

PANDUAN UNDERWRITING UNTUK PRODUK ASURANSI JIWA

Daftar Isi

Daftar Isi	1
Panduan <i>Underwriting</i> untuk Asuransi Jiwa Perorangan Secara Umum	4
1. Penilaian Terhadap Pemegang Polis	4
1.1 Domisili Pemegang Polis	5
1.2 Syarat Usia sebagai Pemegang Polis.....	5
1.3 Dokumen yang Dipersyaratkan	5
2. Penilaian Terhadap Tertanggung	5
2.1 Anak Sebagai Tertanggung	6
2.2 Suami/Istri sebagai Tertanggung	7
2.3 Orang Tua sebagai Tertanggung	7
2.4 Karyawan sebagai Tertanggung	7
3. Penilaian Terhadap Penerima Manfaat	7
Panduan Untuk Pertanyaan Kesehatan.....	15
1. Kecelakaan	15
2. Pemeriksaan Rutin	15
3. Riwayat Kesehatan Keluarga	16
4. Olahraga / Hobi	16
5. Penilaian Agen Pemasar atas Ciri-ciri Fisik Calon Nasabah	16
6. Keuntungan Mendapatkan Detail Lengkap.....	17
7. Pengaruh <i>Non-Disclosure</i>	17
8. Nama dan Alamat Dokter.....	17
9. Merokok / Penggunaan Tembakau	17
10. Keputusan Permohonan Asuransi Sebelumnya	17
11. Menandatangani dan Menyaksikan Aplikasi.....	18
<i>Underwriting</i> untuk Asuransi Kesehatan.....	19
1. Asuransi Kesehatan Perorangan yang Bersifat <i>Indemnity</i>	19
1.1 Penilaian Terhadap Tertanggung.....	19
1.2 Anak sebagai Tertanggung.....	19

1.3	Suami/Istri sebagai Tertanggung	20
1.4	Orang Tua sebagai Tertanggung	20
1.5	Karyawan sebagai Tertanggung	21
1.6	Penilaian Risiko	21
1.7	Masa Tunggu.....	22
1.8	Masa Asuransi.....	22
2.	Asuransi Kesehatan Perorangan yang Bersifat Santunan	23
2.1	Penilaian Terhadap Tertanggung.....	23
2.2	Penilaian Risiko	23
2.3	Batas Maksimum Manfaat Asuransi	23
3.	Asuransi Kesehatan Kumpulan.....	24
3.1	Manfaat Asuransi.....	24
3.2	Manfaat Rawat Inap	24
3.4	Pemeriksaan Kehamilan dan Melahirkan	25
3.5	Perawatan Gigi.....	25
3.6	Perawatan Mata	26
3.7	Usia Masuk.....	26
3.8	Masa Asuransi.....	26
3.9	Peserta yang Dapat Diasuransikan	27
3.10	Jumlah Peserta.....	27
3.11	Penilaian Risiko	28
3.12	Pendaftaran Kepesertaan	28
3.13	Pengecualian.....	28
3.14	Masa Tunggu.....	30
3.1.5	Ketentuan Lain.....	31
3.1.6	Dokumen Penutupan Asuransi	31
	<i>Underwriting</i> untuk Kecelakaan Diri (<i>Personal Accident</i>)	32
1.	Penilaian Risiko	32
2.	Masa Tunggu	32
3.	Pengecualian	32
	<i>Underwriting</i> untuk Penyakit Kritis (<i>Critical Illness</i>)	33
1.	Penilaian Risiko	33

2. Uang Pertanggungan.....	33
3. Masa Tunggu	33
4. Pengecualian	33
<i>Underwriting untuk Bancassurance</i>	<i>34</i>
1. Referensi	34
2. Kerja Sama Distribusi	34
3. Integrasi Produk	34
<i>Underwriting untuk Asuransi Jiwa Kredit</i>	<i>36</i>
1. Penilaian Risiko	36
2. Seleksi Risiko untuk Lembaga Keuangan Pemberi Pinjaman	36
3. Menilai Resiko Pemberi Pinjaman.....	36
4. Aturan yang Melingkupi.....	40
5. Menilai Jenis Pinjaman.....	41
<i>Underwriting untuk Telemarketing</i>	<i>44</i>
1. Penilaian Risiko	44
2. SIO (<i>Simplified Issuance Offer</i>)	45
3. Usia Masuk	45
4. Batas Maksimal Uang Pertanggungan	45
5. Masa Tunggu dan Pengecualian.....	46
<i>Underwriting untuk Digital Marketing</i>	<i>47</i>
Akumulasi Risiko.....	48
Tabel Medis	49
<i>Financial Underwriting</i>	<i>50</i>
Manajemen Risiko Terkait Proses di <i>Underwriting</i>	51
1. Identifikasi dan Pengukuran Risiko	51
2. Pengendalian dan Mitigasi Risiko.....	51
3. Pemantauan dan Peninjauan Risiko.....	52
Lampiran A – Contoh Formulir Pertanyaan Kesehatan Untuk Asuransi Kesehatan Perorangan	53
Lampiran B – Contoh Formulir Pertanyaan Kesehatan Untuk Saluran Distribusi <i>Bancassurance</i>	64
Lampiran C – Contoh Formulir Pertanyaan Kesehatan Untuk Asuransi Jiwa Kredit	72
Lampiran D – Contoh Pertanyaan Kesehatan Untuk Saluran Distribusi <i>Telemarketing</i>	85
Lampiran E – Contoh Pertanyaan Kesehatan Untuk Saluran Distribusi Digital	87

Panduan Underwriting untuk Asuransi Jiwa Perorangan Secara Umum

Pada saat seseorang membeli asuransi jiwa, ada beberapa tujuan penggunaan uang pertanggungan:

- a. Perlindungan bagi penerima manfaat
- b. Investasi dan tabungan misalkan untuk dana pendidikan, masa tua, serta modal di masa depan
- c. Jaminan terhadap hipotek atau pinjaman lain dari entitas keuangan yang didirikan secara hukum
- d. Perlindungan terhadap mitra bisnis dan orang-orang penting
- e. Kombinasi dari dua hal di atas atau lebih

Peran *underwriter* dalam bisnis asuransi adalah untuk menilai kelayakan dari calon nasabah sebelum penerbitan polis. Banyak aspek yang harus dilihat untuk menilai kelayakan calon nasabah dilihat dari profil ekonomi, pekerjaan, kesehatan, hobi, keterkaitan dengan pihak-pihak yang ada dalam kontrak asuransi. Dewasa ini proses *underwriting* juga ditambahkan dengan proses pengenalan nasabah serta anti pencucian uang.

Dokumen ini diharapkan dapat memberikan panduan bagi para *underwriter* untuk menyusun pedoman internal perusahaan serta berkontribusi pada tahap pengembangan produk sehingga terdapat suatu sinergi yang baik terhadap kesehatan finansial atas setiap produk yang dijual.

Produk asuransi jiwa yang diperbolehkan untuk dijual di Indonesia meliputi:

- a. Asuransi jiwa yang memberikan perlindungan dalam hal meninggal dunia seperti asuransi berjangka (*term life*), asuransi seumur hidup (*whole life*), asuransi yang memberikan perlindungan meninggal dunia, manfaat jatuh tempo (*dwiguna*), dan asuransi pendidikan
- b. Asuransi kecelakaan diri yang memberikan perlindungan dalam hal meninggal dunia, cacat, atau sakit akibat kecelakaan
- c. Asuransi *Total and Permanent Disability* (TPD) yang memberikan perlindungan dalam hal ketidakmampuan secara total dan tetap
- d. Asuransi kesehatan yang memberikan perlindungan terhadap risiko rawat inap dan rawat jalan
- e. Asuransi *Critical Illness* yang memberikan perlindungan terhadap risiko penyakit kritis.

Berikut ini adalah **faktor-faktor yang perlu diperhatikan oleh *underwriter*** dalam menentukan kriteria penilaian risiko atau dalam menetapkan parameter yang mendasari risiko yang akan dijamin:

1. Penilaian Terhadap Pemegang Polis

Pemegang polis adalah orang atau badan hukum yang bertanggung jawab atas kontrak asuransi. Pemegang polis haruslah seseorang atau institusi yang mempunyai hubungan atau keterkaitan dengan tertanggung, dan pembayar premi. Hubungan ini mencerminkan adanya kepentingan pemegang polis sebagai penanggung jawab kontrak dengan tertanggung serta pembayar premi apabila berbeda dengan pemegang polis. Hubungan ini antara lain berupa:

- a. Orang tua – anak
- b. Kakek/nenek – cucu
- c. Badan hukum – karyawan/anggota

Dalam hal calon pemegang polis adalah suatu badan hukum maka wajib ditelusuri legalitasnya melalui kelengkapan dokumen yang menunjang pemenuhan aspek hukum atas badan hukum tersebut. Penelusuran atas aspek finansial juga diperlukan untuk memastikan tidak ada aktivitas yang menyimpang dari tujuan berdirinya dan beroperasinya badan hukum.

1.1 Domisili Pemegang Polis

Perlu dipertimbangkan domisili dari calon pemegang polis apabila calon pemegang polis tidak berada atau tidak tinggal di Indonesia atau pindah dari Indonesia secara permanen. Berikut ini adalah dampak yang mungkin dialami oleh perusahaan asuransi atau pemegang polis jika pemegang polis tidak di Indonesia:

- Korespondensi utamanya dalam hal pengiriman secara *hardcopy* akan lama dan memakan biaya
- Jika diperlukan dokumen dengan tanda tangan basah dalam rangka perubahan polis pengirimannya akan lama dan memakan biaya
- Dalam hal terjadi perselisihan maka akan menyulitkan pihak yang tidak berada di Indonesia untuk datang dan hadir ke Indonesia karena pilihan tempat penyelesaian perselisihan haruslah berada di wilayah Republik Indonesia.

1.2 Syarat Usia sebagai Pemegang Polis

Karena pemegang polis merupakan penanggung jawab kontrak maka usia minimum sebaiknya usia yang dianggap sudah dewasa secara hukum. Sedangkan usia maksimum adalah rata-rata usia dimana seseorang tetap dapat melakukan komunikasi serta korespondensi dalam rangka kontrak asuransi.

1.3 Dokumen yang Dipersyaratkan

Berikut ini adalah dokumen yang dipersyaratkan bagi calon pemegang polis:

- Orang: KTP (bagi WNI dengan usia > 16 tahun), Kartu Keluarga (bagi WNI dengan usia <= 16 tahun), KITAS dan paspor (bagi WNA)
- Insitusi: akta pendirian, peraturan perusahaan, ijin dari otoritas yang berwenang, laporan keuangan, dan Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP).

2. Penilaian Terhadap Tertanggung

Tertanggung adalah orang yang dijadikan objek pertanggungan dalam suatu kontrak asuransi. Bergantung pada jenis asuransi persyaratan tertanggung dapat berbeda. Hal ini didasarkan pada jenis risiko yang akan dijamin oleh perusahaan asuransi.

Pada dasarnya fitur utama asuransi jiwa atau kecelakaan diri adalah perlindungan atas risiko meninggal dunia atas diri tertanggung. Uang pertanggungan dibayarkan kepada penerima manfaat apabila tertanggung meninggal dunia. Oleh karenanya tertanggung haruslah orang yang atas hidupnya penerima manfaat bergantung secara finansial. Ada beberapa hal yang penting untuk diperhatikan dalam **penetapan kriteria tertanggung** diantaranya:

2.1 Anak Sebagai Tertanggung

Tertanggung anak adalah tertanggung yang belum mencapai usia hukum yakni berusia antara 0 tahun sampai 17 tahun. Ada juga tertanggung anak yang telah mencapai usia hukum namun belum bekerja dan secara ekonomi masih bergantung pada orang tua. Mengingat anak secara ekonomi belum mempunyai nilai maka sebetulnya orang tua yang bertindak sebagai pemegang polis ataupun penerima manfaat tidak mempunyai *insurable interest* atas anak yang menjadi tertanggung. *Underwriter* harus memperhatikan faktor yang mendasari permohonan asuransi yang menjadikan anak menjadi tertanggung antara lain:

- Pemohon (Pemegang Polis) harus orang yang bertanggung jawab secara hukum atas anak, wali yang sah, biasanya orang tua. Permohonan harus disertakan dengan bukti yang sah secara hukum
- Penanggung tidak akan mempertimbangkan permohonan asuransi pada anak-anak yang tidak tinggal bersama pemegang polis secara permanen
- Jika pemohon (Pemegang Polis) memiliki lebih dari satu anak dan tidak mengajukan asuransi untuk semua anak mereka (kecuali anak-anak lain sudah diasuransikan oleh Perusahaan), anak yang akan diasuransikan harus dipertimbangkan untuk diperiksa secara medis dan penjelasan yang memuaskan harus diberikan mengapa hanya anak-anak itu yang diasuransikan
- Penanggung dapat menetapkan produk asuransi apa saja yang dapat diberlakukan untuk Tertanggung anak
- Penanggung menentukan maksimum uang pertanggungan yang diberlakukan untuk tertanggung anak
- Penanggung menentukan minimum usia Tertanggung anak
- Kepemilikan polis di perusahaan lain untuk Tertanggung anak yang sama.

Dalam menentukan kebijakan penerimaan permohonan pertanggungan untuk bayi dan anak-anak perlu diperhatikan beberapa faktor risiko utamanya yang dapat terjadi pada bayi yang baru lahir, antara lain:

- Gangguan kesehatan pada bayi sejak lahir mulai dari gangguan kesehatan ringan sampai kompleks. Pada gangguan kesehatan ringan perawatan tidak memerlukan perawatan intensif dan hanya beberapa hari saja. Namun pada gangguan perawatan kompleks perawatan bisa memakan waktu lama dan penanganan yang komprehensif.
- Kemungkinan bayi lahir prematur yang membutuhkan perawatan khusus dan waktu yang lama
- Sistem imunitas bayi dan anak-anak belum terbangun dengan sempurna yang meningkatkan risiko

Pada asuransi kesehatan penjaminan risiko bayi baru lahir dapat menjadi mahal karena faktor yang telah disebutkan di atas. Pembatasan risiko yang dijamin pada asuransi kesehatan sedikit sulit diterapkan pada besaran manfaat. Namun dapat dilakukan sebagai pengecualian. Sedangkan pada asuransi jiwa penanggung dapat membatasi risiko pada besarnya uang pertanggungan. Pembatasan uang pertanggungan pada bayi dan anak-anak pada asuransi jiwa bisa juga digunakan sebagai jalan tengah apabila secara bisnis perusahaan harus menerima tertanggung anak-anak.

2.2 Suami/Istri sebagai Tertanggung

Pasangan yang bergantung secara ekonomi adalah orang yang tidak aktif bekerja dan tidak mendapatkan penghasilan di luar tempat mereka tempat tinggal. Jika pasangan tanggungan mengajukan uang pertanggungan, pasangan yang bekerja / produktif secara aktif harus diasuransikan di bawah jenis pertanggungan individu untuk setidaknya uang pertanggungan yang sama kecuali jika dia tidak dapat diasuransikan. Bukti asuransi dan salinan terakhir tanda terima pembayaran premi harus diberikan jika yang terakhir diasuransikan di perusahaan asuransi lain. *Underwriter* dapat memberikan batas maksimal jumlah uang pertanggungan untuk pasangan suami istri bergantung pada jenis asuransi. Jumlah yang lebih tinggi dapat diberikan jika mengajukan hipotek pinjaman bersama perlindungan asuransi. Manfaat asuransi tambahan tertentu dapat tidak diberikan untuk pasangan yang tidak bekerja seperti *waiver of premium*.

2.3 Orang Tua sebagai Tertanggung

Kontrak asuransi jiwa adalah kontrak finansial sebagai rencana keuangan jangka panjang. Asuransi jiwa adalah janji membayar uang di masa mendatang. Kerugian yang ditanggung oleh asuransi bersifat ekonomi atau finansial, bukan emosional. Seseorang yang sudah dewasa dan mempunyai penghasilan mengajukan permohonan asuransi jiwa atas nama ibunya yang sudah lanjut usia dan secara finansial bergantung pada anaknya, tidak dapat dikatakan mempunyai *insurable interest* karena tidak akan ada kerugian finansial jika ibunya yang menjadi tertanggung meninggal dunia.

Tidak seperti pada asuransi jiwa dimana risiko kesehatan dianalisa pengaruhnya pada mortalita dalam jangka panjang untuk dapat diterima atau tidak. Pada asuransi kesehatan risiko morbidita dinilai untuk jangka pendek. Penetapan usia masuk maksimum dapat mempertimbangkan beberapa faktor risiko berikut:

- Usia lanjut yang pada umumnya berkorelasi dengan penurunan fungsi organ tubuh
- Telah adanya gangguan kesehatan degeneratif yang bergantung pada kondisi dan penanganannya dapat berpotensi komplikasi dan membutuhkan perawatan
- Kebiasaan dan tradisi di masyarakat pada umumnya yang dapat mempengaruhi kondisi kesehatan dalam jangka pendek

2.4 Karyawan sebagai Tertanggung

Perusahaan atau institusi yang berbadan hukum dapat mengajukan karyawannya untuk menjadi tertanggung dalam suatu perjanjian asuransi perorangan. Idealnya manfaat asuransi tersebut diberikan kepada keluarga karyawan apabila karyawan meninggal dunia. Skema ini umum dilakukan untuk karyawan dengan kriteria tertentu atau level tertentu sebagai bagian dari kompensasi perusahaan. Namun apabila penerima manfaat adalah perusahaan atau institusi maka penanggung wajib memeriksa apakah karyawan tersebut merupakan penentu dari keseluruhan operasional perusahaan atau institusi seperti *top management* perusahaan, pemilik perusahaan, karyawan dengan keterampilan yang sangat khusus.

3. Penilaian Terhadap Penerima Manfaat

Kepentingan yang dapat diasuransikan secara finansial yang jelas dan cukup masuk akal harus ada di antara pemegang polis, tertanggung, dan penerima manfaat. Kepentingan yang dapat diasuransikan dapat

diterima bahkan jika penerima manfaat bukanlah kerabat langsung dari pemegang polis atau tertanggung seperti paman atau bibi, selama penerima manfaat yang ditunjuk tergantung secara finansial pada tertanggung.

Panduan sederhana dan praktis untuk menentukan apakah ada atau tidak ada kepentingan yang dapat diasuransikan secara keuangan yang wajar dan jelas adalah dengan menjawab dua pertanyaan ini, dalam setiap situasi:

- a. Apakah penerima manfaat memperoleh keuntungan finansial dari manfaat asuransi jika tertanggung terkena risiko?
- b. Apakah ada kepentingan / keuntungan finansial dari penerima manfaat bahwa tertanggung tetap hidup?

Kedua pertanyaan di atas dapat digabungkan menjadi satu: apakah ada keuntungan yang secara finansial dari kelangsungan hidup dari tertanggung atau kerugian finansial dari kematian dini tertanggung? Jika jawabannya jelas “ya” untuk kedua pertanyaan maka kepentingan yang dapat diasuransikan secara finansial memang ada dan permohonan asuransi jiwa pada prinsipnya dapat dibenarkan. Langkah selanjutnya untuk menentukan besaran uang pertanggungan bergantung pada dimensi moneter keuntungan atau kerugian finansial. Namun, jika jawabannya bukan “ya”, maka kepentingan yang dapat diasuransikan secara finansial dapat dikatakan lemah atau tidak ada dan akan sulit membenarkan alasannya.

4. Jenis Penerima Manfaat

Penerima manfaat polis asuransi jiwa dapat berupa orang perseorangan, wali amanat, korporasi, organisasi amal, atau entitas lainnya. Di Indonesia belum ada aturan yang jelas apakah manfaat asuransi dapat dianggap sebagai warisan yang sebagai konsekuensi hukumnya harus mengikuti hukum waris yang berlaku serta aturan perpajakannya. Oleh karenanya penyebutan penerima manfaat lazim digunakan pada kontrak asuransi jiwa. Apabila penerima manfaat adalah anak dan tertanggung mempunyai lebih dari satu orang anak, penerima manfaat tidak harus semua anak tertanggung. Dan apabila semua anak merupakan penerima manfaat, besarnya manfaat asuransi yang diterima tidak perlu sama antara satu anak dan lainnya. Hal ini bergantung pada permintaan yang disebutkan dalam permohonan asuransi jiwa dan dinyatakan dalam polis asuransi.

Perhatikan bahwa untuk menerima kebijakan manfaat asuransi jiwa penerima manfaat harus tetap hidup pada saat terjadi risiko pada diri tertanggung. Ahli waris dari penerima manfaat yang telah meninggal tidak memiliki klaim atas manfaat asuransi jika penerima manfaat telah meninggal sebelum tertanggung. Pemegang polis dapat mengganti penerima manfaat yang akan menerima manfaat asuransi jika penerima manfaat meninggal sebelum tertanggung. Jika tidak ada penerima manfaat yang hidup ketika tertanggung meninggal, maka apabila pemegang polis masih hidup dapat menunjuk penerima manfaat asuransi yang baru. Namun apabila pemegang polis juga sudah meninggal dunia, penanggung dapat membuat kebijakan sebagai berikut:

- Keluarga sedarah terdekat dari tertanggung baik secara vertikal maupun horisontal
- Mengasumsikan penerima manfaat meninggal sesaat sesudah tertanggung meninggal dunia

Kebijakan ini harus dikonsultasikan dengan bagian hukum dan disesuaikan dengan kondisi di Indonesia serta dituangkan dalam polis asuransi jiwa agar tidak menimbulkan perselisihan dan tuntutan kepada perusahaan asuransi.

4.1 Penerima Manfaat yang Tidak Dapat Diganti

Pada beberapa kasus ada kalanya pemegang polis mengubah penerima manfaat menjadi lembaga keuangan yang mensyaratkan adanya jaminan pengembalian pinjaman dalam bertanggung terkena risiko. Lembaga keuangan akan menjadi penerima manfaat selama jangka waktu tertentu sampai dengan pinjaman sepenuhnya telah dilunasi. Biasanya perubahan penerima manfaat kepada lembaga keuangan dalam rangka penjaminan pinjaman dituangkan dalam suatu dokumen khusus yang disebut *banker's clause* dimana di dalamnya terdapat beberapa aturan antara lain yang tidak memperbolehkan adanya penggantian penerima manfaat tanpa persetujuan lembaga keuangan. *Underwriter* harus memastikan permintaan penggantian penerima manfaat jenis ini didukung dengan dokumen yang memadai dan sah seperti:

- Perjanjian pinjaman yang telah ditandatangani kedua belah pihak
- Bukti pembayaran pinjaman dari lembaga keuangan kepada bertanggung
- Dokumen hukum dari lembaga keuangan pemberi pinjaman

Mengisi Formulir Permohonan Asuransi Jiwa

Pengisian aplikasi yang akurat sangat penting dalam proses pengajuan pertanggung. Penyelesaian aplikasi yang tidak akurat atau tidak jelas dapat menyebabkan konsekuensi yang tidak diinginkan. Untuk alasan ini formulir aplikasi harus dilengkapi dengan sangat jelas dan harus ditulis dengan tinta gelap apabila masih menggunakan formulir permohonan asuransi jiwa secara fisik. Pada beberapa perusahaan sudah diterapkan pengisian formulir secara elektronik. Poin-poin berikut harus diperhatikan:

- a. Setiap pertanyaan harus dibaca dengan hati-hati dan dijawab secara akurat
- b. Pada pengisian formulir permohonan asuransi jiwa secara fisik tidak diperkenankan adanya koreksi. Beberapa perusahaan menyediakan formulir terpisah yang digunakan untuk perubahan data atau penjelasan yang telah diberikan pada formulir permohonan asuransi jiwa.

Pemohon sebaiknya mengisi formulir secara pribadi tetapi agen pemasar harus memastikan bahwa semua pertanyaan telah terjawab dengan benar dan dapat terbaca. Formulir permohonan asuransi jiwa adalah alat hukum yang digunakan oleh klien untuk menanyakan kepada perusahaan asuransi atas manfaat asuransi jiwa yang diinginkan. Melalui formulir permohonan ini pemohon menyatakan namanya, pekerjaan, produk yang dibutuhkan, manfaat, jumlah, penerima manfaat, informasi medis, dan data pribadi lainnya. Oleh karena itu informasi itu sangat penting untuk diberikan dalam aplikasi secara benar dan lengkap.

Berikut ini adalah **penjelasan yang lebih signifikan terkait pertanyaan dalam aplikasi**. Tujuannya adalah untuk menjelaskan pentingnya setiap pertanyaan dan bagaimana jawabannya seharusnya disediakan.

1. Nama lengkap

Anda perlu menuliskan nama secara lengkap sesuai dengan yang tercetak pada kartu identitas yang dipersyaratkan. Pada semua dokumen asuransi dan korespondensi dari perusahaan, nama akan diambil dari formulir permohonan asuransi ini, jadi pastikan ejaannya benar dan sama dengan yang

ada di dokumen resmi, seperti KTP, kartu keluarga, paspor, KITAS atau bukti resmi lainnya. Jika nama yang diberikan pada formulir permohonan tidak sama dengan nama yang ada pada dokumen, maka *underwriter* wajib menanyakan perbedaan ini dan mengonfirmasi pada pemohon.

