngay sau khi bán cũng có thể sau thời gian dài, nhất là trong bảo hiểm nhân thọ. Vì vậy, có thể nói rất khó xác định hiệu quả kinh doanh trong thời kỳ nhất định (thường là một năm).

4. Sản phẩm bảo hiểm là sản phẩm không được bảo hộ bản quyền

Đặc điểm này dẫn đến hiện tượng sao chép các dạng sản phẩm của các nước, thậm chí của đối thủ cạnh tranh một cách máy móc, trù tên của mình.

Chính những đặc điểm này làm cho sản phẩm bảo hiểm khó bán và đặt ra cho marketing nhiều việc phải nghiên cứu, làm rõ v.v...

II. NGHIÊN CỨU THỊ TRƯỜNG BẢO HIỂM

1. Thị trường bảo hiểm

Thị trường bảo hiểm theo nghĩa hẹp là sự tiếp xúc giữa những người có mục đích giao dịch thương mại thông qua mua và bán. Như vậy, thị trường là nơi có thể bán các sản phẩm hàng hoá và dịch vụ, chẳng hạn: thị trường hàng hoá, thị trường chứng khoán, thị trường “hàng hoá” sức lao động v.v...

Theo thuật ngữ bảo hiểm, thị trường bảo hiểm là nơi mua và bán các sản phẩm bảo hiểm. Dưới góc độ marketing, thị trường bao gồm toàn bộ khách hàng hiện tại và khách hàng tiềm năng của một loại sản phẩm. Khách hàng hiện tại

là khách hàng đang tham gia vào quá trình mua và sử dụng sản phẩm đó; Khách hàng tiềm năng là những khách hàng có thể tham gia vào quá trình mua và sử dụng sản phẩm đó trong tương lai, khách hàng tiềm năng phải thoả mãn các điều kiện:

- Có nhu cầu về sản phẩm;
- Có khả năng tài chính;
- Là đối tượng thoả mãn các điều kiện của sản phẩm;
- Người bán có thể tiếp xúc trực tiếp hoặc gián tiếp với họ.

Những người hội đủ các điều kiện trên mới có thể trở thành khách hàng tiềm năng.

Nghiên cứu thị trường là nghiên cứu nhu cầu của khách hàng và khả năng đáp ứng của người bán - người cung cấp các sản phẩm dịch vụ bảo hiểm. Để đáp ứng nhu cầu của khách hàng, nghiên cứu thị trường tiến hành phân đoạn thị trường. Phân đoạn thị trường thường dựa trên các tiêu thức khác nhau. Chẳng hạn, phân đoạn thị trường theo vùng lãnh thổ, theo nhân khẩu học, theo hành vi của người tiêu dùng v.v...

2. Nội dung nghiên cứu thị trường bảo hiểm

Mục đích việc nghiên cứu thị trường bảo hiểm là giúp cho nhà kinh doanh bảo hiểm xác định được thị trường mục tiêu mà doanh nghiệp có thể hoạt động có hiệu quả nhất; đồng thời giúp cho doanh nghiệp biết rõ đối thủ cạnh tranh, biết được xu hướng phát triển của thị trường v.v...

Đối với doanh nghiệp bảo hiểm, nghiên cứu thị trường là nghiên cứu môi trường kinh doanh, nghiên cứu đối thủ cạnh tranh và nghiên cứu về khách hàng tiềm năng...

a. Nghiên cứu môi trường kinh doanh

Muốn kinh doanh bảo hiểm đạt hiệu quả phải nghiên cứu kỹ môi trường kinh doanh. Môi trường kinh doanh bảo hiểm chịu ảnh hưởng môi trường kinh tế, môi trường xã hội, môi trường pháp lý, môi trường chính trị... của một nước.

- Môi trường kinh tế có ảnh hưởng trực tiếp đến hoạt động kinh doanh bảo hiểm. Kinh tế tăng trưởng thu nhập của người lao động tăng, thì nhu cầu bảo hiểm cũng tăng. Ngược lại, kinh tế suy thoái, thất nghiệp tăng v.v... thì sức mua sản phẩm bảo hiểm sẽ giảm.

Vì vậy, muốn định hướng phát triển bảo hiểm phải nghiên cứu, tìm hiểu môi trường kinh tế; phải biết xu hướng phát triển của nó.

- Môi trường xã hội cũng rất quan trọng đối với bảo hiểm. Môi trường xã hội liên quan đến con người, chính sách xã hội v.v..., trong đó nhân tố con người là rất quan trọng. Con người liên quan đến dân số - Do đó, nghiên cứu môi trường xã hội chủ yếu nghiên cứu môi trường dân số như tốc độ phát triển dân số, mật độ dân số, cơ cấu dân số theo độ tuổi, giới tính v.v... Những vấn đề đó đều liên quan đến nhu cầu bảo hiểm.

