

**NHỮNG VƯỚNG MẮC TRONG QUÁ TRÌNH GIẢI QUYẾT  
 TRANH CHẤP BẢO HIỂM NHÂN THỌ TẠI TÒA ÁN  
 DƯỚI GÓC NHÌN CỦA DOANH NGHIỆP BẢO HIỂM<sup>1</sup>**



**THS.LS. PHÍ THI QUỲNH NGÀ**

**Phó ban pháp lý BHNT Hiệp hội Bảo hiểm Việt Nam,  
 Trưởng phòng Pháp chế & tuân thủ Bảo Việt Nhân thọ**

**Dẫn nhập:**

Kính thưa Quý vị, với hàng chục triệu khách hàng tham gia bảo hiểm nhân thọ trên toàn quốc và với tốc độ phát triển mạnh mẽ của thị trường này, các tranh chấp liên quan đến việc giao kết và thực hiện hợp đồng bảo hiểm nhân thọ ở Việt Nam sẽ ngày càng gia tăng. Để bảo vệ quyền và nghĩa vụ hợp pháp, công bằng giữa các bên trong quan hệ hợp đồng này, đòi hỏi các chuyên gia pháp chế trong doanh nghiệp cũng như Thẩm phán – những người cầm cân nảy mực hiểu rất kỹ về hợp đồng bảo hiểm nhân thọ, đánh giá chính xác, toàn diện về chứng cứ có trong hồ sơ cũng như nắm rõ các quy định của pháp luật liên quan để giải quyết.

Trong thời gian vừa qua, các tranh chấp về hợp đồng bảo hiểm nhân thọ xảy ra tuy không nhiều như lĩnh vực bảo hiểm phi nhân thọ hay ngân hàng song lại khá phức tạp và đôi khi phán quyết của Tòa án các cấp lại có sự khác nhau về cùng một vụ việc. Vì vậy, trong hội thảo ngày hôm nay, trên cơ sở tổng kết các bản án và từ kinh nghiệm thực tiễn giải quyết tranh chấp tại Tòa, chúng tôi xin phép được trình bày những vướng mắc và đưa ra một số kiến nghị với quý Tòa trong việc giải quyết các tranh chấp về bảo hiểm nhân thọ.

**I. Những vướng mắc trong giải quyết tranh chấp về bảo hiểm nhân thọ**

**1. Trường hợp khách hàng vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin khi tham gia bảo hiểm**

Như được đề cập trong nội dung Chuyên đề 1 “Những quy định đặc thù của pháp luật về kinh doanh bảo hiểm và kinh nghiệm quốc tế về giải quyết tranh chấp trong lĩnh vực bảo hiểm”, việc kê khai thông tin đầy đủ, chính xác, trung thực của Bên mua bảo hiểm đóng vai trò vô cùng quan trọng – là điều kiện tiên

<sup>1</sup> Civillawinfor sử dụng hình ảnh trên trang <https://oicvn.com/>

quyết để Doanh nghiệp bảo hiểm (DNBH) chấp nhận bảo hiểm và cấp Hợp đồng bảo hiểm nhân thọ cho khách hàng. Theo đó, nếu khách hàng thực hiện đúng nghĩa vụ này, khi sự kiện bảo hiểm xảy ra thuộc phạm vi bảo hiểm, DNBH có nghĩa vụ chi trả quyền lợi bảo hiểm đã cam kết trong hợp đồng bảo hiểm. Ngược lại, nếu khách hàng che giấu thông tin, kê khai thông tin không đúng, không đầy đủ về tình trạng sức khỏe hay nghề nghiệp của người được bảo hiểm, sẽ làm ảnh hưởng đến quyết định thẩm định, chấp nhận phát hành hợp đồng bảo hiểm (“HĐBH”), thì sau đó cho dù rủi ro xảy ra với khách hàng vì nguyên nhân gì, DNBH cũng không chi trả quyền lợi bảo hiểm như Điều 19 Luật Kinh doanh bảo hiểm đã quy định.