Kebanyakan nama orang Indonesia tidak dimulai dengan nama keluarga. Beberapa suku di Indonesia bahkan tidak mempunyai tradisi memakai nama keluarga. Namun ada etnis tertentu masih mempunyai nama keluarga dan diletakkan sebagai nama depan. Bergantung pada kolom penulisan nama yang ada pada sistem penyimpanan data atau sistem administrasi penanggung, berikut adalah konvensi penulisan nama yang disarankan:

- Jika tidak ada pemisahan kolom, nama ditulis sebagaimana tertulis pada dokumen identitas
- Jika ada pemisahan kolom, identifikasi nama depan, nama tengah dan nama belakang
- Hindari singkatan nama
- Gelar diletakkan paling belakang atau tidak perlu diinput

Konvensi di atas berguna sekali untuk pencarian dan identifikasi nasabah dalam proses *underwriting*, klaim atau analisa portofolio.

2. Tempat dan Tanggal Lahir

Tempat dan tanggal lahir lengkap harus dicatat dan sesuai dengan yang tertera pada dokumen identitas. Bila terdapat perbedaan maka harus didukung dengan bukti lain yang sah dan memadai secara hukum. Keterangan mengenai adanya perbedaan ini harus dicatat dalam sistem.

3. Nomor Induk Kependudukan (NIK)

Penting untuk mencatat Nomor Induk Kependudukan (NIK) yang akan menjadi identitas tunggal dari seorang warga negara. Oleh karenanya perusahaan sudah harus mewajibkan penggunaan Kartu Tanda Penduduk (KTP) sebagai salah satu persyaratan pengajuan permohonan asuransi jiwa. Apabila perusahaan sudah mempunyai alat *card reader* maka perusahaan dapat langsung mengecek keabsahan dari KTP pemohon. Namun jika belum ada *card reader* ataupun pemohon menyerahkan salinan KTP maka perusahaan dapat melakukan validasi data melalui sistem Kependudukan dan Pencatatan Sipil (Dukcapil). Bagi anak-anak yang belum mempunyai kartu identitas disarankan untuk menggunakan kartu keluarga yang mencantumkan NIK.

4. Umur

Walaupun umur tidak dicantumkan dalam formulir permohonan asuransi jiwa dan akan dihitung secara otomatis oleh sistem, pada beberapa kasus dapat saja terjadi perbedaan umur pada sistem administrasi polis dan umur yang dicantumkan dalam proposal asuransi yang diberikan agen pemasar ke pemohon. Perbedaan ini bisa disebabkan oleh cara penghitungan yang berbeda (misal *exact days*) dan dapat juga disebabkan oleh pembulatan. Perbedaan umur dapat juga disebabkan oleh perbedaan waktu pemrosesan oleh *underwriter* akibat adanya pemeriksaan medis atau permintaan dokumen medis atau non-medis lain. Oleh karenanya penting untuk dicek konsistensi umur.

Berikut ini adalah metode penghitungan umur yang umum dipakai oleh perusahaan asuransi:

- Metode *last birthday*: menggunakan usia (dalam tahun) ulang terakhir saat permohonan disetujui. Metode ini bisa dipakai untuk penghitungan minimum usia masuk yang tidak ingin

menyertakan usia tertentu, misal tidak ingin menyertakan bayi baru lahir sampai 1 tahun maka usia minimum adalah 1 tahun *last birthday*

- Metode *nearest birthday*: menggunakan usia terdekat antara ulang tahun terakhir atau *next birthday*. Umumnya usia akan dibulatkan ke atas menjadi usia pada ulang tahun berikut apabila usia saat ini telah melewati 6 bulan dari ulang tahun terakhir
- Metode *next birthday*: menggunakan usia (dalam tahun) ulang tahun berikutnya.

5. Jenis Kelamin / Gender

Beri tanda centang pada kotak pilihan yang sesuai dengan jenis kelamin bertanggung dan pemegang polis.

6. Status Pernikahan

Pilih kotak yang sesuai apakah bertanggung dan pemegang polis masih lajang atau sudah menikah.

7. Kewarganegaraan

Masukkan kewarganegaraan bertanggung dan pemegang polis saat ini.

8. Tempat Lahir (Kota dan Negara Kelahiran)

Tempat lahir, khususnya kota dan desa, seharusnya disebutkan dengan jelas dan benar.

9. Pekerjaan

Pekerjaan sebaiknya juga menyertakan keterangan secara rinci tugas dan fungsi yang biasa dilakukan oleh bertanggung selama berlangsungnya hari kerja. Tidaklah cukup hanya dengan menyatakan pekerjaan sebagai insinyur, pengusaha, pemilik usaha, manajer, pedagang, karyawan. Agar *underwriter* dapat mengevaluasi dengan baik pekerjaan harus dengan jelas menggambarkan aspek risiko. Apakah tugas terbatas pada pekerjaan administrasi, pengawasan, atau sering bepergian, bekerja di penambangan, bekerja sebagai operator mesin, buruh di pabrik, ibu rumah tangga, pelajar, mahasiswa, dan pensiunan.

Pekerjaan bisa menjadi faktor yang signifikan dalam mempertimbangkan unsur risiko kematian, kecelakaan, dan kecacatan. Bahaya kecelakaan lebih umum terjadi pada pekerja yang terkena ketinggian, bahan peledak, sengatan listrik, tembakan, dan lain-lain. Bahaya kecacatan umum terjadi pekerja yang terpapar bahan kimia beracun, radiasi, debu. Beberapa pekerjaan memiliki risiko yang melibatkan gaya hidup yang dapat mengekspos pekerja ke kelas risiko yang buruk. Contohnya pekerja yang terlibat dalam produksi alkohol atau minuman keras, industri bartending, dan perjudian. Perusahaan dapat membebaskan *rating* tambahan untuk risiko meninggal dunia, kecelakaan atau kesehatan untuk jenis pekerjaan tertentu yang dinilai mempunyai eksposur yang lebih tinggi.

10. Pendapatan Tahunan yang Diperoleh

Pendapatan yang ditampilkan harus berupa pendapatan total per tahun selama setahun terakhir. Ini mungkin termasuk tip, lembur, bonus, dan lainnya, selama hal ini biasa. Pendapatan dari sewa atau

investasi harus disertakan, tetapi detailnya harus diberikan secara terpisah. Jika pasangan tanggungan atau pensiunan, sumber pendapatan harus dinyatakan seperti contoh berikut:

- Pensiunan yaitu menerima pensiun dari Perusahaan XYZ
- Ibu rumah tangga yang bergantung pada penghasilan suami.

Informasi tentang pendapatan ini penting diketahui oleh *underwriter* untuk mengetahui:

- Keterkaitan dengan uang pertanggungan atau manfaat asuransi yang dimohon
- Kesesuaian dengan pekerjaan
- Kemampuan membayar premi

Underwriter perlu menetapkan batasan terkait besaran uang pertanggungan maupun premi. Untuk batasan maksimum uang pertanggungan perlu dipertimbangkan:

- Usia masuk tertanggung
- Status sosial tertanggung (menikah, punya anak)
- Pendapatan saat ini
- Horison waktu proyeksi yang sesuai dengan jenis asuransi yang dimohon
- Parameter ekonomi (inflasi, tingkat bunga)

11. Alamat Lengkap (Bisnis / Tempat Tinggal)

Pada beberapa kasus, alamat domisili pemohon mungkin tidak lagi sesuai dengan alamat yang tercantum pada dokumen identitas. Hal ini umumnya disebabkan oleh beberapa faktor antara lain:

- Alamat dalam dokumen identitas merupakan alamat orang tua. Pemohon sudah tidak lagi bertempat tinggal di rumah orang tua namun belum memperbarui kartu keluarga
- Pemohon sudah melakukan pembaruan data di sistem kependudukan, namun belum memperbarui dokumen identitasnya.

Underwriter perlu melakukan pengecekan alamat di dokumen identitas apakah sesuai dengan data pada sistem kependudukan nasional meskipun alamat korespondensi yang diminta berbeda dengan alamat pada dokumen identitas. Pengecekan ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari pengecekan atau validasi seluruh data pada dokumen identitas dengan data yang ada pada sistem kependudukan nasional. Patut diperhatikan untuk meminta pemegang polis memberi tahu penanggung jika ada perubahan alamat di masa mendatang.

Saat ini pengiriman dokumen dapat juga dilakukan secara elektronik melalui surat elektronik. Bahkan sudah ada perusahaan yang meniadakan layanan pengiriman dokumen secara fisik dalam rangka mendukung kampanye *go-green* yang ramah lingkungan. Oleh karenanya pencantuman alamat *email* juga diperlukan. Namun pelaksanaan layanan pengiriman dokumen secara elektronik tetap harus memerhatikan peraturan terkait yang berlaku.

12. Nomor Telepon

Walaupun saat ini orang lebih banyak menggunakan telepon genggam namun pemohon tetap diwajibkan untuk mengisi nomor telepon *fixed line* di rumah (apabila ada) atau kantor disamping

nomor telepon genggam. Dengan kemajuan teknologi saat ini korespondensi sudah banyak menggunakan *messenger* di samping cara konvensional seperti surat. Semua informasi harus dimasukkan dengan jelas dan benar.

13. Polis/Asuransi yang Dimiliki

Pemohon memberikan detail tentang polis asuransi yang ada termasuk:

- Nama perusahaan asuransi
- Jumlah uang pertanggungan
- Produk asuransi / jenis pertanggungan
- Tanggal efektif pertanggungan

Informasi tentang kepemilikan polis atas nama pemohon, dalam hal ini tertanggung, yang sama sangat diperlukan untuk mengetahui:

- Kewajaran permohonan
- Indikasi anti seleksi
- Penentuan jenis tes medis
- Persetujuan uang pertanggungan yang dimohon

Seringkali pemohon mengabaikan informasi ini dan *underwriter* kesulitan untuk mengkonfirmasi informasi terkait kepemilikan polis ini disebabkan oleh tidak tersedianya informasi antar penanggung. *Underwriter* juga tidak melihat ketiadaan informasi ini sebagai faktor yang dapat meningkatkan risiko penanggung dilandasi oleh pemikiran bahwa risiko yang terkait dengan penanggung yang satu tidak berkaitan sama sekali dengan risiko pada penanggung yang lain. Namun jika dilihat dari kewajaran permohonan dan indikasi anti seleksi maka hal ini sangat relevan untuk diketahui oleh para *underwriter*. Sebagai contoh:

- Jika pemohon telah mempunyai asuransi yang dimulai beberapa tahun yang lalu maka permohonan pembelian tambahan pertanggungan dapat dikabulkan dengan dasar pertimbangan adanya perubahan status pernikahan, kelahiran anak, dan penyesuaian atas inflasi.
- Jika pemohon telah mempunyai asuransi yang berdekatan tanggal mulainya dengan permohonan pembelian tambahan pertanggungan yang diajukan saat ini, maka *underwriter* dapat menelusuri apakah permohonan penambahan pertanggungan ini terkait dengan perubahan kondisi kesehatan pemohon, apakah ada kecurigaan yang mengarah pada penghindaran tes medis.

14. Pembayar Premi / *Beneficial Owner*

Dalam hal pembayar premi bukan pemegang polis atau tertanggung, maka pembayar premi juga wajib memberikan data-data seperti tanggal lahir, alamat rumah dan kantor, telepon rumah dan kantor, serta hubungan dengan pemegang polis dan tertanggung. Pembayar premi haruslah orang yang mempunyai keterkaitan kepentingan atas asuransi antara pemegang polis, tertanggung dan penerima manfaat. Apabila pembayar premi tidak mempunyai keterkaitan sama sekali dengan pemegang polis, tertanggung atau penerima manfaat maka amat diragukan motivasi pembayaran premi atas pertanggungan yang dimohon.

15. Tinggi dan Berat Badan

Jawaban klien atas tinggi dan berat badannya tidak boleh dianggap remeh. Keakuratan informasi yang diberikan pada formulir permohonan sering kali tidak dapat divalidasi kecuali bila terdapat pemeriksaan fisik. Ketidak-akuratan informasi ini kemungkinan disebabkan pemohon memang tidak mengetahui secara persis berapa tinggi dan berat badannya karena ketiadaan alat ukur yang tersedia di kediamannya. Namun ada kemungkinan pula informasi ini memang tidak diberikan secara transparan. Kecocokan ukuran fisik dengan penampakan pemohon pada foto yang terdapat pada dokumen identitas tidak bisa dijadikan sebagai pembanding karena foto dapat diambil beberapa waktu yang lampau.

Pada beberapa kasus dengan kelebihan berat badan atau kekurangan berat badan dapat berakibat nasabah diminta untuk melakukan test medis. Pada kasus ekstrem permohonan asuransi bahkan tidak disetujui. Namun apabila informasi ini tidak diberikan secara benar, maka sebetulnya hal ini dapat dianggap sebagai pernyataan yang tidak benar dan oleh karenanya dapat berakibat pada ditolaknya klaim dan dibatalkannya polis. Namun pada saat klaim ukuran fisik ini tidak lagi ditanyakan atau dicek sehingga akan sulit mengaitkan penyebab klaim dengan tidak berikannya informasi fisik di awal permohonan.

Panduan Untuk Pertanyaan Kesehatan

Dalam mendapatkan rincian riwayat fisik dari klien perlu diingat bahwa pemohon mungkin tidak menyadari pentingnya kunjungan atau penyakit dokter tertentu dan oleh karena itu mungkin pemohon tidak berikan informasi yang memadai tentangnya. Misalnya, dia mungkin tidak diberitahu bahwa pertumbuhan jaringan yang diangkat darinya lengannya ganas, atau ketika dia mengalami tekanan darah tinggi namun saat itu dokter menasehati dia untuk tidak khawatir.

Oleh karena itu penting untuk mencatat semua fitur yang terkait sejarah atau konsultasi itu. Berikut adalah panduan singkat tentang informasi yang seharusnya diperoleh dari klien terkait dengan riwayat kesehatan dan penyakit yang diderita:

- a. Nama penyakit jika diketahui, jika tidak, berikan deskripsi gejala yang menunjukkan bagian tubuh yang terkena. Misalnya jika pemohon mengalami sakit perut, minta pemohon untuk menuliskan apa yang dirasakan sakit waktu itu seperti pemohon menceritakan pada pemeriksa kesehatan.
- b. Tanggal saat gejala pertama kali muncul, yaitu durasi, dan tingkat keparahan.
- c. Tanggal konsultasi pertama dengan dokter dan / atau rumah sakit dan jumlah konsultasi. Sertakan:
- d. Nama dan alamat dokter dan / atau rumah sakit.
- e. Tes yang dilakukan dan hasilnya, jika dikenal. Misalnya *rontgen*, EKG, dan tes darah.
- f. Sifat perawatan apa pun (pengobatan, operasi, dll.) dan durasi.
- g. Durasi perawatan rawat inap di rumah sakit.
- h. Operasi yang dilakukan.
- i. Situasi / kondisi saat ini.

1. Kecelakaan

Bila pemohon menyatakan telah mengalami kecelakaan dapatkan informasi berikut:

- a. Tanggal dan jenis kecelakaan.
- b. Rincian semua cedera yang diderita, menunjukkan rusak tulang, cedera internal, dan durasi, serta apakah ada ketidaksadaran.
- c. Nama dan alamat dokter atau rumah sakit tempat berkonsultasi.
- d. Tes yang dilakukan dan hasilnya, jika dikenal. Misalnya *rontgen*, *CT-Scan*, MRI dan tes darah.
- e. Sifat perawatan apa pun (pengobatan, operasi, dll.) dan durasi.
- f. Durasi perawatan rawat inap di rumah sakit.
- g. Operasi yang dilakukan.
- h. Situasi / kondisi saat ini.

2. Pemeriksaan Rutin

Ketika pemohon menyatakan telah melakukan pemeriksaan rutin, tolong dapatkan informasi berikut:

- a. Tanggal *check up*.
- b. Alasan *check up* yaitu murni rutin atau karena keluhan tertentu.
- c. Mohon dijadikan perhatian. Banyak yang disebut pemeriksaan rutin up tidak benar-benar rutin.
- d. Dapatkan detail tentang gejala pastinya atau keluhan dan nama dokter yang dikonsultasikan.
- e. Sifat pemeriksaan yaitu pemeriksaan fisik hanya pemeriksaan penunjang khusus (*rontgen* dada, EKG, darah tes, dan / atau lainnya).

- f. Hasil pemeriksaan. Ini yang terpenting.
- g. Rincian perawatan atau nasehat yang diberikan oleh dokter.
- h. Seberapa sering pemeriksaan rutin dilakukan / direkomendasikan.

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Dengan meningkatnya pengetahuan medis terkait kondisi medis yang cenderung dimiliki oleh anggota keluarga tertentu yang mempunyai kekerabatan darah. Sekarang diketahui bahwasannya penyakit darah, hipertensi penyakit jantung, gangguan saraf tertentu, diabetes, dan kanker memiliki kemungkinan kemunculan yang lebih tinggi dalam variasi derajat tergantung pada jenis penyakit tertentu di keturunan orang yang memiliki penyakit tersebut. Oleh karena itu penting untuk diketahui apakah ada kerabat dekat Tertanggung yang menderita salah satu jenis penyakit di atas dengan memberikan rincian lengkap. Ini akan mencakup hubungan, jenis penyakit, usia mereka menderita penyakit, dan usia saat kematian, jika berlaku.

4. Olahraga / Hobi

Beberapa kegemaran dan olahraga bisa berkorelasi dengan bertambahnya tingkat mortalita dan morbiditas. Mobil, balap perahu motor, balon udara, *paragliding*, *scuba diving*, dan aktivitas lainnya memiliki risiko ekstra terkait dengan jiwa pelakunya. Ekstra premi mungkin diperlukan untuk menutupi tambahan risiko kematian atau risiko morbiditas lainnya akibat hobi atau olahraga berbahaya yang ditekuni oleh calon tertanggung. Apabila calon nasabah membeli produk *waiver of premium*, maka ekstra premi yang dikenakan wajib diperhitungkan dalam risiko yang harus dijamin oleh perusahaan asuransi. Ketika calon tertanggung menyatakan ada keterlibatan dalam kegiatan atau olahraga yang berbahaya, sebuah kuesioner yang sesuai harus diisi sebelum evaluasi dari setiap risiko tambahan dapat dilakukan.

5. Penilaian Agen Pemasar atas Ciri-ciri Fisik Calon Nasabah

Ingatlah lagi bahwa agen pemasar mungkin satu-satunya orang yang melihat calon nasabah. Memberikan jawaban atas pertanyaan dalam Surat Permintaan Asuransi Jiwa (SPAJ) mungkin tidak sepenuhnya mencerminkan keadaan atau kondisi kesehatan calon nasabah. Nasabah bisa saja memberikan gambaran yang tidak terlalu spesifik, atau pertanyaan bersifat terlalu umum. Penampilan fisik seseorang dapat memberikan indikasi atas kondisi seseorang. Oleh karena itu laporan agen atas penampilan fisik calon nasabah yang ditemuinya dapat memberikan tambahan informasi bagi *underwriting*. Di bawah ini adalah daftar beberapa contoh yang akan membantu tunjukkan poin ini:

- a. Merokok berlebihan pada saat wawancara dapat mengindikasikan gangguan saraf atau bisa mengakibatkan gangguan jantung atau pernapasan.
- b. Kemerahan pada wajah dapat mengindikasikan hati gangguan, tekanan darah tinggi, dll.
- c. Semburat kebiruan pada kulit dapat menandakan gangguan pernafasan.
- d. Batuk selama wawancara menunjukkan gangguan pernapasan.
- e. Bola mata yang menonjol atau leher dapat membesar bisa menunjukkan gangguan tiroid.
- f. Berkeringat menandakan gangguan kelenjar.
- g. *Overweight* atau *underweight* dapat mengindikasikan berbagai masalah kesehatan.

Agen pemasar yang baik akan menilai sendiri apakah informasi yang diberikan oleh klien akurat. Fakta lain yang mungkin dapat ditunjukkan oleh agen pemasar bisa memberikan informasi rahasia tentang kesehatan klien yang diketahui kepada agen tetapi tidak diungkapkan oleh calon nasabah pada SPAJ.

6. Keuntungan Mendapatkan Detail Lengkap

Seperti yang dijelaskan, klien mungkin tidak mengetahui persisnya konsekuensi dari kondisinya, riwayat keluarga, atau pekerjaannya, dan bagaimana hal itu mempengaruhi harapan hidupnya. Demikian pula, klien mungkin tidak memberikan detail lengkap dengan harapan untuk mendapatkan keputusan harga yang lebih murah dan tidak perlu pemeriksaan medis atau menjawab pertanyaan tambahan. Namun seharusnya agen pemasar menjelaskan secara detail dan transparan pentingnya informasi ini diberikan oleh calon tertanggung. Dan, tentu saja, aplikasi yang kurang lengkap mungkin mengharuskan agen pemasar mengunjungi kembali kliennya untuk mendapatkan informasi tambahan. Ini akan menyebabkan ketidaknyamanan pada agen pemasar dan calon nasabah, akan menunda keputusan dan komisi, dan mungkin mengakibatkan klien membatalkan niatnya. Oleh karenanya agen pemasar harus selalu ingat bahwa informasi lengkap sangatlah penting.

7. Pengaruh *Non-Disclosure*

Non-Disclosure adalah area yang sangat luas, tetapi jika diterapkan pada asuransi biasanya mengacu pada *non-disclosure material*. Jika seorang klien gagal memberikan rincian riwayat kesehatan, pekerjaan, atau aspek lain yang diminta dalam aplikasi, validitas kontrak akan dipertanyakan. Jika keputusan *underwriting* akan berbeda jika diketahui tentang fakta yang disembunyikan maka kontrak tidak akan berlaku. Perusahaan asuransi juga dapat mengurangi manfaat yang dibayarkan untuk mengompensasi ekstra premi yang seharusnya dibayarkan nasabah apabila informasi terkait risiko nasabah diketahui sejak awal permohonan.

8. Nama dan Alamat Dokter

Detail lengkap harus disediakan. Jika calon tertanggung baru saja mengganti dokternya, pastikan untuk mendaftarkannya dokter sebelumnya untuk menghindari penundaan keputusan.

9. Merokok / Penggunaan Tembakau

Detail harus diberikan, misalnya, apakah klien memiliki riwayat pernah merokok, atau bentuk tembakau lainnya (cerutu, pipa, shisha, tembakau kunyah) dalam 12 bulan terakhir. Jika pemohon telah berhenti merokok, harus disebutkan sudah berapa lama pemohon berhenti merokok.

10. Keputusan Permohonan Asuransi Sebelumnya

Ini penting bagi perusahaan dan nasabah. Jika pemohon pernah mengajukan permohonan pada perusahaan asuransi lain dapatkan informasi berikut:

- a. Nama perusahaan asuransi
- b. Tanggal keputusan, sifat keputusan (baik ditolak, ditunda, disetujui dengan premi ekstra, disetujui dengan pengecualian)
- c. Alasan keputusan itu untuk yang terbaik pengetahuan
- d. Nomor referensi / nomor polis jika diketahui
- e. Jumlah uang pertanggungan dan jenis produk

11. Menandatangani dan Menyaksikan Aplikasi

Tanda tangan dari calon pemegang polis, dan tertanggung harus sesuai dengan yang tertera pada dokumen identitas calon pemegang polis dan tertanggung. Agen pemasar harus menyaksikan calon nasabah tanda tangan pada Surat Permintaan Asuransi Jiwa (SPAJ) dalam hal penjualan dilakukan secara tatap muka. Tanggal pada SPAJ adalah tanggal di mana nasabah mengisi dan menjawab pertanyaan pada SPAJ dan tidak ada hubungannya sama sekali dengan pembayaran premi.

Underwriting untuk Asuransi Kesehatan

Pada asuransi kesehatan, penyakit kritis atau cacat yang merupakan *living benefit* dimana risiko yang dijamin oleh perusahaan bukan terkait risiko meninggal dunia atas diri tertanggung melainkan risiko kesehatan atau cacat, maka di samping faktor-faktor umum yang telah dijabarkan di atas *underwriter* perlu memperhatikan beberapa faktor berikut ini.

1. Asuransi Kesehatan Perorangan yang Bersifat *Indemnity*

Asuransi kesehatan yang bersifat *indemnity* membayarkan biaya perawatan yang dikenakan oleh penyedia layanan kesehatan maksimum sampai dengan *limit* asuransi kesehatan yang menjadi hak tertanggung. Manfaat yang dibayarkan pada asuransi kesehatan ini tidak melebihi biaya perawatan yang sebenarnya. Manfaat asuransi kesehatan dapat dibayarkan langsung ke penyedia jasa layanan kesehatan (secara *cashless*) atau ke pemegang polis (secara *reimbursement*).

1.1 Penilaian Terhadap Tertanggung

Berbeda dengan asuransi jiwa, asuransi kesehatan yang bersifat *indemnity* mengganti biaya perawatan yang dikeluarkan oleh tertanggung baik rawat inap maupun rawat jalan. Oleh karenanya risiko terjadinya *over insured* pada asuransi kesehatan yang bersifat *indemnity* sangat kecil atau hampir bisa dikatakan tidak ada. Jikalau tertanggung mempunyai lebih dari 1 polis asuransi kesehatan yang sama maka maksimal pembayaran manfaat hanya sampai biaya perawatan yang telah dikeluarkan.