- Môi trường pháp lý, môi trường chính trị.

Thị trường bảo hiểm chịu sự chi phối rất lớn của môi trường chính trị, pháp lý. Môi trường chính trị ổn định, pháp lý nghiêm minh sẽ tạo điều kiện cho hoạt động bảo hiểm phát triển và ngược lại. Sự can thiệp của Nhà nước, việc nâng cao vai trò quản lý Nhà nước đối với bảo hiểm là tất yếu khách quan nhằm hướng dẫn hoạt động bảo hiểm phát triển đúng hướng.

b. Nghiên cứu đối thủ cạnh tranh

Trên thị trường bảo hiểm nhiều công ty bảo hiểm cùng

cung cấp một loại sản phẩm bảo hiểm, cùng tìm cách thu hút khách hàng về mình... Do đó, muốn đứng vững, muốn thu hút khách hàng hiện tại hoặc tiềm năng phải nghiên cứu, xem xét các đối thủ cạnh tranh. Nghiên cứu đối thủ cạnh tranh là tìm hiểu chiến lược kinh doanh, chiến lược sản phẩm, giá cả v.v... của họ để mình có đối sách thích hợp nhằm đảm bảo thị trường, kinh doanh có hiệu quả.

c. Nghiên cứu về khách hàng tiềm năng

Nghiên cứu về khách hàng là tìm hiểu xem ai sẽ là khách hàng; họ có những đặc tính gì; nhu cầu của họ đối với sản phẩm bảo hiểm như thế nào v.v... Vì thế, khi nghiên cứu về khách hàng phải tìm hiểu thói quen mua và sử dụng sản phẩm bảo hiểm của họ; phải xem xét đặc điểm tâm lý của khách hàng. Nghiên cứu tâm lý khách hàng giúp công ty bảo hiểm hiểu được những đặc điểm tâm lý để có đối sách, những ứng xử phù hợp đáp ứng đầy đủ nhu cầu, sở thích và thị hiếu của người mua bảo hiểm.

Nghiên cứu về khách hàng là phải nghiên cứu toàn diện, sâu sắc về họ, kể cả những tác động cản trở họ đến với sản phẩm bảo hiểm. Có như vậy mới hướng dẫn họ trong quá trình mua và sử dụng sản phẩm bảo hiểm, tạo cho họ niềm tin về bảo hiểm.

III. MARKETING VÀ VẬN DỤNG MARKETING VÀO BẢO HIỂM

1. Vị trí của marketing đối với bảo hiểm

Chiếm lĩnh thị trường để làm chủ và chi phối thị trường là điều kiện bắt buộc trong ý trí và hành động của mỗi doanh nghiệp. Chiếm lĩnh thị trường bằng nhiều phương pháp khác

nhau, trong đó chiến lược marketing có tính chất quyết định sự thành công hay thất bại của một doanh nghiệp.

Bảo hiểm là một ngành dịch vụ, có vai trò không nhỏ trong nền kinh tế. Cho nên việc vận dụng marketing vào hoạt động của mình là điều cần thiết.

Marketing giúp các chủ doanh nghiệp biết được nhu cầu của thị trường thông qua việc thu nhập, điều tra, nghiên cứu nhu cầu của các nhóm khách hàng để có chính sách sản phẩm v.v... phù hợp. Marketing tạo lập và cũng có mối quan hệ với các nhóm khách hàng; giúp giữ vững vị trí của doanh nghiệp trên thị trường.

Marketing là quá trình kế hoạch hoá và thực hiện chính sách sản phẩm, giá cả, phân phối sản phẩm và dịch vụ hợp lý nhằm thoả mãn nhu cầu cá nhân và tổ chức. Do đó, cần có biện pháp, cách thức v.v... để người tiêu dùng quan tâm đến sản phẩm của mình và vấn đề đặt ra phải thiết thực đối với họ.

Marketing giúp các công ty bảo hiểm khai thác khách hàng một cách hiệu quả nhất. Mỗi cán bộ bảo hiểm là người bán hàng, thường xuyên gặp gỡ khách hàng. Vì vậy, người cán bộ có hiểu biết, có vận dụng nhuần nhuyễn marketing vào hoạt động của mình mới thu hút được khách hàng, mới làm cho khách hàng tin và sử dụng sản phẩm của mình. Trong khâu giám định, bồi thường, quản lý... cũng phải áp dụng marketing một cách phù hợp.

Marketing phát triển sẽ tạo môi trường cho các công ty bảo hiểm thâm nhập vào thị trường; cạnh tranh để tồn tại, phát triển và đứng vững trên thị trường và ngày càng chiếm lĩnh thị trường hơn các công ty khác. Chiến lược marketing giúp cho các tổ chức bảo hiểm có những sách lược cụ thể để giải quyết những vướng mắc trong hoạt động thực tiễn thông qua tuyên truyền, quảng cáo, tiếp thị, khuyến khích v.v...

