



INTRODUCTION TO INSURANCE



EV INSURANCE
PERLINDUNGAN UNTUK
KENDARAAN MASA DEPAN



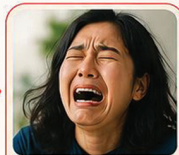
**TPL COMPULSORY
INSURANCE**
PERLINDUNGAN WAJIB
UNTUK ANDA & ORANG LAIN



GLOBAL WARMING
RISIKO NYATA,
ANCAMAN KITA SEMUA



KYC
KENALI NASABAH,
LINDUNGI KITA SEMUA



GAGAL BAYAR



**MIS-SELLING
UNIT LINK**



BANCASSURANCE



PART 2

ANDREAS FREDDY PIELOOR & TEAM

BAB
10.

JENIS-JENIS PRODUK ASURANSI



**GENERAL
INSURANCE**



**LIFE
INSURANCE**

**Risk is like a shadow.
It needs no invitation,
no permission, and no
announcement.
It simply follows
wherever life is lived.**



10.1. Pengantar

Jenis Asuransi: Asuransi Umum dan Asuransi Jiwa

Secara umum, asuransi dibagi menjadi dua jenis usaha utama, yaitu asuransi umum dan asuransi jiwa. Asuransi umum melindungi tertanggung dari kerugian finansial akibat risiko tertentu seperti kecelakaan, kebakaran, banjir, atau kerusakan kendaraan. Fokus dari asuransi ini adalah pada proteksi terhadap kerugian atau kehilangan harta benda, yang bersifat jangka pendek dan tidak berkaitan dengan umur atau kematian.

Sementara itu, asuransi jiwa memberikan perlindungan atas risiko yang terkait dengan umur hidup atau kematian seseorang. Produk-produk asuransi jiwa bisa berupa perlindungan jiwa murni, tabungan, hingga investasi yang digabungkan dengan proteksi. Berbeda dari asuransi umum, asuransi jiwa biasanya bersifat jangka panjang dan tujuannya adalah memberikan manfaat keuangan kepada ahli waris atau pemegang polis saat terjadi kematian, cacat tetap, atau masa jatuh tempo polis.

Jenis Lembaga Penyelenggara Asuransi: Asuransi Sosial dan Asuransi Komersial

Dalam praktiknya, pelayanan atau penjualan produk asuransi dilakukan oleh dua jenis lembaga, yaitu asuransi sosial dan asuransi komersial. Keduanya memiliki peran penting dalam memberikan perlindungan kepada masyarakat, namun pendekatan, tujuan, dan cakupan pelayanannya berbeda.

Asuransi sosial adalah program yang biasanya diselenggarakan oleh pemerintah atau lembaga yang ditunjuk oleh negara. Tujuan utamanya adalah memberikan perlindungan dasar kepada masyarakat, khususnya kelompok yang rentan

secara ekonomi. Contoh dari asuransi sosial di Indonesia adalah BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Program ini bersifat wajib bagi kelompok tertentu, seperti pekerja formal, dan preminya sebagian besar disubsidi oleh pemerintah atau pemberi kerja.

Berbeda dengan itu, asuransi komersial diselenggarakan oleh perusahaan swasta dengan tujuan bisnis. Perusahaan asuransi komersial menjual berbagai produk asuransi sesuai kebutuhan pasar dan bersifat sukarela. Artinya, masyarakat bebas memilih untuk membeli atau tidak, tergantung kebutuhan dan kemampuan mereka. Produk asuransi komersial juga sangat beragam dan kompetitif karena perusahaan berlomba-lomba menawarkan fitur dan manfaat terbaik.

Perbedaan penting lainnya terletak pada pendekatan layanan. Asuransi sosial lebih berorientasi pada pelayanan massal dan pemerataan akses, sementara asuransi komersial lebih menekankan pada personalisasi produk dan kepuasan pelanggan. Dengan demikian, keberadaan kedua jenis lembaga ini saling melengkapi dalam membentuk sistem perlindungan risiko yang menyeluruh di masyarakat.

Definisi Asuransi Umum

Asuransi umum adalah bentuk perlindungan keuangan yang memberikan kompensasi kepada tertanggung atas kerugian finansial yang disebabkan oleh peristiwa yang tidak terduga seperti kebakaran, pencurian, kecelakaan, atau bencana alam. Berbeda dengan asuransi jiwa yang fokus pada risiko meninggal dunia atau hidup terlalu lama, asuransi umum melindungi aset dan tanggung jawab hukum seseorang atau perusahaan dalam jangka waktu yang relatif pendek, biasanya satu tahun dan dapat diperpanjang.

Menurut Rejda & McNamara (2017) dalam bukunya "*Principles of Risk Management and Insurance*", asuransi umum merupakan bagian dari *property and liability insurance*, yang mencakup berbagai produk seperti asuransi kendaraan, kebakaran, rumah, kecelakaan diri, dan tanggung gugat hukum. Tujuan utamanya adalah memindahkan risiko kerugian ekonomi yang terjadi akibat kejadian tak terduga dari individu atau perusahaan kepada penanggung (asuransi), dengan pembayaran premi sebagai kompensasinya.

Asuransi umum juga sering disebut sebagai *non-life insurance* dalam terminologi internasional. Hal ini ditegaskan oleh Vaughan & Vaughan (2014) yang menyatakan bahwa, "*General insurance refers to all insurance that is not determined to be life insurance. It provides coverage for losses resulting from damage to property or liability for damages to others.*" Dalam praktik global, asuransi umum digunakan sebagai jaring pengaman keuangan untuk risiko-risiko yang berkaitan dengan properti, kendaraan, tanggung jawab hukum, dan kecelakaan pribadi.

Perbedaan dengan Asuransi Jiwa

Perbedaan mendasar antara asuransi umum dan asuransi jiwa terletak pada objek perlindungan, jangka waktu, serta sifat klaimnya. Asuransi jiwa adalah bentuk perlindungan terhadap risiko finansial yang timbul karena kematian atau kehidupan seseorang, biasanya dengan masa pertanggungan jangka panjang atau seumur hidup. Sementara itu, asuransi umum melindungi aset terhadap kerusakan atau kehilangan, dan memiliki jangka waktu yang lebih pendek.

Seperti dijelaskan oleh George E. Rejda (2017), *“Life insurance is concerned with the economic consequences of premature death or survival, whereas general insurance deals with property and liability exposures to loss.”* Oleh karena itu, asuransi jiwa berfungsi sebagai warisan finansial atau instrumen perlindungan pendapatan, sedangkan asuransi umum lebih fokus pada pemulihan kondisi keuangan akibat kerusakan atau tanggung jawab hukum yang muncul dari peristiwa sehari-hari.

Selain itu, dari segi pembayaran klaim, asuransi jiwa biasanya memberikan jumlah pasti (nilai pertanggungan) kepada ahli waris saat terjadi klaim. Sebaliknya, asuransi umum menggunakan prinsip *indemnity*—yaitu mengganti kerugian sesuai dengan nilai aktual kerugian, bukan berdasarkan jumlah tetap. Hal ini ditegaskan dalam prinsip dasar asuransi umum, yang menyatakan bahwa “asuransi tidak untuk memperkaya tertanggung, melainkan untuk mengembalikan pada posisi keuangan semula sebelum terjadi kerugian” (Rejda & McNamara, 2017).

Fungsi dan Peran dalam Perlindungan Aset

Asuransi umum memainkan peran penting dalam sistem ekonomi modern dengan menyediakan mekanisme perlindungan terhadap aset-aset berharga, baik untuk individu maupun perusahaan. Dengan adanya asuransi, risiko-risiko keuangan akibat kerugian fisik seperti kebakaran rumah, kecelakaan kendaraan, hingga tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga dapat dipindahkan kepada perusahaan asuransi. Hal ini menciptakan rasa aman dan stabilitas finansial bagi masyarakat luas.

Menurut Skipper & Kwon (2007) dalam *“Risk Management and Insurance: Perspectives in a Global Economy”*, asuransi umum mendorong aktivitas ekonomi karena mengurangi ketidakpastian atas kerugian. Mereka menuliskan, *“Insurance promotes economic activity by reducing the uncertainty associated with potential losses, thereby enabling investment and innovation.”* Tanpa perlindungan ini, pelaku usaha akan enggan mengambil risiko, sementara individu akan merasa terancam kehilangan harta benda akibat bencana atau kecelakaan.

Selain itu, asuransi umum juga berperan dalam mempercepat pemulihan pasca kerugian. Dana yang diperoleh dari klaim asuransi dapat digunakan untuk memperbaiki aset, mengganti barang yang hilang, atau menyelesaikan kewajiban hukum, sehingga proses pemulihan berlangsung lebih cepat. Fungsi sosial ini sangat krusial, terutama dalam situasi pascabencana, di mana asuransi membantu masyarakat kembali ke kondisi semula. Vaughan (2014) menyatakan bahwa asuransi adalah salah satu instrumen paling efektif dalam mempercepat rehabilitasi setelah bencana dan meminimalkan beban keuangan masyarakat maupun pemerintah.

Salah satu contoh nyata fungsi asuransi umum dalam konteks nasional adalah peristiwa kerusuhan sosial yang terjadi di Indonesia pada Mei 1998. Ribuan bangunan komersial, pertokoan, dan fasilitas publik hangus terbakar atau hancur akibat kekacauan massal. Namun, bagi pemilik bangunan atau bisnis yang memiliki perlindungan asuransi kerusuhan (*riot and strike*), mereka mampu bangkit dan membangun kembali aset-aset yang rusak dengan dukungan dana klaim dari perusahaan asuransi. Peristiwa ini menjadi pembuktian konkret bahwa asuransi bukan sekadar perlindungan teoritis, melainkan solusi

riil dalam krisis. Data dari Asosiasi Asuransi Umum Indonesia (AAUI) pada waktu itu menunjukkan lonjakan klaim asuransi kerusakan secara signifikan, dan industri perasuransian tetap mampu membayar sebagian besar klaim dengan baik—sebuah bukti ketangguhan sistem asuransi dalam membantu pemulihan ekonomi.

10.2. Asuransi Harta Benda (*Property Insurance*)

Terminologi Penting

Asuransi harta benda atau *property insurance* adalah jenis asuransi umum yang memberikan perlindungan atas kerusakan atau kehilangan harta fisik yang dimiliki oleh individu atau badan usaha. Terminologi penting dalam polis asuransi ini mencakup beberapa istilah pokok seperti *sum insured* (jumlah pertanggungan), *perils* (bahaya yang dijamin), *policyholder* (pemegang polis), *premium* (premi yang dibayarkan), serta *deductible* (potongan klaim yang harus ditanggung sendiri oleh tertanggung sebelum klaim dibayarkan oleh penanggung).

Selain itu, dikenal juga istilah *indemnity* yang berarti ganti rugi sesuai dengan nilai kerugian riil (bukan nilai spekulatif), serta prinsip *underinsurance*, yaitu ketika nilai pertanggungan lebih rendah dari nilai sebenarnya aset tersebut, yang dapat menyebabkan pembayaran klaim proporsional lebih rendah. Menurut Rejda & McNamara (2017), pemahaman istilah-istilah ini penting agar pemegang polis tidak salah tafsir dalam proses klaim dan tahu hak serta kewajibannya secara tepat.

Manfaat: Perlindungan terhadap Kerusakan Fisik

Asuransi harta benda memberikan manfaat berupa ganti rugi atas kerusakan fisik atau kehilangan atas aset yang diasuransikan. Perlindungan ini sangat penting dalam menjaga stabilitas keuangan baik perorangan maupun perusahaan, terutama terhadap risiko-risiko seperti kebakaran, gempa bumi, banjir, ledakan, atau kejadian tak terduga lainnya. Misalnya, jika sebuah pabrik terbakar, maka asuransi akan menanggung biaya perbaikan atau pembangunan kembali, sehingga pemilik usaha dapat melanjutkan operasional tanpa mengalami kerugian besar.

Menurut Skipper & Kwon (2007), manfaat asuransi properti bukan hanya dalam bentuk uang ganti rugi, melainkan juga ketenangan pikiran, karena tertanggung tahu bahwa aset berharga mereka telah terlindungi. Dalam konteks bisnis, perlindungan ini juga menjaga kelangsungan usaha, karena mencegah gangguan besar akibat bencana fisik. Bahkan, dalam banyak kasus, asuransi ini menjadi syarat wajib untuk mendapatkan pembiayaan dari lembaga keuangan, terutama untuk properti seperti gedung, pabrik, dan rumah komersial.

Objek Pertanggungan: Bangunan, Isi Bangunan, Mesin, Inventaris

Objek pertanggungan dalam asuransi harta benda dapat mencakup berbagai jenis properti, baik milik perorangan maupun perusahaan. Ini meliputi:

- Bangunan fisik seperti rumah, toko, kantor, gudang, atau pabrik.
- Isi bangunan, termasuk perabotan, dokumen penting, barang dagangan, dan barang elektronik.
- Mesin dan peralatan produksi, terutama untuk industri manufaktur.

- Inventaris dan stok barang, yang sangat penting bagi usaha dagang atau grosir.

Setiap objek ini memiliki nilai yang dapat dihitung dan diasuransikan sesuai harga pasar atau nilai penggantian (replacement cost). Polis biasanya menyebutkan secara spesifik apa saja yang menjadi objek pertanggungan, dan pemilik polis memiliki kewajiban untuk memberitahukan nilai yang tepat dan kondisi objek saat pengajuan polis.

Umumnya Dijamin: Kebakaran, Petir, Ledakan, Kejatuhan Pesawat

Asuransi harta benda secara standar menjamin kerusakan atau kerugian akibat peristiwa-peristiwa tertentu yang dikenal sebagai named *perils*, seperti:

- Kebakaran (*fire*), sebagai risiko utama dan paling umum.
- Petir (*lightning*), yang dapat menyebabkan kerusakan struktur bangunan atau alat elektronik.
- Ledakan (*explosion*), baik yang terjadi dari dalam maupun luar bangunan.
- Kejatuhan pesawat terbang (*aircraft impact*), walau jarang terjadi tetapi tetap dijamin dalam polis standar.

Perlindungan ini biasanya tercantum dalam polis standar seperti Polis Standar Asuransi Kebakaran Indonesia (PSAKI) yang diterbitkan oleh Asosiasi Asuransi Umum Indonesia (AAUI). Beberapa polis juga bisa diperluas dengan jaminan tambahan seperti kerusakan akibat air, asap, dan tabrakan kendaraan.

Umumnya Dikecualikan: Kerusuhan, Bencana Alam, Kesengajaan

Namun demikian, tidak semua risiko dijamin dalam polis standar. Beberapa hal yang umum dikecualikan dalam asuransi harta benda meliputi:

- Kerusuhan, huru-hara, dan sabotase (*riot and civil commotion*), kecuali jika ditambahkan melalui perluasan jaminan khusus.
- Bencana alam besar, seperti gempa bumi, tsunami, dan letusan gunung berapi, yang biasanya memerlukan jaminan tambahan atau polis terpisah seperti asuransi gempa bumi.
- Tindakan kesengajaan, seperti pembakaran sengaja oleh tertanggung atau kerusakan aset untuk memperoleh klaim.
- Kehilangan akibat kelalaian ekstrem, seperti membiarkan properti terbengkalai atau tidak mengikuti standar keselamatan minimum.

Sesuai dengan prinsip asuransi, polis hanya menanggung risiko yang bersifat tidak pasti dan berada di luar kendali tertanggung. Oleh karena itu, tertanggung perlu membaca polis dengan saksama dan memahami pengecualian agar tidak terjadi kesalahpahaman saat klaim.

Siapa yang Dapat Membeli Produk Ini?

Asuransi harta benda dapat dibeli oleh:

- Individu, seperti pemilik rumah atau apartemen yang ingin melindungi properti dan isinya dari risiko kebakaran atau pencurian.
- Pemilik usaha kecil, yang ingin melindungi toko, warung, atau gudang dari kerugian akibat kebakaran, banjir, atau kerusakan mesin.

- Perusahaan skala menengah hingga besar, terutama yang memiliki aset tetap berupa bangunan, mesin produksi, atau stok barang bernilai tinggi.
- Institusi pemerintah atau yayasan, seperti sekolah, rumah ibadah, atau kantor pelayanan publik.
- Pengembang properti dan kontraktor, yang biasanya juga membeli asuransi selama tahap konstruksi (*engineering insurance*) untuk perlindungan proyek.

Dengan demikian, produk ini sangat luas penerapannya dan dapat disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing tertanggung, baik untuk rumah tangga maupun dunia usaha. Yang penting adalah memahami cakupan dan batasannya agar perlindungan yang dibeli benar-benar efektif saat dibutuhkan.

Jenis Polis Asuransi Harta Benda

Dalam praktik asuransi di Indonesia, terdapat dua jenis polis utama yang umum digunakan dalam asuransi harta benda, yaitu Polis Standar Asuransi Kebakaran Indonesia (PSAKI) dan Polis *Property All Risk* (PAR). Keduanya berbeda dalam pendekatan perlindungan yang diberikan, dan pemilihan polis tergantung pada kebutuhan dan kompleksitas objek pertanggungan.

- **Polis Standar Asuransi Kebakaran Indonesia (PSAKI)**

Polis ini merupakan polis baku yang ditetapkan oleh Asosiasi Asuransi Umum Indonesia (AAUI), dan digunakan secara luas oleh perusahaan asuransi dalam memberikan perlindungan dasar terhadap risiko-risiko kebakaran. PSAKI menjamin lima risiko utama, yaitu:

- o Kebakaran (*Fire*)
- o Petir (*Lightning*)
- o Ledakan (*Explosion*)

- o Kejatuhan pesawat terbang (*Aircraft impact*)
- o Asap (*Smoke*)

PSAKI bersifat ***named perils policy***, artinya hanya risiko-risiko yang secara eksplisit disebutkan dalam polis yang akan dijamin. Untuk risiko tambahan seperti gempa bumi, banjir, kerusakan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga, perluasan jaminan atau endorsement harus ditambahkan secara terpisah.

- **Polis *Property All Risk* (PAR)**

Berbeda dengan PSAKI, polis PAR bersifat lebih komprehensif dan fleksibel. PAR merupakan jenis polis *all risks*, yaitu polis yang menjamin semua risiko kerusakan atau kehilangan atas harta benda yang diasuransikan kecuali risiko-risiko yang secara tegas dikecualikan dalam ketentuan *General Exclusions* dan *Special Exclusions*. Contoh risiko yang biasanya dikecualikan antara lain:

- o Perang, invasi, dan aksi militer
- o Reaksi nuklir dan radiasi
- o Kerusakan akibat keausan alami atau cacat tersembunyi
- o Kesengajaan tertanggung
- o Pelanggaran hukum

Kelebihan dari polis PAR adalah kemampuannya menjamin risiko-risiko yang tidak terduga atau tidak biasa, selama tidak termasuk dalam daftar pengecualian. Oleh karena itu, polis ini sangat cocok digunakan oleh perusahaan skala menengah hingga besar yang memiliki aset kompleks atau nilai besar, seperti pabrik, hotel, atau pusat perbelanjaan.

- Menurut Swiss Re Institute (2021) dalam laporan global tentang *non-life insurance solutions*, pendekatan *all risks* seperti PAR menjadi semakin populer karena fleksibilitas

dan kepastian yang ditawarkannya kepada pemegang polis. Namun, premi untuk polis PAR umumnya lebih tinggi dibandingkan PSAKI karena jangkauan perlindungan yang lebih luas.