Pada asuransi kesehatan pembayaran klaim manfaat asuransi kesehatan ditujukan pada pemegang polis sebagai penanggung jawab polis, bukan penerima manfaat. Oleh karenanya hubungan *insurable interest* diterapkan pada hubungan antara pemegang polis dan tertanggung untuk memperkecil kemungkinan terjadinya penyalahgunaan/kecurangan.

Seperti halnya risiko meninggal dunia penilaian atas risiko kesehatan dari tertanggung juga didasarkan pada faktor-faktor yang langsung berkaitan dengan risiko seseorang dirawat seperti kondisi kesehatan yang telah ada, pekerjaan, hobi, gaya hidup. Meskipun dianggap tidak langsung berkorelasi, penilaian atas risiko finansial tetap dapat dilakukan seperti besaran pendapatan dikaitkan dengan besaran manfaat kesehatan yang dipilih, relevansi pekerjaan dan pendapatan. Berikut ini adalah beberapa aspek yang perlu dipertimbangkan dalam asuransi kesehatan perorangan yang bersifat *indemnity*.

1.2 Anak sebagai Tertanggung

Pada asuransi kesehatan yang bersifat *indemnity* anak dapat dijadikan tertanggung mengingat anak-anak juga telah terekspos pada risiko kesehatan semenjak usia dini. Namun demikian perlu diperhatikan beberapa faktor dalam menentukan batas minimal usia masuk anak utamanya risiko yang dapat terjadi pada bayi yang baru lahir, antara lain:

- Gangguan kesehatan pada bayi sejak lahir mulai dari gangguan kesehatan ringan sampai kompleks. Pada gangguan kesehatan ringan perawatan tidak memerlukan perawatan intensif dan hanya beberapa hari saja. Namun pada gangguan perawatan kompleks perawatan bisa

memakan waktu lama dan penanganan yang komprehensif.

- Kemungkinan bayi lahir prematur yang membutuhkan perawatan khusus dan waktu yang lama
- Sistem imunitas bayi dan anak-anak belum terbangun dengan sempurna yang meningkatkan risiko kesehatan yang membutuhkan perawatan

Pada asuransi kesehatan penjaminan risiko bayi baru lahir dapat menjadi mahal karena faktor yang telah disebutkan di atas. Pembatasan risiko yang dijamin (seperti *lien clause*) pada asuransi kesehatan agak sulit diterapkan pada besaran manfaat. Namun dapat dilakukan sebagai pengecualian. Seperti halnya asuransi jiwa *underwriter* harus memperhatikan faktor yang mendasari permohonan asuransi kesehatan untuk tertanggung anak antara lain:

- Pemohon (pemegang polis) harus orang yang bertanggung jawab secara hukum atas anak, wali yang sah, biasanya orang tua. Permohonan harus disertakan dengan bukti yang sah secara hukum
- Jika pemohon (pemegang Pplis) memiliki lebih dari satu anak dan tidak mengajukan asuransi untuk semua anak mereka (kecuali anak-anak lain sudah diasuransikan oleh perusahaan), anak yang akan diasuransikan harus dipertimbangkan untuk diperiksa secara medis dan penjelasan yang memuaskan harus diberikan mengapa hanya anak-anak itu yang diasuransikan
- Apabila pemohon (pemegang polis) hanya mengajukan permohonan asuransi kesehatan atas tertanggung anak namun pemohon tidak menyertakan dirinya sendiri atau keluarga *underwriter* perlu mendapatkan penjelasan yang memuaskan dari pemohon tentang alasan yang mendasari permohonan tersebut
- Apabila pemohon (pemegang polis) telah mempunyai asuransi kesehatan maka manfaat kesehatan untuk tertanggung anak sewajarnya sama dengan manfaat kesehatan yang dimiliki pemohon
- Kepemilikan polis sejenis di perusahaan lain untuk tertanggung anak yang sama.

1.3 Suami/Istri sebagai Tertanggung

Sebagaimana halnya pada asuransi jiwa, pasangan yang bergantung secara ekonomi adalah orang yang tidak aktif bekerja dan tidak mendapatkan penghasilan di luar tempat mereka tempat tinggal. Jika pasangan tanggungan mengajukan uang pertanggungan, pasangan yang bekerja / produktif secara aktif harus diasuransikan di bawah jenis pertanggungan individu untuk setidaknya manfaat asuransi kesehatan yang sama kecuali jika dia tidak dapat diasuransikan. Bukti asuransi dan salinan terakhir tanda terima pembayaran premi harus diberikan jika yang terakhir diasuransikan di perusahaan asuransi lain.

1.4 Orang Tua sebagai Tertanggung

Pemohon (pemegang polis) dapat mengajukan permohonan asuransi kesehatan atas nama orang tua tertanggung, independen terhadap ada atau tidaknya polis asuransi kesehatan atas nama pemohon. Di beberapa negara dimana kesadaran akan pentingnya pemeliharaan kesehatan sejak dini masih sangat rendah, *underwriter* dapat menerapkan kebijakan yang lebih konservatif pada penentuan maksimum usia masuk ataupun usia maksimum pertanggungan.

Tidak seperti pada asuransi jiwa dimana risiko kesehatan dianalisa pengaruhnya pada mortalita dalam jangka panjang untuk dapat diterima atau tidak. Pada asuransi kesehatan risiko morbidita

dinilai untuk jangka pendek. Penetapan usia masuk maksimum dapat mempertimbangkan beberapa faktor risiko berikut:

- Usia lanjut yang pada umumnya berkorelasi dengan penurunan fungsi organ tubuh
- Telah adanya gangguan kesehatan degeneratif yang bergantung pada kondisi dan penanganannya dapat berpotensi komplikasi dan membutuhkan perawatan
- Kebiasaan dan tradisi di masyarakat pada umumnya yang dapat mempengaruhi kondisi kesehatan dalam jangka pendek
- Promosi serta kesadaran akan pentingnya pemeliharaan kesehatan sejak dini

1.5 Karyawan sebagai Tertanggung

Pada umumnya perusahaan akan mengikutsertakan karyawannya pada suatu skema asuransi kesehatan kumpulan dari pada perorangan. Hal ini akan dibahas secara khusus pada bab asuransi kesehatan kumpulan.

1.6 Penilaian Risiko

Biasanya fitur yang diberikan oleh asuransi kesehatan individu yang bersifat *indemnity* bersifat komprehensif. Di bawah ini adalah contoh fitur asuransi kesehatan perorangan yang bersifat *indemnity*:

a. Manfaat Rawat Inap

- Manfaat ini mengganti biaya-biaya rawat inap atas diri tertanggung di rumah sakit. Manfaat ini meliputi penggantian biaya perawatan di kamar biasa maupun unit perawatan intensif, biaya dokter yang merawat maupun dokter konsultan, biaya operasi, obat-obatan dan peralatan medis, biaya pemeriksaan laboratorium dan uji diagnostik, dan ambulans.
- Batas penggantian manfaat ini dapat diberikan untuk masing-masing manfaat (*inner limit*) atau total batas tahunan (*aggregate limit*).
- Penetapan batas penggantian disesuaikan dengan ekspektasi biaya yang wajar dan lazim atas perawatan yang akan diterima tertanggung atas diagnosa penyakit yang diderita.
- Penanggung menetapkan batas minimum dan maksimum *limit* masing-masing manfaat maupun *limit* tahunan untuk menghindari kemungkinan *claim abuse*.
- Manfaat rawat inap merupakan produk asuransi dasar dari asuransi kesehatan perorangan.

b. Rawat Jalan

- Manfaat ini mengganti biaya-biaya rawat jalan atas diri tertanggung di penyedia layanan kesehatan. Manfaat ini meliputi penggantian biaya dokter yang merawat, obat-obatan dan peralatan medis, biaya pemeriksaan laboratorium, dan uji diagnostik.
- Batas penggantian manfaat ini dapat diberikan untuk masing-masing manfaat (*inner limit*) atau total batas tahunan (*aggregate limit*)
- Penanggung menetapkan batas minimum dan *limit* maksimum masing-masing manfaat maupun *limit* tahunan untuk menghindari kemungkinan *claim abuse*
- Obat-obatan yang diresepkan biasanya mengacu pada daftar obat resmi yang dikeluarkan oleh otoritas kesehatan setempat atau daftar obat yang dikeluarkan oleh lembaga internasional yang kredibel.
- Rawat jalan merupakan asuransi tambahan dari rawat inap.

Mengingat fitur produk asuransi kesehatan perorangan yang bersifat *indemnity* di atas yang bertujuan untuk mengganti biaya perawatan semaksimal mungkin, penilaian risiko yang dilakukan atas calon tertanggung 1biasanya bersifat komprehensif dengan cara mengisi formulir permohonan asuransi kesehatan dan mengisi pertanyaan kesehatan. Dalam beberapa kondisi penanggung juga dapat meminta calon tertanggung untuk melakukan tes kesehatan. Prinsip pengisian formulir permohonan asuransi kesehatan dan pertanyaan kesehatan sama dengan asuransi jiwa. Namun demikian penilaian risiko calon tertanggung pada asuransi kesehatan mungkin berbeda dengan asuransi jiwa. Oleh karenanya panduan *underwriting* yang digunakan tidak boleh didasarkan pada panduan *underwriting* asuransi jiwa.

Pada polis asuransi kesehatan yang merupakan polis asuransi tambahan (*rider*) penilaian risiko dapat disatukan dengan penilaian risiko untuk produk asuransi dasar. Oleh karenanya *underwriting* perlu terlibat dalam penetapan besaran manfaat asuransi kesehatan tambahan apabila metode penilaian risiko pada polis asuransi dasar bersifat *simplified underwriting* atau *guaranteed acceptance*.

1.7 Masa Tunggu

Walaupun penerimaan calon tertanggung telah melalui penilaian risiko secara *full underwriting*, masa tunggu dapat diberlakukan sejak mulai berlakunya polis. Hal ini untuk mengantisipasi terjadinya klaim di awal periode polis yang diakibatkan oleh kondisi kesehatan tertanggung yang tidak terungkap ataupun tidak terdeteksi pada saat penilaian risiko. Namun masa tunggu ini sebaiknya diberlakukan untuk penyakit-penyakit dengan perawatan kronis dan berbiaya tinggi.

1.8 Masa Asuransi

Walaupun asuransi kesehatan perorangan dapat menjamin tertanggung dari bayi sampai usia tua, namun disarankan kontrak asuransi hanya diberlakukan secara jangka pendek. Umumnya asuransi kesehatan dijamin untuk maksimum 1 tahun mengingat risiko kesehatan sangat mudah berubah (*volatile*) dalam jangka pendek yang dipengaruhi beberapa faktor antara lain:

- a. Inflasi pada beberapa komponen biaya kesehatan terkait dengan ketersediaan bahan baku obat-obatan, pemutakhiran teknologi kedokteran
- b. Angka kesakitan akibat endemi, pandemi, perubahan sosial ekonomi
- c. Praktek kedokteran
- d. Kebijakan kesehatan masyarakat
- e. Lingkup kerja populasi yang ditanggung
- f. Tidak tersedianya data resmi untuk kesehatan secara nasional ataupun industri yang dapat dijadikan acuan

Penanggung dapat menerapkan kebijakan perpanjangan polis secara otomatis atau perpanjangan polis secara manual bergantung pada jenis kontrak asuransi. Pada perpanjangan polis secara manual penanggung dapat melakukan penilaian kembali risiko tertanggung berdasarkan klaim yang telah terjadi serta melakukan penyesuaian premi.

2. Asuransi Kesehatan Perorangan yang Bersifat Santunan

Asuransi kesehatan yang bersifat santunan tidak mengganti biaya perawatan yang dikenakan oleh penyedia layanan kesehatan, melainkan membayarkan santunan harian yang besarnya dapat ditentukan berdasarkan tujuan pemasaran dari produk dimaksud. Produk asuransi kesehatan yang bersifat santunan biasanya dikaitkan dengan rawat inap dari tertanggung. Meskipun demikian pemasarannya dapat dikemas dalam berbagai tema antara lain penggantian pendapatan, atau santunan harian dalam hal rawat inap. Bergantung pada besarnya manfaat yang dipilih serta banyaknya polis yang dimiliki, manfaat yang dibayarkan dapat melebihi biaya perawatan yang sebenarnya. Hal ini karena produk asuransi kesehatan ini memang tidak melihat berapa biaya perawatan yang sesungguhnya terjadi.

Pada awalnya produk asuransi kesehatan ini memang dibuat untuk menutup biaya perawatan Tertanggung. Namun penanggung masih menganggap risikonya terlalu besar. Maka fitur produk asuransi kesehatan yang bersifat santunan dibuat sangat sederhana, yakni santunan harian dalam rawat inap di kamar biasa dan ICU. Besaran santunan pun masih sangat kecil. Produk ini dianggap sangat kecil risikonya dibandingkan dengan asuransi kesehatan komprehensif. Dengan semakin berkembangnya asuransi dan minat masyarakat terhadap asuransi kesehatan tetap tinggi, penanggung mulai berani mengembangkan produk asuransi kesehatan komprehensif yang bersifat *indemnity*. Namun produk asuransi kesehatan yang bersifat santunan tetap dipertahankan karena minat masyarakat yang masih tinggi karena fiturnya yang sederhana dan mudah dimengerti.

2.1 Penilaian Terhadap Tertanggung

Tidak ada perbedaan penilaian risiko atas calon tertanggung pada asuransi kesehatan perorangan yang bersifat santunan dengan penilaian risiko pada asuransi kesehatan perorangan yang bersifat *indemnity*.

2.2 Penilaian Risiko

Karena fitur produk yang sederhana dan besaran manfaat yang tidak terlalu signifikan *underwriter* dapat menerapkan *guaranteed acceptance* pada calon tertanggung. Namun demikian metode *guaranteed acceptance* ini tidak bisa mencegah terjadinya anti seleksi. Oleh karenanya masa tunggu dapat diterapkan sebagai *trade-off* untuk mencegah terjadinya klaim di awal pertanggungan maupun pengaturan jarak klaim sekarang dengan klaim sebelumnya. Masa tunggu pada asuransi kesehatan perorangan yang bersifat santunan biasanya berlaku untuk semua jenis penyakit akut dan kronis.

2.3 Batas Maksimum Manfaat Asuransi

Perlu diingat kembali bahwa produk asuransi kesehatan yang bersifat santunan tidak mengaitkan pembayaran manfaat dengan biaya perawatan sesungguhnya yang dikeluarkan oleh tertanggung. Oleh karenanya dapat saja terjadi manfaat asuransi yang dibayarkan lebih kecil atau lebih besar dari biaya perawatan yang sesungguhnya yang dibebankan rumah sakit pada tertanggung. Bergantung pada data klaim dari industri atau dari penanggung sendiri, manfaat asuransi dapat dibatasi jumlahnya per tertanggung. Hal ini dilakukan untuk mencegah terjadinya *over-insured* karena pada dasarnya asuransi kesehatan, apapun fiturnya, harus berkorelasi dengan 'kerugian' yang diderita oleh tertanggung akibat biaya yang dibebankan rumah sakit atas perawatan yang

dilakukan atas diri tertanggung.

3. Asuransi Kesehatan Kumpulan

Asuransi kesehatan kumpulan biasanya bersifat komprehensif dan berjenis sebagai *indemnity*. Asuransi ditujukan bagi karyawan suatu perusahaan atau badan hukum lainnya dalam rangka jaminan perlindungan atas risiko kesehatan karyawan dan keluarganya oleh pemberi kerja.

3.1 Manfaat Asuransi

Asuransi kesehatan kumpulan pada umumnya memberikan beberapa manfaat terkait biaya kesehatan yang meliputi biaya rawat inap di rumah sakit, biaya rawat jalan, biaya pemeriksaan kehamilan dan melahirkan, biaya rawat gigi, biaya perawatan mata, dan biaya pemeliharaan kesehatan. Biaya yang dapat dijamin wajib memenuhi ketentuan yang ditetapkan perusahaan asuransi sebagai Penanggung, antara lain:

- a. Biaya untuk perawatan yang diperlukan secara medis
- b. Perawatan dilakukan oleh ahli atau tenaga medis yang memenuhi kualifikasi sebagai dokter umum / dokter spesialis / perawat / praktisi kesehatan khusus yang terdaftar dan mempunyai izin praktek sebagai dokter umum / dokter spesialis / perawat / praktisi kesehatan khusus dari lembaga yang berwenang di negara / daerah yang bersangkutan
- c. Perawatan dilakukan di tempat perawatan yang memenuhi kualifikasi sebagai rumah sakit / klinik / laboratorium / apotik / tempat praktek dokter, terdaftar dan memiliki izin sebagai rumah sakit / klinik / laboratorium / apotik / tempat praktek dokter dari lembaga yang berwenang di negara / daerah yang bersangkutan
- d. Tidak termasuk dalam pengecualian
- e. Sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan penanggung

3.2 Manfaat Rawat Inap

- a. Manfaat ini mengganti biaya-biaya rawat inap atas diri tertanggung di rumah sakit. Manfaat ini meliputi penggantian biaya perawatan di kamar biasa maupun unit perawatan intensif, biaya dokter yang merawat maupun dokter konsultan, biaya operasi, obat-obatan dan peralatan medis, biaya pemeriksaan laboratorium dan uji diagnostik, ambulans.
- b. Batas penggantian manfaat ini dapat diberikan untuk masing-masing manfaat (*inner limit*) atau total batas tahunan (*aggregate limit*).
- c. Penetapan batas penggantian masing-masing manfaat haruslah saling berkaitan dan sesuai dengan harga kamar. Hal ini mencerminkan biaya-biaya yang relevan dan wajar terjadi untuk setiap jenis perawatan yang dilakukan di setiap limit kamar perawatan yang umumnya ditetapkan oleh rumah sakit. Contoh *limit* kamar perawatan intensif 2 kali *limit* kamar biasa.
- d. Penetapan batas penggantian disesuaikan dengan ekspektasi biaya yang wajar dan lazim atas perawatan yang akan diterima tertanggung atas diagnosa penyakit yang diderita.
- e. Penanggung menetapkan batas minimum dan maksimum limit masing-masing manfaat maupun *limit* tahunan untuk menghindari kemungkinan *claim abuse*.
- f. Pemilihan batas penggantian manfaat secara *inner limit* atau *aggregate limit* dapat dikaitkan dengan jumlah kepesertaan untuk menekan risiko.
- g. Tanggungan sendiri dapat diterapkan untuk menekan risiko. Tanggungan sendiri dapat berupa jumlah absolut atau persentase dari total biaya rawat inap aktual.

- h. Meskipun dinilai tidak lazim, beberapa asuransi komersial mensyaratkan rujukan oleh dokter sebelum rawat inap kecuali dalam hal kedaruratan.
- i. Manfaat rawat inap merupakan produk asuransi dasar dari asuransi kesehatan kumpulan.

3.3 Rawat Jalan

- a. Manfaat ini mengganti biaya-biaya rawat jalan atas diri bertanggung di penyedia layanan kesehatan. Manfaat ini meliputi penggantian biaya dokter yang merawat, obat-obatan dan peralatan medis, biaya pemeriksaan laboratorium dan uji diagnostik.
- b. Batas penggantian manfaat ini dapat diberikan untuk masing-masing manfaat (*inner limit*) atau total batas tahunan (*aggregate limit*)
- c. Batas penggantian masing-masing manfaat haruslah saling berkaitan dan sesuai dengan *limit* dokter umum. Hal ini mencerminkan biaya-biaya yang relevan dan wajar terjadi untuk setiap jenis biaya yang umumnya akan dikenakan terkait dengan dokter dengan biaya jasa sesuai *limit* yang dipilih. Contoh *limit* dokter umum 3 kali *limit* dokter umum.
- d. Penetapan batas penggantian disesuaikan dengan ekspektasi biaya yang wajar dan lazim atas perawatan yang akan diterima Tertanggung atas diagnosa penyakit yang diderita.
- e. Penanggung menetapkan batas minimum dan maksimum limit masing-masing manfaat maupun *limit* tahunan untuk menghindari kemungkinan *claim abuse*
- f. Pemilihan batas penggantian manfaat secara *inner limit* atau *aggregate limit* dapat dikaitkan dengan jumlah kepesertaan untuk menekan risiko.
- g. Tanggungan sendiri dapat diterapkan untuk menekan risiko. Tanggungan sendiri dapat berupa jumlah absolut atau persentase dari total biaya rawat inap aktual
- h. Obat-obatan yang diresepkan biasanya mengacu pada daftar obat resmi yang dikeluarkan oleh otoritas kesehatan setempat atau daftar obat yang dikeluarkan oleh lembaga internasional yang kredibel.
- i. Rawat jalan merupakan asuransi tambahan dari rawat inap.

3.4 Pemeriksaan Kehamilan dan Melahirkan

- a. Manfaat ini mengganti biaya persalinan normal/ *caesar*/ keguguran oleh dokter atau bidan resmi yang memiliki izin.
- b. Manfaat ini meliputi penggantian biaya melahirkan normal/*caesar* atas indikasi medis/keguguran legal, dan dapat ditambah dengan manfaat lain yang terkait dengan kehamilan atau persalinan seperti biaya konsultasi selama kehamilan dan 40 hari setelah melahirkan, serta biaya komplikasi persalinan.
- c. Batas penggantian manfaat ini dapat diberikan untuk masing-masing manfaat (*inner limit*) atau total batas tahunan (*aggregate limit*)
- d. Penetapan batas penggantian masing-masing manfaat haruslah saling berkaitan dan sesuai dengan harga kamar. Hal ini mencerminkan biaya-biaya yang relevan dan wajar terjadi untuk setiap jenis perawatan yang dilakukan di setiap *limit* kamar perawatan yang umumnya ditetapkan oleh rumah sakit.
- e. Penanggung menetapkan batas minimum dan maksimum *limit* masing-masing manfaat maupun *limit* tahunan untuk menghindari kemungkinan *claim abuse*
- f. Persalinan merupakan asuransi tambahan dari rawat inap.

3.5 Perawatan Gigi

- a. Manfaat ini mengganti biaya perawatan gigi oleh dokter gigi

- b. Batas penggantian manfaat ini dapat diberikan untuk masing-masing manfaat (*inner limit*) atau total batas tahunan (*aggregate limit*)
- c. Penetapan batas penggantian disesuaikan dengan ekspektasi biaya yang wajar dan lazim atas perawatan yang akan diterima tertanggung
- d. Penanggung menetapkan batas minimum dan maksimum *limit* masing-masing manfaat maupun *limit* tahunan untuk menghindari kemungkinan *claim abuse*
- e. Pemilihan batas penggantian manfaat secara *inner limit* atau *aggregate limit* dapat dikaitkan dengan jumlah kepesertaan untuk menekan risiko.
- f. Rawat gigi merupakan asuransi tambahan dari rawat inap.

3.6 Perawatan Mata

- a. Manfaat ini mengganti biaya perawatan mata atas diri tertanggung di penyedia layanan kesehatan. Manfaat ini meliputi penggantian kacamata, lensa, pemeriksaan refraksi mata.
- b. Batas penggantian manfaat ini dapat diberikan untuk masing-masing manfaat (*inner limit*) atau total batas tahunan (*aggregate limit*)
- c. Penetapan batas penggantian disesuaikan dengan ekspektasi biaya yang wajar dan lazim atas perawatan yang akan diterima tertanggung
- d. Penanggung menetapkan batas minimum dan maksimum *limit* masing-masing manfaat maupun *limit* tahunan untuk menghindari kemungkinan *claim abuse*
- e. Pemilihan batas penggantian manfaat secara *inner limit* atau *aggregate limit* dapat dikaitkan dengan jumlah kepesertaan untuk menekan risiko

3.7 Usia Masuk

Penetapan usia masuk minimal disesuaikan dengan selera risiko yang dapat diterima oleh penanggung. Risiko kesehatan pada bayi baru lahir dianggap lebih tinggi dari pada anak-anak ataupun dewasa mengingat pembentukan imunitas yang belum sempurna serta kemungkinan masalah kesehatan yang memerlukan waktu untuk memastikan keterkaitan dengan cacat bawaan.

Penetapan usia masuk maksimal sewajarnya dikaitkan dengan usia pensiun karyawan mengingat tujuan asuransi kesehatan kumpulan ini adalah dalam rangka perlindungan risiko kesehatan karyawan. Pada beberapa kasus batas usia maksimum dapat diperpanjang sampai usia tertentu dengan tetap memperhatikan sebaran risiko dan anti seleksi.