Marketing là vũ khí sắc bén mà các doanh nghiệp nói chung, tổ chức bảo hiểm nói riêng sử dụng trong “Cuộc chiến” để chiếm lĩnh thị trường của mình.

2. Chiến lược marketing trong kinh doanh bảo hiểm

Bảo hiểm là ngành dịch vụ. Việc vận động marketing vào bảo hiểm là cần thiết và cũng rất mới mẻ, rất khó khăn, song vì lợi ích của ngành, các doanh nghiệp bảo hiểm tiến hành lập kế hoạch triển khai hoạt động marketing cho doanh nghiệp - Marketing hỗn hợp (marketing mix). Marketing hỗn hợp là nghệ thuật triển khai các chương trình hoạt động marketing của các doanh nghiệp bảo hiểm trong điều kiện cụ thể. Có nhiều quy mô marketing hỗn hợp, nhưng mô hình phổ biến, được các doanh nghiệp bảo hiểm vận dụng vào hoạt động kinh doanh là mô hình “bốn thành phần” cơ bản - bốn chiến lược lớn của doanh nghiệp bảo hiểm. Đó là chiến lược sản phẩm, chiến lược giá cả, chiến lược phân phối, và chiến lược truyền thông và khuyến khích.

a. Chiến lược sản phẩm

Trong nền kinh tế thị trường, chiến lược sản phẩm hết sức quan trọng; nó là điều kiện sống còn của doanh nghiệp. Để tồn tại và phát triển, doanh nghiệp nói chung và doanh nghiệp bảo hiểm nói riêng phải luôn nâng cao chất lượng sản phẩm, phải tìm tòi, thiết kế sản phẩm mới.

Doanh nghiệp bảo hiểm có thể có được sản phẩm mới bằng cách nghiên cứu, thiết kế sản phẩm mới phù hợp với nhu cầu của thị trường hoặc bằng cách sao chép, vận dụng từ nước ngoài hoặc từ đối thủ cạnh tranh. Dù bằng hình thức nào thì sản phẩm bảo hiểm vẫn là sản phẩm dịch vụ, nó tồn tại vô hình, không biểu hiện dưới dạng vật chất rõ ràng mà

chỉ là những lời cam kết giữa nhà cung cấp (người bảo hiểm) và khách hàng (người tham gia) về một sự cố bảo hiểm. Sản phẩm bảo hiểm chỉ có thể được thị trường chấp nhận là sản phẩm thoả mãn nhu cầu của người tiêu dùng. Điều đó có nghĩa phải có những sản phẩm phù hợp với đối tượng tiêu dùng là “đại trà”; đối tượng tiêu dùng “cao cấp” và thậm chí đối tượng tiêu dùng “thấp cấp”.

Nền kinh tế càng phát triển, mức sống càng cao thì nhu cầu về bảo hiểm càng lớn. Do đó, sản phẩm bảo hiểm ngày càng đa dạng, phong phú. Cũng như các loại sản phẩm khác, sản phẩm bảo hiểm cũng có vòng đời hay một chu kỳ sống nhất định. Chu kỳ sống của sản phẩm bảo hiểm là khoảng thời gian tính từ khi nghiên cứu, tạo ra sản phẩm, đưa ra thị trường đến khi sản phẩm bảo hiểm bị thị trường loại bỏ. Chu kỳ sống của sản phẩm bảo hiểm bao gồm các giai đoạn:

- Thiết kế và thử nghiệm;
- Giới thiệu sản phẩm;
- Giai đoạn phát triển;
- Giai đoạn bão hoà;
- Giai đoạn suy giảm.

Giai đoạn đầu tiên là giai đoạn hình thành nên sản phẩm mới. Mục tiêu quan trọng của giai đoạn này là thiết kế được sản phẩm mới đáp ứng mong đợi của khách hàng mục tiêu. Vì thế, hoạt động marketing trong giai đoạn này là thu hút sự chú ý của khách hàng đối với sản phẩm mới.

Giai đoạn giới thiệu sản phẩm là giai đoạn tung sản phẩm vào thị trường. Hoạt động marketing trong giai đoạn này là tuyên truyền, quảng cáo, giới thiệu sản phẩm v.v... nhằm bán được nhiều sản phẩm, nâng cao uy tín sản phẩm trên thị trường, tiến đến chiếm lĩnh thị trường.