Để tránh sự hiểu nhầm từ Bên mua bảo hiểm rằng DNBH buộc phải cho Người được bảo hiểm đi kiểm tra y tế trước khi chấp nhận bảo hiểm và rằng vì DNBH đã cho khách hàng kiểm tra y tế và chấp nhận bảo hiểm thì các rủi ro, sự kiện bảo hiểm phát sinh theo HĐBH đều thuộc trách nhiệm chi trả của DNBH, các DNBH đều quy định rõ trong quy tắc điều khoản sản phẩm bảo hiểm (và được Bộ Tài chính phê chuẩn) rằng *“Tùy từng trường hợp, DNBH có quyền yêu cầu kiểm tra sức khỏe của Người được bảo hiểm để làm cơ sở cho việc quyết định chấp nhận bảo hiểm, chấp nhận gia tăng số tiền bảo hiểm, hoặc khôi phục hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm. Tuy nhiên, việc kiểm tra sức khỏe (nếu có) cũng không thay thế cho nghĩa vụ phải cung cấp thông tin chính xác, trung thực và đầy đủ của Bên mua bảo hiểm”*. Tại Quy tắc điều khoản mẫu của sản phẩm bảo hiểm kèm theo Quy chế số 4330/QCPH/BTC-BCT ngày 31/3/2017 về việc phối hợp giữa Bộ Tài chính và Bộ Công thương trong việc phê chuẩn sản phẩm, đăng ký hợp đồng theo mẫu, điều kiện giao dịch chung đối với bảo hiểm nhân thọ cũng quy định tương tự: *“Bên mua bảo hiểm (và Người được bảo hiểm trong trường hợp bảo hiểm nhóm) có trách nhiệm kê khai đầy đủ và trung thực tất cả các thông tin cần thiết để doanh nghiệp đánh giá khả năng chấp nhận bảo hiểm cho Hợp đồng bảo hiểm này. **Việc thẩm định sức khỏe, nếu có, không thay thế cho nghĩa vụ kê khai trung thực của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm”***.

Thực tế phần lớn các vụ tranh chấp về hợp đồng bảo hiểm nhân thọ đều liên quan đến việc DNBH từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm đối với rủi ro của Người được bảo hiểm do khách hàng vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin khi tham gia bảo hiểm, cụ thể là người được bảo hiểm đã che giấu, không kê khai hoặc kê khai không trung thực, đầy đủ các thông tin liên quan đến tình trạng sức khỏe,

thông tin cá nhân khác khi kê khai hồ sơ yêu cầu bảo hiểm tại thời điểm tham gia bảo hiểm mà nếu biết được những thông tin này, DNBH đã từ chối phát hành hợp đồng bảo hiểm. Việc không kê khai hoặc kê khai không đúng, không đầy đủ này đã dẫn đến việc DNBH vì không biết nên đã chấp nhận bảo hiểm và phát hành hợp đồng. Bằng chứng chứng minh cho các trường hợp này là Hồ sơ khám, điều trị bệnh (bệnh án hoặc tóm tắt bệnh án) mà DNBH thu thập được trong quá trình xác minh sau khi khách hàng làm thủ tục yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

Với các vụ kiện này, Tòa án cấp quận, huyện tại các tỉnh, thành phố cũng có những quan điểm khác nhau. Bên cạnh những phán quyết phù hợp với quy định của điều khoản hợp đồng và Điều 19 Luật Kinh doanh bảo hiểm cũng còn một số trường hợp vụ kiện chưa được chú trọng xem xét đến việc Bên mua bảo hiểm đã vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin để làm cơ sở xét xử, với những trường hợp này, DNBH thường được thẩm phán đặt các câu hỏi là: “Tại sao trước khi chấp nhận bảo hiểm, DNBH không cho NĐBH đi kiểm tra sức khỏe. Và nếu đã kiểm tra sức khỏe thì tại sao DNBH không chịu trách nhiệm bồi thường cho khách hàng?” để tuyên chấp thuận yêu cầu khởi kiện của nguyên đơn và buộc DNBH phải chi trả quyền lợi bảo hiểm.