3.8 Masa Asuransi

Risiko kesehatan sangat mudah berubah (*volatile*) dalam jangka pendek yang dipengaruhi beberapa faktor antara lain:

- a. Inflasi pada beberapa komponen biaya kesehatan terkait dengan ketersediaan bahan baku obat-obatan, pemutakhiran teknologi kedokteran
- b. Angka kesakitan akibat endemi, pandemi, perubahan sosial ekonomi
- c. Praktek kedokteran
- d. Kebijakan kesehatan masyarakat
- e. Lingkup kerja populasi yang ditanggung
- f. Tidak adanya data resmi untuk kesehatan secara nasional ataupun industri

Dengan adanya ketidakpastian di atas, asuransi kesehatan kumpulan disarankan untuk diberikan maksimal selama 1 tahun. Tidak disarankan untuk menjamin polis asuransi kesehatan kumpulan lebih dari 1 tahun karena selain faktor-faktor risiko yang telah disebutkan sebelumnya:

- a. Komposisi karyawan dapat berubah secara drastis utamanya jika ukuran perusahaan atau institusi tidak terlalu besar
- b. Penetapan premi dilandaskan pada kebijakan khusus

Apabila *underwriter* tetap diminta untuk memberikan masa asuransi lebih dari 1 tahun disarankan untuk diberikan dengan kondisi-kondisi tertentu yang memungkinkan *underwriter* untuk menyesuaikan premi pada ulang tahun polis atau waktu yang disepakati.

3.9 Peserta yang Dapat Diasuransikan

Kepesertaan pada asuransi kesehatan kumpulan harus bersifat wajib untuk mengantisipasi anti seleksi. Kepesertaan yang bersifat *voluntary* harus didasarkan pada kriteria-kriteria yang konsisten dan tidak memungkinkan terjadinya anti seleksi seperti:

- a. Berdasarkan jenjang kepegawaian
- b. Berdasarkan status kepegawaian
- c. Berdasarkan status perkawinan
- d. Berdasarkan aturan perusahaan yang berlaku
- e. Berdasarkan proporsi pembayaran premi

Penyertaan keluarga pada asuransi kesehatan kumpulan harus didasarkan pada keluarga inti dan berlaku secara konsisten untuk semua peserta.

Peserta anak bisa dibatasi berdasarkan maksimum usia berdasarkan hukum sebagai anak, atau berdasarkan status pendidikan anak dan ketergantungan ekonomi pada orang tua. Jumlah peserta anak dapat diberikan batas maksimum untuk menjaga keadilan di antara peserta, namun dapat pula tidak dibatasi bergantung pada kebijakan pemberi kerja dan penanggung.

Jenis kepesertaan dapat diterapkan secara terpisah untuk setiap manfaat asuransi kesehatan yang dipilih dengan tetap memperhatikan faktor anti seleksi dan minimum kepesertaan. Misalkan kepesertaan pada produk pemeriksaan kehamilan dan melahirkan dimana hanya peserta perempuan yang masih pada usia produktif atau yang memiliki jumlah anak tertentu yang diasuransikan.

3.10 Jumlah Peserta

Jumlah minimum kepesertaan perlu ditetapkan untuk membedakan antara asuransi kesehatan individual dan memenuhi prinsip penyebaran risiko. Berikut adalah faktor-faktor yang perlu diperhatikan dalam menentukan batas minimum kepesertaan:

- a. Jenis kepesertaan (wajib vs *voluntary*)
- b. Didasarkan pada jumlah karyawan vs jumlah peserta
- c. Jenis manfaat
- d. Komposisi usia

Jumlah minimum kepesertaan dapat dibuat beberapa bergantung pada faktor-faktor di atas sehingga mencerminkan pengelolaan risiko yang lebih sehat. Penerimaan risiko di bawah batas minimum kepesertaan tidak direkomendasikan kecuali disertai dengan pengecualian khusus untuk menghindari *abuse*.

Dalam hal karyawan tidak ikut menanggung pembayaran premi maka kepesertaan selayaknya 100% dari total karyawan. Namun dalam hal karyawan ikut menanggung pembayaran premi, kepesertaan dapat diberlakukan secara:

- a. wajib (100% kepesertaan) ataupun,
- b. *voluntary* (% dari total karyawan dengan memperhatikan batas minimum jumlah peserta)

Batas minimum peserta yang dapat mengikuti asuransi tambahan, misal rawat jalan dibandingkan dengan peserta yang mengikuti rawat inap minimal 80% peserta pada rawat inap, kecuali pemberian manfaat rawat jalan tersebut didasarkan pada golongan/kebangkatan.

3.11 Penilaian Risiko

Pada umumnya penerimaan pada asuransi kesehatan kumpulan bersifat otomatis. Penilaian tingkat risiko dapat didasarkan pada:

- a. jenis usaha / kegiatan dari perusahaan / institusi
- b. pengalaman klaim pada periode sebelumnya
- c. jumlah peserta
- d. jenis manfaat yang diambil

Perhitungan ekstra premi diberlakukan terhadap keseluruhan portofolio atau individual dalam hal penerimaan kepesertaan secara khusus. Ekstra premi diekspresikan sebagai persentase dari premi standar.

3.12 Pendaftaran Kepesertaan

Pendaftaran kepesertaan dapat dilakukan:

- a. tanpa mengisi form aplikasi permohonan asuransi
- b. pendaftaran bersifat kolektif
- c. pada tanggal peserta menjadi *eligible*
- d. tidak dapat berlaku surut
- e. maksimal hari pelaporan dari tanggal *eligibility* kepesertaan dalam hal *late reporting* diperbolehkan

3.13 Pengecualian

Pengecualian pada asuransi kesehatan kumpulan pada dasarnya diberlakukan untuk membatasi risiko-risiko yang dapat menyebabkan kenaikan klaim secara signifikan sebagai berikut:

- a. komponen yang secara medis dianggap tidak relevan dengan risiko yang dijamin,
- b. risiko yang sudah terbentuk sebelum berlakunya pertanggungan
- c. risiko yang tidak berkaitan dengan risiko kesehatan
- d. risiko yang terjadi secara sadar dilakukan atau akibat perilaku hidup tidak sehat
- e. risiko yang bersifat masif

- f. risiko kesehatan yang belum memiliki solusi pengobatan secara permanen
- g. risiko dari perawatan / pengobatan yang belum teruji atau diakui secara medis
- h. perawatan yang dilakukan secara tradisional
- i. pengobatan yang mahal
- j. perawatan yang bersifat elektif
- k. perawatan / pengobatan yang tidak diperlukan secara medis
- l. tindakan yang dilakukan karena tradisi

Contoh dari pengecualian pada asuransi kesehatan kumpulan antara lain:

- Akibat percobaan bunuh diri atau cedera yang diakibatkan oleh perbuatan sendiri yang disengaja dalam keadaan waras maupun tidak waras.
- Perbuatan melanggar hukum
- Radiasi ionisasi atau kontaminasi oleh radioaktif dari setiap bahan bakar nuklir atau dari setiap bahan senjata nuklir
- Operasi atau perawatan kosmetik, kecuali yang dinyatakan perlu karena akibat kecelakaan yang terjadi selama masa pertanggungan.
- Protesa, alat pacu jantung, kacamata, dan alat bantu dengar, kecuali akibat kecelakaan yang terjadi dalam masa pertanggungan dan diperlukan saat peserta/tertanggung dirawat inap, yang dibuktikan dengan surat keterangan dokter
- Kelainan bawaan (Kongenital), keturunan (Herediter)
- Gangguan yang berhubungan dengan kondisi mental, termasuk obat – obatan yang berhubungan dengan kondisi mental tersebut
- Segala hal yang berhubungan dengan proses kehamilan, termasuk Abortus, pemeriksaan hamil, perawatan karena komplikasi kehamilan, dan kelahiran bayi secara normal atau abnormal
- Alat kontrasepsi, sterilisasi dan tindakan perawatan atau diagnosis atau pengobatan untuk meningkatkan kesuburan
- Infeksi genitalia yang disebabkan oleh kuman yang penularannya melalui hubungan seksual
- Infeksi HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), dan ARC (*AIDS Related Complex*).
- *Check-up* kesehatan atau pemeriksaan yang tidak berhubungan dengan pengobatan atau diagnosis penyakit yang dijamin, segala jenis imunisasi, seleksi kesehatan, tes TORCH, uji hepatitis, *mammography*, uji alergi, pap smear, dan uji lain untuk tujuan *screening*
- Pemeriksaan laboratorium/diagnostik dan perawatan atau pengobatan yang tidak diperlukan secara medis atau tidak berhubungan dengan diagnosa, pengobatan suatu penyakit atau cedera
- Penyakit atau cedera yang timbul akibat pemakaian narkotika, alkohol, psikotropika atau obat-obatan terlarang lainnya.
- Penyakit atau cedera yang timbul akibat olah raga berbahaya seperti *aqua-lung* atau *scuba diving*, panjat tebing, mendaki gunung, *bungee jumping*, arung jeram, terjun payung, terbang layang, *sky diving*, *ultralite*, balap motor, balap mobil, balap kuda, berlayar, berenang di laut lepas, *flying fish*, *fly boarding*, *banana boat*, bertinju, bergulat dan segala jenis bela diri
- Obat-obat yang dibeli tanpa resep dokter atau bukan di apotik atau yang tidak sesuai dengan diagnosa penyakit dan tidak diperlukan secara medis
- Cuci darah
- *Pre-Existing Condition* sebelum melewati masa 365 hari sejak tanggal efektif pertanggungan peserta.

- Sirkumsisi, kecuali atas indikasi medis
- Transplantasi organ tubuh termasuk transplantasi sumsum tulang atau saraf dan semua biaya-biaya terkait, kecuali biaya tindakan operasi dalam hal kedudukan Peserta/Tertanggung sebagai penerima organ tubuh dari tindakan/operasi transplantasi organ tubuh.
- Pemeriksaan dan pengobatan kelainan refraksi mata oleh sebab apapun
- Perawatan dan/atau pengobatan untuk mengurangi atau menambah berat badan
- Penyakit menular seksual
- Percobaan medis
- Terapi hormonal
- Wabah/Pandemi
- Gangguan tumbuh kembang
- Perawatan dan pengobatan gigi kecuali karena cedera akibat kecelakaan pada gigi aliamiah dan sehat yang terjadi dalam masa pertanggungan, atau peserta terdaftar dalam jaminan perawatan gigi
- Segala hal yang berhubungan dengan proses kehamilan, termasuk abortus, pemeriksaan hamil, perawatan karena komplikasi kehamilan dan kelahiran bayi secara normal atau abnormal, kecuali peserta terdaftar pada jaminan melahirkan

3.14 Masa Tunggu

Pada asuransi kesehatan kumpulan dengan jenis pendaftaran wajib, biasanya masa tunggu tidak diberlakukan. Namun di luar itu masa tunggu dapat diberlakukan dengan periode yang berbeda bergantung pada jenis penyakit. Contoh masa tunggu:

- a. Masa Tunggu 180 Hari
 - Segala jenis *Tuberculosis* (TBC)
 - *Anal Fistulae* (fistula anal).
 - *Cholecystitis* (radang kantung empedu) dan *Cholelithiasis* (batu empedu).
 - Batu saluran kemih (*nephrolithiasis, ureterolithiasis, vesicolithiasis, urethrolithiasis*)
 - *Hypertension* (hipertensi, darah tinggi) atau *Cardiac Diseases & Vascular Diseases* (penyakit-penyakit jantung dan penyakit-penyakit pembuluh darah).
 - *Gastric Ulcer* (tukak lambung) atau *Duodenal Ulcer* (tukak usus dua belas jari).
 - Tumor-tumor yang tampak dari luar.
 - *Diabetes Melitus* (kencing manis)
- b. Masa Tunggu 365 hari
 - Segala jenis *Hernia* (Untuk Hernia bawaan termasuk dalam 'Pengecualian')
 - Segala jenis Tumor dalam tubuh yang tidak tampak dari luar.
 - *Endometriosis*, terdapatnya jaringan *endometrium* pada tempat yang abnormal.
 - *Haemorrhoids* (wasir atau ambeien).
 - *Operasi Tonsil* (amandel)
 - *Operasi Nasal Septum* atau sekat rongga hidung.
 - *Hyperthyroidism* (peningkatan fungsi kelenjar gondok).
 - *Cataracts* (katarak, kekeruhan lensa mata).
 - Sinusitis (radang sinus).
 - Segala jenis *Epilepsy* (sakit ayan)

3.1.5 Ketentuan Lain

- a. Pengaturan kenaikan manfaat dalam hal peserta menerima promosi jabatan hanya dapat ditingkatkan ke satu plan lebih tinggi dari plan sebelumnya
- b. Manfaat (*plan*) peserta tanggungan yang dapat diterima maksimal sama dengan manfaat karyawan.
- c. Interval antar *plan* dapat dibatasi supaya tidak terjadi penyalahgunaan. Misal interval antar *plan* maksimal 2 kali *plan* yang lebih rendah.
- d. Karena ada birokrasi di masing-masing perusahaan dalam mengeluarkan dana, maka dapat diberikan masa tenggang pembayaran premi yang fleksibel, masa dimana manfaat pertanggungan tetap berlaku walau pemegang polis belum membayar premi.

3.1.6 Dokumen Penutupan Asuransi

- a. Surat Permintaan Asuransi Kumpulan
Dokumen yang disiapkan oleh penanggung untuk diisi oleh calon pemegang polis yang ingin mengajukan pertanggungan asuransi sebagai dasar perjanjian asuransi dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari polis. Dalam dokumen ini calon pemegang polis harus menandatangani pernyataan, memberikan informasi terkait data perusahaan, dan data pertanggungan yang akan diikuti. Kebenaran dan kelengkapan pengisian dokumen ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari prinsip *utmost good faith*.
- b. Dokumen legalitas lainnya sebagaimana disyaratkan dalam POJK no 12 tahun 2017 atau peraturan lain yang berlaku
- c. Data peserta sesuai dengan format dari masing-masing perusahaan asuransi.

Underwriting untuk Kecelakaan Diri (*Personal Accident*)

Asuransi kecelakaan diri secara khusus menjamin risiko yang berkaitan dengan kejadian kecelakaan yang menimpa tertanggung. Risiko kecelakaan yang dijamin biasanya yang mengakibatkan kematian, cacat pada diri tertanggung, atau mengharuskan tertanggung untuk dirawat.

1. Penilaian Risiko

Penilaian risiko pada asuransi kecelakaan diri sangat sederhana. Faktor yang paling mempengaruhi risiko seseorang mengalami kecelakaan adalah pekerjaan. Pada beberapa jalur pemasaran asuransi kecelakaan diri bahkan dapat diterima secara *guaranteed acceptance*.

2. Masa Tunggu

Karena risikonya yang bersifat tiba-tiba, dari luar, tidak terduga, tidak direncanakan, bersifat langsung (tidak terkait dengan kejadian masa lalu), mengandung unsur kekerasan, *underwriting* tidak perlu menerapkan masa tunggu pada asuransi kecelakaan diri.

3. Pengecualian

Pengecualian pada asuransi kecelakaan diri pada dasarnya diberlakukan untuk membatasi risiko-risiko yang dapat menyebabkan kenaikan klaim secara signifikan, antara lain kejadian yang:

- a. dapat mengakibatkan meningkatnya risiko secara signifikan,
- b. dapat mengakibatkan timbulnya korban secara masal termasuk bencana alam,
- c. diakibatkan oleh kelalaian tertanggung,
- d. diakibatkan oleh situasi politik ataupun perebutan kekuasaan,
- e. disengaja untuk terjadi,
- f. risiko yang sudah melekat pada tertanggung sebelum mulai berlakunya pertanggungan.

Underwriting untuk Penyakit Kritis (Critical Illness)

Asuransi penyakit kritis mirip dengan asuransi kesehatan. Fitur utama yang membedakan adalah:

- a. Jenis penyakit pada asuransi penyakit kritis lebih spesifik
- b. Manfaat yang dibayarkan berupa santunan yang dinyatakan dalam uang pertanggungan

1. Penilaian Risiko

Penilaian risiko pada asuransi penyakit kritis sebaiknya menggunakan metode *full underwriting* dimana calon tertanggung mengisi formulir permohonan asuransi serta menjawab pertanyaan kesehatan. Risiko pada penyakit kritis tidaklah sama seperti pada asuransi kesehatan karena asuransi penyakit kritis tidak melihat adanya atau tidaknya perawatan, namun terdiagnosanya tertanggung atas suatu penyakit kritis yang dijamin. Risiko penyakit kritis ini juga tidak sama dengan risiko kematian karena tertanggung harus tetap hidup pada saat terdiagnosa.

2. Uang Pertanggungan

Perlu adanya pembatasan uang pertanggungan per tertanggung untuk mencegah *over-insured* maupun untuk mencegah *abuse* ataupun potensi *fraud*.

3. Masa Tunggu

Walaupun penilaian risiko telah menggunakan metode *full underwriting*, masa tunggu dapat diterapkan untuk terjadinya *abuse* dan *early claim*. Lamanya masa tunggu bervariasi bergantung pada seberapa kuatnya informasi yang bisa didapatkan oleh *underwriting* terkait dengan kondisi kesehatan calon tertanggung. Pada situasi seperti di Indonesia dimana tingkat kesulitan untuk mendapatkan akses ke data kesehatan seseorang sangat tinggi dan *underwriter* hanya bergantung pada kejujuran calon tertanggung, maka masa tunggu dapat dilaksanakan dari beberapa bulan hingga 1 tahun.

4. Pengecualian

Kondisi kesehatan yang telah ada, *pre-existing condition* bisa dikecualikan kecuali situasi tersebut telah dinyatakan dalam formulir permohonan asuransi dan telah disetujui oleh *underwriter* untuk dijamin. Selain PEC berikut ini adalah hal-hal yang dikecualikan pada asuransi penyakit kritis:

- a. Terinfeksi HIV atau mengidap AIDS
- b. Paparan radiasi, radio aktif atau sejenisnya
- c. Kelainan bawaan

Underwriting untuk Bancassurance

Berdasarkan POJK Nomor 32 /SEOJK.05/2016 tentang Saluran Pemasaran Produk Asuransi Melalui Kerja Sama Dengan Bank (*Bancassurance*), ada 3 model bisnis, yaitu:

1. Referensi

Dalam model bisnis ini, Bank berperan hanya mereferensikan atau merekomendasikan suatu produk asuransi kepada calon pemegang polis, tertanggung, atau peserta. Model bisnis referensi dapat dibedakan menjadi:

- Referensi dalam rangka produk bank
Dalam model bisnis ini, bank mereferensikan atau merekomendasikan produk asuransi kepada nasabah bank yang akan menjadi calon tertanggung atau peserta, yang merupakan persyaratan untuk memperoleh suatu produk perbankan.
- Referensi tidak dalam rangka produk bank
Dalam model bisnis ini, bank mereferensikan atau merekomendasikan produk asuransi kepada calon pemegang polis, tertanggung, atau peserta, yang tidak menjadi persyaratan untuk memperoleh suatu produk perbankan.

2. Kerja Sama Distribusi

Dalam model bisnis ini Bank berperan memasarkan produk asuransi dengan cara memberikan penjelasan mengenai produk asuransi tersebut secara langsung kepada calon pemegang polis, tertanggung, atau peserta.

3. Integrasi Produk

Dalam model bisnis ini, bank berperan memasarkan produk asuransi kepada calon pemegang polis, tertanggung, atau peserta dengan cara modifikasi dan/atau menggabungkan produk asuransi dengan produk perbankan (*bundled product*). Peran bank tidak hanya meneruskan dan memberikan penjelasan atas produk asuransi kepada calon pemegang polis, tertanggung, atau peserta, tetapi juga menindaklanjuti aplikasi atas *bundled product* termasuk yang terkait dengan produk asuransi kepada perusahaan.

Produk-produk asuransi perorangan yang dapat dijual melalui *bancassurance* bervariasi mulai dari *term life*, *whole life*, *endowment* sampai dengan *unit link*. Sedangkan *rider/manfaat* tambahan bisa berupa manfaat kecelakaan, kesehatan maupun penyakit kritis. Untuk manfaat kesehatan bisa berbentuk produk *stand-alone* tersendiri.

Hal-hal yang perlu diperhatikan oleh *underwriting* dalam penilaian risiko pada pemasaran *bancassurance*:

- Jenis produk yang akan dijual
Penilaian risiko berdasarkan produk yang dijual melalui pemasaran *bancassurance* tidak berbeda dengan penilaian risiko pada pemasaran keagenan. Dibandingkan dengan segmen pasar pada keagenan dapat dikatakan bahwa nasabah bank merupakan segmen yang secara otomatis telah melalui proses pre-seleksi saat mereka menjadi nasabah bank. Hal ini dapat berdampak pada pemberlakuan tabel medis yang berbeda dengan tabel medis yang digunakan pada pemasaran keagenan. Namun metode penilaian risiko secara *full underwriting* tetap dapat diterapkan pada *bancassurance*.
- Segmentasi nasabah bank yang secara khusus ditargetkan dalam pemasaran. Misal untuk produk asuransi yang menyasar pada nasabah prioritas atau *high net worth customers*, bisa menggunakan persyaratan finansial yang berbeda antara nasabah reguler dengan nasabah prioritas.

- Model bisnis yang digunakan, misal pada model bisnis integrasi produk dimana penjualan produk asuransi digabungkan (*bundled*) dengan produk bank. Dalam hal ini nasabah bank yang membeli produk bank tersebut wajib menjadi nasabah asuransi. Maka *underwriter* dapat menerapkan metode *guaranteed acceptance / guaranteed insurance offer*

Underwriting untuk Asuransi Jiwa Kredit

Asuransi jiwa kredit memberikan perlindungan secara finansial pada kreditur terhadap resiko meninggal dunia yang terjadi atas diri debitur, sehingga pinjaman yang belum dilunasi akan ditanggung dan dibayarkan oleh perusahaan asuransi yang bertindak sebagai penanggung. Dengan demikian pihak keluarga debitur terlindungi dari risiko harus melunasi kewajiban atas pinjaman dan kreditur juga terbebas dari risiko tunggakan pinjaman (*bad-debt*) serta terjaga likuiditasnya.

Asuransi jiwa kredit mempunyai karakter sebagai berikut:

- a. Obyek yang dipertanggungjawabkan adalah jiwa debitur
- b. Uang pertanggungan sama dengan nilai awal pinjaman yang disetujui oleh kreditur
- c. Masa asuransi sama dengan masa pengembalian pinjaman
- d. Klaim yang dibayarkan sama dengan sisa / saldo pinjaman di tanggal debitur meninggal dunia. Beberapa penanggung juga menyetujui pembayaran tunggakan bunga yang besarnya dibatasi.
- e. Polis asuransi jiwa kredit biasanya merupakan polis kumpulan dimana kreditur (bank, koperasi, *multifinance*, atau lainnya) bertindak sebagai pemegang polis sekaligus penerima manfaat asuransi apabila tertanggung meninggal dunia. Sedangkan debitur akan menjadi tertanggung. Dalam hal kreditur adalah bank maka asuransi jiwa kredit ini merupakan suatu bentuk kerjasama *bancassurance* dengan model bisnis referensi dalam rangka produk bank dimana pihak bank yang menjadi tenaga pemasar.
- f. Walaupun dipasarkan secara kumpulan namun dalam proses penerimaan kepesertaannya setiap debitur harus mengajukan permohonan asuransi jiwa kredit
- g. Penentuan metode *underwriting* didasarkan pada jenis pinjaman yang diberikan, proses pemberian pinjaman, lama pengembalian pinjaman, dan besaran pinjaman.

1. Penilaian Risiko

Proses *underwriting* pada asuransi jiwa kredit akan terbagi menjadi dua tahap yaitu:

- a. Proses penerimaan untuk seleksi calon pemegang polis yaitu lembaga keuangan yang memberikan pinjaman kepada tertanggung
- b. Proses penerimaan untuk seleksi calon tertanggung/nasabah, meliputi tinjauan atas berkas pengajuan, serta pengumpulan segala informasi yang terkait dengan data nasabah. Hasil dari tahapan *underwriting* adalah keputusan untuk:
 - menyetujui pengajuan aplikasi sesuai dengan cakupan yang diinginkan,
 - menyetujui pengajuan aplikasi dengan penyesuaian atas cakupan yang diajukan,
 - menunda menyetujui aplikasi polis sampai kondisi calon nasabah memungkinkan atau
 - menolak aplikasi pengajuan.

2. Seleksi Risiko untuk Lembaga Keuangan Pemberi Pinjaman

Dalam hal menilai risiko untuk bisnis asuransi jiwa Kredit perlu diperhatikan 3 hal antara lain:

- a. Pemberi pinjaman
- b. Jenis pinjaman
- c. Penerima pinjaman

3. Menilai Resiko Pemberi Pinjaman

Ada beberapa institusi yang dapat memberikan pinjaman kepada masyarakat, antara lain:

- a. Bank umum
- b. Perusahaan *Multifinance*
- c. Bank Perkreditan Rakyat (BPR)
- d. Koperasi
- e. Perusahaan *Fintech Lending*
- f. Pegadaian

Masing-masing institusi di atas diawasi oleh lembaga/instansi yang berbeda sebagai berikut:

- a. Bank umum dan BPR diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan Bank
- b. Perusahaan *multifinance*, pegadaian diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan IKNB
- c. Perusahaan *fintech lending* diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan IKNB
- d. Koperasi diawasi oleh Kementerian Koperasi dan UKM

Bank Umum

Perbedaan pengawasan akan memberikan pengaruh pada aturan yang berlaku. Sebagaimana diketahui meskipun mempunyai pengawas yang sama namun aturan pada bank umum jauh lebih ketat dan rinci dibandingkan dengan aturan yang berlaku bagi BPR. Hal ini menyebabkan bank umum dan BPR secara operasional berbeda. Contohnya : penetapan bunga simpanan dan bunga pinjaman, syarat pemberian pinjaman, jenis pinjaman dan lainnya. Bank umum pun dibedakan berdasarkan modal inti menjadi:

- a. Bank buku 1 dengan modal inti <Rp 1 triliun
- b. Bank buku 2 dengan modal inti Rp 1 triliun – Rp 5 triliun
- c. Bank buku 3 dengan modal inti Rp 5 triliun – Rp 30 triliun
- d. Bank buku 4 dengan modal inti Rp 30 triliun

Aktivitas bank umum dibatasi berdasarkan jenis bukunya. Aktivitas bank buku 1 lebih terbatas dibandingkan dengan aktivitas bank buku 2. Demikian juga aktivitas bank buku 2 lebih terbatas dari bank buku 3 dan seterusnya. Karena keterbatasan aktivitas inilah bank akan menggantungkan *cashflow*-nya pada jenis aktivitas utama. Sebagai contoh pada bank buku 1, salah satu pendapatan utamanya adalah pemberian pinjaman mikro dari akun *payroll* yang dibuka pada bank tersebut.