Giai đoạn phát triển là giai đoạn sản phẩm đã chiếm lĩnh thị trường, có uy tín và thế lực trong cạnh tranh. Nhiệm vụ của marketing trong giai đoạn này là khuyến khích tăng uy tín của sản phẩm; quan tâm theo dõi phản ứng của khách hàng, của đối thủ cạnh tranh để hoàn thiện sản phẩm, để có sách lược mở rộng thị trường v.v...

Giai đoạn bão hòa - đây là giai đoạn có nhịp độ tăng trưởng số lượng hợp đồng bảo hiểm được ký kết bắt đầu giảm dần. Do đó, nhiệm vụ của marketing là phải tăng cường các biện pháp như giảm phí, tăng tỷ lệ hoa hồng, có chiến lược quảng cáo phù hợp hơn v.v... nhằm duy trì và thúc đẩy việc bán sản phẩm.

Giai đoạn suy giảm là giai đoạn mà sản phẩm bảo hiểm bắt đầu lạc hậu so với nhu cầu; việc bán sản phẩm trở nên khó khăn. Nhiệm vụ của marketing là khôi phục lòng tin của khách hàng; là khai thác thị trường mới cho sản phẩm.

Sản phẩm bảo hiểm có vòng đời (chu kỳ sống) kéo dài vì ít sửa đổi. Giữa các tổ chức bảo hiểm, các loại sản phẩm bảo hiểm cơ bản giống nhau - giống nhau về nội dung đơn, về hợp đồng bảo hiểm. Vì vậy, việc phân biệt sản phẩm bảo hiểm của doanh nghiệp này với doanh nghiệp khác ở chất lượng sản phẩm. Nếu chất lượng một sản phẩm công nghiệp được đánh giá qua chất lượng nguyên vật liệu, tính hiện đại của dây chuyền công nghệ... Thì chất lượng bảo hiểm được đánh giá qua hoạt động dịch vụ từng sản phẩm. Phong cách phục vụ, mức độ nhiệt tình của người bán bảo hiểm có ảnh hưởng rất lớn đến thái độ của khách hàng với tổ chức bảo hiểm. Khi rủi ro xảy ra, tổ chức giám định kịp thời, chính xác; bồi thường thỏa đáng, nhanh chóng... thì hình ảnh doanh nghiệp sẽ ăn sâu vào tâm trí khách hàng với sự tin nhiệm vào bảo hiểm tuyệt đối. Nếu ngược lại thì kết quả hoàn toàn bất lợi cho doanh nghiệp.

Tóm lại, khách hàng chỉ quan tâm đến những quyền lợi mà họ được hưởng từ phía dịch vụ bảo hiểm mà họ mua. Do đó, chất lượng phục vụ trong và sau khi bán hàng rất quan trọng, ảnh hưởng đến uy tín, đến “tuổi thọ” của bảo hiểm.

b. Chiến lược giá cả

Chiến lược giá cả nhằm vào hai mục tiêu:

- Tăng khối lượng sản phẩm, tức tăng doanh thu;
- Tăng lợi nhuận.

Để tăng khối lượng bán sản phẩm nhằm thâm nhập và mở rộng thị trường, các doanh nghiệp bảo hiểm sử dụng chiến lược định giá, tức phí bảo hiểm thấp; nhưng mặt khác để tăng lợi nhuận doanh nghiệp phải định giá (phí bảo hiểm) sao cho đạt được lợi nhuận thoả đáng.

Hai mục tiêu đó gắn liền với chiến lược chung của doanh nghiệp. Tùy điều kiện cụ thể mà quyết định thứ tự ưu tiên của các mục tiêu chiến lược giá cả. Song, bất luận trong điều kiện nào thì chiến lược giá cả phải tuân thủ tính pháp lý của Nhà nước về quản lý phí hoa hồng, những quy định về quản lý giá, không được bán giá v.v...; phải đảm bảo yêu cầu về tài chính của doanh nghiệp, nghĩa là giá cả (mức phí) đảm bảo đủ khả năng bồi thường, đảm bảo các chi phí và có lợi cho doanh nghiệp; mặt khác giá cả đảm bảo lợi thế cạnh tranh.

Định giá, tức phí bảo hiểm trên cơ sở phân tích các yếu tố cấu thành phí. Phí bảo hiểm bao gồm hai bộ phận: phí thuần (còn gọi phí bồi thường hoặc phí cơ bản) và phụ phí. Mỗi bộ phận có vị trí, tỷ lệ cơ cấu phí. Vấn đề quan trọng khi xác định phí cũng như phần đầu giảm phí - là phải nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến phí - giá cả bảo hiểm. Các yếu tố ảnh hưởng đến phí là:

- Xác suất rủi ro được bảo hiểm.