### **Chúng tôi xin đưa ra một số vụ kiện làm ví dụ như sau:**

Vụ kiện 1: Tháng 6/2014, khách hàng Nguyễn Văn A tham gia bảo hiểm tại DNBH B, trả lời các câu hỏi sức khỏe tốt tại Đơn yêu cầu bảo hiểm/Giấy yêu cầu bảo hiểm nhưng theo quy định của DNBH B do số tiền bảo hiểm tham gia lớn (2 tỷ đồng) nên DNBH B đã đề nghị khách hàng kiểm tra y tế. Tuy vậy, xuất phát từ thông tin khách hàng kê khai tại Giấy yêu cầu bảo hiểm không có bất kỳ vấn đề gì về sức khỏe, DNBH B chỉ yêu cầu NĐBH kiểm tra sức khỏe tổng quát, không yêu cầu kiểm tra chuyên sâu, do đó, kết quả khám chỉ là viêm gan B, HBsAg dương tính, tăng men gan, tăng mỡ máu, gan nhiễm mỡ độ I mà không thể phát hiện bệnh K hạch thần kinh nội tiết mà thực tế khách hàng đang có và che giấu. Lợi dụng kết quả khám tổng quát này, tháng 7/2014, khách hàng Nguyễn Văn A tiếp tục chủ động liên lạc DNBH B và mua thêm 2 hợp đồng bảo hiểm với số tiền bảo hiểm là 3,5 tỷ đồng, nâng tổng số tiền bảo hiểm của cả 3 hợp đồng lên 5,5 tỷ đồng. Tháng 3/2015, khách hàng tử vong và người thụ hưởng yêu cầu DNBH B chi trả bảo hiểm. DNBH B từ chối chi trả do việc kê khai thông tin không trung thực của khách hàng Nguyễn Văn A đã làm cho DNBH B đánh giá sai về rủi ro

bảo hiểm và HĐBH được phát hành mà lẽ ra nếu biết khách hàng bị K hạch thần kinh nội tiết trước thời điểm tham gia thì DNBH B đã không chấp nhận bảo hiểm. Như vậy, cho dù DNBH B đã yêu cầu khách hàng kiểm tra y tế, nhưng do khách hàng Nguyễn Văn A không kê khai trung thực bản thân đang bị K hạch thần kinh nội tiết nên DNBH B không thể phát hiện bệnh lý này của khách hàng khi chỉ thực hiện kiểm tra sức khỏe tổng quát.

Thực tế với trường hợp này, mặc dù Tòa án đã yêu cầu Bệnh viện cung cấp bệnh án thể hiện rõ việc khách hàng Nguyễn Văn A đã bị K hạch thần kinh nội tiết trước khi tham gia bảo hiểm nhưng Tòa án cấp sơ thẩm đã lập luận rằng DNBH B đã cho khách hàng đi kiểm tra sức khỏe nên DNBH B phải có nghĩa vụ chi trả quyền lợi bảo hiểm cho khách hàng mà không xét đến việc khách hàng đã vi phạm nghĩa vụ khai báo trung thực bằng việc che giấu thông tin K hạch thần kinh nội tiết khi tham gia bảo hiểm.

Vụ kiện 2: Ngày 29/10/2012, khách hàng Trần Văn B tham gia bảo hiểm với DNBH C, trả lời các câu hỏi sức khỏe tốt. Ngày 15/9/2013 khách hàng Trần Văn B tử vong do đột tử và yêu cầu DNBH C chi trả quyền lợi bảo hiểm. Trong quá trình giải quyết hồ sơ, DNBH C thu thập được bệnh án điều trị ngày 06/11/2012 của khách hàng Trần Văn B với chẩn đoán “nghiện rượu mạn tính, lý do vào viện: xin cai rượu với tình trạng uống rượu từ 7-8 năm nay, uống 500ml/ngày”. Nếu thông tin uống rượu 500ml/ ngày được khách hàng Trần Văn B kê khai khi tham gia bảo hiểm thì DNBH C đã từ chối phát hành HĐBH. Do khách hàng Trần Văn B vi phạm nghĩa vụ khai báo trung thực nên DNBH C áp dụng quy định tại điều khoản hợp đồng và Điều 19.2 Luật Kinh doanh bảo hiểm để chấm dứt hợp đồng bảo hiểm và từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm.

Tranh chấp được đưa ra giải quyết sơ thẩm tại một Tòa án nhân dân thuộc tỉnh Y. Tại phiên tòa, Tòa án lập luận rằng khách hàng Trần Văn B tử vong do đột tử không liên quan đến bệnh lý “nghiện rượu mạn tính” mà khách hàng không kê khai tại Giấy yêu cầu bảo hiểm nên Tòa án đã tuyên DNBH C phải chi trả quyền lợi bảo hiểm cho khách hàng Trần Văn B thay vì áp dụng Điều 19 Luật Kinh doanh bảo hiểm và điều khoản hợp đồng.