Dari klasifikasi bank berdasarkan buku dapat diperkirakan bagaimana bank tersebut menghimpun dana masyarakat serta menyalurkannya kembali ke masyarakat. Biasanya jenis pinjaman yang disalurkan juga berkorelasi dengan tingkat buku bank tersebut. Diversifikasi pinjaman pada bank dengan buku rendah biasanya didominasi oleh pinjaman yang bersifat mikro dan berjangka pendek. Tingkat agresivitas bank dalam penyaluran pinjaman menentukan juga berimbas pada kualitas calon debitur yang pada akhirnya mempengaruhi pengalaman klaim.

BPR

Sesuai UU Perbankan No. 10 tahun 1998 pasal 1, BPR adalah bank yang melaksanakan kegiatan usaha secara konvensional atau berdasarkan prinsip syariah, yang dalam kegiatannya tidak memberikan jasa dalam lalu lintas pembayaran. Segmentasi pasarnya lebih kepada Usaha Kecil dan Menengah (UKM).

Kegiatan usaha yang boleh dilakukan oleh BPR meliputi:

- a. Menghimpun dana dari masyarakat dalam bentuk simpanan berupa tabungan, deposito berjangka, dan atau bentuk lain yang dipersamakan
- b. Memberikan kredit
- c. Menempatkan dana dalam bentuk Sertifikat Bank Indonesia (SBI), deposito berjangka, sertifikat deposito, dan atau tabungan pada bank lain.

Untuk layanan terkait pemberian kredit, BPR hanya melayani Kredit Tanpa Agunan (KTA), kredit untuk karyawan, serta kredit usaha kecil. Untuk tingkat bunga yang dikenakan, BPR cenderung memberikan bunga kredit yang lebih tinggi dibandingkan dengan bank umum.

Dalam mengalokasikan kredit, BPR harus memenuhi ketentuan sebagai berikut:

- a. Dalam memberikan kredit, BPR wajib mempunyai keyakinan atas kemampuan dan kesanggupan debitur untuk melunasi utangnya sesuai dengan perjanjian.
- b. Dalam memberikan kredit, BPR wajib memenuhi ketentuan Bank Indonesia mengenai batas maksimum pemberian kredit, pemberian jaminan, atau hal lain yang serupa, yang dapat dilakukan oleh BPR kepada peminjam atau sekelompok peminjam yang terkait, termasuk kepada perusahaan-perusahaan dalam kelompok yang sama dengan BPR tersebut. Batas maksimum tersebut adalah tidak melebihi 30% dari modal yang sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan Bank Indonesia.
- c. Dalam memberikan kredit, BPR wajib memenuhi ketentuan Bank Indonesia mengenai batas maksimum pemberian kredit, pemberian jaminan, atau hal lain yang serupa, yang dapat dilakukan oleh BPR kepada pemegang saham (dan keluarga) yang memiliki 10% atau lebih dari modal disetor, anggota dewan komisaris (dan keluarga), anggota direksi (dan keluarga), pejabat BPR lainnya, serta perusahaan-perusahaan yang di dalamnya terdapat kepentingan pihak pemegang saham (dan keluarga) yang memiliki 10% atau lebih dari modal disetor, anggota dewan komisaris (dan keluarga), anggota direksi (dan keluarga), pejabat BPR lainnya. Batas maksimum tersebut tidak melebihi 10% dari modal yang sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan Bank Indonesia.

Dibandingkan dengan bank umum, operasional BPR jauh lebih sederhana dan umumnya menasar pada segmen masyarakat kelas menengah serta UMKM. Proses pengajuan permohonan pinjaman pada BPR biasanya lebih sederhana dibandingkan dengan bank sehingga persetujuan dapat diberikan lebih cepat. Salah satu konsekuensinya bunga yang dikenakan pada pinjaman juga lebih tinggi dari bunga pinjaman dari bank. BPR biasanya beroperasi di daerah-daerah yang tingkat literasi keuangan masyarakatnya relatif rendah serta memiliki akses terbatas ke bank umum.

Faktor-faktor risiko yang perlu diperhatikan oleh *underwriter* dalam menilai risiko calon debitur dari BPR antara lain:

- a. Anti seleksi
- b. Potensi *fraud*

Multifinance

Multifinance atau perusahaan pembiayaan adalah lembaga keuangan yang bergerak dalam bidang usaha peminjaman dana kepada debitur atau nasabah untuk melakukan pembelian suatu barang atau jasa (Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 29/POJK.05/2014 tentang Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Pembiayaan). Kegiatan *Multifinance* (Perusahaan Pembiayaan) dilakukan dalam bentuk penyediaan dana dan/atau barang modal serta barang kebutuhan konsumen dengan tidak menarik dana secara langsung dari masyarakat melalui tabungan, giro dan/atau bentuk lainnya yang dipersamakan dengan itu.

Adapun perbedaan *multifinance* dengan bank adalah dalam penghimpunan dana masyarakat. Apabila perbankan diperbolehkan untuk menghimpun dana dari masyarakat, *multifinance* harus mencari dana dari korporasi. Tentu saja *multifinance* juga dapat menerbitkan surat utang untuk menambah modal dan menjaga kesehatan keuangan. Hal ini membuat utang yang didanai oleh *multifinance* biasanya berbiaya besar.

Kegiatan usaha yang dapat dilakukan oleh perusahaan *multifinance* sesuai Kep. Menkeu RI. 448/KMK.017/2000 meliputi: sewa guna usaha, anjak piutang, kartu kredit, dan pembiayaan konsumen. Kemudian diperluas sesuai peraturan OJK No. 35/POJK.05/2018 yang merupakan penyempurnaan dari peraturan OJK 29/POJK.05/2014 sehingga kegiatan usahanya menjadi lebih luas mencakup: pembiayaan investasi, pembiayaan modal kerja, pembiayaan multiguna, dan kegiatan usaha lain berdasarkan persetujuan OJK.

Contoh kegiatan usaha yang paling banyak dilakukan oleh perusahaan *multifinance* antara lain menawarkan bantuan pembiayaan barang elektronik dan rumah tangga, mesin dan alat berat serta kendaraan bermotor. Perusahaan *multifinance* ini sendiri atau melakukan penalganan terlebih dahulu. Untuk kemudian pihak peminjam harus membayar dana pinjaman tersebut secara angsuran

Karakteristik pemberian kredit dari perusahaan *multifinance* antara lain: tenor yang pendek dan proses kredit yang lebih mudah. Pinjaman yang diberikan oleh perusahaan *multifinance* dalam hal *consumer goods* sejatinya diperuntukkan bagi pembelian barang dan kendaraan baru atau bekas. Namun dalam praktiknya saat ini pinjaman dapat diberikan untuk berbagai kebutuhan (multiguna) sepanjang ada agunan. Hal ini perlu diperhatikan oleh *underwriter* dalam menilai risiko calon debitur karena masuknya unsur anti seleksi dan potensi *fraud* pada pinjaman multiguna.

Koperasi

Menurut Undang-Undang No. 25 Tahun 1992 tentang Perkoperasian, koperasi adalah badan usaha yang beranggotakan orang perorangan atau badan hukum koperasi dengan melandaskan kegiatannya berdasarkan prinsip koperasi sekaligus sebagai gerakan ekonomi rakyat yang berdasar atas asas kekeluargaan.

Koperasi dapat dikelompokkan menjadi lima macam menurut Undang-Undang Nomor 25 Tahun 1992, yaitu sebagai berikut:

- a. Koperasi simpan pinjam atau koperasi kredit
Koperasi simpan pinjam atau koperasi kredit adalah koperasi yang kegiatannya menitikberatkan pada usaha simpan pinjam yang pada prinsipnya memiliki kepentingan ekonomi yang sama. Misalnya, koperasi simpan pinjam dengan anggota petani, nelayan, atau karyawan.
- b. Koperasi produsen
Koperasi produsen adalah koperasi yang beranggotakan orang-orang yang mampu menghasilkan barang-barang hasil produksi.
- c. Koperasi pemasaran
Koperasi pemasaran adalah koperasi yang beranggotakan orang-orang yang mempunyai kegiatan di bidang pemasaran barang-barang dagang. Misalnya, koperasi pemasaran elektronik.
- d. Koperasi konsumen
Koperasi konsumen adalah koperasi yang didirikan dengan tujuan menyalurkan barang-barang konsumsi yang dibuat sendiri kepada para anggota dan bukan anggota dengan harga layak.
- e. Koperasi jasa
Koperasi jasa adalah koperasi yang didirikan dengan tujuan memberikan pelayanan atau jasa kepada para anggotanya. Misalnya, koperasi jasa angkutan barang atau orang.

Koperasi simpan pinjam adalah satu jenis bentuk usaha koperasi. Pengertian koperasi simpan pinjam diatur dalam Peraturan Otoritas Jasa Keuangan (POJK) Nomor 5 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Usaha Lembaga Keuangan Mikro. Disebutkan, bahwa koperasi simpan pinjam juga harus tunduk pada aturan UU yakni Undang-Undang Nomor 17 tahun 2012 tentang Perkoperasian yang merupakan pengganti dari UU Nomor 25 Tahun 1992 tentang Perkoperasian.

Dalam aturan OJK, koperasi simpan pinjam adalah hanya boleh melayani kredit untuk para anggotanya sendiri alias tidak diperkenankan memberikan pinjaman ke luar anggota. Dibandingkan dengan lembaga keuangan lainnya seperti Perbankan atau Multifinance, prosedur pencairan dana dari koperasi simpan pinjam lebih sederhana dan cepat.

Selain besarnya pinjaman dan lamanya pengembalian pinjaman, penilaian risiko pada debitur dari koperasi harus mempertimbangkan:

- a. Jenis koperasi
- b. Dokumen yang mendukung legalitas koperasi
- c. Kepengurusan koperasi
- d. Kepesertaan pada koperasi
- e. Syarat menjadi peminjam
- f. Proses persetujuan pemberian pinjaman

Financial Technology Lending

Atau *Fintech Lending* atau *Peer to Peer Lending (P2P Lending)* adalah penyelenggaraan layanan jasa keuangan untuk mempertemukan pemberi pinjaman dengan penerima pinjaman dalam rangka melakukan perjanjian pinjam meminjam melalui sistem elektronik dengan menggunakan jaringan internet. Layanan P2P merupakan penyelenggara badan hukum Indonesia yang menyediakan, mengelola, dan mengoperasikan Layanan Pinjam Meminjam Uang Berbasis Teknologi Informasi. Penerima pinjaman (*borrower*) adalah orang dan/atau badan hukum yang mempunyai utang karena perjanjian Layanan Pinjam Meminjam Uang Berbasis Teknologi Informasi. Pemberi pinjaman (*investor*) adalah orang, badan hukum, dan/atau badan usaha yang mempunyai piutang karena perjanjian Layanan Pinjam Meminjam Uang Berbasis Teknologi Informasi. Peraturan soal P2P diatur dalam Peraturan OJK (POJK). P2P Lending sudah resmi diatur dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK) lewat Peraturan OJK nomor 77/POJK.01/2016.

Terkhusus *FinTech* dengan skema *P2P Lending*, terdapat risiko pembiayaan bermasalah akan lebih tinggi, sebab tidak memungkinkan memeriksa *track record* calon debitur, tidak secara langsung bertatap muka atau setidaknya menggunakan prinsip 5C (*Character, Capital, Collateral, Condition of Economic & Capacity*). Padahal prinsip *Know Your Customer (KYC)* menjadi hal yang amat penting, jika beroperasi pada kegiatan pembiayaan. Lebih mengkhawatirkan lagi, jika *credit scoring* yang digunakan buruk, *lending* standar yang longgar, dan rendahnya *collection* dan tanpa agunan.

Hal-hal yang perlu diperhatikan oleh *underwriter* dalam menilai risiko terkait *fintech lending* antara lain:

- a. Rekam jejak fintech
- b. Dokumen yang mendukung legalitas fintech
- c. Jenis pinjaman yang diberikan
- d. Besarnya pinjaman
- e. Lama pinjaman
- f. Syarat menjadi peminjam
- g. Menggunakan agunan atau tidak
- h. Proses persetujuan pemberian pinjaman
- i. Proses penagihan pengembalian pinjaman
- j. Potensi anti seleksi dan *fraud*

Pegadaian

Pegadaian adalah individu atau lembaga yang menawarkan pinjaman uang kepada masyarakat dengan jaminan benda milik masyarakat yang ingin meminjam uang tersebut. Bila suatu barang digadaikan untuk mendapatkan pinjaman uang, maka setelah waktu yang ditentukan pegadaian boleh membeli kembali barang yang digadaikan ditambah dengan biaya atau bunga sebagai keuntungan pihak pegadaian.

Rentang waktu dan besaran Bunga diatur oleh hukum setempat atau oleh kebijakan pegadaian tersebut. Jika pinjaman ini tidak dilunasi (atau diperpanjang bila memungkinkan) dalam rentang waktu tertentu, barang yang digadai akan dijual oleh pegadaian. Tidak seperti lembaga pemberi pinjaman yang lain, pegadaian tidak melaporkan pinjaman yang macet dari para pegadaian. Hal ini karena pegadaian memiliki barang yang digadaikan secara fisik dan mampu mengembalikan uang yang dipinjam dengan menjual barang yang digadai tersebut.

Peraturan yang mengatur tentang usaha pegadaian adalah Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 31/POJK.05/2016. Pinjaman yang diberikan oleh pegadaian biasanya bersifat mikro dan berjangka waktu pendek. Faktor-faktor yang melekat pada pinjaman mikro pada umumnya adalah anti seleksi dan potensi *fraud*.

4. Aturan yang Melingkupi

Secara umum faktor-faktor yang perlu diperhatikan dari institusi pemberi pinjaman dalam rangka kerja sama asuransi jiwa kredit adalah sebagai berikut :

- a. Apakah aturan-aturan yang melingkupi institusi pemberi pinjaman tersebut cukup banyak dan ketat,
- b. Apabila institusi pemberi pinjaman adalah bank umum, perhatikan jenis buku dari bank tersebut,
- c. Apabila institusi pemberi pinjaman adalah *multifinance*, apakah *multifinance* tersebut berafiliasi pada konglomerasi tertentu, apakah ada kepemilikan asing,
- d. Dalam hal pegadaian, bagaimana aturan gadai barang,
- e. Bagaimana institusi pemberi pinjaman melakukan seleksi atas permohonan kredit yang diajukan nasabah (prosedur pemberian kredit apakah sudah menjalankan prinsip 5C)

Selain membutuhkan informasi tentang institusi pemberi pinjaman, penanggung juga perlu mendapatkan dokumen legal terkait insitusi pemberi pinjaman maupun dokumen finansial seperti:

- a. Akta Pendirian Perusahaan dan Anggaran Dasar
- b. NPWP
- c. Surat Ijin Usaha
- d. Surat Keterangan Domisili

5. Menilai Jenis Pinjaman

Dilihat dari jangka waktu pengembalian, ada 2 jenis pinjaman, yakni pinjaman jangka pendek dan pinjaman jangka panjang.

Ciri utama dari pinjaman jangka pendek:

- a. Masa pengembalian pinjaman: beberapa bulan sampai dengan 5 tahun
- b. Nilai pinjaman tidak terlalu besar
- c. Tujuan pinjaman: komersial ataupun modal usaha, kredit konsumsi
- d. Ada atau tidak ada jaminan
- e. Perhitungan bunga di depan
- f. Tingkat bunga tetap

Contoh dari pinjaman jangka pendek antara lain:

- a. Kredit Kepemilikan Kendaraan Bermotor (KKB)
Kredit ini ditujukan untuk pembelian kendaraan bermotor (mobil pribadi atau kendaraan niaga). Peminjam kredit ini bisa individu atau institusi. Kendaraan yang dibeli bisa kendaraan baru ataupun kendaraan bekas pakai.
- b. Kredit Multiguna
Kredit Multiguna (KMG) adalah salah satu produk perbankan yang memberikan fasilitas pinjaman dimana debitur diharuskan untuk memberikan agunan atau jaminan. Dengan begitu, besarnya pinjaman yang dapat diperoleh disesuaikan dengan taksiran harga barang/properti yang dijadikan jaminan tersebut.
- c. Kredit Mikro
Kredit mikro adalah sebuah pinjaman dalam jumlah kecil yang ditujukan untuk masyarakat kelas menengah ke bawah yang tidak memiliki jaminan dan pekerjaan namun memiliki riwayat kredit yang terpercaya. Kredit ini ditujukan untuk membantu modal usaha bagi mereka yang memiliki keinginan untuk berwirausaha dan mendapatkan penghasilan yang bermanfaat bagi kehidupan mereka.
- d. Kredit dari Kartu Kredit
Kartu Kredit adalah alat pembayaran dengan menggunakan kartu yang dapat digunakan untuk melakukan pembayaran atas kewajiban yang timbul dari suatu kegiatan ekonomi, termasuk transaksi pembelian atau untuk melakukan penarikan tunai, di mana kewajiban pembayaran pemegang kartu dipenuhi terlebih dahulu oleh acquirer atau penerbit, dan pemegang kartu berkewajiban melakukan pelunasan kewajiban pembayaran tersebut pada waktu yang disepakati, baik secara sekaligus (*charge card*) ataupun secara angsuran
- e. Kredit yang diberikan secara online
Kredit yang diberikan secara online atau pinjaman online adalah jenis pinjaman yang cukup diajukan secara online melalui aplikasi ponsel, tanpa perlu tatap muka. Cara ini memberikan kemudahan dan kecepatan dalam proses pengajuan kredit.

Risiko yang harus diperhatikan oleh penanggung terkait dengan masing-masing jenis pinjaman jangka pendek:

a. Kredit Kepemilikan Kendaraan Bermotor

Kredit ini sebetulnya ditujukan untuk pembelian kendaraan bermotor baru atau bekas. Namun dalam praktiknya, kredit ini juga dapat diberikan untuk berbagai kebutuhan sepanjang peminjam menjaminkan kendaraan bermotor yang dimilikinya. Agak sulit untuk mengetahui apakah kredit ini diberikan dalam rangka pembelian kendaraan bermotor atau tujuan lain karena dokumen akad kredit tidak diberikan pada saat pengajuan permohonan asuransi, melainkan pada saat klaim. Biasanya kredit yang dipakai untuk pembelian kendaraan bermotor secara resiko kematian lebih baik, dibandingkan dengan kredit yang digunakan untuk tujuan lain. Orang yang membeli mobil pasti secara ekonomi lebih stabil dan mempunyai kemampuan finansial untuk membayar cicilan dalam jangka waktu pinjaman. Sebaliknya orang yang mengambil kredit untuk tujuan lain dengan mengagunkan kendaraan bermotor miliknya mungkin berada dalam kondisi darurat yang membutuhkan dukungan finansial. Pengajuan asuransi untuk tujuan pinjaman ini dapat diperparah dengan proses persetujuan kredit di institusi pemberi pinjaman yang tidak berbasis manajemen risiko sebagaimana mestinya.

b. Kredit Multiguna

Kredit multiguna adalah produk dari institusi pemberi pinjaman untuk memberikan pinjaman dana pada debitur atau peminjam. Produk pinjaman dana ini mewajibkan peminjamnya untuk memberikan agunan atau jaminan. Agunan itu sendiri adalah jaminan tambahan yang diserahkan oleh debitur kepada pihak bank untuk mendapatkan fasilitas kredit atau pembiayaan. Besar pinjaman yang didapatkan akan disesuaikan dengan nilai barang yang dijadikan jaminan. Kredit multiguna ini tidak hanya dipinjamkan untuk modal bisnis atau usaha saja, kredit multiguna bisa digunakan untuk biaya pendidikan, pernikahan, pengobatan, renovasi rumah, dan kebutuhan lain dengan biaya besar. Karena sifat peruntukannya yang dapat digunakan untuk kebutuhan apa saja maka dimungkinkan pinjaman yang diperoleh dipergunakan untuk melakukan pengobatan, hal ini jelas merupakan risiko bagi perusahaan asuransi sebagai penanggung risiko ditambah lagi jika terdapat ketidakjujuran nasabah dalam menyampaikan informasi kondisi kesehatannya.

c. Kredit Mikro

Karena kredit mikro segmentasinya adalah golongan kelas menengah ke bawah dengan limit yang tidak terlalu besar, biasanya prosedur pemberian kreditnya juga akan lebih longgar dibandingkan jenis kredit lainnya hal ini akan menimbulkan risiko bagi penanggung karena kecil kemungkinan perusahaan asuransi menerima informasi kesehatan tertanggung

d. Kredit dari kartu kredit dan kredit secara online

Memiliki karakteristik yang hampir sama dimana pemberian kredit tanpa dilakukan secara tatap muka. Proses KYC hanya mengandalkan data yang dimiliki oleh institusi pemberi pinjaman. Kewajiban yang dimiliki oleh perusahaan asuransi pada asuransi jiwa kredit adalah menanggung beban risiko yang dipindahkan oleh lembaga keuangan pemberi pinjaman kepada perusahaan asuransi berupa pengembalian pinjaman yang telah dikeluarkan apabila terjadi risiko debiturnya meninggal dunia.

Sebagai salah satu cara dalam pengelolaan resiko maka *Underwriter* harus mengumpulkan beberapa informasi sebelum menetapkan tabel medis yang akan diberlakukan. Informasi yang dibutuhkan antara lain:

- a. Bagaimana lembaga keuangan pemberi pinjaman menjalankan prinsip 5C dalam memberikan kredit. Prinsip 5C (*Character, Capacity, Capital, Collateral dan Condition*) adalah acuan dan bahan pertimbangan bagi lembaga keuangan dalam menyetujui permintaan kredit nasabah.
- b. Profil nasabah penerima pinjaman dari lembaga keuangan (rata-rata usia nasabah, batasan usia penerima pinjaman, rata-rata besar pinjaman yang diberikan lembaga keuangan kepada nasabah, pinjaman maksimum dan minimum yang diberikan kepada nasabah)

Berdasarkan hal tersebut diatas, maka tabel medis terbagi menjadi 2 kategori yaitu: pinjaman dengan *collateral* dan pinjaman *non-collateral* yang dibagi lagi berdasarkan jenis lembaga keuangan pemberi pinjaman.

Menilai Risiko Penerima Pinjaman (Calon Tertanggung)

Pada prinsipnya proses seleksi risiko calon tertanggung pada asuransi jiwa kredit sama dengan proses seleksi risiko pada asuransi jiwa individu. Proses seleksi risiko secara garis besar terbagi menjadi 3 bagian yaitu:

a. Seleksi risiko atas pengisian Surat Pengajuan Asuransi Jiwa Kredit (SPAJK)

Seleksi risiko terkait dengan resiko kematian berdasarkan hasil pengisian SPAJK akan memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- Informasi dasar: nama tertanggung, nomor ID, uang asuransi (jumlah pinjaman), masa asuransi (jangka waktu pinjaman), dan jenis kredit
- Usia tertanggung: statistik menunjukkan bahwa semakin tua usia calon tertanggung maka semakin tinggi pula resiko morbiditas dan mortalitasnya.
- Tinggi dan berat badan: dipergunakan untuk menentukan *Body Mass Index* (BMI) atau Indeks Massa Tubuh (IMT). BMI adalah salah satu cara yang dipergunakan untuk mengukur kenormalan berat badan seseorang berdasarkan ketinggian tubuhnya. Rumus perhitungan BMI = $BB/(TB)^2$. Batas normal BMI adalah: 18-30.
- Jawaban calon tertanggung atas pertanyaan merokok atau tidak: untuk perokok batas yang dapat ditoleransi adalah sampai dengan 30 batang per hari.
- Pekerjaan calon tertanggung: jika pekerjaan mengandung risiko maka perlu diketahui detail jenis pekerjaan/jabatannya berikut deskripsi tugas sehari-harinya. Informasi tambahan jika diperlukan dapat diperoleh dari kuesioner pekerjaan yang diisi oleh calon tertanggung. Contoh pekerjaan yang berisiko: eksplorasi/pertambangan, minyak dan gas bumi, pilot non maskapai komersial berjadwal, nelayan/pelaut, angkatan bersenjata, dan polisi.
- Apakah pengajuan asuransi calon tertanggung pernah ditunda/ditolak atau calon tertanggung pernah klaim atas asuransi kesehatan sebelumnya.
- Khusus bagi calon tertanggung wanita: jawaban atas pertanyaan apakah calon tertanggung dalam kondisi hamil, usia kehamilan, kehamilan anak ke berapa serta riwayat komplikasi pada kehamilan/persalinan sebelumnya.
- Jawaban calon tertanggung atas pertanyaan kesehatan /riwayat kesehatan.

b. Seleksi risiko atas hasil pemeriksaan kesehatan calon tertanggung.