- Điều kiện bảo hiểm.
- Chi phí bồi thường.
- Chi phí quản lý, chi phí hỗ trợ sản phẩm mới như quảng cáo, đề phòng hạn chế tổn thất v.v...
- Quan hệ cung cầu trên thị trường v.v...

c. Chiến lược phân phối

Nếu chiến lược sản phẩm là chiến lược “cốt lõi” của doanh nghiệp thì chiến lược phân phối là chiến lược quan trọng nhằm thực hiện thắng lợi mục tiêu của chiến lược sản phẩm.

Chiến lược phân phối bao gồm nhiều hoạt động. Nhưng vấn đề chính trong chiến lược phân phối là xác định kênh phân phối và phương pháp phân phối.

Kênh phân phối là tập hợp các công ty hay cá nhân tự gánh vác hay giúp đỡ chuyển giao cho một ai đó quyền sở hữu đối với một hàng hoá cụ thể hay dịch vụ trên con đường từ nhà sản xuất đến người tiêu dùng.

Trong các hoạt động dịch vụ, việc lựa chọn kênh phân phối lại càng quan trọng nhằm đảm bảo thuận tiện lợi ích tối đa cho người tiêu dùng.

Bảo hiểm - một ngành dịch vụ, cũng hoạt động theo nguyên lý đó. bảo hiểm chọn hai kênh phân phối cơ bản để đưa sản phẩm của mình đến người tiêu dùng - người mua bảo hiểm: phân phối trực tiếp và phân phối gián tiếp qua các tổ chức trung gian.

Phương pháp phân phối là phương pháp tổ chức bán các loại sản phẩm. Sản phẩm bảo hiểm có nhiều loại, nhưng “gói gọn” vào hai loại chính: Sản phẩm bắt buộc và sản phẩm không bắt buộc.

Mỗi loại sản phẩm có cách tiếp cận với khách hàng.

Chẳng hạn, sản phẩm bắt buộc thì khách hàng phải mua. Do đó phải làm cho khách hàng tin tưởng vào uy tín doanh nghiệp v.v...

Đối với sản phẩm không bắt buộc phải dùng nhiều cách tiếp cận với khách hàng để khách hàng hiểu rõ và thu hút họ hằng hái mua sản phẩm của doanh nghiệp.

d. Chiến lược truyền thông và khuyến khích

Một doanh nghiệp muốn thành công trên thị trường, không chỉ có chiến lược sản phẩm đúng đắn, chiến lược giá cả phù hợp khả năng và nhu cầu từng loại khách hàng, chiến lược phân phối hợp lý mà còn phải có chiến lược truyền thông và khuyến khích tương linh hoạt, đa dạng và hiệu quả.

Chiến lược truyền thông và khuyến khích nhằm mục đích cung cấp thông tin về các sản phẩm bảo hiểm; về giá cả (phí bảo hiểm); về tính năng, tác dụng của sản phẩm; về dịch vụ phục vụ khách hàng v.v... để thu hút khách hàng mua sản phẩm (bảo hiểm) ngày một nhiều hơn.

Đặc biệt, trên thị trường có nhiều loại sản phẩm của các công ty khác nhau, việc làm cho khách hàng hiểu rõ sản phẩm của mình là vô cùng quan trọng. Có như vậy công ty mới bán được nhiều sản phẩm, mới đứng vững và chiếm lĩnh thị trường...

Vấn đề quan trọng của chiến lược truyền thông và khuyến khích là xác định nội dung và lựa chọn phương thức truyền thông. Nội dung truyền thông phải sát thực, hấp dẫn, phải đạt mục tiêu. Chẳng hạn, truyền thông và khuyến khích về sản phẩm thì tập giới thiệu những ưu điểm của nó so với đối thủ cạnh tranh như giá cả, tính năng và tác dụng, phương thức bán hàng, vấn đề đảm bảo sau khi bán v.v...

Truyền thông về doanh nghiệp tập trung giới thiệu vị thế của doanh nghiệp trên thị trường thông qua các giai đoạn; sự

phát triển các hoạt động của doanh nghiệp; những thành công (hoặc danh hiệu) doanh nghiệp đạt được...Truyền thông về doanh nghiệp nhằm đạt mục đích làm nổi danh của doanh nghiệp; làm cho khách hàng chú ý và có sự quan tâm đến doanh nghiệp, thậm chí thay đổi thái độ đối với doanh nghiệp. Thành công về truyền thông trong doanh nghiệp tác động tích cực đến truyền thông về sản phẩm (của doanh nghiệp) và ngược lại.

e. Phương thức truyền thông

Chiến lược truyền thông và khuyến trương phải lựa chọn phương thức truyền thông có hiệu quả. Nói chung hai phương thức: truyền thông trực tiếp và truyền thông không trực tiếp.