10.3. Asuransi Kendaraan Bermotor

Terminologi Penting: *Comprehensive, TLO, Deductible*

Dalam asuransi kendaraan bermotor, terdapat beberapa istilah penting yang perlu dipahami oleh calon pemegang polis:

- *Comprehensive*: Jenis perlindungan menyeluruh yang menjamin kerugian atau kerusakan kendaraan mulai dari ringan hingga total, serta kehilangan karena pencurian atau peristiwa lain yang dijamin dalam polis. Istilah ini digunakan untuk menggantikan penggunaan lama seperti *All Risk*, yang kini dihindari karena menimbulkan kesan keliru bahwa semua risiko pasti dijamin.
- *Total Loss Only (TLO)*: Jenis asuransi yang hanya memberikan penggantian apabila kendaraan mengalami kerugian minimal 75% dari nilai pasar kendaraan atau hilang karena pencurian. Bila kerusakan di bawah 75%, maka klaim tidak dapat diajukan.
- *Deductible (own risk)*: Merupakan jumlah biaya yang menjadi tanggungan tertanggung setiap kali klaim diajukan. Misalnya, jika *deductible* sebesar Rp300.000, maka jumlah tersebut akan dikurangi dari nilai klaim yang dibayarkan oleh perusahaan asuransi.

Menurut Rejda & McNamara (2017), pemahaman atas istilah-istilah ini sangat penting karena memengaruhi ekspektasi pemegang polis saat mengajukan klaim. Salah paham dalam terminologi sering kali menjadi akar sengketa dalam asuransi kendaraan.

Manfaat: Ganti Rugi atas Kerusakan atau Kehilangan Kendaraan

Asuransi kendaraan bermotor memberikan manfaat berupa penggantian biaya atas kerusakan fisik maupun kehilangan kendaraan akibat berbagai peristiwa yang tak terduga. Baik pemilik kendaraan pribadi maupun perusahaan armada logistik sangat terbantu dengan perlindungan ini karena risiko di jalan raya sangat tinggi dan dapat terjadi sewaktu-waktu, mulai dari kecelakaan, pencurian, hingga kebakaran.

Dengan asuransi, kerugian besar yang bisa mengganggu kondisi finansial pemilik kendaraan dapat dialihkan ke perusahaan asuransi. Sebagaimana dicatat oleh Skipper & Kwon (2007), asuransi kendaraan adalah salah satu bentuk transfer risiko paling efektif dalam kegiatan ekonomi modern, khususnya di negara berkembang dengan tingkat kecelakaan yang tinggi seperti Indonesia.

Objek Pertanggungan: Mobil dan Sepeda Motor

Objek pertanggungan dalam polis ini adalah kendaraan bermotor yang terdaftar dan sah secara hukum. Ini mencakup:

- Mobil penumpang (pribadi maupun operasional perusahaan)
- Sepeda motor, baik untuk penggunaan pribadi maupun komersial (misalnya ojek online)
- Kendaraan niaga, seperti truk, pikap, atau mobil box (dengan ketentuan khusus)

Kendaraan yang diasuransikan harus memiliki bukti kepemilikan resmi (STNK/BPKB), dan dalam beberapa kasus asuransi mensyaratkan pengecekan fisik atau foto kendaraan sebelum polis diterbitkan.

Jaminan Umum: Tabrakan, Pencurian, Kebakaran

Jaminan dalam polis standar umumnya mencakup:

- Tabrakan atau benturan dengan kendaraan lain, benda mati, atau tergelincir di jalan
- Pencurian, baik karena pembobolan atau perampasan
- Kebakaran, termasuk akibat korsleting listrik atau ledakan bahan bakar

Polis juga dapat diperluas dengan jaminan tambahan seperti tanggung jawab hukum pihak ketiga (TJH III), bencana alam, atau kerusakan akibat huru-hara dan kerusakan.

Pengecualian Umum: Balap Liar, Tanpa SIM, *Overload*

Meski memberikan perlindungan luas, polis asuransi kendaraan bermotor juga memiliki sejumlah pengecualian, seperti:

- Kendaraan digunakan untuk balap liar atau uji kecepatan
- Pengemudi tidak memiliki SIM yang sesuai saat kejadian
- Kendaraan membawa muatan melebihi kapasitas maksimal (*overload*)
- Kerugian akibat tindak kejahatan yang melibatkan pemegang polis sendiri

Sebagaimana dijelaskan dalam Polis Standar Asuransi Kendaraan Bermotor Indonesia yang diterbitkan AAUI, pengecualian ini bertujuan menjaga prinsip kehati-hatian dan mencegah moral hazard dari tertanggung.

Jenis Polis: PSAKBI (Polis Standar Asuransi Kendaraan Bermotor Indonesia)

Di Indonesia, jenis polis yang digunakan untuk asuransi kendaraan adalah Polis Standar Asuransi Kendaraan Bermotor Indonesia (PSAKBI), yang ditetapkan oleh AAUI dan berlaku secara nasional. Polis ini mengatur format dan isi jaminan, termasuk pengertian istilah, kondisi umum dan khusus, serta ketentuan mengenai klaim dan pengecualian.

Terdapat dua bentuk jaminan utama yang diatur dalam PSAKBI:

1. *Comprehensive*

Menjamin kerusakan kendaraan mulai dari ringan, sedang, hingga rusak total (0% hingga 100% nilai pasar). Juga mencakup kehilangan akibat pencurian. Sangat cocok untuk kendaraan baru atau kendaraan dengan nilai tinggi.

2. *Total Loss Only (TLO)*

Memberikan penggantian hanya jika kerusakan mencapai minimal 75% dari nilai kendaraan, atau jika kendaraan hilang. Premi TLO lebih rendah dari *comprehensive*, sehingga cocok untuk kendaraan lama atau kendaraan dengan risiko rendah.

Perbedaan mendasar terletak pada tingkat kerusakan yang ditanggung: *Comprehensive* menjamin kerugian 0–100% dari nilai kendaraan, sementara TLO hanya menjamin kerugian berat 75–100% atau kehilangan total.

Siapa yang Bisa Membeli Produk Ini?

Produk asuransi kendaraan bermotor bisa dibeli oleh:

- Pemilik kendaraan pribadi, baik mobil maupun motor
- Perusahaan yang memiliki armada operasional seperti logistik, rental, atau transportasi
- Lembaga keuangan, seperti bank atau leasing, yang ingin melindungi kendaraan yang dibiayai kredit
- Penyewa kendaraan, dengan catatan: harus ada perjanjian sewa tertulis yang menyatakan bahwa penyewa bertanggung jawab atas kerusakan atau kehilangan kendaraan selama masa sewa

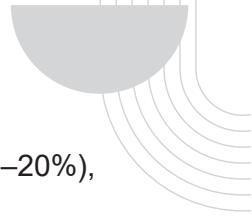
Tanpa kontrak sewa yang jelas, perusahaan asuransi berhak menolak klaim yang diajukan oleh penyewa, karena secara hukum penyewa bukan pemilik sah atau tidak memegang hak tanggung jawab secara eksplisit atas objek pertanggungan.

10.4. Asuransi Kesehatan

Terminologi Penting: *Inpatient, Outpatient, Co-payment*

Dalam asuransi kesehatan, terdapat beberapa istilah penting yang wajib dipahami tertanggung:

- *Inpatient* (Rawat Inap): Layanan medis yang mengharuskan pasien dirawat minimal satu malam di rumah sakit. Ini mencakup kamar, tindakan medis, dan pengawasan dokter.
- *Outpatient* (Rawat Jalan): Pelayanan medis yang tidak memerlukan perawatan menginap, seperti konsultasi dokter, pemeriksaan laboratorium, atau fisioterapi.
- *Co-payment*: Skema pembagian biaya antara peserta dan perusahaan asuransi, di mana tertanggung membayar



sebagian kecil dari biaya medis (misalnya 10%–20%), sementara sisanya ditanggung oleh asuransi.

Menurut World Health Organization (WHO, 2021) dan Health Insurance Association of America, pemahaman terhadap istilah-istilah ini sangat penting agar peserta tidak salah mengartikan ruang lingkup perlindungan dan proses klaim yang berlaku.

Manfaat: Penggantian Biaya Perawatan Medis

Asuransi kesehatan memberikan manfaat utama berupa penggantian atau pembiayaan biaya perawatan medis, baik karena penyakit maupun kecelakaan. Hal ini mencakup pemeriksaan dokter, pembelian obat, tindakan medis, hingga biaya rumah sakit.

Manfaat ini sangat vital karena biaya layanan kesehatan terus meningkat setiap tahun. Dengan asuransi, risiko keuangan akibat sakit bisa dikurangi secara signifikan. Seperti disampaikan oleh Skipper & Kwon (2007), asuransi kesehatan adalah salah satu instrumen penting dalam sistem perlindungan sosial karena menjaga akses masyarakat terhadap layanan kesehatan yang layak tanpa mengorbankan kestabilan ekonomi keluarga.

Objek Pertanggungan: Biaya Pengobatan Individu

Objek dalam asuransi kesehatan bukanlah tubuh manusia secara fisik, melainkan biaya pengobatan yang timbul akibat penyakit atau kecelakaan yang dialami oleh individu atau peserta yang diasuransikan. Artinya, asuransi ini tidak “mengganti” tubuh yang sakit, tetapi membayar biaya medis yang muncul untuk memulihkan kondisi tersebut.



Asuransi ini dapat diberikan kepada:

- Individu (perorangan)
- Keluarga (keluarga inti dalam satu polis)
- Karyawan (dalam skema asuransi kesehatan kumpulan perusahaan)

Jaminan: Rawat Inap, Operasi, Obat, Penyakit Tertentu

Jaminan dalam asuransi kesehatan bervariasi tergantung produk dan plan yang dipilih, namun umumnya mencakup:

- Rawat inap: Biaya kamar, kunjungan dokter, tindakan medis, dan perawatan intensif
- Tindakan bedah: Termasuk operasi besar dan kecil, baik karena penyakit maupun kecelakaan
- Obat-obatan: Yang diresepkan secara medis
- Pemeriksaan laboratorium dan diagnostik
- Perawatan lanjutan: Fisioterapi, rawat jalan lanjutan pasca operasi
- Penyakit yang dijamin: Sesuai daftar yang ditetapkan dalam polis

Beberapa polis juga mencakup manfaat tambahan seperti santunan harian rawat inap, persalinan (*maternity*), pemeriksaan gigi (*teeth*), dan kacamata (*glasses*), meskipun biasanya bersifat *rider* atau tambahan premi.

Pengecualian Umum

Tidak semua kondisi medis dijamin oleh polis asuransi kesehatan. Pengecualian umum meliputi:

- Penyakit bawaan sejak lahir (*congenital diseases*)
- Perawatan kosmetik atau estetika, kecuali karena kecelakaan

- Perawatan akibat HIV/AIDS, tergantung ketentuan polis
 - Penyakit mental tertentu atau ketergantungan obat
 - Perawatan eksperimental atau belum terbukti secara medis
- Pengecualian ini disebutkan secara jelas dalam polis dan merupakan bagian penting yang perlu dipahami calon peserta.

Siapa yang Bisa Membeli Produk Ini?

Produk asuransi kesehatan dapat dibeli oleh:

- Individu dewasa, baik lajang maupun sudah menikah
- Orang tua yang ingin melindungi anak-anak mereka
- Perusahaan yang menyediakan manfaat tambahan bagi karyawan (*employee benefit*)
- Kelompok profesi atau komunitas tertentu, melalui polis kumpulan
- Pihak ketiga seperti pemberi pinjaman, dalam skema perlindungan kredit

Bagi peserta yang bukan pemilik polis (misalnya anak atau pasangan), tetap harus dicantumkan secara resmi dalam daftar tertanggung.

Sistem *Cashless* atau *Reimbursement*

Asuransi kesehatan umumnya menggunakan dua metode pembayaran klaim:

- *Cashless*: Peserta cukup menunjukkan kartu asuransi di rumah sakit rekanan, dan biaya langsung ditanggung oleh perusahaan asuransi sesuai plafon polis.
- *Reimbursement*: Peserta membayar dahulu seluruh biaya perawatan, lalu mengajukan penggantian ke perusahaan asuransi dengan bukti kwitansi dan dokumen medis.

Cashless lebih praktis, namun hanya berlaku di rumah sakit

rekanan (*provider network*). *Reimbursement* berlaku di semua rumah sakit, tetapi membutuhkan waktu pengajuan dan proses verifikasi klaim.

Daftar Rumah Sakit *Provider*

Setiap perusahaan asuransi memiliki jaringan rumah sakit rekanan (*provider network*) yang berbeda. Rumah sakit dalam daftar *provider* dapat mencakup:

- Rumah sakit nasional seperti Siloam, Mayapada, Hermina, Mitra Keluarga
- Klinik besar atau rumah sakit daerah
- Beberapa rumah sakit di luar negeri, tergantung plan internasional

Daftar *provider* ini biasanya diperbarui secara berkala dan disertakan dalam buku polis atau aplikasi digital. Pemilihan rumah sakit *provider* menjadi penting dalam sistem *cashless* agar peserta bisa mendapatkan pelayanan tanpa membayar tunai.

Hospital Cash Plan (HCP)

Terminologi dan Definisi

Hospital Cash Plan (HCP) adalah jenis asuransi kesehatan tambahan (*rider*) atau mandiri, yang memberikan manfaat berupa uang tunai harian tetap selama bertanggung menjalani rawat inap di rumah sakit, terlepas dari besar kecilnya biaya rumah sakit. HCP tidak mengganti tagihan rumah sakit secara aktual, melainkan membayar santunan tunai misalnya Rp300.000 – Rp1.000.000 per hari, sesuai jumlah yang tertera dalam polis. Santunan dibayarkan berdasarkan jumlah hari rawat inap, bukan biaya pengobatan (Vaughan & Vaughan, 2013).

Perbedaan dengan Asuransi Kesehatan Room & Board

Perbedaan utama antara HCP dan asuransi kesehatan konvensional (dengan manfaat *room & board*) terletak pada sistem pembayarannya.

- Asuransi kesehatan *room & board* bekerja dengan *reimbursement* atau *cashless*, mengganti atau menanggung biaya aktual yang dikeluarkan di rumah sakit, seperti biaya kamar, obat-obatan, dokter, laboratorium, dan tindakan medis.
- Sedangkan HCP tidak memperhatikan besar kecilnya biaya medis, tetapi membayar tunai per hari rawat inap sesuai ketentuan polis, misalnya Rp500.000 per hari, maksimal 60 hari per tahun. Dengan kata lain, HCP adalah santunan, bukan pengganti biaya.

Kelebihan Hospital Cash Plan

HCP memiliki beberapa keunggulan, khususnya bagi individu yang:

- Ingin perlindungan sederhana dan terjangkau. Premi HCP biasanya lebih rendah daripada asuransi kesehatan penuh.
- Tidak memiliki akses asuransi kesehatan employer dan ingin solusi cepat untuk risiko rawat inap.
- Ingin uang tunai tambahan di luar penggantian medis, untuk membayar kebutuhan rumah tangga, transportasi, atau biaya tidak langsung selama dirawat.
- Dapat digunakan untuk rawat inap di rumah sakit manapun, termasuk rumah sakit yang tidak bekerja sama dengan perusahaan asuransi (karena pembayaran berbasis bukti rawat inap, bukan jaringan).

Kekurangan Dibanding Asuransi *Room & Board*

Namun, HCP memiliki keterbatasan dibandingkan asuransi kesehatan berbasis biaya aktual:

- Tidak mengganti seluruh biaya pengobatan. Jika biaya rumah sakit tinggi, HCP tidak cukup menutupi beban keuangan.
- Manfaat tetap yang tidak meningkat. Jika inflasi medis naik, nilai santunan HCP bisa jadi terlalu kecil.
- Membutuhkan rawat inap sebagai syarat, sehingga tidak dapat diklaim jika pasien hanya menjalani perawatan rawat jalan atau observasi.

Peran Ideal HCP dalam Perencanaan Keuangan Kesehatan

Hospital Cash Plan paling ideal digunakan sebagai pelengkap dari asuransi kesehatan berbasis *room & board*. Jika seseorang sudah memiliki asuransi kesehatan utama, HCP dapat menjadi sumber dana tambahan tunai, tanpa tumpang tindih manfaat. Bagi masyarakat yang belum mampu membeli asuransi kesehatan penuh, HCP bisa menjadi langkah awal perlindungan, sambil menabung atau menambah proteksi ke depannya.

Perbedaan dengan BPJS Kesehatan

Asuransi kesehatan komersial memiliki sejumlah perbedaan mendasar dengan BPJS Kesehatan:

Aspek	Asuransi Komersial	BPJS Kesehatan
Jenis perlindungan	Berdasarkan plan & premi	Wajib, sistem gotong royong
Sistem klaim	Cashless atau reimbursement	Rujukan berjenjang
Jaringan rumah sakit	Terbatas pada provider rekanan	Semua RS pemerintah & RS swasta mitra
Waktu tunggu	Bisa tanpa masa tunggu (untuk risiko baru)	Umumnya berlaku langsung
Pelayanan	Cepat, bebas pilih RS	Harus ikut prosedur berjenjang
Biaya	Lebih tinggi (berdasarkan manfaat)	biaya tetap per kelas

PERBEDAAN ASURANSI KESEHATAN KOMERSIAL DAN BPJS

	Asuransi Kesehatan Komersial	BPJS Kesehatan
Jenis perlindungan	Berdasarkan plan & premi	Wajib, sistem gotong royong
Sistem klaim	Cashless atau reimbursement	Rujukan berjenjang
Jaringan rumah sakit	Terbatas pada provider rekanana	Semua RS pemerintah & RS swasta mitra
Waktu tunggu	Bisa tanpa masa tunggu (untuk risiko baru)	Umumnya berlaku langsung
Pelayanan	Cepat, bebas pilih RS	Harus ikut prosedur berjenjang
Biaya	Lebih tinggi (berdasarkan mamfaat)	biaya tetap per kelas

10.5. Asuransi Kecelakaan Diri (*Personal Accident Insurance*)

Terminologi

Asuransi kecelakaan diri memiliki beberapa istilah penting yang umum digunakan dalam polis dan dokumen klaim:

- *Accidental Death*/meninggal dunia: Kematian tertanggung yang disebabkan langsung oleh kecelakaan yang terjadi secara tiba-tiba, eksternal, dan tidak disengaja.
- *Disability Benefit*/cacat tetap: Manfaat finansial yang diberikan kepada tertanggung jika mengalami cacat tetap total atau sebagian akibat kecelakaan.
- *Temporary Total Disablement (TTD)/Weekly Indemnity (WI)*: santunan harian atau mingguan yang diberikan kepada tertanggung selama masa tidak mampu bekerja sementara disebabkan cedera fisik akibat kecelakaan.
- *Medical Reimbursement*: Penggantian biaya pengobatan dan perawatan medis yang dikeluarkan akibat kecelakaan yang dijamin.

Manfaat

Manfaat dari asuransi kecelakaan diri ditujukan untuk memberikan perlindungan finansial kepada individu dan keluarganya akibat kejadian tidak terduga yang menyebabkan cedera serius atau kematian. Manfaat yang umum diberikan meliputi:

- Santunan Kematian (*Accidental Death*): Diberikan kepada ahli waris jika tertanggung meninggal dunia karena kecelakaan, biasanya dalam batas waktu 180 hari sejak kejadian.

- **Santunan Cacat Tetap (*Permanent Disability Benefit*):** Diberikan kepada tertanggung yang mengalami kehilangan anggota tubuh, fungsi tubuh, atau kemampuan kerja secara permanen akibat kecelakaan. Besarnya santunan tergantung jenis cacat berdasarkan tabel manfaat polis.
- **Penggantian Biaya Medis (*Medical Reimbursement*):** Santunan harian rawat Inap: Jika tertanggung dirawat di rumah sakit akibat kecelakaan, polis dapat memberikan santunan harian tetap selama masa rawat inap.
- ***Weekly Indemnity* (Santunan Mingguan Ketidakmampuan Sementara):**

Polis juga dapat memberikan santunan harian atau mingguan selama tertanggung tidak dapat bekerja sementara waktu akibat cedera kecelakaan.

Contoh manfaat:

- Santunan Rp1.000.000 per hari,
- Masa risiko sendiri selama 3 hari pertama (*excess period*),
- Batas maksimum manfaat: 52 minggu.

Manfaat ini sangat penting bagi individu yang memiliki pendapatan aktif dari bekerja harian, *freelance*, atau wirausaha. Santunan ini menjamin adanya pendapatan pengganti selama tertanggung dalam masa pemulihan dan belum bisa kembali bekerja.