Underwriter akan melihat hasil pemeriksaan kesehatan calon tertanggung, *underwriter* akan mencatat nilai hasil pemeriksaan yang abnormal dari setiap *item* pemeriksaan pada *worksheet*. Untuk mempermudah/membantu di dalam mengambil keputusan, *medical underwriter* dapat menggunakan *risk calculator*. Data-data hasil pemeriksaan kesehatan yang dimasukkan ke dalam *risk calculator* antara lain: usia, jenis kelamin, tinggi badan, berat badan, tekanan darah, profil lemak (*Cholesterol*, HDL, *Triglycerid*), gula darah (gula darah puasa, gula darah sewaktu, dan HbA1c), hasil EKG, dan lain-lain.

c. Seleksi risiko atas dokumen finansial calon tertanggung (bila dipersyaratkan).

Underwriter akan memeriksa dokumen finansial calon tertanggung dengan tujuan untuk mengetahui apakah layak calon tertanggung diberikan pinjaman dalam jumlah tertentu (diasuransikan dengan uang pertanggungan tertentu).

Underwriting untuk Telemarketing

Penetapan jenis produk yang dapat dijual melalui kanal *Telemarketing* tergantung pada selera risiko masing-masing perusahaan asuransi. Mengingat penjualan dilakukan melalui telepon, produk yang sesuai adalah produk yang mudah untuk dijelaskan baik oleh tenaga pemasar dan mudah dimengerti oleh calon nasabah.

Pada umumnya jenis-jenis produk *pure protection* di bawah ini dapat dijual melalui kanal *telemarketing* seperti:

- a. *Term Life*
- b. *Personal Accident*
- c. Kesehatan
- d. Penyakit Kritis

1. Penilaian Risiko

Calon nasabah yang akan dihubungi oleh *telemarketer* biasanya sudah melalui tahap saringan, misalnya nasabah pemegang kartu kredit dari bank, nasabah pemilik rekening tabungan dari bank, nasabah debitur dari bank atau lembaga keuangan, dan lainnya. Kriteria penyaringan calon nasabah ini dapat ditetapkan oleh penanggung berdasarkan target segmen pasar yang dituju dan kesesuaian profil nasabah dari bank atau lembaga keuangan yang diajak bekerja sama. Maka penting bagi *underwriting* untuk mengetahui profil calon nasabah untuk mendukung keputusan penerapan kriteria serta penilaian risiko yang akan diterapkan. Perlu diingat juga bahwa ada peraturan perlindungan nasabah dan data nasabah yang dikeluarkan oleh OJK sehingga harus dipastikan bahwa calon nasabah yang akan dihubungi sudah menyatakan persetujuannya bahwasanya data mereka akan digunakan untuk tujuan pemasaran oleh pihak bank atau lembaga keuangan dan pihak yang bekerja sama.

Proses penjualan oleh *telemarketer* berlangsung singkat. Umumnya setelah *telemarketer* menjelaskan fitur produk, calon nasabah akan memberikan persetujuannya atau penolakannya atas produk yang ditawarkan. Persetujuan verbal itulah yang akan menjadi dasar diterbitkannya polis. Oleh karenanya penerimaan risiko bagi calon tertanggung untuk produk yang ditawarkan melalui *telemarketing* pada umumnya bersifat *guaranteed acceptance/guaranteed issuance offer*. Hal ini mengingat tidak adanya formulir yang dimintakan ke calon nasabah untuk diisi. Meskipun pada produk *term life* ataupun penyakit kritis penerapan *simple underwriting/simplified issuance offer* dapat diterapkan dengan menanyakan beberapa pertanyaan kesehatan, namun perlu diingat juga bahwa pertanyaan ini dapat menyurutkan minat calon pembeli dan jawaban yang diberikan juga kurang akurat karena keterbatasan waktu yang dapat digunakan untuk menjawab pertanyaan. Berikut ini adalah contoh pertanyaan kesehatan yang diajukan pada metode *simple underwriting*:

- a. Tinggi badan dan berat badan
- b. Riwayat pemeriksaan kesehatan, pengobatan rutin, pengawasan dokter, perawatan rumah sakit atau operasi dalam 5 tahun terakhir
- c. Riwayat kesehatan anggota keluarga anda (ayah, ibu, adik, kakak) untuk penyakit kritis tertentu sebelum mencapai usia 60 tahun
- d. Riwayat pengobatan, pemeriksaan ke dokter untuk atau sedang/pernah menderita penyakit kritis dan kondisi kehamilan
- e. Kebiasaan merokok dalam 6 bulan terakhir ini

2. SIO (*Simplified Issuance Offer*)

Merupakan proses *simplifikasi underwriting*, mulai dari penggunaan 1, 3 sampai dengan 5 pertanyaan. Biasanya dipakai untuk risiko yang lebih besar daripada *guaranteed issuance offer* (GIO). Dalam menentukan pertanyaan-pertanyaan pada proses *underwriting* SIO, perlu diperhatikan kekuatannya yang dapat dipakai pada saat proses investigasi klaim. Sebaiknya bukan ditanyakan apakah anda dalam kondisi sehat, melainkan ditanyakan apakah anda pernah mengidap penyakit tertentu. Karena defisini sehat terlalu luas sehingga sulit didefinisikan.

Contoh pernyataan kesehatan yang dapat dipakai untuk SIO:

“Saya menyatakan bahwa dalam 2 tahun terakhir ini saya tidak pernah dirawat inap selama 7 hari berturut-turut, dan juga saya menyatakan bahwa dalam 5 tahun terakhir ini, saya tidak pernah mengalami gejala ataupun didiagnosa ataupun sedang diperiksa oleh dokter berkaitan dengan penyakit jantung, paru-paru, pembuluh darah, tekanan darah tinggi, *stroke*, diabetes, penyakit ginjal, penyakit hati, gangguan neurologis, infeksi HIV atau AIDS, Hepatitis B atau C, Kanker, Melanoma, Tumor. “

Mengingat proses seleksi risiko yang dibuat sangat sederhana atau bahkan tidak ada (dalam hal *guaranteed acceptance*), maka tidak bisa diabaikan bahwa terdapat ekstra risiko yang harus ditanggung perusahaan asuransi. Oleh karenanya *underwriter* bersama dengan aktuaris dapat mengukur besarnya ekstra risiko tersebut pada setiap jenis produk asuransi yang dijual dan memasukkannya dalam premi. Sehingga dengan demikian risiko tersebut secara otomatis sudah diperhitungkan dari setiap nasabah yang membeli melalui *telemarketing*. Cara ini bisa dikatakan menggunakan pendekatan subsidi silang dari sekumpulan nasabah dengan risiko rendah, sedang, dan tinggi.

Adapun risiko tambahan (ekstra risiko) yang mungkin terjadi adalah:

- a. Risiko kesehatan
- b. Risiko pekerjaan
- c. Akumulasi risiko atas polis yang sudah ada

Yang apabila dilakukan penilaian risiko secara individual akan berbeda besarnya. Pada penjualan produk asuransi secara *telemarketing* tidak dimungkinkan dilakukan akumulasi uang pertanggungan atas polis yang sudah dimiliki. Oleh karenanya, kondisi ini juga harus sebaiknya diperhitungkan dalam penilaian risiko dan dapat difaktorkan pada premi.

3. Usia Masuk

Biasanya bank atau lembaga keuangan mensyaratkan usia dimana seseorang secara hukum sudah dianggap dewasa yakni sudah mempunyai kartu tanda penduduk sehingga penanggung tinggal menyesuaikan dengan profil usia yang diberikan. Sedangkan untuk batas usia masuk maksimal penanggung tetap dapat menerapkan batasan usia masuk yang disesuaikan dengan risiko yang melekat pada produk yang dijual serta mempertimbangkan penerapan metode *underwriting* yang diterapkan yang bersifat *guaranteed acceptance* atau *simple underwriting*.

4. Batas Maksimal Uang Pertanggungan

Karena metode *underwriting* yang diterapkan biasanya *guaranteed acceptance* maka *underwriting* perlu menerapkan kebijakan maksimal uang pertanggungan per tertanggung yang lebih konservatif dibandingkan dengan risiko yang dinilai melalui metode *full underwriting*. *Underwriting* dapat pula mempertimbangkan

batas uang pertanggungan untuk persyaratan pemeriksaan medis serta usia masuk sepanjang hal ini sudah difaktorkan dalam premi oleh aktuaris.

5. Masa Tunggu dan Pengecualian

Mengingat masih mungkin terjadinya anti seleksi walaupun nasabah yang dihubungi oleh *telemarketer* telah melalui penyaringan serta penerapan *guaranteed acceptance* pada proses penjualannya, masa tunggu dapat tetap diberlakukan sebagai bagian dari proses pengelolaan risiko. Masa tunggu ini dapat diberlakukan mulai dari beberapa hari, bulan, sampai beberapa tahun bergantung pada pemfaktoran risiko dalam premi, ekspektasi rata-rata uang pertanggungan, dan ekspektasi sebaran usia masuk.

Pengecualian dapat dikenakan untuk kondisi kesehatan yang sudah ada (*pre-existing conditions*) maupun penyakit-penyakit ataupun aktivitas yang dinilai mempunyai risiko yang cukup tinggi yang tergolong *uninsurable risks* menurut selera risiko penanggung.

Underwriting untuk Digital Marketing

Saat ini ada dua model bisnis yang digunakan dalam penjualan melalui kanal digital, yakni:

- a. Pemasaran secara digital namun penjualan tetap melalui agen pemasar
Dalam model bisnis ini penggunaan sarana digital seperti *website*, media sosial, aplikasi hanya untuk tujuan promosi dan pemasaran. Proses penjualan tetap dilakukan oleh tenaga pemasar sebagaimana dilakukan pada penjualan di kanal distribusi lainnya. Apabila calon nasabah setuju untuk membeli, calon nasabah dapat mengisi formulir permohonan asuransi yang tersedia secara elektronik ataupun dalam bentuk *hardcopy*. Proses selanjutnya sama dengan proses yang terjadi pada proses yang berlaku pada kanal distribusi lainnya.
- b. Pemasaran dan penjualan secara digital
Dalam model bisnis ini semua proses dilakukan melalui sarana dan media elektronik. Calon nasabah mengakses media digital milik penanggung dimana telah tersedia konten yang akan menjelaskan produk yang ditawarkan dan memandu calon nasabah untuk melakukan pembelian serta mengisi data-data yang diperlukan, membayar premi.

Pada model bisnis pertama proses *underwriting* sama dengan proses *underwriting* yang terjadi pada jalur distribusi keagenan atau *bancassurance*. Sedangkan pada model bisnis kedua proses *underwriting* sama dengan yang terjadi pada jalur distribusi *telemarketing*. Perlu diperhatikan pada model bisnis kedua diperlukan pernyataan bahwa pemegang polis telah membaca ringkasan manfaat polis, syarat dan ketentuan, masa tunggu dan pengecualian polis sebelum lanjut ke tahap pembelian polis. Pada tahap pembelian polis sebelum melakukan pembayaran ditambahkan pernyataan bahwa transaksi pembelian polis dilakukan oleh pemegang polis dan menggunakan rekening milik pemegang polis. Hal ini diperlukan untuk meminimalisir *fraud* klaim di kemudian hari.

Akumulasi Risiko

Ada perdebatan siapa yang paling tepat menentukan akumulasi risiko. Apakah aktuaris atau *underwriter* yang paling tepat menentukannya? Hal ini disebabkan oleh karena akumulasi risiko mempunyai beberapa tujuan yang menyangkut kesehatan keuangan, retensi sendiri yang menjadi ranah aktuaris dan penilaian kesehatan calon tertanggung secara medis yang menjadi ranah *underwriter*. Untuk saat ini kita kesampingkan lebih dulu penjelasan terkait kesehatan keuangan dan retensi sendiri dan fokus pada akumulasi risiko untuk menentukan penilaian medis dari calon tertanggung. Penghitungan akumulasi risiko dapat dibuat seragam terlepas dari tujuan penggunaannya apakah untuk penyebaran risiko dalam rangka kesehatan keuangan ataupun untuk penentuan kriteria evaluasi medis.

Akumulasi risiko tidak sama dengan maksimum uang pertanggungan. Namun demikian akumulasi risiko memang menggunakan uang pertanggungan dalam penghitungannya. Risiko di sini bermakna total kewajiban yang menjadi beban dan tanggung jawab perusahaan asuransi dan akan dibayarkan ke nasabah dalam hal tertanggung mengalami risiko. Akumulasi risiko dapat dilakukan berdasarkan jenis risiko yang dijamin, misal risiko meninggal dunia, risiko kesehatan, risiko kecelakaan. Pada produk penyakit kritis yang bersifat percepatan dari risiko meninggal dunia (*death acceleration*) sering kali uang pertanggungan penyakit kritis diakumulasikan bersama dengan uang pertanggungan meninggal dunia. Dalam beberapa praktik, uang pertanggungan polis asuransi jiwa kumpulan seorang tertanggung tidak diakumulasikan dengan uang pertanggungan polis asuransi jiwa perorangan karena kendala teknis. Namun seyogyanya uang pertanggungan untuk tertanggung yang sama harus diakumulasikan menurut jenis risikonya terlepas dari polis yang dimilikinya apakah kumpulan atau perorangan.

Akumulasi risiko dalam rangka evaluasi medis untuk asuransi kecelakaan diri tidak dilakukan karena karakter risiko kecelakaan yang tidak berkaitan dengan kondisi kesehatan yang sudah ada dari calon tertanggung.

Berikut ini adalah beberapa produk asuransi yang tidak mempertimbangkan akumulasi risiko untuk penilaian atau evaluasi medis:

- a. Asuransi kesehatan yang bersifat *cash plan* karena besaran manfaat dibatasi dan tidak terlalu signifikan
- b. Asuransi kesehatan yang bersifat *indemnity* karena durasi kontrak jangka pendek dan besaran manfaat dibatasi
- c. Asuransi yang dijual melalui jalur distribusi *telemarketing* atau digital karena karakteristik pemasaran yang bersifat cepat, persetujuan segera (*instant approval*) dan penggunaan metode *Underwriting Guaranteed Issuance Offer*.

Tabel Medis

Seorang tertanggung seyogyanya sudah memberikan informasi yang tepat dan akurat tentang kondisi kesehatannya dan riwayat penyakit yang pernah dideritanya melalui jawaban yang diberikan atas pertanyaan kesehatan pada SPAJ. Namun demikian ada kalanya informasi tersebut tidak terungkap, kurang mendetail, atau *underwriter* perlu memastikan kondisi kesehatan calon tertanggung saat ini dengan lebih akurat lagi. Oleh karenanya calon tertanggung dapat diminta untuk melakukan pemeriksaan medis atas rekomendasi *underwriter*. Pemeriksaan kesehatan ini dapat juga dilakukan karena akumulasi risiko, serta usia calon tertanggung telah memenuhi kriteria untuk pemeriksaan medis. Dalam hal ini *underwriter* menggunakan suatu tabel medis yang telah disetujui bersama dengan reasuradur untuk digunakan dalam rangka penilaian risiko medis dari calon tertanggung. Secara umum tabel medis disusun dengan memperhatikan hal-hal berikut ini:

- a. Usia dimana terjadi peningkatan risiko akibat pengaruh kondisi kesehatan pada umumnya
- b. Besarnya risiko yang dijamin
- c. Sebaran risiko sesuai dengan segmentasi pasar atau target pasar
- d. Karakteristik risiko (pure risk vs saving)
- e. Kanal distribusi

Jenis pemeriksaan yang akan dilakukan biasanya disesuaikan dengan tingkat risiko berdasarkan:

- a. Besaran risiko yang dijamin
- b. Keterwakilan serta relevansi hasil pemeriksaan medis terhadap kemungkinan timbulnya risiko
- c. Efektivitas hasil pemeriksaan vs biaya pemeriksaan

Financial Underwriting

Sebagaimana telah dijelaskan pada bagian awal, besarnya risiko yang dijamin oleh penanggung haruslah berkorelasi dengan potensi kerugian finansial calon tertanggung. Pada beberapa permohonan asuransi utamanya untuk risiko dengan uang pertanggungan yang relatif besar penanggung akan melakukan *financial underwriting* atau pemeriksaan risiko dari sisi finansial calon tertanggung. Jika di perbankan pemeriksaan finansial dilakukan untuk memastikan kemampuan debitur untuk membayarkan kembali pinjaman yang diberikan, pada asuransi jiwa pemeriksaan finansial terkait dengan risiko *over-insured* yakni risiko yang dijamin penanggung jauh lebih besar dari kemampuan finansialnya saat ini. Umumnya risiko *over-insured* berkaitan erat dengan anti seleksi, yakni potensi seseorang membeli asuransi karena sudah mempunyai risiko seperti kondisi kesehatan yang sudah ada (*pre-existing conditions*). Pada kasus *over-insured* calon tertanggung membeli asuransi dengan uang pertanggungan yang lebih besar dari potensi kerugian finansial yang diderita. Idealnya seseorang membeli proteksi yang dapat menggantikan biaya hidup saat ini serta memastikan kebutuhan keluarga di masa mendatang.

Penetapan besarnya uang pertanggungan yang dianggap wajar dapat disusun berdasarkan usia, pekerjaan dan pendapatan serta tujuan pembelian asuransi. Misal:

- a. Calon tertanggung yang berusia 25 tahun, belum menikah, bekerja sebagai staf administrasi maka batas kewajaran uang pertanggungan adalah 20 kali pendapatan saat ini
- b. Calon tertanggung yang mempunyai usaha dan mengajukan asuransi maka batas kewajaran uang pertanggungan adalah 50% dari kekayaannya apabila tujuannya untuk menjamin beban pajak di masa mendatang
- c. Calon tertanggung yang telah menikah dengan 2 anak balita maka batas kewajaran uang pertanggungan adalah 70 kali pendapatan saat ini

Penetapan parameter untuk menentukan *financial underwriting* sangat bervariasi dan tak terbatas. Sangat disarankan untuk menggunakan data-data pendukung yang valid guna mendukung penetapan batas kewajaran uang pertanggungan. Setelah ditetapkan *underwriter* dapat menginformasikan kepada tenaga penjual untuk mereka gunakan dalam analisa kebutuhan.

Untuk melakukan *financial underwriting* diperlukan sejumlah dokumen pendukung seperti:

- a. Formulir keuangan dari penanggung
- b. Rekening koran / tabungan
- c. Laporan keuangan (apabila calon tertanggung mempunyai usaha)
- d. Laporan pajak

Manajemen Risiko Terkait Proses di *Underwriting*

1. Identifikasi dan Pengukuran Risiko

Penanggung harus mempertimbangkan implikasi yang terkait dengan memilih, menerima, dan menahan risiko yang mungkin menyimpang dari apa yang dipertimbangkan selama pengembangan produk dan tahap penetapan harga. Risiko seperti itu termasuk:

- a. Menerima risiko tanpa memberikan *loading* yang memadai atau persyaratan/pegecualian;
- b. Menerima risiko yang seharusnya ditolak mengingat toleransi risiko perusahaan asuransi;
- c. Menerima risiko non-homogen di bawah risiko dengan kategori yang sama;
- d. Menerima dan menahan risiko yang melebihi kemampuan yang tersedia untuk perusahaan asuransi (akumulasi risiko);
- e. Menerima risiko yang pengalamannya lebih buruk dari yang diestimasikan saat menentukan harga produk;
- f. Perlindungan reasuransi yang tidak memadai atau perbedaan/inkonsistensi antara cakupan dan persyaratan yang ditawarkan di bawah polis langsung dan di bawah kontrak reasuransi; dan
- g. Kemungkinan terjadinya *over-insured*.

2. Pengendalian dan Mitigasi Risiko

- a. Karena formulir aplikasi /SPAJ biasanya merupakan sumber utama informasi bagi *underwriter*, maka SPAJ harus ditinjau secara berkala untuk memastikan bahwa pertanyaan tetap cukup jelas dan relevan. Penting juga untuk mengingatkan pemegang polis dan agen penjual tentang perlunya memberitahukan perusahaan asuransi jika terdapat perubahan material terkait risiko utamanya untuk polis YRT di mana premi dijamin untuk satu tahun polis.
- b. Penanggung harus memastikan bahwa formulir aplikasi /SPAJ dilengkapi dengan benar dan informasi yang diberikan benar dan relevan, terkini dan jelas agar *underwriter* dapat memberikan penilaian yang akurat atas risiko yang akan diasuransikan dan untuk mengidentifikasi risiko yang muncul dengan lebih baik. Penanggung harus menyadari akan strategi pemasaran, distribusi, dan penetapan harga, juga perilaku pemegang polis ketika menilai risiko tersebut.
- c. Penanggung harus memiliki sistem informasi yang efisien yang menghubungkan semua informasi penting terkait *underwriting*, klaim dan reasuransi, dan sebaiknya pada platform yang sama. Misalnya sistem harus berisi informasi *underwriting* yang penting dan terkini, informasi klaim, batas reasuransi, batas kewenangan dan akumulasi risiko. Sistem juga harus memungkinkan adanya *peer review* dan proses persetujuan. Hak akses dan pengeditan yang tepat juga harus diatur untuk melindungi integritas sistem informasi.
- d. Penanggung harus memastikan bahwa informasi yang ditangkap dalam sistem informasi, termasuk alasan yang melandasi keputusan *underwriting* yang mutakhir dan akurat untuk memfasilitasi pemantauan proses *underwriting* dan validasi kualitas *underwriting* keputusan. Hak akses yang tepat dan pengeditan harus diatur untuk melindungi integritas sistem informasi.
- e. Penanggung harus memiliki pedoman *underwriting* yang terdokumentasi dengan jelas untuk masing-masing jenis manfaat atau produk utama yang ditanggungnya untuk memberikan bimbingan yang cukup kepada para *underwriter*. Juga harus ada pedoman yang jelas tentang kapan *underwriter* harus merujuk ke reasuradur untuk dukungan penjaminan.
- f. Pedoman *underwriting* harus mencakup aturan tentang bagaimana berbagai jenis risiko dikelompokkan untuk menentukan persyaratan medis dan dokumen finansial, batas wewenang *underwriter*, perincian persyaratan tambahan (jika ada), jenis pembatasan yang akan dikenakan (seperti usia, uang pertanggungan, jenis asuransi dasar atau tambahan yang diperbolehkan), dan *loading* yang akan ditetapkan.

- g. Pedoman *underwriting* secara umum mencakup tujuan bisnis, kriteria penilaian risiko, *rating factors*, risiko yang ditolak, risiko yang harus dirujuk, *limit* reasuransi dan kebijakan pemberian diskon / keringanan. Manajemen senior harus menyetujui kebijakan pemberian diskon tarif premi, memiliki kejelasan pendelegasian wewenang untuk memberikan diskon, dan meninjau kebijakan dan pengaturan delegasi secara teratur.
- h. Penanggung harus memastikan bahwa setiap penyimpangan yang signifikan dari pedoman *underwriting* harus disetujui dan alasan untuk persetujuan didokumentasikan dengan baik. Tidak ada risiko yang harus diterima sebelum perlindungan reasuransi yang diperlukan diterima dan diberlakukan.

3. Pemantauan dan Peninjauan Risiko

- a. Penanggung harus melakukan tinjauan berkala untuk memastikan bahwa *underwriting* tetap kompeten di koridor wewenang yang didelegasikan kepadanya dan kualitas keputusan *underwriting* yang dibuat tetap memuaskan.
- b. Penanggung harus memiliki metode sistematis untuk memantau akumulasi risiko di seluruh jenis risiko dan wilayah geografis sehingga keseluruhan risiko yang ditanggung oleh perusahaan asuransi selalu berada dalam batas proteksi dari reasuransi serta selera risiko penanggung. Hal itu juga berarti harus selalu memastikan bahwa fakultatif reasuransi diperoleh bila diperlukan.
- c. Penanggung harus melakukan audit atau pemeriksaan dokumen *underwriting* secara teratur. Tinjauan ini harus dilakukan dengan jelas dan telah ditentukan kerangka acuan sebelumnya – misalnya, untuk memeriksa kepatuhan terhadap pedoman *underwriting* atau batas kewenangan *underwriter*. Juga harus ada yang cara yang sistematis untuk memilih dokumen yang akan ditinjau.
- d. Penanggung harus memantau indikator risiko seperti pengalaman klaim – misalnya ketika analisis pengalaman menunjukkan bahwa pengalaman klaim lebih buruk dari apa yang diasumsikan saat penetapan harga (*pricing*). Contoh lain dapat digunakan indikator dari jumlah keluhan terhadap perusahaan asuransi sehubungan dengan keputusan *underwriting* yang dibuat atau ketepatan waktu mengeluarkan keputusan.