Truyền thông trực tiếp là sự gặp gỡ trao đổi trực tiếp với nhau. Đó có thể là sự giao tiếp giữa hai người hoặc sự giao tiếp của một người đối với công chúng qua điện thoại, thư từ, qua vô tuyến truyền hình. Truyền thông trực tiếp có hiệu quả nhờ những người tham dự có khả năng phát tin và thiết lập mối quan hệ ngược lại. Nói cách khác, truyền thông trực tiếp tạo mối quan hệ thân thiện giữa người truyền tin và người nhận tin; họ nắm bắt thông tin nhanh và người truyền tin có điều kiện giải thích rõ ràng về những vấn đề cần thông báo...

Truyền thông không trực tiếp là truyền tin đi không có sự tiếp xúc cá nhân và không có mối liên hệ ngược. Truyền thông không trực tiếp thường sử dụng các phương tiện in ấn phẩm quảng cáo như báo chí, thư từ, qua bưu điện; phương tiện quảng cáo điện tử như đài phát thanh truyền hình; những phương tiện mô tả, minh họa như panô, áp phích, bảng hiệu v.v... Những phương tiện truyền thông không trực tiếp thường là những phương tiện truyền thông đại chúng.

Truyền thông không trực tiếp thường có hiệu quả hơn truyền thông đại chúng. Nhưng truyền thông đại chúng là phương pháp cơ bản kích thích truyền thông trực tiếp. Vì vậy, hai phương thức này bổ sung cho nhau, nhằm đạt hiệu quả truyền thông cao nhất, thu hút khách hàng mua sản phẩm bảo hiểm của công ty nhiều nhất; nhằm khuyếch trương uy tín của công ty trên thương trường lớn nhất.

Một vấn đề rất quan trọng của chiến lược truyền thông và khuyếch trương là xác định chi phí cần thiết cho truyền thông; lựa chọn thông tin truyền thông; xác định thời lượng cần truyền thông và đặc biệt phải tính đến hiệu quả của truyền thông và khuyếch trương.

Một doanh nghiệp hay công ty thực hiện chiến lược marketing linh hoạt, đúng đối tượng, đúng phương pháp v.v... thì chắc chắn doanh nghiệp sẽ thành đạt trong thị trường sôi động và cạnh tranh khốc liệt.

MỤC LỤC

	Trang
Lời giới thiệu	3
Chương I. Đối tượng nghiên cứu của bảo hiểm	7
I. Sự cần thiết khách quan và tác dụng của bảo hiểm	7
II. Bản chất của bảo hiểm	11
III. Đối tượng nghiên cứu của bảo hiểm	13
IV. Hệ thống tổ chức bảo hiểm	21
Chương II. Bảo hiểm xã hội	25
I. Đối tượng, chức năng và tính chất của BHXH	25
II. Những quan điểm cơ bản về BHXH	34
III. Nguồn quỹ BHXH và mục đích sử dụng	38
IV. BHXH Việt Nam trong điều kiện kinh tế thị trường	46
Chương III. Bảo hiểm thất nghiệp	58
I. Lao động, việc làm và thất nghiệp trong điều kiện kinh tế thị trường	58
II. Nội dung của bảo hiểm thất nghiệp	69
III. Tình hình thất nghiệp ở Việt Nam và sự cần thiết phải bảo hiểm thất nghiệp	76
Chương IV. Bảo hiểm y tế	80
I. Sự cần thiết và tác dụng của bảo hiểm y tế	80
II. Đối tượng và phạm vi bảo hiểm y tế	82
III. Phương thức bảo hiểm y tế	85
IV. Quỹ bảo hiểm y tế và phương pháp tính phí	88
V. Bảo hiểm y tế ở một số nước trên thế giới	91
Chương V. Bảo hiểm thương mại	97
I. Tác dụng của bảo hiểm thương mại	97
II. Những nguyên tắc chung trong hoạt động BHTM	100