Objek Pertanggungan

Objek dalam asuransi kecelakaan diri adalah individu sebagai subjek fisik, bukan benda atau aset. Artinya, polis ini melindungi tubuh dan jiwa manusia dari risiko fisik akibat kecelakaan. Polis dapat dibeli secara individual maupun dalam bentuk polis kelompok (*group personal accident*), misalnya untuk karyawan, siswa, atau komunitas.

Jaminan (Risiko yang Dijamin)

Risiko yang dijamin dalam polis kecelakaan diri secara umum mencakup:

- Kematian akibat kecelakaan
- Cacat tetap total atau sebagian akibat kecelakaan
- Cacat sementara yang menyebabkan ketidakmampuan bekerja
- Cedera tubuh, luka bakar, patah tulang, atau trauma fisik lainnya yang disebabkan oleh kejadian mendadak dan tidak terduga

Definisi “kecelakaan” umumnya mencakup kejadian yang tidak disengaja, mendadak, berasal dari luar tubuh, dan bersifat kekerasan fisik.

Pengecualian

Seperti produk asuransi lainnya, polis kecelakaan diri juga mencantumkan pengecualian, yaitu kejadian-kejadian yang tidak dijamin oleh polis. Beberapa pengecualian umum meliputi:

- Bunuh diri, percobaan bunuh diri, atau tindakan menyakiti diri sendiri
- Kecelakaan yang terjadi saat tertanggung berada di bawah pengaruh alkohol atau obat-obatan terlarang
- Tindakan kriminal yang dilakukan oleh tertanggung
- Cedera yang disebabkan oleh penyakit, infeksi, atau gangguan mental
- Kegiatan ekstrem tanpa deklarasi, seperti balap mobil, *sky diving*, panjat tebing profesional
- Kematian disebabkan proses persalinan

Siapa yang Bisa Membeli Polis Ini?

Polis asuransi kecelakaan diri dapat dibeli oleh individu maupun institusi. Umumnya yang bisa membeli adalah:

- Individu dewasa (usia minimal 17 tahun) yang ingin melindungi dirinya sendiri
- Orang tua atau wali untuk anak-anak atau pelajar
- Perusahaan atau pemberi kerja yang ingin memberikan perlindungan tambahan bagi karyawan
- Lembaga atau komunitas untuk peserta kegiatan atau keanggotaan (misalnya sekolah, klub olahraga, organisasi sosial)
- Tenaga kerja *freelance*, informal, atau pekerja lapangan yang tidak mendapat perlindungan jaminan kecelakaan kerja dari institusi formal

Persyaratan umum lainnya mencakup usia minimum dan maksimum, kondisi kesehatan yang dapat diasuransikan, serta domisili bertanggung, sangat bergantung pada kondisi polis asuransi yang diterbitkan oleh perusahaan asuransi.

10.6. Asuransi Perjalanan (*Travel Insurance*)

Terminologi Penting: *Trip Cancellation, Emergency Evacuation*

Dalam dunia asuransi perjalanan, terdapat beberapa istilah utama yang penting untuk dipahami:

- *Trip Cancellation*: Jaminan atas kerugian finansial jika perjalanan dibatalkan karena alasan yang sah, seperti sakit mendadak, bencana alam, atau kematian anggota keluarga.
- *Emergency Evacuation*: Fasilitas untuk mengevakuasi tertanggung ke rumah sakit terdekat atau negara asal

apabila terjadi kondisi medis darurat selama perjalanan, termasuk pemulangan jenazah jika meninggal dunia.

Menurut Allianz Global Assistance dan International Travel Insurance Journal, istilah-istilah ini merupakan komponen penting dalam polis asuransi perjalanan modern karena menyesuaikan dengan tingginya mobilitas dan risiko lintas negara.

Manfaat: Kompensasi atas Gangguan Perjalanan

Asuransi perjalanan memberikan kompensasi finansial atas gangguan yang terjadi selama atau sebelum perjalanan. Manfaat ini bisa dalam bentuk:

- Penggantian biaya pembatalan tiket dan akomodasi
- Kompensasi atas keterlambatan atau pembatalan penerbangan
- Ganti rugi atas kehilangan bagasi atau dokumen
- Perlindungan medis darurat selama di luar negeri
- Santunan kecelakaan atau meninggal dunia saat perjalanan

Manfaat ini memberikan ketenangan bagi pelancong dalam menghadapi ketidakpastian. Seperti dicatat oleh Skipper & Kwon (2007), asuransi perjalanan adalah bagian dari ekosistem manajemen risiko global, terutama dalam dunia pascapandemi yang penuh ketidakpastian.

Objek Pertanggung: Individu atau Grup dalam Perjalanan

Objek pertanggung dalam asuransi perjalanan adalah orang yang melakukan perjalanan, baik sendiri maupun dalam grup. Polis bisa diterbitkan untuk:

- Individu (perorangan)
- Keluarga

- Grup perjalanan wisata, dinas, atau ibadah
 - Karyawan perusahaan yang melakukan perjalanan bisnis
 - Mahasiswa atau peserta pertukaran pelajar ke luar negeri
- Penting dicatat bahwa yang dilindungi adalah biaya dan risiko perjalanan, bukan kendaraan atau barang.

Jaminan: Pembatalan, Keterlambatan, Kehilangan Bagasi

Asuransi perjalanan biasanya mencakup jaminan berikut:

- Pembatalan atau penundaan perjalanan karena sakit, kecelakaan, atau *force majeure* tertentu
- Keterlambatan transportasi umum, seperti pesawat atau kereta api, yang menyebabkan kerugian biaya tambahan
- Kehilangan atau kerusakan bagasi dan barang pribadi selama perjalanan
- Perlindungan medis darurat di luar negeri
- Tanggung jawab hukum pribadi (*personal liability*) terhadap pihak ketiga
- Pemulangan darurat atau evakuasi medis

Beberapa produk juga mencakup manfaat tambahan seperti perlindungan untuk kegiatan ekstrem, jaminan COVID-19, atau bantuan hukum. Silakan pelajari polis asuransi yang diterbitkan perusahaan asuransi.

Pengecualian Umum

Namun, seperti polis lainnya, asuransi perjalanan juga memiliki pengecualian yang umum, antara lain:

- *Force majeure* besar, seperti perang, terorisme, atau epidemi yang telah diumumkan sebelumnya
- Kondisi medis yang sudah ada sebelumnya (*pre-existing conditions*) dan tidak dinyatakan saat pengajuan

- Perjalanan ke negara yang tidak dijamin oleh polis
 - Kegiatan ekstrem tanpa perluasan jaminan khusus (seperti *skydiving*, *scuba diving*, atau balap)
 - Tindakan ilegal atau melanggar hukum setempat
- Penting bagi calon peserta untuk membaca polis dan daftar pengecualian agar tidak salah persepsi saat klaim.

Jenis Polis: Beberapa Hari, 1 Minggu, 1 Bulan, 1 Tahun

Polis asuransi perjalanan sangat fleksibel dan disesuaikan dengan durasi perjalanan:

- Harian: untuk perjalanan 1–6 hari (umum untuk wisata singkat)
- Mingguan atau bulanan: untuk perjalanan dinas, liburan panjang, atau ibadah (umrah, haji, ziarah)
- Tahunan (*Annual Travel Insurance*): cocok untuk pelancong reguler seperti pebisnis atau ekspatriat
- *Single trip vs. multiple trip*: Single trip untuk satu perjalanan saja, *multiple trip* untuk beberapa kali perjalanan dalam setahun

Negara yang Dikecualikan

Setiap polis menetapkan negara-negara yang tidak dijamin karena alasan keamanan atau sanksi internasional. Contohnya:

- Negara yang sedang dilanda konflik bersenjata atau perang terbuka (misal: Suriah, Afghanistan, Lebanon, Iran, Ukraine)
- Negara dengan sanksi internasional aktif dari PBB atau OFAC (*Office of Foreign Assets Control*)
- Negara yang memiliki risiko tinggi terhadap penyakit menular atau terorisme ekstrem

Daftar ini biasanya dicantumkan dalam dokumen polis atau diinformasikan oleh perusahaan asuransi saat pembelian.



Siapa yang Bisa Membeli Asuransi Perjalanan?

Asuransi ini dapat dibeli oleh:

- Individu yang akan bepergian, baik untuk urusan pribadi, bisnis, pendidikan, atau ibadah
- Agen perjalanan atau penyelenggara tur atas nama grup peserta
- Perusahaan, untuk karyawan yang ditugaskan ke luar kota atau luar negeri
- Mahasiswa asing atau peserta magang, terutama yang pergi ke negara-negara maju
- *Visa applicant*, sebagai syarat pengajuan visa Schengen, Inggris, Jepang, Korea, dll.

Syarat Pengajuan Visa

Beberapa negara mewajibkan pemohon visa memiliki asuransi perjalanan sebagai syarat mutlak. Contohnya:

- *Visa Schengen*: Wajib memiliki polis asuransi perjalanan dengan minimum pertanggungan EUR 30.000, berlaku di seluruh wilayah Schengen, dan menjamin biaya medis serta evakuasi
- Visa Jepang dan Korea Selatan: Umumnya mensyaratkan lampiran polis asuransi perjalanan
- Visa pelajar ke Eropa atau Australia: Wajib memiliki asuransi kesehatan dan perjalanan yang diakui institusi pendidikan setempat

Asuransi yang digunakan harus memenuhi kriteria resmi kedutaan dan ditunjukkan saat wawancara atau pengajuan visa.



10.7. Asuransi Pengangkutan Barang (*Marine Cargo Insurance*)

Terminologi Penting: ICC A/B/C, *Peril Insured*, *Freight*

Dalam asuransi pengangkutan barang, terdapat istilah-istilah teknis yang penting untuk dipahami:

- ICC A, B, C (*Institute Cargo Clauses*): Klausula standar internasional yang digunakan dalam polis asuransi pengangkutan, masing-masing menunjukkan tingkat perlindungan berbeda dari paling luas (A) hingga paling terbatas (C). Klausula ini dikeluarkan oleh Lloyd's Market Association dan berlaku secara global.
- *Peril Insured*: Merujuk pada risiko-risiko spesifik yang secara eksplisit dijamin oleh polis (contoh: kebakaran, tabrakan, tenggelam).
- *Freight*: Biaya angkut atau ongkos kirim yang dibayarkan oleh pemilik barang kepada pengangkut (*carrier*). Dalam beberapa polis, freight juga dapat diasuransikan jika dibayar di muka dan terancam hilang jika barang tidak sampai tujuan.

Manfaat: Perlindungan Barang Selama Pengangkutan

Asuransi pengangkutan barang memberikan perlindungan terhadap risiko kehilangan atau kerusakan barang selama proses pengiriman, baik melalui laut, udara, maupun darat. Manfaat ini sangat penting dalam perdagangan internasional dan domestik, karena proses logistik menyimpan banyak potensi risiko.

Sebagaimana dijelaskan oleh Rejda & McNamara (2017), *marine cargo insurance* adalah instrumen penting dalam manajemen risiko bisnis ekspor-impor karena menjamin nilai



barang terhadap bahaya fisik sepanjang perjalanan, hingga barang sampai ke tangan pembeli.

Objek Pertanggungan: Muatan Barang

Objek yang diasuransikan dalam polis ini adalah muatan barang komersial yang dikirimkan dari satu lokasi ke lokasi lain. Ini dapat meliputi:

- Barang ekspor atau impor
 - Barang antar-pulau di dalam negeri
 - Peralatan proyek (*heavy equipment*)
 - Bahan mentah, barang jadi, hingga komoditas pertanian
- Asuransi berlaku sejak barang dimuat di tempat awal (*warehouse to warehouse clause*), selama perjalanan, hingga mencapai tempat tujuan akhir.

Jaminan: Kerusakan atau Kehilangan Saat Transit

Polis pengangkutan barang menjamin risiko-risiko yang dapat terjadi selama proses transit, seperti:

- Kebakaran atau ledakan selama pengiriman
- Tenggelam atau terbaliknya kapal
- Tabrakan kapal dengan objek lain
- Jatuh atau hilangnya barang saat bongkar muat
- Pencurian atau pembongkaran paksa (tergantung jenis jaminan)

Jaminan ini bisa sangat spesifik tergantung jenis klausa yang dipilih (A, B, atau C), yang akan dijelaskan di bawah.



Pengecualian Umum

Namun, polis juga memiliki pengecualian penting, seperti:

- Kelalaian dalam pengemasan atau penataan muatan
- Keterlambatan pengiriman, meskipun menyebabkan kerugian ekonomi
- Kerugian karena kondisi barang yang sudah rusak sejak awal
- Perang, sabotase, atau pemogokan, kecuali dijamin dalam *war risk extension*
- Tindakan *fraud* oleh tertanggung

Pengecualian ini mengikuti prinsip bahwa hanya risiko-risiko di luar kendali tertanggung yang dapat dijamin.

Siapa yang Bisa Membeli Polis Ini?

Polis asuransi pengangkutan barang dapat dibeli oleh:

- Eksportir dan importir, untuk melindungi nilai barang selama proses perdagangan lintas negara
- Perusahaan logistik atau *freight forwarder*, atas nama pelanggan mereka
- Pabrikan atau distributor, yang mengirim barang antarkota atau antarnegara
- Pemilik proyek, seperti perusahaan konstruksi yang mengirim peralatan berat ke lokasi proyek
- Bank atau lembaga pembiayaan, jika barang menjadi jaminan dalam transaksi L/C (*Letter of Credit*)

Pihak yang memiliki kepentingan keuangan (*insurable interest*) terhadap barang biasanya yang berhak membeli polis.

Jenis Jaminan: ICC "A" (*All Risk*), ICC "B", ICC "C"

01/01/09

Terdapat tiga jenis utama jaminan dalam asuransi pengangkutan, berdasarkan *Institute Cargo Clauses* (ICC) versi terbaru 1 Januari 2009, yaitu:

1. ICC "A" (*All Risk*)

Menjamin semua risiko kerugian atau kerusakan fisik pada barang kecuali yang secara tegas dikecualikan. Disebut sebagai "*all risk*" karena pendekatan terbuka (*open peril*). Contoh risiko yang dijamin: tenggelam, kebakaran, pencurian, air masuk ke kontainer, bongkar muat kasar, dll.

Sangat cocok untuk barang bernilai tinggi atau mudah rusak, referensi: *Institute Cargo Clauses* (A), 1/1/09, Lloyd's Market Association.

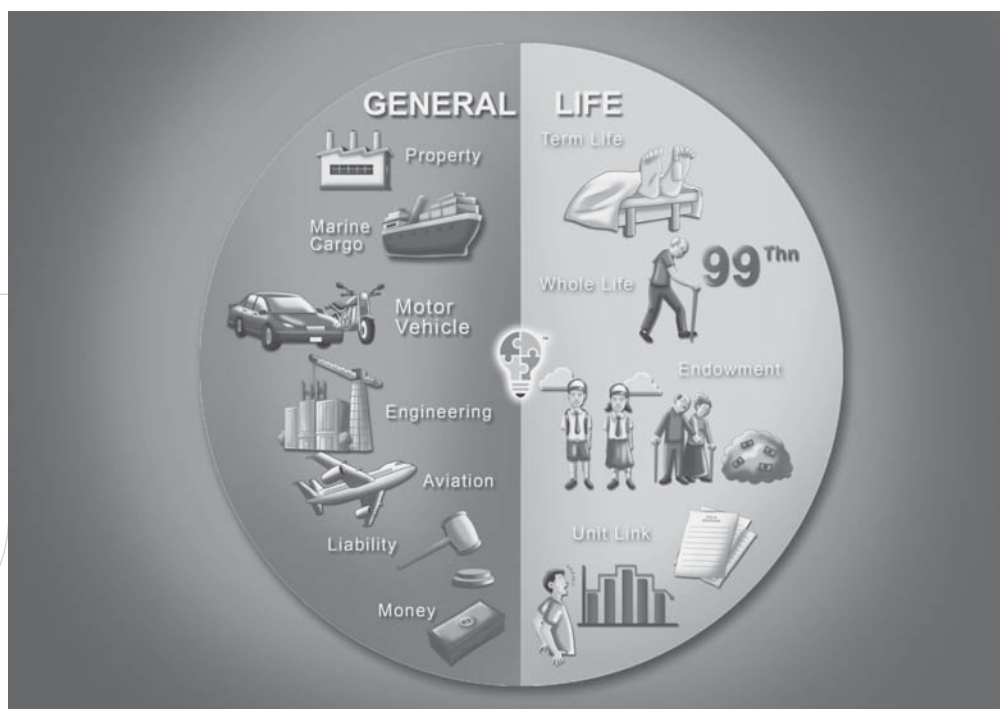
2. ICC "B"

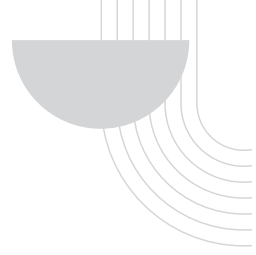
Menjamin kerugian karena risiko terbatas, seperti kebakaran, ledakan, tenggelam, gempa bumi, letusan gunung, masuknya air laut ke kontainer, dan jatuhnya barang ke laut. Tidak menjamin pencurian, kerusakan biasa karena kelembaban, atau kerusakan saat bongkar muat biasa. Digunakan untuk barang dengan risiko sedang.

3. ICC "C"

Merupakan jaminan paling sempit. Hanya menjamin kerugian akibat kebakaran, ledakan, tabrakan kapal, terbalik, dan penyelamatan bersama (*general average*). Tidak mencakup risiko air laut, jatuh dari kapal, atau bencana alam. Umumnya dipakai untuk barang dengan risiko kecil dan perjalanan pendek.

Jenis	Jenis Risiko yang Dijamin	Karakteristik
ICC "A"	Semua risiko fisik kecuali yang dikecualikan	Jaminan paling luas (<i>All Risk</i>)
ICC "B"	Risiko terbatas: kebakaran, gempa, jatuh ke laut	Jaminan menengah
ICC "C"	Risiko sangat terbatas: kebakaran, tabrakan, karam	Jaminan paling sempit





Pengantar Asuransi Jiwa

Asuransi Jiwa

Asuransi jiwa adalah bentuk perlindungan finansial yang diberikan oleh perusahaan asuransi kepada pihak yang ditunjuk (ahli waris atau penerima manfaat) apabila tertanggung meninggal dunia atau mengalami risiko tertentu yang dijamin dalam polis. Produk ini merupakan bagian dari sistem manajemen risiko yang bertujuan untuk mengalihkan risiko finansial atas kehilangan sumber pendapatan akibat kematian seseorang kepada pihak penanggung, yakni perusahaan asuransi.

Tujuan: Perlindungan Keuangan bagi Ahli Waris atau Pihak Ketiga

Tujuan utama dari asuransi jiwa adalah memberikan jaminan keuangan kepada ahli waris atau pihak yang ditunjuk dalam polis jika terjadi peristiwa yang menyebabkan tertanggung meninggal dunia. Manfaat ini sangat penting dalam menjaga stabilitas ekonomi keluarga yang ditinggalkan, terutama jika tertanggung adalah pencari nafkah utama. Dalam beberapa jenis polis, asuransi jiwa juga dapat digunakan sebagai instrumen perencanaan keuangan jangka panjang, seperti tabungan pendidikan atau dana pensiun.

Unsur Utama dalam Asuransi Jiwa

Beberapa unsur utama dalam asuransi jiwa antara lain:

- Tertanggung (*Insured*): Individu yang jiwanya diasuransikan dan risiko atas kehidupan atau kesehatan mereka dijamin oleh polis.



- Pemegang Polis (*Policy Holder*): Pihak yang mengajukan, memiliki, dan bertanggung jawab atas perjanjian asuransi. Pemegang polis dapat, tetapi tidak selalu, merupakan tertanggung.
- Penerima Manfaat/Ahli Waris (*Beneficiary*): Pihak yang akan menerima manfaat keuangan (uang pertanggungan) apabila terjadi risiko seperti kematian pada tertanggung.
- Pembayar Premi (*Payor*): Pihak yang melakukan pembayaran premi secara berkala atau sekaligus untuk mempertahankan keabsahan polis asuransi. Pembayar premi bisa jadi sama dengan pemegang polis, tertanggung, atau pihak lain yang ditunjuk.