Lampiran A – Contoh Formulir Pertanyaan Kesehatan Untuk Asuransi Kesehatan Perorangan

CONTOH PERTANYAAN TAMBAHAN PADA PRODUK ASURANSI KESEHATAN INDIVIDU

PERTANYAAN TAMBAHAN TERKAIT ASMA

Nama : _____ No. SPAJ/Polis : _____
Tanggal Lahir : _____

1. Berapakah usia Anda pada waktu mendapat serangan asma pertama kali? _____

2. Berapa banyak serangan asma yang Anda dapatkan dalam 2 tahun terakhir ini?: _____

3. Apakah serangan asma Anda menjadi bertambah berat: _____

4. Kapankah serangan asma Anda yang terakhir (tanggal, bulan & tahun) _____

5. Apakah serangan asma Anda terjadi pada musim-musim tertentu?
 Ya Tidak
Jika "Ya", biasanya terjadi pada musim apa? _____

6. Tahukah Anda keadaan/sesuatu benda yang menyebabkan serangan asma Anda timbul?
 Ya Tidak
Jika "Ya" :
 - a) apakah keadaan pencetus timbulnya serangan itu? Jelaskanlah! (seperti stress, kemarahan, dll) _____

 - b) apakah benda yang menyebabkan serangan timbul? Tuliskanlah! (seperti debu, serbuk bunga, dll) _____

7. Pengobatan apakah yang Anda peroleh dari dokter/konsultan medis Anda? Tuliskanlah dengan jelas:
 - a) Jenis pengobatan (seperti: suntikan, obat minum, obat inhaler, dll)? _____

 - b) Nama obat beserta dosis yang biasa Anda gunakan: _____
- _____
- _____
- _____
8. Pernahkah Anda berkonsultasi ke dokter untuk penyakit asma ini?
 Ya Tidak
Jika "Ya":
 - a) Nama dokter : _____

 - b) Alamat dokter : _____

- c) Berapa kalikah Anda berkonsultasi ke dokter tsb di atas? _____

- d) Kapanakah konsultasi terakhir Anda dengan dokter tsb? _____

9. Berapa kalikah Anda terpaksa tidak bekerja/libur karena sakit/meninggalkan pekerjaan Anda oleh karena serangan asma dalam 2 tahun terakhir ini? _____

10. Apakah Anda pernah mengalami gangguan pada dada (seperti: nyeri dada, dll) :
- a) Pada saat serangan berlangsung? _____

- b) Pada waktu di antara kedua serangan asma? _____

- c) Jika “Ya”, kapanakah hal itu terjadi? _____

11. Apakah Anda mengalami napas pendek (terengah-engah) di antara kedua serangan asma?
- Ya Tidak
- Jika “Ya”:
- a) Berapa kalikah Anda mengalaminya dalam 2 tahun terakhir ini? _____

- b) Tuliskanlah tanggal terakhir hal itu terjadi: _____

12. Pernahkah Anda dirawat di rumah sakit sehubungan dengan penyakit asma Anda?
- Ya Tidak
- Jika “Ya” :
- a) Kapanakah hal itu terjadi? _____

- b) Berapa lamakah dirawat di rumah sakit? _____

- c) Apa nama rumah sakit itu & dimanakah alamatnya? _____

- d) Siapa nama dokter yang merawat Anda selama di rumah sakit? _____

- e) Apa tindakan & pengobatan yang telah Anda terima selama dirawat di rumah sakit tsb? _____

- f) Apa hasil perawatan penyakit asma Anda itu? _____

13. Pernahkan Anda melakukan test fungsi paru / spirometri?
- Ya Tidak
- Jika “Ya”:
- a) Kapanakah hal itu dilakukan? _____

- b) Bagaimanakah hasil test tersebut (jika Anda mempunyai hasil test tsb, harap Anda meminjamkannya kepada kami)? _____

CONTOH PERTANYAAN TAMBAHAN PADA PRODUK ASURANSI KESEHATAN INDIVIDU

PERTANYAAN TAMBAHAN DIABETES MELLITUS (KENCING MANIS)

Nama : _____ No. SPAJ/Polis : _____

Tanggal Lahir : _____

1. Kapankah pertama kali Anda didiagnosa oleh Dokter bahwa Anda menderita penyakit kencing manis (Diabetes Mellitus)? (tanggal/bulan/tahun) _____

2. Apakah Anda mengkonsultasikan penyakit kencing manis Anda itu pada Dokter?

Ya Tidak

Jika "Ya" mohon sebutkan:

Nama dokter : _____

Alamat dokter : _____

Frekuensi kunjungan ke dokter tersebut: _____

Tanggal kunjungan terakhir ke dokter (tanggal/bulan/tahun): _____

3. Apakah saat ini Anda masih meminum obat oral anti diabetik (OAD)?

Ya Tidak

Jika "Ya", tuliskanlah nama obat-obatan tsb & dosisnya masing – masing:

a) _____

b) _____

c) _____

4. Apakah anda diberi pengobatan insulin?

Ya Tidak

Jika "Ya", tuliskan cara pemakaian dan dosisnya: _____

5. Apakah dalam 2 tahun anda mendapatkan pengobatan insulin dan obat oral anti diabetik (OAD) secara bersama – sama?

Ya Tidak

Jika "Ya", tuliskan cara pemakaian dan dosisnya: _____

6. Seringkah anda memeriksakan kadar gula darah ataupun adanya gula dalam air seni?

Ya Tidak

Jika "Ya" jawablah pertanyaan berikut:

a) kapankah terakhir kali anda memeriksakan hal-hal tsb (tanggal, bulan, tahun): _____

b) tuliskanlah hasil gula darah puasa anda pada pemeriksaan terakhir (mg/dl) : _____

c) berapa lama anda mendapat perawatan untuk hal tsb: _____

7. Seringkah anda memeriksakan kadar gula darah ataupun adanya gula dalam air seni?

Ya Tidak

Jika "Ya" mohon jelaskan:

a) kapankah terakhir kali anda memeriksakan hal-hal tsb (tanggal, bulan, tahun) _____

b) tuliskanlah hasil gula darah puasa anda pada pemeriksaan terakhir (mg/dl) _____

c) berapa lama anda mendapat perawatan untuk hal tsb? _____

8. Pernahkan anda menderita koma diabetik atau koma insulin yang membutuhkan pertolongan orang lain atau perawatan di rumah sakit ataupun pemberian suntikan glukosa?

Ya Tidak

Jika "Ya" mohon jelaskan:

a) kapankah hal itu terjadi (tanggal, bulan, tahun)? _____

b) tindakan apakah yang dilakukan untuk menolong Anda? _____

c) berapa lama anda mendapat perawatan untuk hal tsb? _____

9. Pernahkan anda merasakan gangguan pada:

a) Penglihatan Anda?

Ya Tidak

Jika "Ya" mohon jelaskan:

- kapankah hal itu terjadi (tanggal, bulan, tahun)? _____

- jenis gangguan penglihatan: _____

- tindakan & pengobatan yang telah anda lakukan: _____

b) peredaran darah pada tungkai (seperti kesemutan, gangren/luka yang tidak sembuh-sembuh, dll)?

Ya Tidak

Jika "Ya" mohon jelaskan:

- kapankah hal itu terjadi (tanggal, bulan, tahun)? _____

- jenis gangguan pada tungkai: _____

- tindakan & pengobatan yang telah anda lakukan: _____

c) penyakit yang lama sembuhnya:

Ya Tidak

Jika "Ya" mohon jelaskan:

- apakah nama penyakit itu? _____

- kapankah hal itu terjadi? _____
- _____
- tindakan & pengobatan yang telah anda lakukan: _____
- _____

d) tekanan darah tinggi?

- Ya Tidak

Jika "Ya" mohon jelaskan:

- kapankah hal itu anda ketahui? _____
- _____
- kapankah terakhir tekanan darah anda diukur? _____
- _____
- berapakah tekanan darah anda dalam 2 kali pengukuran terakhir (mmHg)? _____
- _____

e) gangguan pada jantung?

- Ya Tidak

Jika "Ya" mohon jelaskan:

- kapankah hal itu anda ketahui? _____
- _____
- apa nama jenis gangguan jantung? _____
- _____
- tindakan & pengobatan yang telah anda lakukan? _____
- _____

10. Pernahkah Anda mengetahui adanya protein / albumin dalam air seni Anda?

- Ya Tidak

Jika "Ya" mohon jelaskan:

- a) kapankah anda mengetahui hal itu (tanggal, bulan, tahun)? _____
- _____
- b) bagaimanakah hasilnya? _____
- _____

11. Pernahkah jantung anda diperiksa dengan alat Elektrokardiografi (EKG)?

- Ya Tidak

- a) mengapakah hal itu anda lakukan? _____
- _____
- b) kapankah hal itu terakhir kali dilakukan? _____
- _____
- c) dimanakah hal itu dilakukan? _____
- _____
- d) bagaimanakah hasilnya? _____
- _____

12. Pernahkah dada anda di foto X-ray/rontgen?

- Ya Tidak

- a) dalam rangka apa anda melakukan x-ray tsb? _____
- _____
- b) kapankah hal itu terakhir kali dilakukan? _____
- _____

c) dimanakah hal itu dilakukan? _____

d) bagaimanakah hasilnya? _____

CONTOH PERTANYAAN TAMBAHAN PADA PRODUK ASURANSI KESEHATAN INDIVIDU

PERTANYAAN TAMBAHAN STROKE

Nama : _____ No. SPAJ/Polis : _____
Tanggal Lahir : _____

1. Kapan serangan stroke pertama kali terjadi? (tanggal/bulan/tahun) _____

2. Sampai sekarang sudah terjadi berapa kali serangan? Mohon disebutkan kapan terjadinya serangan: _____

3. Apakah pernah dirawat karena stroke atau hipertensi?
 Ya Tidak
Jika "Ya", mohon disebutkan kapan, di mana dan berapa lama: _____

4. Apakah Pasien sedang dalam pengobatan (baik untuk hipertensi dan untuk stroke)?
 Ya Tidak
Jika "Ya", tuliskan nama obat yang diminum dan dosisnya: _____

5. Gejala apa saja yang diderita pada saat serangan stroke terjadi (disebutkan seperti tangan kanan/kiri tidak dapat digerakkan, kaki kanan / kiri tidak dapat digerakkan atau diangkat, lidah kaku, suara pelo dll)? _____

6. Apakah Stroke yang diderita termasuk Stroke Haemorrhagic atau Non-Haemorrhagic? _____

7. Apakah gejala-gejala tersebut masih ada sampai sekarang? Mohon dijelaskan: _____

8. Apakah terdapat penyakit lain selain Hipertensi dan Stroke?
 Ya Tidak
Apakah penyakit yang diderita dikategorikan Transient Ischaemic Attack/TIA (stroke ringan)?
 Ya Tidak
Jika "Ya", apa penyebab penyakit TIA tersebut ? _____

9. Mohon lampirkan semua hasil pemeriksaan kesehatan pada saat perawatan untuk penyakit Stroke, misalnya hasil CT Scan Kepala atau hasil pemeriksaan laboratorium: _____

CONTOH PERTANYAAN TAMBAHAN PADA PRODUK ASURANSI KESEHATAN INDIVIDU

PERTANYAAN TAMBAHAN TEKANAN DARAH TINGGI

Nama : _____ No. SPAJ/Polis : _____
Tanggal Lahir : _____

1. Kapan Anda didiagnosa oleh Dokter bahwa Anda menderita tekanan darah tinggi? (bulan/tahun)

Sebutkan nama dokter yang memeriksa dan alamatnya: _____

2. Berapa tekanan darah Anda sewaktu pertama kali didiagnosa tekanan darah tinggi? _____

Berapa tekanan darah Anda yang paling tinggi? _____

Berapa tekanan darah Anda dalam 2 tahun terakhir ini? _____

3. Apakah Anda meminum obat-obatan untuk menurunkan tekanan darah itu?

Ya Tidak

Jika "Ya" apa nama obat-obatan itu dan berapa kali diminum per hari? _____

4. Berapa kali Anda kontrol ke dokter dalam 1 tahun? Jelaskan _____

Siapa nama dokter pribadi Anda tersebut dan alamatnya? _____

5. Kapan tekanan darah Anda dikatakan normal? (bulan / tahun) _____

6. Pernahkan Anda merasakan adanya nyeri di dada?

Ya Tidak

Jika "Ya" jawablah pertanyaan berikut:

d) Kapankah nyeri dada itu terjadi? (bulan & tahun) _____

e) Apakah Anda berobat ke dokter karena hal itu? _____

f) Nama & alamat dokter tersebut: _____

g) Apakah Diagnosa Dokter untuk nyeri dada itu? _____

h) Tindakan pengobatan & Nama obat-obatan yang diberikan ke dokter tsb: _____

7. Pernahkan dada Anda di foto X-ray (Rontgen)?

Ya Tidak

Jika "Ya" mohon jelaskan:

- d) Kapan & dimanakah terakhir kali dilakukan? _____

- e) Jelaskan bagaimana hasilnya? (hasil pemeriksaan harap dilampirkan) _____

8. Pernahkah Anda diperiksa dengan E.K.G (Elektrokardiografi) atau Treadmill Test (alat khusus untuk pemeriksaan jantung)?

Ya Tidak

Jika "Ya" mohon jelaskan:

- a) Kapankah terakhir diperiksa dengan EKG atau Treadmill Test? _____

- b) Apakah yang dikatakan dokter mengenai hasilnya? _____

9. Pernahkah Anda didiagnosa Dokter bahwa Anda mengalami suatu gangguan jantung, seperti: gangguan irama jantung, iskemi, infark / kematian otot jantung, serangan jantung, gagal jantung dll?

Ya Tidak

Jika "Ya" mohon jelaskan:

- c) Apa nama gangguan tsb? _____

- d) Nama & Alamat Dokter yang memeriksa? _____

- e) Kapan diagnosa itu diberitahukan oleh dokter? _____

- f) Tindakan pengobatan & nama obat-obatan yang diberikan dokter: _____

CONTOH PERTANYAAN TAMBAHAN PADA PRODUK ASURANSI KESEHATAN INDIVIDU

PERTANYAAN TAMBAHAN TERKAIT TUMOR

Nama : _____ No. SPAJ/Polis : _____

Tanggal Lahir : _____

1. Kapan Tumor, kista dan benjolan tersebut pertama kali timbul? _____

2. Pada bagian tubuh yang mana tumor, kista atau benjolan tersebut tumbuh? _____

3. Sebutkan diagnosa bila diketahui: _____

4. Apakah Tumor, kista, benjolan telah diangkat?

Ya Tidak

Jika "Tidak", mohon jelaskan:

a) jelaskan secara rinci pemeriksaan termasuk jenis pemeriksaan, tanggal dan hasil pemeriksaan

b) Jelaskan secara rinci pengobatan atau operasi yang dilakukan _____

Jika "Ya", mohon jelaskan:

c) Tanggal diangkatnya tumor, kista, benjolan tersebut _____

d) Metode pengangkatan yang dilakukan, mis. Dengan anestesi local, operasi dengan metode tertentu, operasi dengan anestesi umum, dll, mohon jelaskan secara rinci: _____

5. Apakah Anda masih dalam pengawasan dokter dan tetap kontrol penyakit tersebut?

Ya Tidak

Jika "Ya", jelaskan berapa seringnya Anda kontrol ke dokter mengenai Tumor, Kista, benjolan tersebut _____

Jika "Tidak", kapan anda dinyatakan tidak perlu kontrol ke dokter lagi? _____

6. Apakah Anda pernah tidak bisa bekerja selama beberapa waktu akibat kondisi penyakit tumor, kista atau benjolan tersebut?

Ya Tidak

Jika "Ya", jelaskan kapan dan lamanya tidak dapat bekerja _____

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

- 1) Saya telah memberikan Pernyataan secara lengkap dan sebenar-benarnya terhadap seluruh pertanyaan yang diajukan oleh PT Asuransi Jiwa Saya menyatakan bahwa jawaban atas pertanyaan dalam formulir ini merupakan bagian dari Surat Pengajuan Asuransi Jiwa dan atau Kesehatan, apabila ternyata terdapat pernyataan saya yang tidak sesuai dengan fakta sesungguhnya, PT Asuransi Jiwa berhak untuk membatalkan kontrak asuransi atau menolak membayarkan klaim manfaat asuransi serta ganti rugi apapun di kemudian hari, sesuai dengan pilihan Perusahaan.
- 2) Saya memberi kuasa kepada setiap Rumah Sakit / Klinik / Puskesmas / Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, instansi / lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan riwayat kesehatan saya, untuk mengungkapkan kepada PT Asuransi Jiwa (jika diperlukan) atas semua informasi dan keterangan tentang catatan riwayat kesehatan saya tersebut. Pemberian Kuasa ini merupakan hal yang tidak terpisahkan dari Surat Pengajuan Asuransi Jiwa dan atau Kesehatan dan mengikat saya, ahli waris dan keluarga saya. Kuasa ini tidak dapat dicabut kembali dan tidak akan berakhir karena situasi yang dinyatakan dalam pasal 1813, 1814, 1816 KUH Perdata dan untuk itu tetap berlaku pada waktu saya masih hidup maupun sesudah saya meninggal. Salinan/ fotocopy dari surat kuasa ini sama sah dan berlaku sebagaimana dokumen aslinya.

(.....)

Nama

Tanda Tangan

..... / /

Tanggal

*Catatan : Bila Calon Tertanggung kurang dari 17 tahun, daftar pertanyaan ini diisi oleh Pemegang Polis/
Orang tua yang sah*

CONTOH PERTANYAAN TAMBAHAN PADA PRODUK BANCASSURANCE

PERTANYAAN TAMBAHAN ASMA DAN PENYAKIT PARU

Nama : _____ No. SPAJ/Polis : _____

Tanggal Lahir : _____

1. Tuliskan Diagnosa Penyakit yang Anda derita, contoh asma, bronchitis, dll

2. Kapan pertama kali penyakit tersebut di diagnosa ? _____

3. Jelaskan atau gambarkan gejala-gejala yang Anda alami : _____

4. Seberapa sering gejala-gejala tersebut timbul ? _____

5. Berapa lama gejala-gejala tersebut timbul ? _____

6. Apakah Anda mengetahui adanya faktor pencetus timbulnya gejala-gejala tersebut?

Ya Tidak

Jika "Ya" jelaskan! _____

7. Kapan pertama kali gejala-gejala tersebut timbul ? _____

8. Apakah Anda mengonsumsi obat-obatan (termasuk obat makan, suntik, inhaler)?

Ya Tidak

Jika "Ya" mohon sebutkan! _____

9. Apakah Anda mengonsumsi obat-obatan (termasuk obat makan, suntik, inhaler) di masa lalu ?

Ya Tidak

Jika "Ya" mohon sebutkan! _____

10. Selain yang disebutkan di atas apakah Anda pernah menggunakan obat mengandung steroid atau terapi oksigen?

Ya Tidak

Jika "Ya" mohon sebutkan dan kapan _____

11. Apakah Anda pernah menjalani tes atau pemeriksaan contoh tes fungsi paru/ spirometri, x-ray, dll

Ya Tidak

Jika "Ya" mohon sebutkan dan kapan dan dimana _____

12. Apakah Anda pernah di rawat atau diperiksa dokter karena kondisi tersebut ?

Ya Tidak

13. Apakah Anda masih mengonsumsi obat-obatan tersebut sekarang ?

Ya Tidak

Jika "Ya", mohon sebutkan _____

14. Sebutkan nama dan alamat dokter yang menangani penyakit Anda :

15. Apakah Anda pernah kehilangan waktu kerja (tidak dapat bekerja) yang berarti karena kondisi penyakit Anda ini ?

Ya Tidak

Jika "Ya", mohon sebutkan, kapan dan berapa lama _____

16. Jika Anda memiliki informasi tambahan/ pemeriksaan laboratorium/X-Ray/dll mohon sertakan

CONTOH PERTANYAAN TAMBAHAN PADA PRODUK BANCASSURANCE

PERTANYAAN TAMBAHAN DIABETES MELLITUS

Nama : _____ No. SPAJ/Polis : _____

Tanggal Lahir : _____

1. Sebutkan Diagnosis pasti penyakit Anda, contoh Diabetes Mellitus tipe I atau II, Diabetes pada kehamilan, IGT, dll. (Lampirkan hasil medis yang ada) _____

2. Kapan pertama kali di diagnosa atau kapan pertama kali Anda merasakan gejala? _____

3. Apakah Anda memeriksakan kadar gula Anda di rumah ?

Ya Tidak

Jika "ya" mohon sebutkan hasilnya selama 3 bulan terakhir : _____

4. Apakah Anda pernah melakukan pemeriksaan HbA1C?

Ya Tidak

Jika "ya" mohon jelaskan kapan dan hasilnya : _____

5. Sebutkan pengobatan apa saja yang pernah dilakukan terkait dengan diabetes (termasuk pengobatan hipertensi dan kolesterol)? _____

6. Apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit?

Ya Tidak

Jika "Ya" mohon jelaskan! _____

7. Apakah Anda mengalami :

- | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
| a) Gangguan mata | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| b) Gangguan jantung | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| c) Gangguan tekanan darah tinggi | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| d) Gangguan ginjal | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| e) Gangguan sensorik (seperti kebas pada kaki) | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| f) Komplikasi lainnya | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |

Jika "ya" mohon jelaskan _____

8. Sebutkan nama dan alamat dokter yang menangani penyakit Anda

9. Apakah Anda pernah tidak masuk kerja karena keluhan diatas ?

Ya Tidak

Jika "Ya" mohon sebutkan kapan dan berapa lama!

10. Jika Anda memiliki informasi tambahan/ pemeriksaan laboratorium/X-Ray/dll mohon sertakan

CONTOH PERTANYAAN TAMBAHAN PADA PRODUK BANCASSURANCE

PERTANYAAN TAMBAHAN NYERI DADA DAN JANTUNG

Nama : _____ No. SPAJ/Polis : _____

Tanggal Lahir : _____

1. Sebutkan diagnosa penyakit Anda contoh angina, costochondritis, esophageal reflux, muscle strain, myocardial infarction, palpitations, stroke. Lampirkan copy medis yang pernah dilakukan

2. Kapan pertama kali Anda merasakan gejala tersebut? : _____

3. Mohon sebutkan gejala-gejala tersebut? _____

4. Berapa lama gejala-gejala tersebut Anda rasakan ? _____

5. Apakah gejala-gejala tersebut sering kambuh ?

Ya Tidak

Jika "ya" mohon sebutkan secara detail kapan, berapa lama dan kapan serangan terakhir: _____

6. Apakah gejala-gejala tersebut di picu karena olahraga, makanan dll ?

Ya Tidak

Jika "ya" sebutkan: _____

7. Sebutkan pemeriksaan yang pernah Anda lakukan seperti pemeriksaan darah, X-ray, Angiogram, Echocardiography, Electrocardiography, Endoscopy, Treadmill Test, dll _____

8. Sebutkan obat-obatan yang Anda konsumsi? _____

9. Apakah Anda pernah di rawat atau berobat ke rumah sakit ?

Ya Tidak

Jika "ya" mohon sebutkan _____

10. Apakah Anda pernah di operasi karena keluhan yang Anda alami :

Ya Tidak

Jika "ya" mohon jelaskan tindakan / operasi apa yang dilakukan msalnya : pasang stent, balloning, cincin, dll _____

11. Sebutkan nama dan alamat dokter yang menangani penyakit Anda _____

12. Pasca operasi / tindakan tsb di atas apakah timbul gejala-gejala yang pernah dirasakan sebelumnya
 Ya Tidak
Jika "ya" mohon jelaskan _____

13. Apakah ada pengobatan tambahan atau yang disarankan oleh dokter Anda ?
 Ya Tidak
Jika "ya" mohon sebutkan _____

14. Apakah Anda pernah kehilangan waktu kerja (tidak dapat bekerja) karena kondisi penyakit Anda ini ?
 Ya Tidak
Jika "Ya", mohon sebutkan, kapan dan berapa lama _____

15. Jika Anda memiliki informasi tambahan/ pemeriksaan laboratorium/X-Ray/dll mohon sertakan

CONTOH PERTANYAAN TAMBAHAN PADA PRODUK BANCASSURANCE

PERTANYAAN TAMBAHAN TEKANAN DARAH TINGGI

Nama : _____ No. SPAJ/Polis : _____

Tanggal Lahir : _____

1. Kapan pertama kali Anda di diagnosa hipertensi ? _____

2. Berapa tekanan darah Anda saat itu ? _____
Jelaskan : _____
3. Kapan terakhir kali tekanan darah Anda di ukur ? _____
4. Apakah Anda mengetahui tekanan darah Anda saat ini?
 Ya Tidak
Jika "ya" mohon jelaskan : _____

5. Apakah Anda minum obat secara teratur hingga saat ini ?
 Ya Tidak
Jika "ya" mohon sebutkan nama obat, dosis dan frekuensinya : _____

6. Selain yang disebutkan di atas, apakah ada obat-obatan lain yang di minum untuk menurunkan tekanan darah Anda ?
 Ya Tidak
Jika "ya" mohon sebutkan nama obat, dosis dan frekuensinya : _____

7. Apakah Anda pernah melakukan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan darah, tekanan darah 24 jam, EKG, Echo, urine lengkap dll
 Ya Tidak
Jika "ya" mohon sebutkan : _____

8. Apakah Anda juga mengalami hyperkolesterol (peningkatan kadar lemak darah), diabetes mellitus (gula), jantung, ginjal, atau keluhan pada mata ?
 Ya Tidak
Jika "ya" mohon sebutkan : _____

9. Selain pemeriksaan di atas adakah pemeriksaan lain yang Anda lakukan ?
 Ya Tidak
Jika "ya" mohon sebutkan _____

10. Sebutkan nama dokter dan alamat tempat Anda memeriksakan tekanan darah Anda _____

11. Jika Anda memiliki informasi tambahan/ pemeriksaan laboratorium/X-Ray/dll mohon sertakan

Lampiran C – Contoh Formulir Pertanyaan Kesehatan Untuk Asuransi Jiwa Kredit

CONTOH PERTANYAAN TAMBAHAN PADA PRODUK ASURANSI JIWA KREDIT

PERTANYAAN TAMBAHAN DIABETES MELLITUS

Untuk diisi dan di tandatangani oleh CALON TERTANGGUNG.