III. Các loại hình BHTM	104
IV. Hợp đồng BHTM	112
Chương VI. Bảo hiểm hàng hóa vận chuyển	119
I. Bảo hiểm hàng hóa xuất nhập khẩu vận chuyển bằng đường biển	119
II. Bảo hiểm hàng hóa vận chuyển nội địa	151
Chương VII. Bảo hiểm thân tàu thủy, trách nhiệm dân sự chủ tàu và hội bảo hiểm "P and I"	156
I. Bảo hiểm thân tàu thủy	156
II. Bảo hiểm trách nhiệm dân sự cho chủ tàu	166
III. Hội bảo hiểm "P and I"	174
Chương VIII. Bảo hiểm vật chất các phương tiện vận tải	188
I. Bảo hiểm thân máy bay	189
II. Bảo hiểm vật chất xe cơ giới	204
Chương IX. Bảo hiểm xây dựng và lắp đặt	219
I. Giới thiệu chung về BHXĐ và lắp đặt	219
II. Bảo hiểm xây dựng	222
III. Bảo hiểm lắp đặt	229
IV. Các cơ sở tính phí bảo hiểm	234
V. Giám định và giải quyết bồi thường trong BHXĐ và lắp đặt	237
Chương X. Bảo hiểm hoạt động thăm dò và khai thác dầu khí	239
I. Giới thiệu chung về bảo hiểm dầu khí	239
II. Bảo hiểm tài sản trong hoạt động thăm dò và khai thác dầu khí	243
III. Bảo hiểm các chi phí bổ sung cho nhà khai thác	248
IV. Bảo hiểm trách nhiệm pháp lý đối với người thứ ba	256
V. Đơn bảo hiểm trọn gói	258
Chương XI. Bảo hiểm cháy và các rủi ro đặc biệt	260
I. Sự hình thành và phát triển của bảo hiểm cháy	261
II. Đặc điểm của bảo hiểm cháy và các rủi ro đặc biệt	262

III. Một số nghiệp vụ bổ sung cho hợp đồng bảo hiểm cháy và các rủi ro đặc biệt	277
Chương XII. Các nghiệp vụ bảo hiểm tiền	281
I. Bảo hiểm tiền gửi	281
II. Bảo hiểm tiền cất giữ trong kho và bảo hiểm tiền trong quá trình vận chuyển	288
Chương XIII. Bảo hiểm nông nghiệp	294
I. Sự cần thiết và tác dụng của bảo hiểm nông nghiệp	294
II. Bảo hiểm cây trồng	301
III. Bảo hiểm chăn nuôi	314
IV. Tình hình bảo hiểm nông nghiệp ở Việt Nam	320
Chương XIV. Bảo hiểm trách nhiệm	322
I. Sự cần thiết phải bảo hiểm trách nhiệm	322
II. Đặc điểm của bảo hiểm trách nhiệm	324
III. Nội dung cơ bản của một số nghiệp vụ bảo hiểm trách nhiệm	326
Chương XV. Bảo hiểm con người	374
I. Tổng quan về bảo hiểm con người	374
II. Bảo hiểm nhân thọ	388
III. Bảo hiểm con người phi nhân thọ	450
Chương XVI. Tái bảo hiểm	472
I. Tái bảo hiểm và sự phát triển của tái bảo hiểm	472
II. Các hình thức tái bảo hiểm	476
III. Phương pháp tái bảo hiểm	479
IV. Hợp đồng tái bảo hiểm	488
V. Một số vấn đề cơ bản trong nhượng và nhận tái bảo hiểm	492
VI. Thị trường tái bảo hiểm	494
Chương XVII. Marketing trong bảo hiểm	499
I. Đặc điểm của sản phẩm bảo hiểm	499
II. Nghiên cứu thị trường bảo hiểm	500
III. Marketing và vận dụng marketing vào bảo hiểm	503

BAN BIÊN TẬP - NXB THỐNG KÊ
98 Thụy Khuê - Tây Hồ - Hà Nội
ĐT: 8457814, Fax: 8457290

Chịu trách nhiệm xuất bản:

CÁT VĂN THÀNH

Biên tập:

HOA LAN

Trình bày:

LÊ ANH TUẤN

Sửa bản in:

BAN BIÊN TẬP

GIÁO TRÌNH BẢO HIỂM

In 5020 cuốn, khổ 14,5 × 20,5cm, tại xí nghiệp in GEOPRICO.
Số in:..... Số xuất bản 155/XB-QLXB-07/XBTK.
Do Cục Xuất bản Bộ Văn hóa Thông tin cấp ngày 23/2/2000.
In xong, nộp lưu chiểu tháng 9/2000.