Kewajiban Memiliki *Insurable Interest*

Keempat pihak di atas harus memiliki *insurable interest*, yaitu hubungan hukum dan keuangan yang nyata dan sah antara pihak-pihak terkait. *Insurable interest* memastikan bahwa:

- Polis hanya diberikan jika terdapat kerugian finansial nyata jika risiko terjadi.
- Tidak ada penyalahgunaan produk asuransi untuk tujuan yang tidak sah.

Tanpa adanya *insurable interest*, risiko penyalahgunaan asuransi jiwa meningkat secara signifikan, seperti:

- Penyuapan: Dimana pihak-pihak yang tidak memiliki hubungan langsung dapat mencoba memanipulasi polis untuk keuntungan pribadi.
- Pencucian Uang: Produk asuransi, terutama yang memiliki nilai tunai dan investasi, kerap dimanfaatkan untuk menyembunyikan sumber dana ilegal.
- Pendanaan Terorisme dan Kejahatan Keuangan Lainnya: Kurangnya keterkaitan antara pihak yang diasuransikan dan

penerima manfaat dapat membuka celah untuk kegiatan pendanaan yang tidak sah.

Dalam konteks ini, perusahaan asuransi serta pihak internal seperti *Board of Directors* (BOD), *General Manager* (GM), *Manager*, dan bagian Pemasaran harus menerapkan mekanisme pengawasan dan audit yang ketat. Bila terdapat kekeliruan atau indikasi penyalahgunaan dalam penerapan produk asuransi, pihak-pihak tersebut sebaiknya segera diperiksa oleh otoritas terkait dan pihak berwajib untuk mencegah dan menindaklanjuti potensi tindak kejahatan finansial.

Penambahan ini dimaksudkan untuk menegaskan pentingnya keberadaan *insurable interest* dalam setiap kontrak asuransi jiwa guna menjaga integritas produk asuransi dan mencegah potensi penyalahgunaan oleh oknum yang tidak berta

10.8. *Term Life Insurance*

Terminologi dan Karakteristik: Proteksi Murni dalam Jangka Waktu Tertentu

Term Life Insurance adalah bentuk asuransi jiwa yang memberikan perlindungan hanya selama jangka waktu tertentu, misalnya 5, 10, 15, atau 20 tahun. Disebut “proteksi murni” karena produk ini tidak mengandung elemen tabungan atau investasi. Artinya, jika tertanggung meninggal dunia dalam masa pertanggungan, maka perusahaan asuransi akan membayarkan uang pertanggungan kepada penerima manfaat. Namun, jika tertanggung masih hidup hingga akhir masa pertanggungan, polis berakhir dan tidak ada manfaat finansial yang diberikan. Produk ini populer karena preminya relatif rendah dibanding jenis asuransi jiwa lainnya.

Manfaat: Perlindungan Biaya Hidup Ahli Waris

Manfaat utama dari *term life insurance* adalah memberikan perlindungan keuangan kepada ahli waris jika tertanggung meninggal dunia dalam masa polis. Dana ini dapat digunakan untuk melunasi utang, membiayai pendidikan anak, atau memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari keluarga yang ditinggalkan. Karena biayanya terjangkau, produk ini sering menjadi pilihan bagi individu yang ingin memberikan perlindungan maksimal dengan premi minimal, khususnya bagi pencari nafkah utama dalam keluarga.

Jaminan dan Pengecualian Umum

Jaminan utama dari produk ini adalah risiko kematian alami atau akibat kecelakaan yang terjadi selama masa pertanggungan. Namun, seperti semua produk asuransi, terdapat pengecualian, antara lain:

- Bunuh diri dalam periode awal polis (biasanya dalam 1 atau 2 tahun pertama).
- Penyembunyian fakta medis penting (*misrepresentasi*), seperti penyakit kronis yang tidak dilaporkan saat pengisian proposal.
- Kematian akibat tindak kejahatan yang melibatkan penerima manfaat, jika terbukti adanya niat kriminal.

Tidak Memiliki Nilai Tunai

Karena merupakan proteksi murni, *polis term life* tidak memiliki nilai tunai atau manfaat pengembalian premi. Jika tertanggung hidup hingga akhir periode polis, tidak ada pengembalian uang. Ini menjadi poin penting yang harus dipahami calon pemegang polis agar tidak menuntut manfaat yang memang tidak dijanjikan dalam jenis polis ini.



Siapa yang Dapat Dipertanggungkan dan Siapa yang Dapat Membeli Polis Ini

Yang Dapat Dipertanggungkan:

Biasanya individu yang memiliki pengaruh ekonomi atau tanggung jawab finansial terhadap pihak lain, seperti kepala keluarga, pencari nafkah, atau mitra usaha. Syarat utamanya adalah adanya *insurable interest* dan kesehatan yang memenuhi persyaratan *underwriting*.

Yang Dapat Membeli Polis:

Siapa saja yang berusia minimal 18 tahun dan memiliki *insurable interest* terhadap tertanggung dapat membeli polis ini, misalnya:

- Suami/istri terhadap pasangannya.
- Orang tua terhadap anak atau sebaliknya.
- Perusahaan terhadap karyawannya yang krusial.
- Individu terhadap dirinya sendiri.

Insurable interest sangat penting untuk mencegah praktik penyalahgunaan, seperti spekulasi atas kematian orang lain. Maka dari itu, perusahaan asuransi wajib meneliti latar belakang hubungan antara pemegang polis dan tertanggung sebelum menerbitkan polis.

10.9. Whole Life Insurance

Terminologi: Nilai Tunai dan Polis Seumur Hidup

Whole Life Insurance adalah produk asuransi jiwa yang memberikan perlindungan selama hidup tertanggung, selama polis tetap aktif (tidak *lapse*). Produk ini memiliki dua komponen utama:



- Perlindungan jiwa seumur hidup, dan
- Nilai tunai (*cash value*), yaitu akumulasi dana yang terbentuk dari sebagian premi yang disisihkan dan diinvestasikan oleh perusahaan asuransi.

Nilai tunai ini akan bertambah seiring waktu dan dapat dipinjam oleh pemegang polis, digunakan untuk membayar premi, atau dicairkan sebagian sesuai ketentuan polis.

Manfaat: Jaminan Seumur Hidup & Nilai Tabungan

Keunggulan dari *whole life insurance* adalah jaminan manfaat asuransi yang pasti dibayarkan, selama polis masih berlaku dan premi dibayar. Selain itu, produk ini memberikan nilai tunai yang dapat dimanfaatkan oleh pemegang polis dalam keadaan darurat keuangan atau sebagai perencanaan jangka panjang. Bagi sebagian orang, produk ini juga dianggap sebagai bentuk warisan finansial yang dapat ditinggalkan bagi generasi berikutnya.

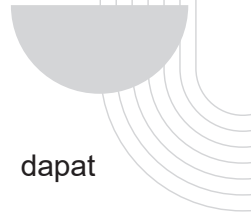
Jaminan: Kematian Kapan pun Terjadi

Tidak seperti *term life* yang hanya menjamin kematian dalam masa tertentu, *whole life* menjamin kematian kapan pun terjadi, baik dalam usia muda, paruh baya, atau tua. Selama polis masih aktif, perusahaan asuransi wajib membayarkan uang pertanggungan kepada penerima manfaat, tanpa batas waktu.

Pengecualian: Seperti pada *Term Life*

Pengecualian dalam *whole life insurance* umumnya serupa dengan *term life*, antara lain:

- Bunuh diri dalam periode tertentu setelah penerbitan polis.
- Penyembunyian fakta material, seperti kondisi medis yang tidak diungkapkan.



- Tindak kejahatan oleh penerima manfaat, yang dapat membatalkan klaim.

Objek: Individu

Whole life hanya dapat diberikan kepada individu, karena yang menjadi objek perlindungan adalah kehidupan seseorang. Produk ini tidak dapat digunakan untuk mengasuransikan institusi atau aset fisik.

Siapa yang Dapat Dipertanggungkan dan Siapa yang Bisa Membeli Polis Ini

Yang Dapat Dipertanggungkan:

Individu yang memiliki nilai ekonomi atau tanggung jawab keuangan yang signifikan, seperti: kepala keluarga, pebisnis, pasangan, anak, atau individu yang dijadikan sumber dana warisan.

Yang Dapat Membeli Polis:

- Diri sendiri (*self-insured*)
- Pasangan terhadap pasangan
- Orang tua terhadap anak
- Perusahaan terhadap karyawan kunci (*key person*)

Semua relasi tersebut harus memiliki *insurable interest*, untuk mencegah spekulasi atau penyalahgunaan asuransi.



Perbedaan dengan *Term Life Insurance*

Aspek	Term Life	Whole Life
Durasi	Terbatas (5–30 tahun)	Seumur hidup
Proteksi	Tidak ada	Ada (bertumbuh)
Nilai Tunai	Lebih rendah	Lebih tinggi
Premi	Tertanggung	Tertanggung meninggal
Manfaat	meninggal dalam masa polis	kapan pun selama polis aktif
Diberikan	Tidak tersedia	Bisa dipinjam atau dicairkan sebagian
Jika	Proteksi sementara	Proteksi jangka panjang + tabungan/warisan
Fleksibilitas Dana		
Tujuan Utama		

Whole life insurance cocok bagi mereka yang menginginkan kepastian jangka panjang, perencanaan warisan, dan akses terhadap dana yang dapat digunakan sewaktu-waktu. Namun, karena sifatnya permanen dan memiliki nilai tunai, premi yang dibayarkan relatif lebih tinggi dibandingkan dengan *term life insurance*.

10.10. *Endowment Insurance*

Terminologi: Jatuh Tempo dan Nilai Tunai

Endowment Insurance atau asuransi dwiguna adalah jenis asuransi jiwa yang menggabungkan unsur proteksi jiwa dan tabungan/investasi dalam jangka waktu tertentu. Polis ini memiliki tanggal jatuh tempo (*maturity date*), yaitu waktu di mana manfaat akan dibayarkan jika tertanggung masih hidup. Selain itu, produk ini juga memiliki nilai tunai, yang terus bertumbuh seiring waktu dan dapat dicairkan saat jatuh tempo atau dalam kondisi tertentu.

Manfaat: Proteksi dan Investasi

Endowment memberikan manfaat ganda:

1. Jika tertanggung meninggal dunia selama masa pertanggungan, penerima manfaat akan mendapatkan uang pertanggungan.
2. Jika tertanggung masih hidup hingga akhir masa polis, maka pemegang polis akan menerima manfaat jatuh tempo berupa nilai tunai yang telah terkumpul.

Dengan demikian, produk ini memberikan kepastian manfaat, baik dalam keadaan risiko terjadi maupun tidak, yang membuatnya sangat menarik bagi perencana keuangan individu dan keluarga.

Jaminan: Kematian atau Kelangsungan Hidup hingga Akhir Polis
Asuransi *endowment* menjamin pembayaran manfaat jika tertanggung:

- Meninggal dunia dalam masa pertanggungan, atau
- Masih hidup pada akhir masa polis (misalnya 10, 15, atau 20 tahun sejak polis dimulai).

Jaminan ini memberikan rasa aman sekaligus hasil finansial jangka menengah hingga panjang.

Pengecualian: Mirip dengan *Whole Life*

Pengecualian umumnya sama dengan polis seumur hidup, antara lain:

- Bunuh diri dalam periode awal.
- Penyembunyian informasi kesehatan atau kondisi medis serius.
- Kematian akibat tindakan kriminal yang disengaja oleh penerima manfaat.

Cocok untuk Perencanaan Dana Pendidikan atau Pensiun

Karena adanya nilai tunai dan tanggal jatuh tempo, produk ini sering digunakan untuk perencanaan keuangan masa depan, seperti:

- Dana pendidikan anak.
- Dana pensiun pribadi.
- Dana pernikahan atau modal usaha.

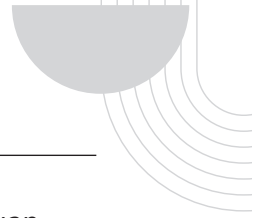
Siapa yang Bisa Membeli Produk Ini?

Endowment dapat dibeli oleh siapa saja yang memiliki tujuan keuangan spesifik di masa depan dan *insurable interest* terhadap tertanggung. Umumnya dibeli oleh:

- Orang tua untuk anak-anaknya.
- Individu untuk diri sendiri sebagai dana pensiun.
- Pasangan untuk perlindungan dan rencana keluarga.
- Perusahaan untuk program kesejahteraan pegawai.

Perbedaan dengan *Term Life* dan *Whole Life*

Aspek	Term Life	Whole Life	Endowment
Durasi Proteksi	Terbatas	Seumur hidup	Terbatas
Nilai Tunai	Tidak ada	Ada	Ada
Premi	Rendah	Tinggi	Menengah–Tinggi
Manfaat Saat Hidup	Tidak ada	Pinjaman dari nilai tunai	Nilai tunai saat jatuh tempo
Manfaat Saat Meninggal	UP selama masa polis	UP kapan pun meninggal	UP selama masa polis



Tujuan	Proteksi murni	Proteksi + warisan	Proteksi + investasi/tujuan finansial
Kepastian Manfaat	Hanya jika meninggal	Pasti dibayar saat meninggal	Dapat manfaat baik hidup atau meninggal

Endowment sangat cocok bagi mereka yang ingin memiliki jaminan ganda—baik terhadap risiko kematian maupun pencapaian tujuan keuangan yang terencana. Namun, karena karakteristik gabungan antara proteksi dan investasi, calon pemegang polis harus mempertimbangkan premi dan horizon waktu yang sesuai dengan kebutuhan.

10.11. *Unit Link Insurance*

Terminologi: *Fund Value*, *Switching*, dan *Rider*

Unit Link Insurance adalah produk asuransi jiwa yang menggabungkan perlindungan jiwa dengan elemen investasi di pasar modal, khususnya dalam bentuk reksa dana.

- *Fund Value* (nilai dana): adalah nilai tunai yang terbentuk dari hasil investasi premi nasabah setelah dipotong biaya-biaya. Nilai ini akan fluktuatif mengikuti kinerja pasar.
- *Switching*: fasilitas bagi pemegang polis untuk memindahkan alokasi investasinya dari satu jenis dana (misalnya saham) ke dana lain (misalnya pendapatan tetap), tanpa harus menutup polis.
- *Rider*: manfaat tambahan (add-on) seperti penyakit kritis, cacat tetap total, atau pembebasan premi, yang bisa ditambahkan ke dalam polis dengan premi terpisah.



Manfaat: Gabungan Proteksi dan Investasi

Unit link memberikan dua manfaat utama:

1. Manfaat proteksi – berupa uang pertanggungan yang dibayarkan jika tertanggung meninggal dunia atau terkena risiko tertentu (sesuai *rider*).
2. Manfaat investasi – berupa nilai tunai yang terbentuk dan bisa dicairkan sebagian (partial withdrawal) atau seluruhnya sesuai ketentuan polis.

Unit link menjadi populer karena menawarkan fleksibilitas dalam berasuransi sekaligus berinvestasi, meski tidak menjamin hasil investasi.

Jaminan: Kematian dan Penyakit Kritis (Jika Ditambahkan)

Unit link umumnya menjamin manfaat kematian. Namun, jaminan tambahan seperti penyakit kritis, kecelakaan, dan cacat tetap total hanya tersedia jika nasabah menambahkan *rider* tertentu. Tanpa *rider*, produk ini tetap berfungsi sebagai proteksi jiwa dasar. Nilai jaminan bisa bersifat tetap (*fixed*) atau bergantung pada nilai investasi yang terbentuk saat klaim.

Pengecualian: Tergantung Rider dan Ketentuan Investasi

Pengecualian dalam *unit link* lebih kompleks dibandingkan produk tradisional.

- Pengecualian manfaat asuransi mengikuti syarat umum seperti bunuh diri, penyembunyian fakta medis, atau kejahatan oleh penerima manfaat.
- Pengecualian manfaat *rider* tergantung pada masing-masing tambahan perlindungan (misalnya ada masa tunggu atau batas usia tertentu).

- Risiko investasi sepenuhnya ditanggung oleh pemegang polis; jika nilai investasi turun drastis, nilai tunai bisa habis dan polis berakhir (*lapse*).

Kelebihan dan Risiko (Nilai Tunai Fluktuatif)

Kelebihan unit link terletak pada fleksibilitas dan potensi pertumbuhan nilai tunai. Namun, risikonya tidak kecil:

- Kelebihan: fleksibel, multifungsi, dapat menyesuaikan profil risiko investor, bisa tarik dana tanpa menutup polis.
- Risiko: biaya awal tinggi, nilai tunai tidak dijamin, sangat bergantung pada kinerja pasar dan manajer investasi, serta tidak cocok untuk tujuan jangka pendek.

Produk Ini Cocok untuk Siapa?

Unit link tidak disarankan untuk pemula dalam keuangan. Produk ini lebih cocok untuk:

- Individu yang telah memahami asuransi dan risiko investasi.
- Mereka yang sudah memiliki portofolio reksa dana atau aset keuangan lainnya.
- Nasabah dengan penghasilan stabil, sehingga dapat mengelola fluktuasi nilai tunai dan tetap membayar premi reguler.

Membeli *unit link* tanpa pemahaman yang matang dapat menyebabkan kekecewaan, terutama karena hasil investasi tidak selalu sesuai harapan. Untuk itu, sangat dianjurkan untuk membaca buku-buku referensi seperti:

- “Jangan Beli Unit Link...”
- “Beli Unit Link, Apa Untungnya?”

- “Dosa-dosa Unit Link”

yang diterbitkan oleh Elex Media Komputindo. Buku-buku ini menyajikan berbagai sudut pandang—baik kritik, manfaat, maupun penyalahgunaan—sehingga calon nasabah bisa mengambil keputusan dengan bijak dan kritis.

Lebih dalam: *Commercial Insurance vs Social Insurance*

Di luar dari penjelasan diatas, ternyata Asuransi Umum dan Asuransi Jiwa yang selama ini diiklankan dan dijual ke masyarakat luas adalah Asuransi Komersial. Sedangkan ada juga Asuransi yang diwajibkan oleh pemerintah Indonesia yang tidak pandang bulu dan dana / preminya akan dipotong langsung bagi mereka yang bekerja. Adapun ***Commercial Insurance*** dan ***Social Insurance*** merupakan dua bentuk asuransi yang memiliki tujuan dan karakteristik berbeda, meskipun sama-sama bertujuan memberikan perlindungan finansial.

Berikut penjelasannya:

1. ***Commercial Insurance***

a. Definisi dan Tujuan

Commercial Insurance (Asuransi Komersial) adalah asuransi yang diselenggarakan oleh perusahaan asuransi (baik swasta maupun BUMN) dengan tujuan utama mencari keuntungan (*profit oriented*) di samping memberikan proteksi terhadap risiko tertentu. Polis asuransi diterbitkan berdasarkan kesepakatan antara nasabah (tertanggung) dan perusahaan asuransi (penanggung), di mana nasabah membayar premi, dan perusahaan asuransi berjanji membayar klaim sesuai ketentuan polis bila terjadi peristiwa yang diasuransikan.

b. Contoh di Indonesia**1. Asuransi Jiwa Komersial**

Prudential, AXA Mandiri, AIA, Allianz, Manulife, dan lain-lain. Layanan utamanya mencakup perlindungan jiwa, kesehatan, kecelakaan, dan investasi (*unit link*).

2. Asuransi Umum (Kerugian)

Asuransi kendaraan (dioperasikan misalnya oleh Astra Insurance, Wahana Tata, Dayin Mitra, Raksa Pratikara, Adira, AXA, Sinar Mas), asuransi kebakaran, asuransi rumah, dan asuransi perjalanan.

c. Ciri-Ciri Utama**1. Bersifat Sukarela**

Calon tertanggung bebas memilih apakah ingin membeli polis asuransi atau tidak.