Với cả hai bản án trên, xuất phát từ nghĩa vụ phải khai báo thông tin chính xác của Bên mua bảo hiểm, chúng tôi cho rằng việc DNBH đơn phương chấm dứt hợp đồng bảo hiểm và từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm cho dù nguyên nhân tử vong liên quan hay không liên quan đến thông tin bệnh lý khách hàng đã không

khai báo là phù hợp với Điều 19 Luật Kinh doanh bảo hiểm và quy tắc điều khoản sản phẩm bảo hiểm.

Vụ kiện 3: Bên mua bảo hiểm và Người được bảo hiểm là ông Nguyễn Văn D ký đơn yêu cầu bảo hiểm ngày 30/8/2015. Trên cơ sở ông Nguyễn Văn D khai báo thông tin sức khỏe tốt, hợp đồng bảo hiểm đã được phát hành và có hiệu lực vào ngày 31/8/2015. Ngày 17/5/2016, ông Nguyễn Văn D tử vong do ung thư dạ dày. Trong quá trình xem xét giải quyết chi trả quyền lợi bảo hiểm, DNBH X thu thập được hai bệnh án của ông Nguyễn Văn D. Bệnh án số 1 tại Bệnh viện đa khoa huyện S nhập viện ngày 10/9/2015 ghi nhận “*Bệnh nhân bị bệnh đã lâu có đi khám Bệnh viện H1 Thành phố H khám chẩn đoán: K dạ dày*”. Tiếp theo đó, ông Nguyễn Văn D được chuyển tuyến lên bệnh viện cấp tỉnh ngày 11/9/2015 ghi nhận “**K góc bờ cong nhỏ dạ dày 25/8/2015. GPBL: Carcinôm tuyến biệt hóa kém**”. Với thông tin ghi nhận bệnh lý thống nhất tại cả hai bệnh viện là ông D bị K dạ dày, và đặc biệt là thông tin tiền sử bệnh ghi nhận chính xác ngày ông Nguyễn Văn D được chẩn đoán K dạ dày là ngày 25/8/2015 - tức chỉ trước 5 ngày ký đơn yêu cầu bảo hiểm, DNBH X đã từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm với lý do ông Nguyễn Văn D đã vi phạm nghĩa vụ khai báo thông tin như đã phân tích tại mục 1.

Thực tế khi phát sinh tranh chấp tại Tòa: Mặc dù với thông tin ghi nhận chính xác và đồng nhất ở cả hai bệnh viện như trên, nhưng gia đình ông Nguyễn Văn D vẫn một mực phủ nhận không kê khai thông tin này. Tranh chấp đã được giải quyết tại Tòa án nhân dân cấp sơ thẩm thuộc tỉnh X, và Tòa án đã tuyên DNBH phải chi trả quyền lợi bảo hiểm với lý lẽ rằng thông tin ghi nhận tại tiền sử bệnh không được kiểm chứng, có thể là lời khai của bất kỳ ai nên không có giá trị pháp lý.

Theo Quy chế bệnh viện, khi tiến hành thăm khám cho người bệnh, bác sĩ làm công tác khám bệnh sẽ tiến hành nghiên cứu các tài liệu có liên quan như giấy giới thiệu, hồ sơ bệnh án của tuyến dưới, kết hợp với các dấu hiệu lâm sàng, các chỉ số sinh tồn, tiến hành thăm hỏi, khai thác các triệu chứng, dấu hiệu bệnh để hỗ trợ cho việc chẩn đoán và lập phác đồ điều trị chính xác, sau đó phải ghi chép đầy đủ các triệu chứng và diễn biến vào hồ sơ bệnh án. Bản thân người bệnh hoặc người nhà bệnh nhân cũng khai chi tiết, đầy đủ và chính xác các triệu chứng bệnh, lịch sử bệnh nhằm mong muốn việc điều trị đem lại hiệu quả tốt nhất. Thông tin tiền sử bệnh không thể được tùy tiện cung cấp, cũng không thể được cung cấp bởi bất cứ ai. Khi ghi chép hồ sơ bệnh án, bác sĩ điều trị sẽ chịu trách nhiệm với các thông tin khai thác và chẩn đoán vì các căn cứ pháp lý sau:

(i) Hướng dẫn ghi và mã các thông số hồ sơ, bệnh án được ban hành kèm theo Quyết định số 4069/2001/QĐ-BYT ngày 28 tháng 9 năm 2001 của Bộ Trưởng Bộ Y tế quy định nội dung trang 2 của Hồ sơ bệnh án bao gồm yêu cầu những thông tin, đặc điểm cần có trong quá trình bệnh lý, bệnh sử, thăm khám người bệnh để phục vụ cho chẩn đoán. Cụ thể, tiền sử bệnh được nêu tại tiểu mục 2, Mục II (Hỏi bệnh), phần A (Bệnh án), trang 2 của Hồ sơ bệnh án với các thông tin phát triển thể lực từ nhỏ đến lớn, những bệnh đã mắc, phương pháp điều trị, tiêm phòng, ăn uống, sinh hoạt, ... theo mẫu Hồ sơ bệnh án tại Phần 1 ban hành kèm theo Quyết định số 4069/2001/QĐ-BYT ngày 28 tháng 09 năm 2001 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

(ii) Khoản 1 Điều 59 Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2009 quy định “**Hồ sơ bệnh án là tài liệu y học, y tế và pháp lý; mỗi người bệnh chỉ có một hồ sơ bệnh án trong mỗi lần khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**”. Khoản 2 (c) Điều 59 Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2009 quy định “**Hồ sơ bệnh án bao gồm các tài liệu, thông tin liên quan đến người bệnh và quá trình khám bệnh, chữa bệnh**”.

Do đó, phù hợp với các quy định nêu trên, tiền sử bệnh là một phần cấu thành tính hoàn thiện, đầy đủ của Hồ sơ bệnh án và có giá trị pháp lý.

Với các vụ tranh chấp có các tình tiết tương tự như các vụ án minh họa nêu trên, với các cơ quan xét xử tại các địa phương khác nhau, chúng tôi lại nhận được các quan điểm xét xử khác nhau. Ví dụ, thông tin tiền sử bệnh tại bệnh án không được Tòa án tại tỉnh X chấp nhận là căn cứ từ chối chi trả (như ví dụ tại mục 3 nêu trên), nhưng lại được Tòa án tại tỉnh B, tỉnh K, và một số Tòa án tại một số quận thành phố H chấp nhận là căn cứ để DNBH từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm. Sự không đồng nhất quan điểm giữa các cơ quan xét xử nêu trên cũng khiến các DNBH gặp lúng túng và thiếu tính thống nhất trong quy định nội bộ về giải quyết chi trả quyền lợi bảo hiểm.

Do đó, để đảm bảo tính tuân thủ pháp luật và áp dụng công bằng với tất cả khách hàng tham gia bảo hiểm nhân thọ trên toàn quốc, chúng tôi kính đề nghị Tòa án nhân dân tối cao ban hành hướng dẫn cụ thể để thống nhất quan điểm xét xử với các vấn đề mà các DNBH đang vướng mắc như nêu trên để DNBH tuân thủ.

## **2. Trường hợp khách hàng gian lận khi yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm**

Ngoài việc kê khai không trung thực khi yêu cầu tham gia bảo hiểm như đã trình bày ở trên, có một số tình huống khác xảy ra là khách hàng cố ý gian lận khi yêu

cầu DNBH giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Các hình thức gian lận thường khá đa dạng và có nhiều cách thức thực hiện khác nhau (tử vong do bệnh nhưng nguy tạo hiện trường do tai nạn, cố ý gây thương tích để đòi bồi thường, ...). Việc DNBH xem xét yếu tố của hồ sơ do khách hàng cung cấp để chứng minh việc gian lận thường khá khó khăn.