HIỆU CHỈNH VÀ ĐÍNH CHỈNH GIÁO TRÌNH BẢO HIỂM

Trang, dòng	Đã in	Sửa lại
126, 13↑	... các rủi ro phụ...	các rủi ro khác...
138, 8↓	đều có lỗi	đều có lỗi v.v...
139, 9↓	... ngoài các rủi ro được bảo hiểm và rủi ro loại trừ...	... ngoài các rủi ro được bảo hiểm theo điều kiện C...
170, 12↓	... va chạm theo tỉ lệ 3/4	... va chạm tỉ lệ 3/4. Chi phí sửa chữa thực tế bằng dự tính.
172, 2↓	$78,0 - (26,5 + 15) = 13,1$	$78,0 - (26,5 + 38,4) = 13,1$
184, 1↑	$M = \frac{(85 - \dots)}{\dots}$	$M = \frac{(65 + \dots)}{\dots}$
203, 13↑	$230.000.000 - 80.000.000 + 50.000.000$	$230.000.000 - (80.000.000 + 50.000.000)$
269, 9 ↓	a. Phí bảo hiểm hoả hoạn	a. Phí bảo hiểm cháy
14 ↓	... phí bảo hiểm hoả hoạn...	... phí bảo hiểm cháy...
281 > 288	Các thuật ngữ "Quỹ tín dụng nhân dân", "Quỹ tín dụng"	"Tổ chức tín dụng"
335, 1^	... 500.000 đồng	... 500.000 đồng, mức bồi thường 0,1% mỗi ngày so với mức trách nhiệm về con người.
336, 11 ^	Bồi dưỡng: $15.000.000 \times 0,1\% \times 10 = 150.000đ$	Bồi dưỡng: $12.000.000 \times 0,1\% \times 10 = 120.000đ$
9↑	650.000 đồng	Thiệt hại thu nhập: $900.000 \times 10/30 = 300.000đ$ 920.000 đ
5 ^	$15.000.000 \times 0,1\% \times 40 = 600.000$	$12.000.000 \times 0,1\% \times 40 = 480.000đ$
4↑	3.600.000 đồng	Thiệt hại thu nhập: $1.500.000 \times 40/30 = 2.000.000đ$ 5.480.000
337, 8↓	$3.600.000 \times 60\% = 2.160.000$	$5.480.000 \times 60\% = 3.288.000đ$
13↓	2.340.000đ	3.468.000đ
14↓	15.060.000đ	16.188.000đ
11↑	$650.000 \times 40\% = 260.000đ$	$920.000 \times 40\% = 368.000đ$
7^	380.000đ	488.000đ
6↑	2.860.000đ	2.968.000đ
431, 8↓	$f_A = \frac{l_n \cdot \frac{(1+i)^n}{1+i} S_b}{l_x}$	$f_A = \frac{l_{x-n} \cdot \frac{(1+i)^n}{1+i} S_b}{l_x}$
7^	$f_a = \dots$	$f_A = \dots$
432, 6^	$f_B = \frac{l_n \cdot \frac{(1+i)^n}{1+i} S_b}{\sum_{j=0}^{n-1} l(x+j) \cdot \frac{1}{(1+i)^j}}$	$f_B = \frac{l_{x-n} \cdot \frac{(1+i)^n}{1+i} S_b}{\sum_{j=0}^{n-1} l(x+j) \cdot \frac{1}{(1+i)^j}}$
495, 7↑	> Quan hệ gián tiếp	→ Quan hệ trực tiếp
6↑	>> Quan hệ trực tiếp	→> Quan hệ gián tiếp

- Trang 139 - 140 sửa theo bảng mới sau đây:

So sánh các điều kiện bảo hiểm cũ và mới

Mục so sánh	ICC 1963			ICC 1982		
	FPA	WA	AR	A	B	C
a. Tổn thất toàn bộ do thiên tai, tai nạn bất ngờ	BT	BT	BT	BT	BT	BT
b. Tổn thất bộ phận vì 4 rủi ro chính	BT	BT	BT	BT	BT	BT
c. Các chi phí liên quan cần thiết và hợp lý.	BT	BT	BT	BT	BT	BT
d. Mất nguyên kiện hàng khi xếp dỡ, chuyển tải	BT	BT	BT	BT	BT	K
e. Tổn thất bộ phận do						
- Động đất, núi lửa, sét đánh	K	BT	BT	BT	BT	K
- Nước cuốn trôi	K	BS	BT	BT	BT	K
- Nước biển, nước sông hồ xâm nhập; bão	K	BT	BT	BT	BT	K
f. Các rủi ro phụ (lây nhiễm, công, bẹp,...)	K	K	BT	BT	BS	K
g. cướp biển	K	K	K	BT	K	K
Trách nhiệm chứng minh tổn thất	NĐBH	NĐBH	NĐBH	NĐBH	NĐBH	NĐBH
Áp dụng mức miễn thưởng	K	Có	K	K	Có	K
Phân biệt tổn thất toàn bộ hay bộ phận	Có	Có	K	K	K	K

Ghi chú: BT - Bồi thường; K - Không; NĐBH - Người được bảo hiểm; BS - Bổ sung.

- Trang 482 - Sửa theo bảng mới sau đây.

Rủi ro	Số tiền bảo hiểm	Phân bổ số tiền bảo hiểm					
		Mức giữ lại		Mức đối thứ nhất		Mức đối thứ hai	
		Số tiền	Tỉ lệ (%)	Số tiền	Tỉ lệ (%)	Số tiền	Tỉ lệ (%)
1	750.000	250.000	33,33	500.000	66,67		
2	120.000	125.000	100,00				
3	500.000	250.000	50,00	250.000	50,00		
4	1.500.000	250.000	16,66	750.000	50,00	500.000	33,34