2. Premi Disesuaikan dengan Profil Risiko

Semakin tinggi risiko tertanggung, semakin mahal premi yang dibebankan.

3. Fokus Pada Prinsip Profitabilitas

Perusahaan asuransi komersial tetap harus memperoleh laba agar usahanya berkelanjutan.

4. Variasi Produk

Terdapat banyak jenis polis, *rider*, dan cakupan risiko yang dapat ditawarkan; bersifat kompetitif.

2. Social Insurance**a. Definisi dan Tujuan**

Social Insurance (Asuransi Sosial) adalah asuransi yang diselenggarakan oleh pemerintah atau lembaga yang ditunjuk pemerintah dengan tujuan utama memberikan perlindungan sosial kepada masyarakat. Sifatnya lebih

menekankan pemerataan dan perlindungan bagi seluruh lapisan, termasuk kelompok rentan. Jadi, meski sama-sama menghimpun iuran atau kontribusi, asuransi sosial biasanya tidak berorientasi profit, melainkan bertujuan memastikan kesejahteraan sosial (*social welfare*).

b. Contoh di Indonesia

1. BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan)

Didirikan untuk menyediakan jaminan kesehatan bagi seluruh warga negara Indonesia. Masyarakat membayar iuran bulanan dengan nominal yang relatif terjangkau, dan layanan kesehatan dijamin di fasilitas kesehatan yang bekerja sama.

2. BPJS Ketenagakerjaan

Menyediakan perlindungan bagi tenaga kerja (pegawai formal maupun informal) di Indonesia, mencakup jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan kematian, dan jaminan pensiun.

c. Ciri-Ciri Utama

1. Wajib atau Semi-Wajib

Umumnya, pemerintah mewajibkan seluruh warga atau kelompok tertentu untuk terdaftar (misalnya, BPJS Kesehatan diwajibkan bagi seluruh penduduk).

2. Premi (Iuran) Bersifat Sosial

Besarannya sering ditetapkan pemerintah, tidak semata-mata mencerminkan risiko individu, tetapi lebih ke konsep gotong royong (solidaritas sosial).

3. Tujuan Pemerataan

Fokusnya adalah memberikan perlindungan dasar yang merata bagi seluruh masyarakat, bukan mencari laba.

4. Dikelola oleh Badan Pemerintah atau Lembaga Khusus

Penerapan diatur oleh perundang-undangan, dan lembaganya bertanggung jawab langsung kepada pemerintah.

Adapun perbedaan tersebut dapat disimpulkan menjadi table dibawah ini

	Asuransi Umum	Asuransi Sosial
Orientasi	<i>Profit Oriented</i>	<i>Non-profit</i>
Premi	Berdasarkan risiko	Bersifat tetap sesuai ketentuan
Peserta	Sukarela / Pilihan	Wajib bagi kelompok pekerja tertentu
Lembaga Penyelenggara	Swasta / BUMN yang mencari <i>profit</i>	Badan / Lembaga Resmi Pemerintah

Keduanya berperan saling melengkapi dalam ekosistem perlindungan sosial dan finansial di Indonesia, *social insurance* membangun jaring pengaman sosial yang universal, sedangkan *commercial insurance* memberikan alternatif perlindungan khusus atau tambahan bagi masyarakat yang menginginkan manfaat lebih luas atau bersifat *customized* (sesuai keinginan / perlindungan proteksinya).



**‘Insurance is a language
of love rarely spoken
romantically, yet often
becomes the warmest
embrace when life
begins to fall apart.’**





GEDUNG ASURANSI WAHANA TATA

KANTOR PUSAT

Jl. H.R. Rasuna Said Kav. C-4,
Jakarta 12920
Telp. (021) 520 3145, 520 3146
Fax. (021) 520 3149
e-mail: aswata@aswata.co.id
website: www.aswata.co.id



PT Asuransi Wahana Tata berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

**We do not seek protection
because we fear life.
We prepare it because
we honor life,
and because we love
those who depend on us.**



BAB

11.

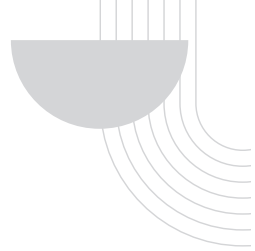
PEMASARAN ASURANSI



Gambar dibuat menggunakan ChatGPT

**Behind every act of
protection is a quiet
prayer: should I one
day be less strong,
family still have a
place to lean on.**





PENDAHULUAN

Pemasaran asuransi adalah kegiatan strategis dalam industri perasuransian yang bertujuan memperkenalkan, menjelaskan, menawarkan, dan menjual produk asuransi kepada masyarakat luas. Di era modern, pemasaran tidak lagi terbatas pada aktivitas agen lapangan, tetapi juga mencakup digital marketing, *bancassurance*, dan saluran alternatif lainnya yang diatur secara ketat dalam regulasi terbaru.

11.1. Pengantar

Dalam industri perasuransian, pemasaran bukanlah sekadar kegiatan menjual produk—ia adalah garda terdepan yang mempertemukan perusahaan dengan masyarakat. Tenaga pemasar asuransi adalah wajah pertama yang dilihat calon nasabah, dan sekaligus cermin dari nilai, integritas, dan profesionalisme perusahaan. Oleh karena itu, pembahasan tentang pemasaran asuransi menjadi sangat penting dalam memahami bagaimana kepercayaan dibangun, ekspektasi nasabah dibentuk, dan bagaimana hubungan jangka panjang antara perusahaan dan nasabah dijaga. Tanpa strategi pemasaran yang etis, terukur, dan berbasis kebutuhan, maka seluruh ekosistem perlindungan risiko menjadi rapuh.

Pemasaran asuransi juga berperan sebagai *pre-underwriter*, karena informasi awal tentang risiko dan kebutuhan nasabah disampaikan pertama kali melalui tenaga pemasar. Ketepatan pemahaman terhadap kebutuhan nasabah, kelengkapan



informasi yang dikumpulkan, serta kejujuran dalam proses penjelasan produk sangat memengaruhi keputusan *underwriter* dalam menerima atau menolak suatu risiko. Jika proses ini dijalankan secara asal-asalan, tanpa kompetensi dan tanpa itikad baik, maka risiko kesalahan akan sangat tinggi. Di sinilah berlaku pepatah klasik dalam sistem: “*garbage in, garbage out*”—jika informasi masuk tidak akurat atau tidak relevan, maka hasil akhir polis asuransi pun akan cacat sejak awal.

Dalam konteks ini, pemasaran asuransi memikul tanggung jawab yang besar, tidak hanya terhadap perusahaan tetapi juga terhadap nasabah dan regulator. Kesalahan dalam pemasaran dapat berujung pada *mis-selling*, konflik saat klaim, bahkan sengketa hukum. Maka pemasaran tidak boleh dilakukan sembarangan atau sekadar mengejar target produksi. Ia harus dibangun di atas fondasi keahlian, keterampilan komunikasi, pemahaman risiko, serta integritas pribadi. Oleh karena itu, bab ini juga akan mengkaji peran regulasi terbaru seperti POJK No. 22/2023, POJK No. 8/2024, dan POJK No. 36/2024 yang menekankan perlindungan konsumen dan tata kelola saluran pemasaran.

Tujuan pembahasan dalam bab ini adalah untuk membekali pembaca—khususnya praktisi pemula dan mahasiswa asuransi—dengan pemahaman mendasar dan komprehensif mengenai pemasaran asuransi. Pembaca akan mempelajari konsep dan terminologi utama, fungsi dan tahapan pemasaran, kewajiban tenaga pemasar, serta pentingnya prinsip *Know Your Customer* (KYC). Bab ini juga membahas pentingnya etika dan integritas, serta bagaimana tenaga pemasar dapat menjadi agen perubahan dalam meningkatkan literasi risiko dan inklusi asuransi secara nasional.

Dengan mempelajari bab ini secara menyeluruh, pembaca diharapkan dapat memahami bahwa pemasaran bukan sekadar transaksi, tetapi merupakan proses strategis dalam membangun sistem perlindungan yang adil dan berkelanjutan. Ketika pemasaran dilakukan dengan benar dan bertanggung jawab, maka bukan hanya perusahaan yang diuntungkan, tetapi juga masyarakat yang terlindungi, dan industri yang tumbuh secara sehat. Bab ini menjadi titik krusial dalam memahami bagaimana peran manusia, strategi, dan kebijakan bertemu dalam satu titik: pintu awal terjadinya perlindungan risiko yang bermakna.

11. 2. Terminologi Kunci dalam Pemasaran Asuransi

- **Tenaga Pemasar:** Individu atau badan yang diberi wewenang oleh perusahaan asuransi untuk memasarkan produk asuransi, baik melalui kanal langsung maupun tidak langsung (agen, broker, bank, digital).
- **Saluran Pemasaran (*Distribution Channel*):** Jalur distribusi produk asuransi yang meliputi: pemasaran langsung, agen, *bancassurance*, telemarketing, *digital platform*, dan pihak ketiga lainnya.
- ***Product Disclosure*:** Informasi yang wajib diberikan kepada konsumen mengenai manfaat, biaya, risiko, dan pengecualian dalam polis.
- ***Target Market Statement (TMS)*:** Dokumen internal yang menjelaskan segmen konsumen yang menjadi sasaran produk asuransi, wajib disusun oleh perusahaan (sesuai POJK 8/2024).

Dalam dunia pemasaran asuransi, pemahaman terhadap terminologi utama sangatlah penting agar setiap pihak yang

terlibat—baik tenaga pemasar, manajemen perusahaan, maupun calon tertanggung—memiliki persepsi dan pemahaman yang selaras. Penggunaan istilah yang seragam tidak hanya mempermudah komunikasi dan pengawasan, tetapi juga menjadi dasar bagi integritas dan profesionalitas dalam seluruh proses pemasaran.

- Tenaga pemasar adalah ujung tombak dari seluruh kegiatan pemasaran produk asuransi, berperan sebagai penghubung antara perusahaan asuransi dan calon nasabah. Mereka tidak hanya bertugas menawarkan produk, tetapi juga memberikan edukasi risiko, menjelaskan manfaat polis secara detail, serta membantu calon nasabah memahami hak dan kewajiban mereka sebagai tertanggung. Dalam praktiknya, tenaga pemasar dapat beroperasi sebagai bagian dari tim internal perusahaan (*direct sales*), maupun melalui saluran eksternal seperti agen asuransi perseorangan, broker asuransi, perbankan (*bancassurance*), hingga *platform* digital dan mitra teknologi (*affiliated platforms*). Keberadaan tenaga pemasar menjadi sangat krusial karena persepsi pertama nasabah terhadap perusahaan asuransi biasanya terbentuk dari interaksi dengan mereka.

Peran tenaga pemasar tidak bisa dipandang sebelah mata, karena mereka memegang tanggung jawab moral, profesional, dan hukum dalam menyampaikan informasi yang akurat, tidak menyesatkan, dan sesuai dengan kebutuhan nasabah. Dalam konteks ini, tenaga pemasar bukan hanya menjual produk, melainkan juga menjalankan fungsi *pre-underwriting*—menggali informasi awal terkait profil risiko calon nasabah yang akan menjadi bahan pertimbangan bagi *underwriter* perusahaan. Apabila proses ini dijalankan tanpa kompetensi dan integritas, maka

berisiko tinggi terjadi kesalahan akseptasi risiko yang berujung pada potensi sengketa saat klaim. Oleh sebab itu, pemahaman teknis produk, kemampuan komunikasi, serta etika profesional merupakan kompetensi utama yang wajib dimiliki oleh setiap tenaga pemasar asuransi.

Regulasi terbaru, yakni POJK No. 36 Tahun 2024, mempertegas pentingnya peran dan tata kelola tenaga pemasar. Setiap tenaga pemasar, baik individu maupun entitas, wajib memiliki kualifikasi yang ditetapkan, mengikuti pelatihan serta sertifikasi resmi dari lembaga yang diakui oleh OJK. Selain itu, mereka harus tunduk pada kode etik pemasaran yang ditetapkan oleh perusahaan dan asosiasi profesi, serta menjalankan prinsip-prinsip perlindungan konsumen seperti transparansi, kejujuran, dan fair treatment. Perusahaan juga diwajibkan memiliki sistem pengawasan dan evaluasi terhadap seluruh tenaga pemasar yang berada di bawah pengelolaannya. Hal ini menunjukkan bahwa tenaga pemasar tidak hanya sekadar perpanjangan tangan pemasaran, tetapi merupakan elemen strategis dalam membangun reputasi, kepercayaan publik, dan keberlanjutan industri perasuransian itu sendiri.

- Saluran pemasaran (*distribution channel*) dalam industri perasuransian adalah sistem distribusi yang digunakan oleh perusahaan asuransi untuk memasarkan produk dan menjangkau calon tertanggung. Peran saluran ini tidak hanya sebatas media penjualan, tetapi juga sebagai jembatan komunikasi antara perusahaan dan nasabah, sekaligus sarana untuk memberikan edukasi dan pelayanan yang berkelanjutan. Dalam praktiknya, perusahaan dapat menggunakan berbagai jalur pemasaran

yang diklasifikasikan ke dalam dua kelompok besar: jalur langsung (seperti pemasaran internal atau *direct sales* dan digital direct marketing) dan jalur tidak langsung (seperti agen individu, broker, *bancassurance*, mitra koperasi, lembaga pembiayaan, dan *platform* teknologi finansial). Diversifikasi saluran pemasaran ini memberikan keleluasaan bagi perusahaan untuk menyesuaikan strategi distribusinya dengan kebutuhan pasar dan dinamika perilaku konsumen yang terus berubah.

Setiap saluran pemasaran memiliki karakteristik, keunggulan, dan tantangan tersendiri. Misalnya, agen individu menawarkan pendekatan personal dan edukatif secara langsung, sementara *platform* digital mampu menjangkau pasar yang lebih luas dengan biaya relatif efisien dan pengalaman pengguna yang lebih cepat dan fleksibel. Di sisi lain, kerja sama dengan perbankan melalui skema *bancassurance* memungkinkan perusahaan untuk mengakses nasabah bank yang telah tersegmentasi secara finansial dan lebih siap secara ekonomi. Dalam menjalankan semua saluran ini, perusahaan wajib melakukan pengawasan yang ketat dan memastikan bahwa seluruh mitra pemasaran memiliki pemahaman yang memadai tentang produk, prosedur penjualan, serta prinsip perlindungan konsumen. Hal ini penting untuk mencegah praktik penjualan yang menyesatkan (*mis-selling*), penyalahgunaan data pribadi, atau potensi konflik kepentingan dalam proses pemasaran.

Menanggapi kompleksitas dan risiko yang melekat dalam aktivitas pemasaran multikanal, OJK menerbitkan POJK No. 8 Tahun 2024 tentang Produk Asuransi dan Saluran Pemasaran, yang secara tegas mengatur bahwa

pemilihan saluran pemasaran harus didasarkan pada kecocokan antara karakteristik produk asuransi dengan profil konsumen yang menjadi target. Regulasi ini juga mewajibkan perusahaan untuk menyusun *Target Market Statement* (TMS) sebagai pedoman internal dalam menetapkan segmentasi pasar dan kanal distribusi yang digunakan. Selain itu, perusahaan harus memastikan bahwa semua pihak yang terlibat dalam pemasaran—baik internal maupun eksternal—menerapkan prinsip *fair treatment of customers*, transparansi informasi, serta memberikan ruang waktu bagi calon nasabah untuk memahami manfaat, risiko, dan pengecualian produk secara menyeluruh. Dengan pendekatan yang tepat dan kepatuhan terhadap regulasi ini, saluran pemasaran dapat menjadi penggerak utama inklusi asuransi yang sehat, adil, dan berkelanjutan.

- *Product Disclosure* merupakan elemen krusial dalam praktik pemasaran asuransi yang bertanggung jawab dan beretika. Istilah ini merujuk pada kewajiban perusahaan asuransi dan tenaga pemasar untuk menyampaikan informasi secara terbuka, transparan, dan menyeluruh kepada calon nasabah sebelum mereka membuat keputusan untuk membeli polis. Informasi yang disampaikan harus mencakup manfaat utama dan tambahan dari produk asuransi, besaran premi, biaya administrasi, potensi risiko—terutama jika produk memiliki unsur investasi—serta pengecualian, masa tunggu, dan syarat pengajuan klaim. Tujuan utama dari *product disclosure* adalah memastikan bahwa calon tertanggung memiliki pemahaman yang cukup agar dapat membuat keputusan pembelian yang bijak, sesuai dengan kebutuhannya dan kondisi finansialnya.

Dalam praktiknya, *product disclosure* bukan sekadar penyampaian brosur atau ilustrasi polis, tetapi harus menjadi proses dialog dua arah antara tenaga pemasar dan calon nasabah. Tenaga pemasar wajib menjelaskan isi produk dengan bahasa yang mudah dipahami, tidak bersifat teknis atau menyesatkan, serta memberikan waktu bagi calon nasabah untuk mempertimbangkan keputusan secara rasional. Proses ini juga mencakup penjelasan atas hak dan kewajiban tertanggung, ketentuan pembatalan polis, dan prosedur pengajuan klaim. Jika *disclosure* dilakukan secara terbatas, terburu-buru, atau hanya menonjolkan sisi keuntungan produk tanpa mengungkap potensi risikonya, maka hal ini dapat dikategorikan sebagai *mis-selling*, yang dalam jangka panjang merusak kepercayaan publik terhadap industri perasuransian.

POJK No. 22 Tahun 2023 tentang Perlindungan Konsumen dan Masyarakat di Sektor Jasa Keuangan menegaskan bahwa perusahaan asuransi wajib memberikan informasi produk kepada calon konsumen sebelum perjanjian asuransi ditandatangani. Aturan ini memperkuat prinsip transparansi dan memperkenalkan masa *cooling-off*—periode sekurang-kurangnya 14 hari kalender sejak polis diterbitkan, di mana nasabah dapat membatalkan kontrak tanpa beban biaya, kecuali biaya pemeriksaan risiko atau biaya administrasi yang wajar. Ketentuan ini bertujuan memberikan ruang refleksi dan perlindungan tambahan agar konsumen tidak merasa terjebak dalam keputusan impulsif atau berdasarkan informasi yang tidak lengkap. Oleh karena itu, *product disclosure* bukan hanya kewajiban hukum, melainkan juga wujud komitmen

perusahaan asuransi untuk membangun hubungan yang jujur dan berkelanjutan dengan nasabah.

- *Target Market Statement* (TMS) merupakan dokumen internal yang wajib disusun oleh setiap perusahaan asuransi sebelum suatu produk dipasarkan kepada masyarakat. Dokumen ini tidak hanya berfungsi sebagai panduan teknis, tetapi juga sebagai landasan strategis dalam menentukan segmen pasar yang paling sesuai dengan karakteristik produk. Dalam TMS, perusahaan harus secara eksplisit menjelaskan siapa kelompok konsumen yang menjadi sasaran produk tersebut, termasuk aspek demografis, kondisi keuangan, tingkat pemahaman risiko, serta kebutuhan proteksi yang relevan. Selain itu, TMS juga memuat informasi mengenai batasan atau kriteria eksklusi—yaitu kelompok konsumen yang tidak sesuai atau tidak disarankan membeli produk tersebut. Dengan demikian, TMS menjadi instrumen yang mencegah pemasaran yang tidak tepat sasaran.

TMS memiliki peran penting dalam menjaga akurasi dan integritas proses pemasaran. Berdasarkan POJK No. 8 Tahun 2024 tentang Produk Asuransi dan Saluran Pemasaran, perusahaan wajib menjadikan TMS sebagai acuan utama dalam seluruh tahapan pemasaran—mulai dari perancangan pesan promosi, pemilihan saluran distribusi, hingga pelatihan tenaga pemasar. Setiap tenaga pemasar harus memahami dan menerapkan TMS agar proses penawaran produk benar-benar selaras dengan kebutuhan dan kemampuan calon nasabah. Ini merupakan implementasi nyata dari prinsip *needs-based selling*, yaitu pendekatan penjualan berbasis pemenuhan kebutuhan nyata nasabah, bukan semata-mata target produksi atau

strategi komersial jangka pendek. Dengan demikian, TMS turut memperkuat prinsip perlindungan konsumen dan menghindarkan industri dari praktik *mis-selling* yang selama ini menjadi salah satu titik rawan sengketa klaim.