Vụ kiện 1: Vụ án xảy ra tại một tỉnh miền Trung. Khách hàng Nguyễn Văn V tham gia 3 hợp đồng (1 hợp đồng tháng 7/2013 và 2 hợp đồng tháng 1/2014) bảo hiểm tại DNBH B và chỉ định vợ là bà Lê Thị T là người thụ hưởng. Tháng 2/2014, khách hàng tử vong và nguyên nhân được người thụ hưởng trình bày với DNBH là tai nạn (trâu húc) và cung cấp Giấy chứng tử ghi nguyên nhân tử vong là tai nạn, đồng thời bệnh án cấp cứu của bệnh viện cũng có nội dung “shock đa chấn thương” (bên cạnh bệnh tai biến mạch máu não, tăng huyết áp). Quá trình xem xét hồ sơ giải quyết quyền lợi bảo hiểm, DNBH nhận thấy chưa đủ căn cứ để xác định nguyên nhân tử vong là tai nạn, căn cứ theo hồ sơ bệnh án là “tai biến mạch máu não, tăng huyết áp” nên áp dụng điều khoản bảo hiểm đã ký để hoàn trả phí bảo hiểm đã đóng. Sau đó khách hàng đã khiếu nại bệnh viện và Thanh tra Sở y tế đã điều tra và cũng kết luận ông Nguyễn Văn V tử vong chưa rõ nguyên nhân, trong đó có nội dung kiểm điểm bác sỹ tại bệnh viện vì là người nhà của Người thụ hưởng Lê Thị T nên đã sửa hồ sơ bệnh án bổ sung nội dung “shock đa chấn thương” để làm cơ sở cho người thụ hưởng nại ra là khách hàng bị tai nạn trâu húc.

Như vậy, rõ ràng trong các vụ việc mà khách hàng cố tình gian lận để trục lợi bảo hiểm như vụ kiện trên, việc xác định nguyên nhân tử vong không thể chỉ căn cứ vào Giấy chứng tử hay hồ sơ bệnh án, mà cần tổng hợp nhiều yếu tố để xác định sự thật. Vụ kiện này Tòa án cũng không chấp nhận lời khai của rất nhiều người làm chứng là hàng xóm của ông Nguyễn Văn V do những người này đều không trực tiếp chứng kiến ông V bị trâu húc và bác đơn yêu cầu khởi kiện của nguyên đơn, chấp nhận cách giải quyết của DNBH.

Vụ kiện 2: Tháng 6/2016, khách hàng Nguyễn Văn C tham gia hợp đồng bảo hiểm với DNBH M với quyền lợi bảo hiểm cơ bản là 500 triệu đồng và quyền lợi bảo hiểm bổ sung “tử vong và thương tật do tai nạn” là 2 tỷ đồng. Tháng 8/2016, khách hàng này tiếp tục tham gia hợp đồng bảo hiểm với DNBH M, cũng tương tự như hợp đồng trước, với quyền lợi cơ bản là 500 triệu đồng và quyền lợi bảo hiểm bổ sung tử vong và thương tật do tai nạn là 1 tỷ đồng. Tháng 10/2016,

khách hàng bị tai nạn và và bệnh viện xác định tình trạng “vết thương đứt cụt ngón 1 bàn tay (P)/tai nạn sinh hoạt”. DNBH M đã xác minh và từ chối quyền lợi do tai nạn vì lý do (i) lời khai của khách hàng về nguyên nhân gây ra tai nạn thiếu logic và thống nhất; (ii) năm 2013, khách hàng này cũng đã mua hợp đồng bảo hiểm tương tự và cũng bị tai nạn đứt cụt ngón 1 bàn tay trái; (iii), thời điểm mua bảo hiểm của DNBH M, khách hàng cũng mua cùng sản phẩm tương tự tại hai DNBH nhân thọ khác, tuy nhiên những thông tin (ii) (iii) này đều không được kê khai khi tham gia hợp đồng bảo hiểm tại DNBH M mặc dù có DNBH M đề cập trong câu hỏi tại Giấy yêu cầu bảo hiểm.

Trong vụ án này, mặc dù khách hàng không rơi vào tình trạng bệnh có sẵn nhưng rõ ràng khách hàng đã có yếu tố gian lận khi kê khai tai nạn để yêu cầu chi trả tiền bảo hiểm. Tương tự vụ án 1, Tòa án cũng không thừa nhận vết thương đứt cụt ngón 1 bàn tay là do tai nạn vì thời điểm xảy ra vụ việc không có người làm chứng cũng như không có cơ quan có thẩm quyền xác nhận. Theo đó, bản án đã được tuyên bác đơn yêu cầu khởi kiện của nguyên đơn.