Apabila tempat yang tersedia pada formulir ini ini tidak cukup, dapat menggunakan kertas terpisah, harap memberi nama, tanggal dan tanda tangan. Semua informasi akan dijaga kerahasiannya.

No. Ref/No. SPAJ : _____
Nama Calon Tertanggung : _____
Nama Calon Pemegang Polis : _____

1. Sebutkan Diagnosis pasti penyakit Anda, contoh Diabetes Mellitus tipe I atau II, Diabetes pada kehamilan, IGT, dll. Lampirkan hasil medis yang ada: _____

2. Kapan pertama kali di diagnosa atau kapan pertama kali Anda merasakan gejala? _____

3. Apakah Anda mengkonsultasikan penyakit kencing manis Anda pada dokter?

Ya Tidak

Jika "Ya" mohon jelaskan :

Nama dokter : _____

Alamat dokter : _____

Frekuensi kunjungan ke dokter tersebut : _____

Tanggal kunjungan terakhir ke dokter : _____

4. Apakah saat ini Anda masih meminum Obat Anti Diabetik (OAD)?

Ya Tidak

Jika "Ya" mohon jelaskan nama obat - obatan tersebut dan dosis masing - masing : _____

5. Apakah Anda di beri pengobatan insulin ?

Ya Tidak

Jika "Ya" mohon jelaskan cara pemakaian dan dosisnya : _____

6. Apakah dalam 2 tahun terakhir Anda mendapatkan pengobatan insulin dan Obat Anti Diabetik (OAD) secara Bersama-sama (gabungan) ?

Ya Tidak

Jika "Ya" mohon jelaskan macam obat, cara pemakaian dan dosisnya : _____

7. Apakah Anda memeriksakan kadar gula darah Anda atau gula dalam air seni Anda :
 Kapan terakhir kali Anda memeriksakan : _____
 Tuliskan hasil pemeriksaan terakhir : _____
 Berapa lama Anda mendapat perawatan untuk hal tsb : _____

8. Pernahkan Anda mendapatkan koma diabetik dan membutuhkan perawatan di rumah sakit atau suntikan glucose ?
 Ya Tidak
 Jika "Ya" mohon jelaskan ,
 Kapan hal itu terjadi : _____
 Tindakan apa yang dilakukan : _____
 Berapa lama Anda mendapat perawatan untuk hal tsb : _____

9. Pernahkan Anda merasakan gangguan pada :
 g) Penglihatan Anda Ya Tidak Jika Ya :
 Kapan hal itu terjadi : _____
 Tindakan apa yang dilakukan : _____
 Berapa lama Anda mendapat perawatan untuk hal tersebut : _____

h) Peredaran darah pada tungkai (kesemutan, gangren, dll) Ya Tidak Jika Ya :
 Kapan hal itu terjadi : _____
 Tindakan apa yang dilakukan : _____
 Berapa lama Anda mendapat perawatan untuk hal tersebut : _____

i) Penyakit yang lama sembuhnya Ya Tidak Jika Ya :
 Kapan hal itu terjadi : _____
 Tindakan apa yang dilakukan : _____
 Berapa lama Anda mendapat perawatan untuk hal tersebut : _____

j) Tekanan darah tinggi Ya Tidak Jika Ya :
 Kapan hal itu terjadi : _____
 Tindakan apa yang dilakukan : _____
 Berapa lama Anda mendapat perawatan untuk hal tersebut : _____

k) Gangguan pada jantung Ya Tidak Jika Ya :
 Kapan hal itu terjadi : _____
 Tindakan apa yang dilakukan : _____
 Berapa lama Anda mendapat perawatan untuk hal tersebut : _____

10. Pernahkah Anda mengetahui adanya protein / albumin dalam air seni anda :

Ya Tidak

Jika "Ya" mohon jelaskan

Kapan hal itu terjadi : _____

Bagaimana hasilnya : _____

11. Pernahkah Anda di periksa dengan menggunakan Elektrokardiogram (EKG):

Ya Tidak, Jika "Ya"

Mengapa hal itu Anda lakukan : _____

Kapan hal itu terjadi : _____

Dimana pemeriksaan tsb dilakukan : _____

Bagaimana hasilnya : _____

12. Pernahkah Anda di foto X-Ray / Rontgen:

Ya Tidak , Jika "Ya"

Mengapa hal itu Anda lakukan : _____

Kapan hal itu terjadi : _____

Dimana pemeriksaan tsb dilakukan : _____

Bagaimana hasilnya : _____

Untuk pertanyaan 7,10,11,12 - jika Anda mempunyai hasilnya, mohon dapat di pinjamkan.

CONTOH PERTANYAAN TAMBAHAN PADA PRODUK ASURANSI JIWA KREDIT

PERTANYAAN TAMBAHAN GANGGUAN PADA PERNAFASAN

(Asma, Bronchitis, Sinusitis, Emphysema, Penyakit Obstructive Airways Kronis, Dll)

Untuk diisi dan di tandatangani oleh CALON TERTANGGUNG.

Apabila tempat yang tersedia pada formulir ini tidak cukup, dapat menggunakan kertas terpisah, harap memberi nama, tanggal dan tanda tangan. Semua informasi akan dijaga kerahasiannya.

No. Ref/No. SPAJ : _____
Nama Calon Tertanggung / : _____
Nama Calon Pemegang Polis _____

1. Apa diagnosa untuk masalah di dada Anda (jika diketahui) ? :

- Asma
- Brochitis
- Sinusitis
- Lainnya _____
- Emphysema
- Penyakit obstructive airways kronis

2. Kapan penyakit tersebut pertama kali didiagnosa ? _____

3. Apakah Anda pernah melakukan pemeriksaan x-rays, dan atau pemeriksaan-pemeriksaan kesehatan lainnya untuk penyakit tersebut ?

- Ya
- Tidak

Jika "Ya", jelaskan secara terperinci termasuk tanggal pemeriksaan dan hasil pemeriksaan

4. Apakah pernah dilakukan tindakan operasi terhadap penyakit tsb? :

- Ya
- Tidak

Jika "Ya", jelaskan lebih detail :

Tanggal perawatan : _____

Lama di rumah sakit : _____

Nama Rumah sakit : _____

Nama Dokter yang merawat : _____

Tindakan medis yang diberikan : _____

Obat yang diberikan dan dosisnya : _____

Hasil perawatan : _____

Rekomendasi medis setelah perawatan : _____

Berdasarkan gejala-gejalanya:

- Jelaskan gejala-gejala yang Anda alami dan bagaimana dampaknya terhadap diri Anda?

Seberapa sering gejala-gejala tersebut terjadi? (dalam waktu 12 bulan terakhir) _____

Apakah gejala-gejala tersebut membangunkan tidur Anda pada malam hari ?

Ya Tidak

Jika Ya, seberapa sering dalam sebulan _____

Apakah Anda menyadari beberapa penyebab tertentu yang memicu timbulnya gejala-gejala tersebut? (misal: olahraga, stress, alergi)

Ya Tidak

Apakah gejala-gejala tersebut mengganggu kegiatan Anda sehari-hari ?

Ya Tidak

Jika "Ya", jelaskan terperinci _____

Kapan terakhir kali gejala-gejala tersebut timbul ? _____

5. Jelaskan secara terperinci pengobatan yang Anda lakukan. Termasuk nama obat-obatan yang digunakan, dosis dan seberapa sering digunakan. Termasuk informasi mengenai tablet, injeksi, dan inhaler:

Saat ini : _____

Di masa lampau : _____

Seberapa sering Anda membutuhkan untuk mengulang membeli obat-obat tersebut?

_____ kali perbulan/tahun (coret salah satu dari satuan waktu)

Apakah Anda pernah menggunakan steroid secara oral dalam bentuk tablet ? (misal, prednisolone atau cortisone)

Ya Tidak

Jika Ya, jelaskan terperinci termasuk tanggal, dosis dan lama pengobatan : _____

6. Berdasarkan pengawasan terhadap kondisi Anda :

Nama Dokter yang bertanggung jawab : _____

Seberapa sering anda mengunjungi dokter untuk pemeriksaan ?

_____ kali perbulan/tahun (coret salah satu dari satuan waktu)

Kapan konsultasi terakhir Anda ? _____

7. Apakah Anda pernah tidak masuk bekerja (misal, selama seminggu) dikarenakan kondisi ini ?

Ya Tidak

Jika "Ya", jelaskan secara terperinci termasuk tanggal dan lamanya ? : _____

8. Adakah gangguan / penyakit lain yang Anda rasakan ?

Ya Tidak

Jika YA, jelaskan jenis kelainan, tanggal kelainan terjadi dan pengobatan yang sudah dilakukan :

CONTOH PERTANYAAN TAMBAHAN PADA PRODUK ASURANSI JiWA KREDIT

PERTANYAAN TAMBAHAN TEKANAN DARAH TINGGI (HIPERTENSI)

Untuk diisi dan di tandatangani oleh CALON TERTANGGUNG.

Apabila tempat yang tersedia pada formulir ini tidak cukup, dapat menggunakan kertas terpisah, harap memberi nama, tanggal dan tanda tangan. Semua informasi akan dijaga kerahasiannya.

No. Ref/No. SPAJ : _____
Nama Calon Tertanggung / : _____
Nama Calon Pemegang Polis : _____

1. Kapan Anda pertama kali didiagnosa oleh Dokter bahwa Anda menderita tekanan darah tinggi (bulan/tahun) ? : _____
Nama dan alamat Dokter yang memeriksa : _____

2. Pada waktu itu, tekanan darah Anda diperiksa untuk keperluan/keluhan apa ? (misalnya pemeriksaan rutin, karena keluhan tertentu, dll) _____

3. Berapa tekanan darah tinggi Anda waktu itu (sistolik/diastolik) ? : _____

4. Sebutkan nama obat Tekanan Darah Tinggi yang Anda minum beserta dosisnya :

- a. Saat ini : _____
b. Dahulu (sebelumnya) : _____

5. Kapan terakhir kali Anda melakukan konsultasi Dokter untuk tekanan darah tinggi ? _____

Sebutkan nama dan alamat Dokter tersebut dan berapa tekanan darah saat itu (bila dilakukan beberapa kali pemeriksaan, mohon sebutkan semua hasilnya) _____

6. Pernahkah Anda menderita/merasakan nyeri dada ?

Ya Tidak

Jika "Ya" :

- Kapankah nyeri dada itu terjadi ? (bulan/tahun) : _____
- Apakah Anda berobat ke Dokter karena nyeri dada ini ? : _____
- Mohon tuliskan nama dan alamat dokter tersebut : _____
- Apakah diagnosa Dokter untuk nyeri dada tersebut ? : _____
- Apa tindakan & nama obat yang diberikan Dokter tersebut ? : _____

7. Pernahkah Anda menjalani pemeriksaan EKG, X-ray, test lemak darah, atau pemeriksaan lain ?

Ya Tidak

Bila "Ya", kapan, bagaimana hasilnya, dan mohon lampirkan copy hasilnya : _____

8. Pernahkah terdapat kelainan pada hasil analisa air seni Anda ?

Ya Tidak

Jika "Ya" kapan dan sebutkan jenis kelainannya : _____

9. Pernahkah Anda didiagnosa Dokter bahwa Anda mengalami gangguan jantung, seperti : Gangguan Irama Jantung, Iskemi, Infark/Kematian Otot Jantung, Serangan Jantung, atau Gagal Jantung ?

Ya Tidak

Bila "Ya", sebutkan jenis gangguan tersebut menurut Dokter, nama, dan alamat Dokter, kapan diagnosa tersebut diberikan, dan jenis tindakan dan nama obat- obatan yang diberikan : _____

10. Pernahkah Anda mengetahui adanya protein / albumin dalam air seni anda :

Ya Tidak

Jika "Ya" mohon jelaskan

Kapan hal itu terjadi : _____

Bagaimana hasilnya : _____

11. Pernahkah Anda di periksa dengan menggunakan Elektrokardiogram (EKG):

Ya Tidak, Jika "Ya"

Mengapa hal itu Anda lakukan : _____

Kapan hal itu terjadi : _____

Dimana pemeriksaan tsb dilakukan : _____

Bagaimana hasilnya : _____

12. Pernahkah Anda di foto X-Ray / Rontgen:

Ya Tidak , Jika "Ya"

Mengapa hal itu Anda lakukan : _____

Kapan hal itu terjadi : _____

Dimana pemeriksaan tsb dilakukan : _____

Bagaimana hasilnya : _____

Untuk pertanyaan 7,10,11,12 - jika Anda mempunyai hasilnya, mohon dapat di pinjamkan.

CONTOH PERTANYAAN TAMBAHAN PADA PRODUK ASURANSI JiWA KREDIT

PERTANYAAN TAMBAHAN JANTUNG KORONER

Untuk diisi dan di tandatangani oleh CALON TERTANGGUNG.

Apabila tempat yang tersedia pada formulir ini tidak cukup, dapat menggunakan kertas terpisah, harap memberi nama, tanggal dan tanda tangan. Semua informasi akan dijaga kerahasiannya.

No. Ref/No. SPAJ : _____
Nama Calon Tertanggung / : _____
Nama Calon Pemegang Polis _____

1. Kapan pertama kali Anda menderita penyakit jantung koroner? _____

2. Adanya penyakit jantung tersebut diketahui dari:
 Keluhan (Nyeri Dada) EKG (Rekam Jantung) *Treadmill* *Echocardiography*
(USG Jantung)
3. Berapa jumlah pembuluh darah jantung Anda yang terkena penyempitan? _____

4. Apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit yang disebabkan oleh penyakit jantung ini?
 Ya Tidak
Jika "Ya", kapan dan mohon diberikan penjelasan secara lengkap _____

5. Apakah Anda pernah dioperasi jantung, misal pasang *ring/stent*, *bypass*, atau katerisasi?
 Ya Tidak
Jika "Ya", mohon diberikan penjelasan secara lengkap _____

6. Berapa pembuluh darah jantung yang dioperasi dan berapa *ring/stent* yang dipasang? _____

7. Berapa lama sesudah operasi Anda aktif bekerja kembali? _____

8. Apakah ada keluhan sesudah operasi?
 Ya Tidak
Jika "Ya", mohon diberikan penjelasan secara lengkap (misalnya nyeri dada, penyumbatan ulang)

9. Apakah Anda masih mengonsumsi obat-obatan untuk penyakit jantung saat ini?
 Ya Tidak
Jika "Ya", mohon diberikan penjelasan secara lengkap _____

10. Apakah Anda memeriksa jantung secara teratur sesudah operasi?
 Ya Tidak

Jika “Tidak”, kapan terakhir kali? _____

11. Mohon dapat melampirkan hasil medis/kontrol terakhir mengenai jantung Anda (termasuk EKG/Rekam Jantung, *Treadmill*, *Echocardiography*/USG Jantung, atau *Coronary Angiography*/MSCT Jantung) _____

12. Apakah Anda merokok?

Ya Tidak

Jika “Ya”, berapa batang per hari? _____

Jika sudah “Tidak”, kapan berhenti merokok terakhir kali? _____

13. Siapa Dokter yang merawat Anda sehubungan dengan kondisi di atas? Mohon tuliskan

Nama Dokter : _____

Alamat RS/ Tempat Praktik Dokter : _____

No. Telp RS/ Tempat Praktik Dokter : _____

Untuk pertanyaan 11 - jika Anda mempunyai hasilnya, mohon dapat di pinjamkan.

CONTOH PERTANYAAN TAMBAHAN PADA PRODUK ASURANSI JIWA KREDIT

**PERTANYAAN TAMBAHAN TUMOR, KISTA, BENJOLAN, DAN
PERTUMBUHAN LAINNYA**

Untuk diisi dan di tandatangani oleh CALON TERTANGGUNG.

Apabila tempat yang tersedia pada formulir ini tidak cukup, dapat menggunakan kertas terpisah, harap memberi nama, tanggal dan tanda tangan. Semua informasi akan dijaga kerahasiannya.

No. Ref/No. SPAJ : _____
Nama Calon : _____
Tertanggung /
Nama Calon _____
Pemegang Polis _____

- Menurut Anda, jenis kelainan apa yang pernah Anda derita? (pilih salah satu)
 Tumor Benjolan/lump Kista/cyst
 Lainnya, mohon jelaskan _____
- Kapan pertama kali kelainan tersebut timbul? _____ (tgl/bln/thn)
- Pada bagian tubuh mana terdapat kelainan tersebut? _____

- Bila diketahui, mohon tuliskan diagnosa pasti dari kelainan tersebut: _____

- Pemeriksaan-pemeriksaan apa saja yang telah dilakukan, termasuk tanggal dan hasil pemeriksaan tersebut: _____

- Apakah kelainan tersebut telah diangkat/dioperasi?
 Ya Tidak
- Jika "Tidak" atau belum dioperasi, pengobatan atau tindakan/operasi apa saja yang pernah dianjurkan?

- Jika "Ya" atau sudah dioperasi, mohon jelaskan:
Tanggal operasi : _____
Lama di rumah sakit : _____
Nama rumah sakit : _____
Nama Dokter yang merawat : _____
Dokter tsb adalah spesialis apa : _____
Jenis operasi : _____
Metode pembiusan (bius lokal, bedah beku, bius umum, dsb) : _____

Hasil perawatan : _____

Menurut yang dikatakan Dokter Anda, hasil Patologi Anatomi tersebut:

Jinak/*Benign* Ganas/*Malignant*

Lainnya _____

Pengobatan/tindakan apa yang dilakukan setelah dilakukan operasi?

a) Obat/oral medicines Ya Tidak Jika "Ya", mohon jelaskan :

Nama obat : _____

Jumlah dosis obat : _____

b) Radiotherapy Ya Tidak Jika "Ya", mohon jelaskan :

Jumlah *radiotherapy* : _____

c) *Chemotherapy* Ya Tidak Jika "Ya", mohon jelaskan :

Jumlah *chemotherapy* : _____

d) Lainnya : _____

9. Apabila operasi yang dilakukan adalah pengangkatan rahim (histerektomi), apakah rahim diangkat seluruhnya, atau hanya sebagian? _____

10. Jika di daerah payudara, mohon jelaskan hasil USG atau Mamografi Anda yang terakhir:

Tanggal : _____

Hasil : _____

11. Mohon beri tanda di kolom yang sesuai jika pernah diberitahukan kepada Anda, prognosa (perkiraan) atas kelainan tersebut adalah:

Baik Kurang Baik

12. Apakah Anda masih dalam perawatan lanjutan?

Ya Tidak

Jika "Ya", mohon jelaskan berapa kali dalam satu tahun? _____

Jika "Tidak", sejak kapan Anda tidak lagi dalam perawatan lanjutan? _____

13. Apakah Anda pernah tidak dapat bekerja karena kondisi tersebut?

Ya Tidak

Jika "Ya", mohon jelaskan tanggal dan lamanya _____

14. Mohon jelaskan lebih lanjut jika ada informasi tambahan lainnya sehubungan dengan kondisi Anda yang menurut Anda dapat membantu proses pengajuan asuransi jiwa Anda _____

Untuk pertanyaan 5, 8, 10 - jika Anda mempunyai hasilnya, mohon dapat di pinjamkan.

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti, menjawab dan menjelaskan pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Saya juga memahami bahwa keterangan, pernyataan dan penjelasan yang saya berikan menjadi dasar pertanggung jawaban dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari aplikasi asuransi jiwa atas diri saya kepada PT Asuransi Jiwa dan dari Polis yang diminta. Seluruh keterangan telah saya baca dan periksa kembali kebenarannya sebelum menandatangani kuesioner ini dan bahwa penyembunyian informasi material apapun dapat mengakibatkan batalnya kontrak asuransi jiwa ini.

_____, _____ (tempat & tanggal)

Nama jelas dan tanda tangan
Calon Tertanggung / Pemegang Polis

Nama jelas dan tanda tangan
Agen / BAS

Mohon tanda tangan sesuai dengan tanda tangan yang tertera di SPAJ

QUESTIONNAIRE FORM TELEMARKETING

Nama	:	
No polis	:	
Policy ID	:	
Produk	:	
Tanggal lahir	:	
Tinggi Badan	:	cm
Berat Badan	:	kg

NO	PERTANYAAN	TERTANGGUNG		KETERANGAN
		YA	TIDAK	
1.	Apakah Anda pernah sedang, direncanakan atau dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan, pengobatan rutin, dalam pengawasan Dokter atau menjalani perawatan rumah sakit atau operasi/pembedahan dalam waktu 5 tahun terakhir ini?			
2.	Apakah ada anggota keluarga anda (ayah, ibu, adik, kakak) yang menderita Penyakit Jantung, Kanker dan/ atau Stroke, sebelum mencapai usia 60 tahun?			
3.	Apakah Bapak/Ibu pernah/sedang menjalani pengobatan untuk atau mengetahui menderita atau memeriksakan diri ke dokter untuk penyakit-penyakit atau keadaan tertentu atau sedang hamil? <input type="checkbox"/> Penyakit Jantung <input type="checkbox"/> Stroke/ Kelainan Pembuluh Darah Otak <input type="checkbox"/> Kelainan Hormonal <input type="checkbox"/> Darah Tinggi <input type="checkbox"/> Gangguan Hati dan/ Empedu <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Kencing Manis <input type="checkbox"/> Kelainan Ginjal dan/ atau Saluran Kemih <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Kelainan Tulang dan/ Sendi <input type="checkbox"/> AIDS dan HIV <input type="checkbox"/> Kanker/ Tumor <input type="checkbox"/> Kelainan Darah dan/ atau Pembuluh Darah <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan <input type="checkbox"/> Hamil <input type="checkbox"/> dan penyakit atau kondisi lain yang tidak disebutkan diatas			

4.	Apakah anda merokok dalam 6 bulan terakhir ini ? Jika "YA" berapa batang per hari? batang per hari			
----	--	--	--	--

Lampiran E – Contoh Pertanyaan Kesehatan Untuk Saluran Distribusi Digital

Contoh Formulir Pertanyaan Kesehatan (*Health Questionnaire*)

1. Apakah dalam 5 tahun terakhir atau saat ini, Anda sedang atau pernah diperiksa, menerima perawatan atau nasihat medis atau menjalani perawatan di rumah sakit/ klinik yang berhubungan dengan:
 - Kanker, Tumor atau Kista
 - Stroke, Hipertensi atau Penyakit Jantung
 - Diabetes atau Peningkatan Kadar Gula Darah
 - Kelainan Darah, semua Penyakit Autoimun
 - HIV/AIDS
 - Penyakit TBC, asma atau penyakit Paru lainnya
 - Penyakit Ginjal, Hepatitis B/C atau Penyakit Hati
 - Penyakit Mental/Kejiwaan
2. Apakah Anda pernah mengajukan perlindungan asuransi jiwa, kecelakaan atau kesehatan atau cacat total dan tetap yang hasilnya ditunda, ditolak atau diterima dengan persyaratan khusus?

Contoh Formulir Pernyataan Kesehatan (*Health Declaration*)

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya dalam keadaan sehat, baik secara fisik maupun mental, dan saya sedang tidak dalam perawatan dokter, tidak sedang menjalani pengobatan, atau memiliki rencana untuk melakukan tindakan pembedahan, pemeriksaan kesehatan, ataupun pengobatan yang diakibatkan oleh adanya penyakit maupun kecelakaan. Saya tidak memiliki kelainan dan belum pernah terdiagnosa atau menjalani pengobatan untuk diabetes, tekanan darah tinggi, jantung, kelainan pembuluh darah, kelainan darah, kelainan saraf, *stroke*, atau gangguan otak, paru-paru, usus, hepatitis atau penyakit hati, penyakit ginjal, penyakit tiroid, kanker, pertumbuhan (benjolan) yang *abnormal*, kista, tumor, penyakit yang menyerang kekebalan tubuh (autoimun), dan penyakit kronis lainnya ataupun HIV/AIDS.

Jenis form pertanyaan kesehatan (*health questionnaire*) atau form pernyataan kesehatan (*health declaration*) bisa disesuaikan dengan selera risiko masing-masing perusahaan asuransi.