Selain berfungsi secara internal, TMS juga menjadi alat bantu regulator dalam melakukan pengawasan terhadap kesesuaian produk dan proses pemasaran. Melalui TMS, OJK dapat menilai apakah suatu produk dipasarkan dengan cara yang bertanggung jawab, tepat sasaran, dan sejalan dengan profil risiko yang dijanjikan oleh perusahaan. Hal ini sangat penting, terutama dalam konteks digitalisasi dan diversifikasi produk yang semakin kompleks. Dengan adanya TMS, setiap perusahaan dituntut untuk lebih berhati-hati dalam merancang, memasarkan, dan mengawasi produk-produknya, sehingga keberadaan TMS bukan sekadar dokumen administratif, melainkan cermin dari komitmen perusahaan terhadap keberlanjutan dan tata kelola yang baik di sektor asuransi

Dengan memahami terminologi utama ini, baik perusahaan, pemasar, maupun konsumen dapat berinteraksi dalam kerangka yang adil, informatif, dan sesuai prinsip tata kelola yang baik. Terminologi ini tidak hanya penting dalam konteks operasional, tetapi juga menjadi fondasi dalam membangun kepercayaan dan integritas industri perasuransian secara keseluruhan.

11.3. Peran dan Fungsi Pemasaran dalam Asuransi

- Edukasi Risiko: Membantu masyarakat memahami risiko dan pentingnya proteksi.
- Distribusi Produk: Menyediakan jalur efektif dalam memperluas jangkauan perlindungan.
- Penghubung Nasabah dan Perusahaan: Menjadi jembatan antara kebutuhan pelanggan dan produk asuransi.
- Peningkatan Literasi dan Inklusi Keuangan: Berkontribusi pada program nasional literasi keuangan melalui informasi yang jujur dan tidak menyesatkan.

3.1. Edukasi Risiko: Membantu masyarakat memahami risiko dan pentingnya proteksi

Salah satu peran utama dari pemasaran asuransi adalah memberikan edukasi kepada masyarakat mengenai konsep risiko dan pentingnya perlindungan. Banyak orang tidak menyadari bahwa hidup mereka penuh dengan ketidakpastian—baik dari sisi kesehatan, finansial, aset, maupun keberlangsungan usaha. Dalam hal ini, tenaga pemasar asuransi menjadi agen edukatif yang menjelaskan bahwa risiko dapat dipetakan, diukur, dan dikelola melalui mekanisme asuransi. Mereka menjembatani jurang pemahaman antara ketidaktahuan masyarakat dan kebutuhan akan proteksi.

Proses edukasi ini tidak boleh dilakukan secara menakut-nakuti atau memaksa. Edukasi yang baik dilakukan melalui pendekatan personal, contoh konkret, ilustrasi risiko yang mudah dipahami, dan perbandingan antara manfaat

asuransi dengan potensi kerugian jika tidak memiliki perlindungan. Pemasar yang baik mampu menyampaikan bahwa asuransi bukan beban, melainkan bentuk perlindungan finansial yang akan membantu ketika musibah datang. Dengan edukasi yang tepat, calon nasabah dapat memahami bahwa mereka sedang membuat keputusan untuk masa depan, bukan sekadar membeli produk.

Lebih dari itu, edukasi risiko juga memiliki dampak sosial yang besar. Masyarakat yang paham risiko cenderung lebih bijak dalam perencanaan hidup dan keuangannya. Mereka juga menjadi lebih siap menghadapi krisis tanpa membebani keluarga atau komunitas. Karena itulah, tenaga pemasar asuransi memegang peran penting dalam menciptakan masyarakat yang resilien—bukan hanya dalam konteks pribadi, tetapi juga dalam skala nasional.

3.2. Distribusi Produk: Menyediakan jalur efektif dalam memperluas jangkauan perlindungan

Fungsi penting lainnya dari pemasaran adalah sebagai jalur distribusi utama bagi produk-produk asuransi agar sampai ke tangan masyarakat. Tanpa pemasaran, sebaik apapun produk asuransi yang dirancang, tidak akan dikenal atau digunakan. Saluran distribusi dapat berupa agen individu, broker, kerja sama dengan bank (*bancassurance*), pemasaran digital, atau kemitraan dengan koperasi dan lembaga keuangan lainnya. Masing-masing saluran ini dirancang agar produk asuransi dapat menjangkau segmen pasar yang tepat.

Distribusi yang efektif bukan hanya soal menjual, tetapi soal menjangkau orang yang tepat dengan produk yang

sesuai. Misalnya, produk asuransi kesehatan mikro bisa lebih efektif dijual melalui koperasi atau komunitas pekerja informal, sementara produk investasi asuransi lebih cocok disalurkan lewat kanal *bancassurance* yang sudah memiliki data nasabah yang mapan secara keuangan. Oleh karena itu, tenaga pemasar juga harus mampu memilih saluran dan pendekatan distribusi yang tepat sasaran.

Di era digital, distribusi produk menjadi semakin kompleks dan dinamis. Perusahaan asuransi kini bersaing di berbagai *platform*, dari aplikasi mobile, media sosial, hingga e-commerce. Maka, pemasaran juga harus bertransformasi: tidak hanya memahami risiko, tetapi juga menguasai teknologi dan data. Distribusi yang cepat, personal, dan digital adalah masa depan industri perasuransian, dan pemasar menjadi kunci utama dalam mewujudkannya.

3.3. Penghubung Nasabah dan Perusahaan: Menjadi jembatan antara kebutuhan pelanggan dan produk asuransi

Pemasar asuransi memiliki peran yang tidak tergantikan sebagai jembatan antara dunia nasabah dan perusahaan asuransi. Di satu sisi, mereka menyampaikan produk, fitur, dan syarat polis kepada nasabah. Di sisi lain, mereka membawa informasi kebutuhan, harapan, dan keluhan nasabah kepada perusahaan. Peran ganda ini menjadikan tenaga pemasar sebagai simpul komunikasi dua arah yang sangat vital dalam menjaga kepercayaan dan kepuasan pelanggan.

Saat nasabah menghadapi ketidakpastian, ketidak-tahuan, atau bahkan kebingungan tentang isi polis, tenaga

pemasar adalah pihak pertama yang mereka hubungi. Tenaga pemasar yang baik harus mampu menjelaskan dengan empati, mendengarkan secara aktif, dan mencari solusi dengan cepat dan tepat. Dengan peran tersebut, tenaga pemasar bukan hanya penjual, tetapi juga konsultan dan pendamping bagi nasabah sepanjang masa pertanggunggunaan.

Selain itu, dalam masa purna jual, tenaga pemasar yang menjaga hubungan dengan nasabah secara berkelanjutan dapat meningkatkan loyalitas, memperluas jaringan, bahkan mendapatkan rujukan atau *repeat business*. Oleh sebab itu, perusahaan harus memfasilitasi tenaga pemasar untuk menjalankan peran ini secara profesional, termasuk dengan pelatihan layanan pelanggan, keterampilan komunikasi, dan pengetahuan yang terus diperbarui mengenai produk dan regulasi.

3.4. Peningkatan Literasi dan Inklusi Keuangan: Berkontribusi pada program nasional literasi keuangan melalui informasi yang jujur dan tidak menyesatkan

Literasi keuangan merupakan fondasi penting dalam membangun masyarakat yang mampu mengelola keuangan pribadi dan keluarganya dengan baik. Dalam konteks ini, pemasaran asuransi tidak hanya tentang meningkatkan penjualan, tetapi juga menjadi sarana untuk memperluas pemahaman masyarakat tentang pentingnya manajemen risiko dan proteksi finansial. Oleh karena itu, setiap interaksi antara pemasar dan calon nasabah harus memuat nilai edukatif, bukan sekadar persuasif.

Kontribusi tenaga pemasar terhadap literasi juga berhubungan erat dengan inklusi keuangan, yaitu kemampuan seluruh lapisan masyarakat untuk mengakses dan menggunakan produk keuangan formal, termasuk asuransi. Ketika tenaga pemasar menjangkau komunitas yang selama ini belum tersentuh oleh layanan asuransi—seperti petani, nelayan, pekerja informal, atau pelaku UMKM—mereka sebenarnya sedang memperluas inklusi. Hal ini sangat sejalan dengan misi nasional yang dicanangkan oleh OJK dan pemerintah untuk menciptakan sistem keuangan yang inklusif dan berkelanjutan.

Namun demikian, peran ini tidak akan maksimal jika tenaga pemasar tidak memiliki integritas. Informasi yang disampaikan kepada calon nasabah harus benar, tidak dilebih-lebihkan, dan tidak disembunyikan. Penyampaian manfaat produk harus diiringi dengan risiko dan keterbatasannya, sesuai prinsip fair disclosure. Dengan begitu, tenaga pemasar turut menciptakan masyarakat yang tidak hanya terlindungi secara finansial, tetapi juga cerdas secara finansial.

11.4. Tahapan Prosedur Pemasaran Asuransi (*Customer Journey*)

- Identifikasi dan Segmentasi Pasar
- Analisis Kebutuhan Nasabah (*Need-Based Selling*)
- Penjelasan Produk secara Transparan
- Pengisian Aplikasi dan Penyerahan Dokumen Pendukung
- *Underwriting* oleh Perusahaan

- Penerbitan Polis dan Penyampaian kepada Nasabah
- Layanan Purna Jual: Pemeliharaan, Klaim, Pembaruan

4.1. Identifikasi dan Segmentasi Pasar

Langkah pertama dalam proses pemasaran asuransi adalah identifikasi dan segmentasi pasar, yaitu upaya mengenali kelompok masyarakat yang berpotensi membutuhkan produk asuransi tertentu. Proses ini melibatkan pengumpulan informasi demografis (usia, jenis kelamin, pekerjaan, penghasilan), geografis, serta psikografis (gaya hidup dan preferensi) untuk menentukan siapa saja yang cocok menjadi calon nasabah. Tanpa identifikasi yang tepat, kegiatan pemasaran akan menjadi tidak efektif karena produk ditawarkan kepada segmen yang tidak relevan.

Segmentasi pasar bertujuan agar pemasar dapat menyusun strategi pendekatan yang sesuai untuk masing-masing kelompok. Misalnya, segmen pekerja milenial akan membutuhkan pendekatan yang berbeda dibandingkan pensiunan atau pelaku UMKM. Dalam segmentasi ini, pemasar juga harus memperhitungkan risiko dan kebutuhan spesifik tiap kelompok. Sebuah produk asuransi jiwa berjangka mungkin lebih cocok untuk kepala keluarga usia produktif, sementara asuransi kesehatan mikro mungkin dibutuhkan oleh pekerja informal di wilayah pedesaan.

Dengan segmentasi yang cermat, perusahaan tidak hanya dapat menargetkan konsumen dengan lebih tepat, tetapi juga menyusun pesan komunikasi yang lebih efektif dan relevan. Ini sekaligus mengurangi potensi terjadinya *mis-selling* dan meningkatkan efisiensi biaya pemasaran.

Oleh karena itu, segmentasi bukan hanya langkah awal, melainkan pondasi dari seluruh kegiatan pemasaran asuransi.

4.2. Analisis Kebutuhan Nasabah (*Need-Based Selling*)

Setelah pasar ditentukan, langkah berikutnya adalah menganalisis kebutuhan spesifik calon nasabah, atau yang dikenal sebagai pendekatan *need-based selling*. Di sini, tenaga pemasar perlu menggali informasi mendalam mengenai kondisi finansial, tanggungan keluarga, aset yang dimiliki, tujuan hidup, serta kekhawatiran nasabah terhadap berbagai risiko. Tujuan dari analisis ini adalah memastikan bahwa produk yang ditawarkan benar-benar relevan dan memberikan solusi terhadap risiko nyata yang dihadapi calon nasabah.

Pendekatan *need-based* mendorong tenaga pemasar untuk tidak sekadar menjual produk yang tersedia, melainkan menjadi konsultan risiko bagi calon nasabah. Misalnya, jika seseorang berusia 30 tahun dan baru memiliki anak, maka asuransi jiwa dan kesehatan menjadi prioritas yang lebih penting dibandingkan produk investasi. Tenaga pemasar yang memahami kebutuhan ini akan memberikan rekomendasi yang rasional dan bertanggung jawab.

Dengan pendekatan ini, pemasaran menjadi lebih etis dan bermanfaat. Nasabah merasa dipahami dan terbantu, bukan ditekan untuk membeli. Selain meningkatkan potensi keberhasilan penjualan, *need-based selling* juga memperkuat kepercayaan nasabah dan mengurangi risiko ketidakpuasan di kemudian hari, terutama saat pengajuan klaim atau pembatalan polis.

4.3. Penjelasan Produk secara Transparan

Setelah memahami kebutuhan calon nasabah, tahap berikutnya adalah menjelaskan produk secara transparan dan komprehensif. Tenaga pemasar wajib menyampaikan seluruh informasi yang relevan, termasuk manfaat utama dan tambahan, biaya dan beban premi, masa tunggu, risiko, pengecualian, serta cara kerja polis. Penjelasan ini harus dilakukan dengan bahasa yang mudah dipahami dan tidak teknis agar nasabah benar-benar mengerti apa yang mereka beli.

Transparansi adalah kunci dalam membangun kepercayaan. Nasabah perlu tahu tidak hanya apa yang dijanjikan oleh produk, tetapi juga batasan dan syaratnya. Jika tenaga pemasar hanya menonjolkan sisi positif produk dan menyembunyikan risiko atau pengecualian, maka ia melanggar prinsip *fair disclosure* dan membuka potensi terjadinya *mis-selling* yang merugikan nasabah di kemudian hari.

Dalam praktiknya, tenaga pemasar juga harus memberikan waktu kepada calon nasabah untuk berpikir dan berdiskusi dengan keluarga sebelum mengambil keputusan. POJK No. 22/2023 mengatur bahwa nasabah berhak atas masa *cooling-off* untuk meninjau kembali keputusannya setelah polis diterbitkan. Dengan demikian, penjelasan produk yang transparan bukan hanya kewajiban hukum, tetapi juga bentuk tanggung jawab moral dari pemasar profesional.

4.4. Pengisian Aplikasi dan Penyerahan Dokumen Pendukung

Setelah calon nasabah menyatakan minat terhadap suatu produk, proses berikutnya adalah pengisian formulir aplikasi dan penyerahan dokumen pendukung. Formulir ini berisi informasi penting seperti data pribadi, kondisi kesehatan, pekerjaan, penghasilan, dan pernyataan lainnya yang relevan untuk analisis risiko. Dokumen pendukung bisa berupa KTP, NPWP, hasil pemeriksaan kesehatan, atau surat keterangan lain sesuai ketentuan produk.

Proses ini harus dilakukan secara hati-hati dan jujur. Ketidaklengkapan atau ketidakakuratan data dapat mengakibatkan penolakan polis atau sengketa klaim di kemudian hari. Tenaga pemasar memiliki tanggung jawab untuk membimbing nasabah dalam pengisian formulir, menjelaskan maksud dari setiap pernyataan, dan memastikan bahwa tidak ada informasi yang disembunyikan atau dilewatkan. Prinsip *utmost good faith* sangat ditekankan pada tahap ini.

Selain itu, perusahaan juga wajib menyimpan salinan dokumen dan mengelolanya dengan aman sesuai dengan ketentuan perlindungan data pribadi. Proses digitalisasi kini mempermudah pengisian dan penyimpanan data secara elektronik, namun prinsip kehati-hatian tetap harus dijaga. Proses aplikasi yang rapi dan benar akan memperlancar tahap *underwriting* dan mempercepat penerbitan polis.

4.5. *Underwriting* oleh Perusahaan

Underwriting adalah proses evaluasi risiko yang dilakukan oleh perusahaan asuransi setelah menerima aplikasi dan dokumen dari calon nasabah. Tujuannya adalah menentukan apakah permohonan asuransi dapat diterima, dengan syarat apa, dan berapa premi yang sesuai. Proses ini bisa bersifat otomatis (untuk produk standar) atau manual (untuk risiko yang lebih kompleks dan bernilai besar).

Dalam proses *underwriting*, perusahaan akan menilai berbagai faktor seperti usia, kondisi kesehatan, riwayat medis, pekerjaan, gaya hidup, dan informasi keuangan calon tertanggung. Di sinilah pentingnya informasi yang dikumpulkan oleh tenaga pemasar—jika data yang diberikan tidak lengkap atau tidak akurat, maka perusahaan bisa salah menilai risiko. Ini dapat mengakibatkan penolakan klaim atau pembatalan polis karena ketidakjujuran.

Sebaliknya, jika proses *underwriting* berjalan baik dan berdasarkan informasi yang benar, maka perusahaan dapat menyusun perlindungan yang adil dan tepat. Calon nasabah pun mendapatkan kejelasan tentang manfaat dan kewajibannya. Oleh karena itu, tenaga pemasar dan *underwriter* harus bekerja selaras, saling mendukung dengan keakuratan data dan transparansi proses.

4.6. Penerbitan Polis dan Penyampaian kepada Nasabah

Setelah permohonan disetujui oleh *underwriter*, perusahaan akan menerbitkan polis asuransi. Polis ini adalah dokumen hukum yang menjadi bukti kontrak antara tertanggung dan penanggung. Polis harus memuat semua ketentuan yang sudah disepakati, termasuk ikhtisar

manfaat, ketentuan umum, ketentuan khusus, tabel manfaat, dan ketentuan klaim. Pada tahap ini, perusahaan wajib menyerahkan dokumen polis kepada nasabah secara tepat waktu dan transparan.

Penyampaian polis harus disertai penjelasan kembali mengenai hak dan kewajiban nasabah. Tenaga pemasar berperan penting dalam memastikan nasabah memahami isi polis tersebut. Jangan sampai polis diterima begitu saja tanpa dibaca atau ditelaah oleh nasabah, karena ketidaktahuan dapat menjadi sumber konflik saat pengajuan klaim. Penjelasan tentang masa *cooling-off* juga harus diberikan agar nasabah merasa terlindungi dan memiliki waktu untuk mengkaji keputusannya.

Perusahaan juga wajib menyediakan saluran informasi dan layanan jika nasabah memiliki pertanyaan terkait polis. Dalam era digital, banyak perusahaan kini menyediakan *e-policy* atau akses digital untuk memantau status polis dan manfaat. Namun, peran manusia tetap diperlukan, terutama untuk menjelaskan hal-hal teknis dalam bahasa yang lebih ramah dan mudah dimengerti.

4.7. Layanan Purna Jual: Pemeliharaan, Klaim, Pembaruan

Tahap terakhir dalam *customer journey* adalah layanan purna jual, yang mencakup pemeliharaan polis, pendampingan saat klaim, dan proses pembaruan atau perpanjangan polis. Layanan ini menjadi penentu loyalitas nasabah dan citra perusahaan dalam jangka panjang. Tenaga pemasar berperan sebagai penghubung yang tetap aktif, meskipun proses penjualan telah selesai. Komunikasi

berkala, penyampaian informasi perubahan, dan pengingat masa berlaku polis adalah bagian dari pelayanan ini.

Saat terjadi musibah dan nasabah harus mengajukan klaim, peran pemasar menjadi sangat penting. Mereka harus membantu menjelaskan prosedur klaim, mendampingi dalam pengumpulan dokumen, serta memantau proses penyelesaian klaim agar berjalan sesuai ketentuan. Pemasar yang hadir dan tanggap pada saat nasabah dalam keadaan terdesak akan menciptakan kesan mendalam yang positif dan memperkuat hubungan jangka panjang.