Như vậy, trong những vụ án như trên, nếu như Tòa án chỉ căn cứ vào bệnh án của bệnh viện với nội dung ghi nhận “tai nạn sinh hoạt” hay “shock đa chấn thương” để xác nhận nguyên nhân gây tử vong/thương tật là tai nạn thì sẽ không đánh giá đúng sự thật khách quan của vụ án.

### **3. Trường hợp Doanh nghiệp bảo hiểm từ chối do chưa đủ thời gian chờ**

Phù hợp với thông lệ quốc tế, do đặc thù và tùy thuộc vào đặc điểm của từng sản phẩm bảo hiểm nhân thọ, trong quy tắc điều khoản sản phẩm có thể bao gồm quy định loại trừ trách nhiệm bảo hiểm của DNBH nếu sự kiện bảo hiểm xảy ra trong một thời hạn đã được ấn định. Ví dụ, DNBH có thể quy định về loại trừ như sau:

- DNBH sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm bệnh hiểm nghèo của người được bảo hiểm nếu người được bảo hiểm có các triệu chứng liên quan đến bệnh mắc phải hoặc được chẩn đoán mắc bệnh trong thời gian 90 ngày kể từ ngày HĐBH bắt đầu có hiệu lực hoặc ngày HĐBH được khôi phục hiệu lực gần nhất; và/hoặc

- DNBH sẽ không chi trả quyền lợi bảo hiểm bệnh hiểm nghèo của người được bảo hiểm nếu người được bảo hiểm tử vong trong thời gian 30 ngày kể từ ngày người được bảo hiểm lần đầu tiên được chẩn đoán mắc phải bệnh hiểm nghèo.

Khi các quy định loại trừ như trên được đưa vào quy tắc điều khoản hợp đồng bảo hiểm thì DNBH sẽ từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm bệnh hiểm nghèo là phù



hợp với quy định tại khoản 1, khoản 2 Điều 16 và điểm d khoản 1, Điều 17 Luật Kinh doanh bảo hiểm.

Một ví dụ cụ thể: Ngày 25/6/2015 bà Tạ Thị M tham gia bảo hiểm với DNBH A. Ngày 06/4/2016, bà Tạ Thị M nhập viện và được chẩn đoán “Xơ gan/theo dõi suy thận”; đến ngày 11/4/2016 bà M tử vong do đột tử. Trong điều khoản sản phẩm bảo hiểm bệnh hiểm nghèo trong HĐBH của bà Tạ Thị M có quy định “*Nếu người được bảo hiểm lần đầu tiên được chẩn đoán là mắc một bệnh hiểm nghèo hoặc thực tế đã trải qua một cuộc phẫu thuật tiếp tục sống ít nhất là 30 ngày kể từ ngày được chẩn đoán hay phẫu thuật, Công ty sẽ tiến hành thanh toán quyền lợi bảo hiểm bổ sung (bệnh hiểm nghèo) này*”. Theo điều khoản này, quyền lợi bảo hiểm bệnh hiểm nghèo sẽ được DNBH A chi trả nếu bà Tạ Thị M tiếp tục sống ít nhất là 30 ngày kể từ ngày được chẩn đoán mắc bệnh – ngày 06/4/2016. Tuy nhiên, chỉ 05 ngày sau ngày được chẩn đoán bệnh thì bà Tạ Thị M đã tử vong nên DNBH A không chi trả quyền lợi bảo hiểm bệnh hiểm nghèo cho bà Tạ Thị M. Tranh chấp đã được giải quyết qua hai cấp xét xử tại Tòa án nhân dân tỉnh P, Tòa án chấp nhận yêu cầu đòi bồi thường quyền lợi bảo hiểm bệnh hiểm nghèo của khách hàng vì cho rằng mặc dù HĐBH đã có những điều khoản cụ thể nhưng từ ngữ của hợp đồng không mang tính thuần Việt, tạo ra nhiều cách hiểu khác nhau, việc yêu cầu phải tiếp tục sống ít nhất 30 ngày là bất logic với cuộc sống, không phù hợp với ý chí của người mua bảo hiểm, do vậy, Tòa án đã giải thích hợp đồng theo Điều 409 Bộ luật Dân sự 2005, từ đó tuyên DNBH phải chi trả số tiền quyền lợi bảo hiểm bệnh hiểm nghèo.