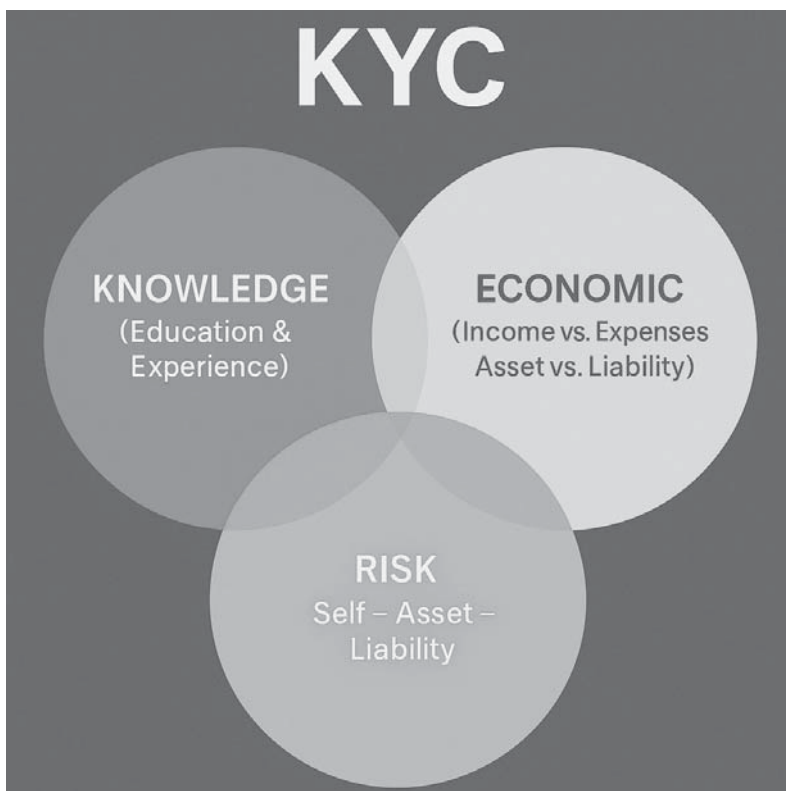
Di samping itu, pembaruan polis juga merupakan momen strategis bagi pemasar untuk mengevaluasi kembali kebutuhan nasabah, apakah perlu penyesuaian perlindungan, peningkatan manfaat, atau penambahan produk lain. Layanan purna jual yang berkualitas akan membentuk reputasi perusahaan sebagai lembaga yang tidak hanya menjual, tetapi juga peduli dan bertanggung jawab. Inilah kunci keberhasilan jangka panjang dalam dunia asuransi.

11. 5. Prinsip *Know Your Customer* (KYC) dalam Pemasaran

Berdasarkan POJK 22/2023 dan POJK 36/2024, tenaga pemasar wajib:

- Mengidentifikasi identitas dan profil calon tertanggung dari 3 dimensi: *Knowledge (education & experience)*; *Economic (income vs expenses; asset vs. liability)* - *Risk (self – asset – liability)*,

- Menjelaskan analisa risiko kepada calon tertanggung
- Mendesain program asuransi dan menyesuaikan produk dengan kebutuhan dan kemampuan nasabah
- Melakukan *due diligence* untuk mencegah *fraud*, pencucian uang, dan pendanaan terorisme
- Mengedepankan prinsip *fair treatment of customers* dalam seluruh proses interaksi



5.1. Mengidentifikasi identitas dan profil calon tertanggung dari 3 dimensi: Knowledge, Economic, Risk

- Proses *Know Your Customer* dalam pemasaran asuransi dimulai dengan pengenalan identitas dan profil calon tertanggung secara menyeluruh. Pengenalan ini tidak cukup hanya dengan mengetahui nama, alamat, atau tanggal lahir, tetapi harus masuk ke dalam tiga dimensi utama: pengetahuan, ekonomi, dan risiko. Dengan pendekatan ini, tenaga pemasar dapat memahami siapa sebenarnya calon nasabah dan bagaimana latar belakang serta kondisi mereka akan memengaruhi kebutuhan asuransi yang paling sesuai.
- Dimensi pertama adalah *Knowledge*, yang mencakup pendidikan formal, pengalaman kerja, dan pemahaman calon nasabah terhadap produk keuangan atau asuransi. Nasabah dengan pemahaman rendah membutuhkan pendekatan edukatif yang lebih intens, sedangkan mereka yang sudah paham hanya membutuhkan penguatan informasi dan konfirmasi. Pemasar wajib menyesuaikan gaya komunikasi dan tingkat penjelasan berdasarkan tingkat pemahaman ini.
- Dimensi kedua adalah *Economic*, yang berarti menilai keseimbangan antara pendapatan dan pengeluaran (*income vs. expense*), serta aset dan kewajiban (*asset vs. liability*). Analisis ini penting untuk menilai kemampuan pembayaran premi secara berkelanjutan tanpa memberatkan kondisi keuangan nasabah. Pemasar harus menghindari menjual produk yang nilai preminya tidak sebanding dengan kapasitas finansial nasabah karena dapat memicu pembatalan polis atau ketidakpuasan di kemudian hari.

- Dimensi ketiga adalah *Risk*, yang mencakup risiko pribadi (risiko kesehatan, usia, pekerjaan), risiko atas aset (properti, kendaraan), serta risiko kewajiban hukum atau finansial yang dapat dialami tertanggung. Dari informasi ini, pemasar dapat mengetahui jenis risiko apa yang paling dominan dan membutuhkan perlindungan segera. Misalnya, pengusaha restoran memiliki profil risiko yang berbeda dibandingkan pekerja kantoran atau pengemudi ojek *online*.
- Dengan pendekatan tiga dimensi ini, proses pemasaran menjadi lebih relevan, personal, dan bertanggung jawab. Tidak ada lagi pendekatan seragam atau menjual produk yang “dipaksakan”, karena setiap nasabah diposisikan sebagai individu unik dengan kebutuhan spesifik. Inilah inti dari pemasaran berbasis *know your customer* yang sesungguhnya.

5.2. Menjelaskan analisa risiko kepada calon tertanggung

- Setelah mengenali nasabah dari berbagai sisi, tenaga pemasar wajib menjelaskan hasil analisis risiko kepada calon tertanggung secara terbuka dan objektif. Penjelasan ini menjadi fondasi penting bagi pengambilan keputusan, karena membantu calon nasabah memahami risiko apa yang mereka hadapi dan apa konsekuensinya jika risiko tersebut tidak ditanggulangi. Dalam konteks ini, tenaga pemasar bertindak sebagai konsultan risiko, bukan hanya penjual produk.
- Penjelasan analisis risiko harus mencakup kemungkinan terjadinya kerugian (*probability*), besarnya potensi kerugian (*severity*), dan dampaknya terhadap kehidupan atau usaha nasabah. Misalnya, nasabah yang tidak memiliki asuransi

kesehatan berisiko menghadapi biaya rumah sakit yang tinggi. Atau nasabah pemilik rumah yang tinggal di daerah rawan banjir harus memahami potensi kerusakan aset dan kerugian ekonomi jika tidak diasuransikan.

- Penting bagi tenaga pemasar untuk menggunakan bahasa yang sederhana, disertai ilustrasi atau simulasi jika memungkinkan. Visualisasi risiko akan membantu nasabah memahami situasi dengan lebih konkret. Penjelasan ini tidak boleh dibuat-buat atau didramatisasi secara berlebihan, namun juga tidak boleh diredam atau disembunyikan. Keseimbangan antara edukasi dan objektivitas harus dijaga.
- Selain itu, penjelasan risiko juga harus disesuaikan dengan urgensi dan prioritas perlindungan. Tidak semua risiko bisa ditanggung sekaligus, terutama jika dana nasabah terbatas. Maka pemasar perlu membantu nasabah memetakan risiko mana yang harus ditangani lebih dulu dan mana yang dapat ditanggulangi nanti. Inilah yang membedakan pemasar yang hanya menjual dan pemasar yang memberi nilai tambah.
- Pada akhirnya, proses ini bukan hanya meningkatkan pemahaman nasabah, tapi juga membangun kepercayaan. Nasabah merasa dihargai dan dilibatkan dalam proses pengambilan keputusan yang rasional. Ini adalah langkah penting dalam membangun hubungan jangka panjang yang sehat antara perusahaan asuransi dan nasabah.

5.3. Mendesain program asuransi dan menyesuaikan produk dengan kebutuhan dan kemampuan nasabah

- Berdasarkan analisis kebutuhan dan profil risiko nasabah, pemasar harus merancang atau merekomendasikan program asuransi yang paling sesuai. Desain program ini

bisa berupa pemilihan jenis produk (jiwa, kesehatan, properti, kendaraan), jumlah pertanggungan (*sum insured*), jenis rider atau manfaat tambahan, serta periode perlindungan. Program ini harus menjawab kebutuhan spesifik yang telah diidentifikasi dan tidak melebihi kapasitas keuangan nasabah.

- Penting bagi tenaga pemasar untuk tidak sekadar menawarkan paket produk standar. Setiap nasabah memiliki kebutuhan yang berbeda, sehingga dibutuhkan pendekatan yang fleksibel. Sebagai contoh, nasabah muda dengan penghasilan terbatas bisa mulai dari asuransi kesehatan dasar, lalu menambah proteksi seiring peningkatan kemampuan keuangan. Sementara itu, nasabah mapan bisa langsung mengambil paket komprehensif untuk diri dan keluarganya.
- Penyesuaian juga mencakup frekuensi dan metode pembayaran premi. Nasabah yang penghasilannya tidak tetap, seperti pekerja informal atau wirausahawan, mungkin lebih cocok dengan skema premi bulanan atau triwulan. Di sisi lain, nasabah dengan penghasilan tetap dan tinggi bisa diarahkan pada pembayaran tahunan agar mendapatkan diskon premi atau manfaat tambahan.
- Proses ini menunjukkan bahwa pemasar tidak sekadar menjual produk, tapi membantu nasabah membangun perlindungan keuangan secara bertahap dan berkelanjutan. Rekomendasi produk yang tepat dan sesuai kebutuhan akan meningkatkan kemungkinan keberlanjutan polis dan menurunkan tingkat *lapse*.
- Jika dilakukan dengan benar, nasabah akan merasa bahwa mereka dibantu, bukan dijebak. Ini memperkuat loyalitas, membuka peluang penambahan polis di masa depan, serta

memperkuat reputasi perusahaan sebagai penyedia solusi perlindungan, bukan hanya penjual produk.

5.4. Melakukan *due diligence* untuk mencegah *fraud*, pencucian uang, dan pendanaan terorisme

- Pemasaran asuransi juga memiliki tanggung jawab penting dalam menjaga integritas sektor keuangan nasional. Oleh karena itu, tenaga pemasar wajib melakukan *due diligence* atau uji kelayakan terhadap calon nasabah untuk mencegah potensi *fraud*, tindak pidana pencucian uang (*money laundering*), dan pendanaan kegiatan terorisme. Proses ini bukan hanya kewajiban regulasi, tetapi juga bentuk kehati-hatian yang harus melekat dalam praktik pemasaran profesional.
- *Due diligence* dilakukan sejak awal, yaitu saat pengumpulan data dan verifikasi identitas. Pemasar harus mencermati indikasi data yang tidak wajar, seperti alamat tidak sesuai, pekerjaan yang tidak bisa diverifikasi, sumber penghasilan yang mencurigakan, atau permintaan pertanggungan dalam jumlah besar yang tidak proporsional dengan profil nasabah. Semua anomali ini harus dicatat dan dilaporkan kepada unit kepatuhan perusahaan.
- POJK No. 22/2023 secara tegas mewajibkan perusahaan jasa keuangan, termasuk perusahaan asuransi, untuk menerapkan program *anti-money laundering and counter-terrorism financing* (APU-PPT) secara menyeluruh, termasuk dalam proses pemasaran. Tenaga pemasar berada di garis depan dalam mendeteksi indikasi awal dan menyampaikannya kepada pihak yang berwenang di perusahaan.

- Selain itu, pemasar juga harus mematuhi ketentuan *Politically Exposed Persons* (PEPs) dan melakukan enhanced *due diligence* bila diperlukan, terutama jika calon nasabah berasal dari negara berisiko tinggi atau memiliki latar belakang sensitif secara hukum atau politik. Ketidakhati-hatian dalam hal ini bisa berujung pada sanksi dari regulator, bahkan ancaman pidana bagi pihak yang terlibat.
- Dengan menerapkan *due diligence*, tenaga pemasar tidak hanya melindungi perusahaan dan industri, tetapi juga memastikan bahwa produk asuransi digunakan untuk tujuan perlindungan yang sah dan etis. Ini memperkuat posisi asuransi sebagai instrumen keuangan yang berintegritas dan dipercaya publik.

5.5. Mengedepankan prinsip *fair treatment of customers* dalam seluruh proses interaksi

- Prinsip *fair treatment of customers* (perlakuan adil terhadap nasabah) adalah landasan etik yang harus dijunjung tinggi oleh setiap tenaga pemasar. Prinsip ini berarti setiap calon nasabah harus diperlakukan dengan jujur, transparan, dan tanpa diskriminasi, terlepas dari latar belakang sosial, ekonomi, pendidikan, atau gender. Tujuannya adalah memastikan bahwa seluruh proses pemasaran berlangsung secara adil dan tidak menyesatkan.
- Dalam praktiknya, prinsip ini diwujudkan melalui kejelasan informasi, kesabaran dalam menjawab pertanyaan, serta memberikan ruang bagi nasabah untuk mengambil keputusan tanpa tekanan. Pemasar tidak boleh mengarahkan nasabah pada produk yang tidak sesuai dengan kebutuhannya hanya demi mengejar target penjualan. Informasi tentang manfaat,

risiko, dan pengecualian produk harus dijelaskan dengan lengkap.

- *Fair treatment* juga berarti memberikan kesempatan yang setara kepada semua lapisan masyarakat untuk memperoleh perlindungan asuransi. Artinya, tenaga pemasar harus bersikap inklusif dan responsif terhadap kebutuhan segmen rentan, seperti pekerja informal, penyandang disabilitas, atau nasabah dengan pemahaman keuangan terbatas. Dalam hal ini, empati dan komunikasi yang baik menjadi kunci.
- Prinsip ini juga berlaku setelah polis diterbitkan. Tenaga pemasar harus tetap tersedia untuk membantu nasabah dalam layanan purna jual, seperti pengajuan klaim, pembaruan polis, atau ketika terjadi perbedaan pendapat. Nasabah harus merasa didampingi, bukan ditinggalkan setelah proses penjualan selesai.
- Dengan mengedepankan prinsip *fair treatment of customers*, tenaga pemasar tidak hanya membangun hubungan bisnis yang sehat, tetapi juga memperkuat kepercayaan publik terhadap industri perasuransian. Inilah yang akan menciptakan loyalitas jangka panjang dan pertumbuhan yang berkelanjutan dalam dunia pemasaran asuransi.

11.6. Kompetensi, Sertifikasi, dan Integritas Tenaga Pemasar

- Kompetensi Teknis: Pengetahuan produk, risiko, hukum asuransi, dan prosedur klaim.
- Kompetensi Etika: Menjual sesuai kebutuhan, tidak menyembunyikan informasi, tidak menjanjikan hasil di luar ketentuan polis.

- Sertifikasi Profesi: Diatur oleh lembaga berlisensi, menjadi syarat wajib tenaga pemasar aktif.
- Integritas Personal: Dilandasi prinsip *utmost good faith*, kejujuran, dan tanggung jawab sosial.

6.1. Kompetensi Teknis: Pengetahuan produk, risiko, hukum asuransi, dan prosedur klaim

Kompetensi teknis merupakan fondasi utama bagi tenaga pemasar asuransi untuk menjalankan tugasnya secara profesional dan bertanggung jawab. Tanpa penguasaan pengetahuan teknis, tenaga pemasar berisiko melakukan kesalahan dalam menyampaikan informasi produk, menganalisis kebutuhan nasabah, atau menangani pertanyaan dan keberatan dari calon tertanggung. Oleh karena itu, tenaga pemasar wajib memahami secara menyeluruh seluruh fitur produk yang ditawarkan, termasuk manfaat dasar dan tambahan, pengecualian, skema premi, dan manfaat yang dijanjikan.

Selain itu, tenaga pemasar juga harus memiliki pemahaman yang cukup tentang manajemen risiko dan prinsip-prinsip dasar asuransi. Ini penting agar mereka mampu menjelaskan bagaimana suatu produk berfungsi dalam melindungi nasabah dari potensi kerugian. Pemahaman ini mencakup konsep *insurable interest*, *moral hazard*, *adverse selection*, hingga pentingnya *underwriting* dalam menjaga kesehatan portofolio perusahaan.

Tidak kalah penting, pemasar juga harus memahami aspek hukum dan prosedur klaim. Mereka harus tahu syarat sah perjanjian asuransi, hak dan kewajiban para pihak, serta bagaimana alur proses klaim berjalan. Pengetahuan ini membantu mereka mendampingi nasabah dengan benar

saat mengajukan klaim dan menjelaskan apa yang bisa dan tidak bisa dijamin oleh polis. Dengan kompetensi teknis yang kuat, tenaga pemasar tidak hanya meningkatkan kepercayaan nasabah, tapi juga mengurangi risiko sengketa dan komplain.

6.2. Kompetensi Etika: Menjual sesuai kebutuhan, tidak menyembunyikan informasi, tidak menjanjikan hasil di luar ketentuan polis

Di samping penguasaan teknis, tenaga pemasar asuransi juga harus memiliki kompetensi etika yang tinggi. Etika dalam pemasaran asuransi bukan sekadar aturan moral, melainkan bagian penting dari perlindungan konsumen. Menjual sesuai kebutuhan berarti tenaga pemasar harus melakukan pendekatan berbasis kebutuhan nyata nasabah, bukan berdasarkan produk yang sedang dipromosikan atau target penjualan pribadi. Setiap rekomendasi produk harus didasarkan pada analisis yang objektif dan kepentingan terbaik bagi nasabah.

Penting juga bagi tenaga pemasar untuk tidak menyembunyikan informasi. Transparansi adalah prinsip utama dalam industri perasuransian, dan setiap nasabah berhak mengetahui seluruh manfaat, risiko, dan keterbatasan produk yang akan mereka beli. Menyembunyikan fakta, terutama tentang pengecualian atau keterbatasan jaminan, adalah bentuk pelanggaran etik yang berpotensi merusak reputasi perusahaan dan mencederai hubungan jangka panjang dengan nasabah.

Selain itu, tenaga pemasar dilarang menjanjikan hasil di luar ketentuan polis, seperti menjamin klaim pasti dibayar,

hasil investasi tetap, atau manfaat lebih dari yang tertulis dalam dokumen. Janji-janji semacam ini sangat berbahaya dan kerap menjadi pemicu utama sengketa antara nasabah dan perusahaan. Kompetensi etika menuntut pemasar untuk jujur, realistis, dan menghindari manipulasi dalam setiap proses penawaran produk.

6.3. Sertifikasi Profesi: Diatur oleh lembaga berlisensi, menjadi syarat wajib tenaga pemasar aktif

Untuk memastikan bahwa tenaga pemasar memiliki standar pengetahuan dan keterampilan yang memadai, regulasi di Indonesia mewajibkan mereka memiliki sertifikasi profesi dari lembaga yang telah mendapatkan lisensi dari Badan Nasional Sertifikasi Profesi (BNSP) atau lembaga lain yang diakui OJK. Sertifikasi ini mencakup pelatihan, ujian kompetensi, dan pembaruan berkala untuk memastikan bahwa tenaga pemasar selalu mengikuti perkembangan terbaru di industri perasuransian.