Dưới góc nhìn của DNBH, chúng tôi cho rằng DNBH A từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm bệnh hiểm nghèo là chính xác vì các lý lẽ sau:

- (i) HĐBH được giao kết một cách tự nguyện, không ép buộc, phù hợp với quy định của pháp luật.
- (ii) Điều khoản loại trừ được quy định rõ trong quy tắc điều khoản, khách hàng đã được tư vấn và nhận thức đầy đủ ngay từ khi tham gia bảo hiểm.
- (iii) Điều 39.3 Nghị định 73/2016/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2016 quy định chi tiết thi hành Luật Kinh doanh bảo hiểm và Luật sửa đổi, bổ sung Luật Kinh doanh bảo hiểm cũng như các văn bản quy phạm pháp luật trước đó như Nghị định 45/2007/NĐ-CP ngày 27 tháng 3 năm 2007 (Điều 20), Nghị định 42/2001/NĐ-CP ngày 01 tháng 8 năm 2001 (Điều 18) đều quy định các sản phẩm thuộc nghiệp vụ bảo hiểm nhân thọ, bảo hiểm sức khỏe phải được Bộ Tài chính phê chuẩn trước khi triển khai. Điều này có nghĩa là các DNBH đã được cơ quan có thẩm quyền giám sát, phê chuẩn trước khi thực hiện và buộc phải tuân thủ các điều khoản đã được phê duyệt mà không thể tự mình ban hành hay

chỉnh sửa bất kỳ nội dung hay câu chữ nào trong các quy tắc và điều khoản hợp đồng bảo hiểm.

Do đó, chúng tôi kính đề nghị Tòa án ghi nhận điều khoản loại trừ như trên là do tính đặc thù của sản phẩm bảo hiểm và chấp nhận rằng việc DNBH không chi trả quyền lợi bảo hiểm theo điều khoản loại trừ là phù hợp với quy định của pháp luật và quy tắc điều khoản HĐBH đã ký giữa khách hàng và DNBH.

## II. Những đề xuất, kiến nghị của doanh nghiệp

1. Áp dụng Điều 19 Luật Kinh doanh bảo hiểm và điều khoản hợp đồng để xét xử theo hướng: chấp thuận việc DNBH có quyền từ chối chi trả quyền lợi bảo hiểm nếu khách hàng vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin khi tham gia bảo hiểm mà nếu biết được thông tin đó DNBH sẽ từ chối chấp nhận bảo hiểm.
2. Đề xuất sử dụng bệnh án do Bệnh viện cung cấp là bằng chứng xác định tình trạng sức khỏe của khách hàng khi tham gia bảo hiểm, không sử dụng bệnh án do DNBH chỉ định kiểm tra sức khỏe của khách hàng vì phạm vi, mục đích của việc chỉ định kiểm tra sức khỏe phụ thuộc vào thông tin khách hàng cung cấp và việc kiểm tra sức khỏe (nếu có) cũng không thay thế cho nghĩa vụ cung cấp thông tin chính xác, trung thực và đầy đủ của Bên mua bảo hiểm.
3. Đề xuất chấp nhận nội dung thông tin tiền sử ghi nhận tại Bệnh án của Người được bảo hiểm là bằng chứng xác định tính trung thực của việc thực hiện nghĩa vụ cung cấp thông tin của khách hàng.
4. Đề xuất thừa nhận giá trị pháp lý của các điều khoản loại trừ trách nhiệm bảo hiểm trong khoảng thời gian xác định theo quy định tại điều khoản sản phẩm đã được Bộ Tài chính phê duyệt.
5. Đề nghị Tòa án nhân dân tối cao xem xét những bản án phù hợp để ban hành án lệ đồng thời ra văn bản hướng dẫn công tác xét xử các vụ tranh chấp về hợp đồng bảo hiểm nhân thọ trong toàn ngành Tòa án.



**SOURCE: HỘI THẢO “PHÁP LUẬT KINH DOANH BẢO HIỂM VÀ GIẢI QUYẾT TRANH CHẤP TRONG LĨNH VỰC BẢO HIỂM NHÂN THỌ”, TÒA ÁN NHÂN DÂN TỐI CAO, NGÀY 25/5/2018. PHÚ QUỐC, KIÊN GIANG**