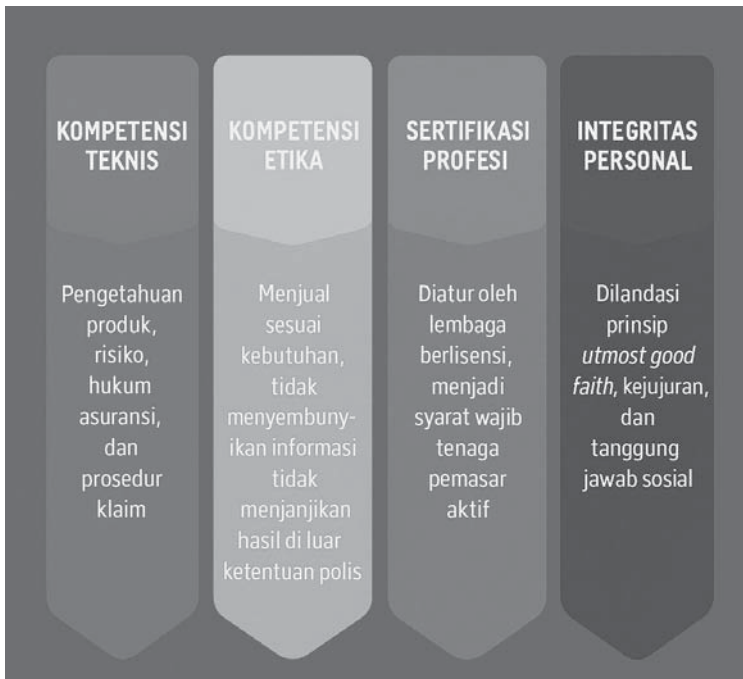
Sertifikasi bukan sekadar formalitas administratif, tetapi merupakan indikator integritas dan profesionalisme. Melalui pelatihan sertifikasi, tenaga pemasar dibekali dengan pemahaman menyeluruh tentang prinsip-prinsip asuransi, manajemen risiko, hukum kontrak, teknik komunikasi, dan etika penjualan. Proses ini juga menguji kesiapan pemasar dalam menghadapi situasi kompleks dan kemampuan mereka untuk memberi solusi berbasis kebutuhan.

Keberadaan sertifikasi juga menjadi jaminan bagi masyarakat bahwa mereka berinteraksi dengan tenaga pemasar yang kredibel dan teruji. Perusahaan asuransi yang mempekerjakan tenaga pemasar tersertifikasi

menunjukkan komitmen terhadap kualitas pelayanan dan perlindungan konsumen. Hal ini mendukung tujuan industri untuk menciptakan ekosistem yang sehat, berdaya saing, dan dipercaya publik.

6.4. Integritas Personal: Dilandasi prinsip *utmost good faith*, kejujuran, dan tanggung jawab sosial

Di atas semua keterampilan teknis dan legal, tenaga pemasar harus memiliki integritas personal yang tinggi. Integritas adalah kualitas moral yang menjadi dasar perilaku profesional: bersikap jujur, dapat dipercaya, dan menjunjung prinsip *utmost good faith* dalam seluruh proses pemasaran. Dalam dunia asuransi, prinsip *utmost good faith* bukan hanya berlaku bagi nasabah, tetapi juga menjadi kewajiban bagi pemasar untuk tidak menyembunyikan informasi dan bertindak jujur sejak awal interaksi.



Tenaga pemasar dengan integritas akan senantiasa berpegang pada kebenaran meskipun mungkin itu berarti kehilangan peluang penjualan. Mereka tidak akan memaksa nasabah membeli produk yang tidak dibutuhkan atau menyamarkan fakta demi keuntungan pribadi. Sebaliknya, mereka akan memastikan nasabah mengambil keputusan berdasarkan pemahaman yang benar dan informasi yang lengkap.

Selain itu, integritas juga menyiratkan tanggung jawab sosial. Tenaga pemasar harus menyadari bahwa mereka berperan dalam meningkatkan literasi dan ketahanan finansial masyarakat. Setiap interaksi dengan nasabah adalah kesempatan untuk mengedukasi dan membantu orang lain melindungi masa depan mereka. Dengan integritas sebagai panduan, tenaga pemasar tidak hanya membangun karier yang sukses, tetapi juga memberikan kontribusi nyata bagi industri dan masyarakat luas.

11.7. Kewajiban dan Tanggung Jawab Tenaga Pemasar

Mengacu pada POJK 8/2024 dan POJK 22/2023, tenaga pemasar wajib:

- Memahami dan menjelaskan berbagai prinsip asuransi kepada calon klien, serta mengedukasi bagaimana melakukannya, serta menjelaskan dampak pelanggaran dan atau kekeliruan dalam melakukannya
- Menyampaikan informasi secara lengkap, benar, dan tidak menyesatkan.

- Memberikan ringkasan informasi produk (RIP) dan dokumen pendukung.
- Menyediakan waktu untuk calon nasabah memahami polis (*cooling-off period* minimal 14 hari).
- Tidak melakukan *mis-selling*, over-promise, dan tekanan dalam penjualan.
- Menyampaikan keluhan nasabah ke unit layanan konsumen dengan itikad baik.
- Menjadi penghubung aktif dalam proses klaim.

7.1. Memahami dan menjelaskan berbagai prinsip asuransi kepada calon klien, serta mengedukasi bagaimana melakukannya, serta menjelaskan dampak pelanggaran dan atau kekeliruan dalam melakukannya

Salah satu tanggung jawab mendasar dari tenaga pemasar adalah memahami dan mampu menjelaskan prinsip-prinsip dasar asuransi kepada calon nasabah. Prinsip seperti *insurable interest*, *utmost good faith*, *indemnity*, *subrogation*, dan *proximate cause* bukan hanya teori yang berlaku di belakang meja *underwriter* atau legal, tetapi harus dipahami dan disampaikan di garis depan pemasaran. Nasabah memiliki hak untuk mengetahui dasar hukum dan filosofi proteksi yang menjadi fondasi dari produk yang mereka beli.

Namun dalam praktiknya, banyak tenaga pemasar yang justru menghindari penjelasan prinsip-prinsip tersebut dengan alasan terlalu teknis atau tidak menarik bagi nasabah. Padahal jika dikemas secara edukatif dan relevan dengan kehidupan sehari-hari, prinsip-prinsip ini dapat menjadi alat bantu yang sangat kuat untuk membangun

pemahaman dan kepercayaan. Misalnya, menjelaskan bahwa *utmost good faith* berarti nasabah harus jujur dalam memberikan informasi kesehatan, karena jika tidak, klaim bisa ditolak di kemudian hari.

Lebih jauh, pemasar juga berkewajiban menjelaskan dampak dari pelanggaran atau kekeliruan dalam menerapkan prinsip-prinsip tersebut. Misalnya, tidak menginformasikan riwayat penyakit kronis dapat menyebabkan batalnya polis atau pengurangan manfaat saat klaim. Dengan demikian, pemahaman terhadap prinsip asuransi bukan hanya penting untuk proses penjualan yang sehat, tapi juga melindungi nasabah dari kesalahpahaman dan potensi sengketa.

Oleh karena itu, perusahaan asuransi harus memastikan bahwa semua tenaga pemasar mereka mendapatkan pelatihan tentang prinsip-prinsip dasar asuransi dan metode edukasi yang tepat. Ini bukan hanya kewajiban moral, tapi juga tuntutan regulasi, karena kesalahan dalam fase edukasi bisa berdampak besar terhadap reputasi dan keabsahan kontrak asuransi itu sendiri.

7.2. Menyampaikan informasi secara lengkap, benar, dan tidak menyesatkan

Tenaga pemasar memiliki kewajiban mutlak untuk menyampaikan informasi produk secara lengkap, benar, dan tidak menyesatkan. Informasi yang disampaikan kepada calon nasabah tidak boleh hanya memuat manfaat, tetapi juga harus mencakup keterbatasan, pengecualian, risiko, serta kondisi atau ketentuan tertentu dalam polis. Penyampaian informasi yang tidak utuh atau condong hanya pada sisi positif merupakan bentuk pelanggaran

terhadap prinsip transparansi dan dapat dikategorikan sebagai tindakan manipulatif.

Dalam konteks regulasi, POJK 22/2023 menekankan pentingnya penyampaian informasi secara jujur sebagai bagian dari perlindungan konsumen. Bahkan jika informasi itu sulit atau tidak menyenangkan, seperti masa tunggu atau pembatasan klaim pada kondisi tertentu, hal itu tetap harus disampaikan secara eksplisit. Menghindari informasi yang dianggap bisa “menggagalkan” penjualan adalah bentuk pengingkaran terhadap tanggung jawab etis dan hukum tenaga pemasar.

Risiko dari informasi yang tidak lengkap atau menyesatkan sangat besar. Nasabah yang merasa ditipu atau tidak mendapatkan manfaat sesuai harapan berpotensi mengajukan gugatan, menulis keluhan ke media sosial, atau melaporkan ke OJK. Hal ini dapat merusak reputasi perusahaan dan menurunkan tingkat kepercayaan terhadap industri secara umum. Oleh karena itu, integritas informasi adalah pilar utama pemasaran yang berkelanjutan.

Perusahaan juga harus mengambil peran aktif dalam menyediakan materi promosi dan edukasi yang sudah tervalidasi serta melatih tenaga pemasar untuk menggunakan materi tersebut secara konsisten. Sistem audit komunikasi dan umpan balik nasabah dapat menjadi mekanisme pengawasan agar penyampaian informasi tidak keluar dari koridor yang dibenarkan.

7.3. Memberikan Ringkasan Informasi Produk (RIP) dan dokumen pendukung

Ringkasan Informasi Produk (RIP) adalah dokumen penting yang wajib diserahkan kepada calon nasabah sebelum terjadi penutupan polis. RIP berfungsi sebagai miniatur dari isi polis yang memuat manfaat utama, risiko, pengecualian, besaran premi, dan prosedur klaim. Tenaga pemasar memiliki kewajiban untuk menjelaskan isi RIP tersebut dan memastikan nasabah telah memahami isinya sebelum menandatangani aplikasi asuransi.

RIP harus menjadi alat edukasi, bukan sekadar formalitas administrasi. Dalam praktik di lapangan, banyak kasus di mana RIP hanya diselipkan di balik formulir aplikasi atau bahkan tidak diberikan sama sekali. Padahal, RIP adalah hak nasabah untuk memahami produk secara ringkas dan cepat tanpa harus membuka seluruh polis yang bersifat lebih teknis dan legalistik. Pelanggaran terhadap kewajiban ini bisa dikategorikan sebagai penjualan yang tidak sah secara moral dan hukum.

POJK 8/2024 secara tegas mewajibkan penyediaan RIP sebagai bagian dari dokumentasi wajib dalam setiap penawaran produk asuransi. Kegagalan menyampaikan RIP kepada nasabah dapat dianggap sebagai pelanggaran terhadap prinsip perlindungan konsumen dan dapat dijatuhi sanksi administratif atau lebih jauh, gugatan hukum. Tenaga pemasar tidak bisa lagi berdalih bahwa RIP adalah tanggung jawab perusahaan semata.

Oleh sebab itu, setiap tenaga pemasar harus terbiasa menjadikan RIP sebagai instrumen komunikasi, bukan hanya dokumen formalitas. Penggunaan RIP sebagai alat

bantu presentasi dan diskusi akan memperkuat kredibilitas pemasar, meningkatkan pemahaman nasabah, dan memperkecil potensi konflik di masa mendatang.

7.4. Menyediakan waktu untuk calon nasabah memahami polis (*cooling-off period* minimal 14 hari)

Prinsip *cooling-off period* merupakan perlindungan tambahan yang wajib diberikan kepada nasabah agar mereka dapat mengevaluasi kembali keputusannya secara objektif. POJK 22/2023 mewajibkan penyediaan waktu minimal 14 hari kalender setelah polis diterbitkan, di mana nasabah dapat membatalkan kontrak asuransi tanpa dikenakan sanksi finansial, kecuali potongan untuk biaya pemeriksaan medis atau administrasi yang wajar. Ini menunjukkan bahwa keputusan membeli asuransi tidak boleh diambil secara tergesa-gesa atau di bawah tekanan.

Tenaga pemasar memiliki tanggung jawab besar untuk menjelaskan secara gamblang bahwa masa *cooling-off* ini bukan sekadar formalitas, melainkan hak penuh nasabah untuk melakukan refleksi, berdiskusi dengan keluarga, atau berkonsultasi dengan pihak independen. Informasi tentang *cooling-off period* harus disampaikan secara lisan dan tertulis. Menyembunyikan atau mengaburkan hak ini adalah pelanggaran terhadap prinsip *fair treatment of customers*.

Sayangnya, masih banyak praktik pemasaran yang mengabaikan pentingnya *cooling-off*. Beberapa pemasar bahkan secara sengaja menekankan urgensi atau ketergesaan agar nasabah segera membeli tanpa sempat berpikir panjang. Taktik semacam ini bertentangan dengan

etika pemasaran dan berpotensi besar menimbulkan penyesalan atau pembatalan polis, yang ujungnya merugikan semua pihak.

Dengan memberikan ruang dan waktu yang cukup kepada calon nasabah, pemasar menunjukkan rasa hormat terhadap hak konsumen dan membangun kepercayaan jangka panjang. Calon nasabah yang diberi waktu berpikir akan cenderung menjadi nasabah yang lebih loyal karena merasa diberdayakan, bukan dimanipulasi.

7.5. Tidak melakukan *mis-selling*, *over-promise*, dan tekanan dalam penjualan

Salah satu kewajiban etis dan hukum tenaga pemasar adalah menghindari praktik *mis-selling*—menjual produk yang tidak sesuai dengan kebutuhan dan profil risiko nasabah. Bentuk *mis-selling* bisa beragam: mulai dari menjual produk investasi kepada nasabah yang tidak memahami risiko pasar, menjanjikan manfaat yang tidak dijamin dalam polis, hingga menekan nasabah agar segera membeli tanpa kesempatan untuk berpikir. Semua ini adalah pelanggaran berat terhadap prinsip pemasaran yang sehat.

Over-promise atau memberikan janji berlebihan juga termasuk dalam pelanggaran etika. Misalnya, menjamin klaim pasti dibayar tanpa menjelaskan syarat dan ketentuan, atau menyatakan bahwa nilai tunai produk pasti meningkat tanpa menyebut risiko pasar. Janji yang tidak realistis akan menciptakan ekspektasi palsu yang pada akhirnya merusak reputasi perusahaan dan industri.

Tekanan dalam penjualan, baik secara verbal, emosional, atau psikologis, juga tidak dibenarkan. Misalnya dengan mengatakan, “kesempatan ini hanya hari ini” atau “kalau tidak sekarang, besok bisa ditolak” padahal tidak ada dasar faktual yang kuat. Penjualan yang didorong oleh tekanan cenderung menghasilkan penyesalan dan pembatalan di kemudian hari.

Regulasi POJK 8/2024 dan POJK 22/2023 dengan tegas melarang semua praktik tersebut. Tenaga pemasar harus menjunjung prinsip pemasaran berbasis kebutuhan (*needs-based selling*) dan menjadikan edukasi sebagai fondasi utama. Dengan cara ini, kepercayaan dan keberlanjutan hubungan dengan nasabah dapat tercipta secara alami, bukan karena manipulasi.

7.6. Menyampaikan keluhan nasabah ke unit layanan konsumen dengan itikad baik

Setiap tenaga pemasar wajib menjadi jembatan yang aktif dan itikad baik antara nasabah dan perusahaan ketika terjadi keluhan. Mereka tidak boleh bersikap pasif, menghindar, atau bahkan menyalahkan nasabah ketika muncul permasalahan. Tanggung jawab ini tercantum dalam POJK 22/2023, yang mewajibkan perusahaan dan jajarannya untuk menanggapi keluhan secara profesional dan tepat waktu.

Sayangnya, banyak tenaga pemasar yang merasa bahwa tanggung jawab mereka selesai begitu polis terbit. Ketika nasabah menghadapi masalah, mereka sulit dihubungi atau bahkan memutus komunikasi. Sikap seperti ini bukan hanya melanggar etika, tetapi juga merusak

kepercayaan dan loyalitas nasabah yang telah dibangun dengan susah payah.

Sebaliknya, pemasar yang bertindak aktif dan membantu nasabah menyampaikan keluhan ke unit layanan konsumen akan memperkuat hubungan jangka panjang dan memperbaiki reputasi perusahaan. Mereka menjadi perwakilan lapangan yang bukan hanya menjual produk, tapi juga menjaga kualitas pengalaman nasabah. Nasabah akan merasa dihargai dan dilindungi.

Dengan mencatat, menyampaikan, dan menindaklanjuti keluhan dengan itikad baik, tenaga pemasar juga memberikan umpan balik penting bagi perusahaan dalam menyempurnakan produk dan layanan. Mereka menjadi bagian penting dalam sistem manajemen mutu dan perlindungan konsumen. Dalam jangka panjang, hal ini berkontribusi besar terhadap pertumbuhan perusahaan yang berkelanjutan.

7.7. Menjadi penghubung aktif dalam proses klaim

Klaim adalah momen krusial yang menguji janji dari sebuah produk asuransi. Oleh karena itu, tenaga pemasar memiliki tanggung jawab strategis untuk menjadi penghubung aktif antara nasabah dan perusahaan saat proses klaim berlangsung. Mereka tidak boleh lepas tangan atau bersikap netral, melainkan harus hadir sebagai pendamping, pemandu, dan juru bicara yang membela kepentingan nasabah sesuai ketentuan polis.

Peran ini mencakup menjelaskan dokumen yang diperlukan, membantu mengisi formulir klaim, mengarahkan proses pelaporan, serta memantau perkembangan klaim

hingga selesai. Tenaga pemasar harus memastikan bahwa nasabah merasa tidak sendiri dalam menghadapi prosedur yang kadang rumit. Mereka juga harus menyampaikan dengan jujur jika ada klaim yang berada di luar jaminan polis, dan membantu nasabah memahami alasan penolakan.

Kegagalan tenaga pemasar dalam mendampingi proses klaim sering kali menjadi akar dari konflik dan kekecewaan nasabah. Jika klaim ditolak tanpa pendampingan yang memadai, nasabah merasa ditinggalkan dan cenderung menyalahkan perusahaan, meskipun penyebabnya adalah informasi awal yang tidak lengkap atau ekspektasi yang tidak realistis.

Menjadi penghubung aktif dalam proses klaim bukan hanya kewajiban profesional, tapi juga bentuk konkret dari pelayanan berbasis empati. Tenaga pemasar yang mampu menjalankan peran ini akan memperoleh kepercayaan dan loyalitas nasabah secara alami, karena telah membuktikan bahwa mereka bukan sekadar penjual produk, melainkan mitra dalam perlindungan.

11.8. Regulasi Saluran Pemasaran dan Produk Asuransi (POJK 8/2024)

- Saluran pemasaran wajib sesuai dengan karakteristik produk dan target market.
- Perusahaan wajib menyusun *Target Market Statement* (TMS).
- Produk asuransi harus melalui proses pengajuan ke OJK dengan dokumen lengkap termasuk RIP, ilustrasi manfaat, dan skema distribusi.

- Pemasaran digital dan pihak ketiga harus tunduk pada prinsip perlindungan data nasabah.

8.1. Saluran pemasaran wajib sesuai dengan karakteristik produk dan target market

POJK 8/2024 menegaskan bahwa saluran pemasaran yang digunakan oleh perusahaan asuransi tidak boleh dipilih secara sembarangan atau semata-mata berdasarkan efisiensi biaya atau popularitas kanal. Saluran pemasaran harus ditetapkan dengan mempertimbangkan karakteristik produk dan target konsumen yang sesuai. Hal ini bertujuan agar produk benar-benar sampai kepada segmen masyarakat yang memiliki kebutuhan, kemampuan, dan pemahaman yang cukup atas manfaat dan risiko produk tersebut.

Misalnya, produk asuransi jiwa berjangka sederhana dapat dipasarkan melalui agen individu atau koperasi, karena mudah dijelaskan dan tidak kompleks. Sebaliknya, produk unit link dengan komponen investasi memerlukan tenaga pemasar yang memiliki lisensi tambahan dan hanya dapat disalurkan melalui kanal yang mampu melakukan edukasi menyeluruh, seperti *bancassurance* atau financial advisor. Ketidaksesuaian saluran dengan jenis produk berisiko menimbulkan salah persepsi, *mis-selling*, bahkan penolakan klaim akibat ketidaktahuan nasabah.

Penempatan produk yang tepat dalam saluran yang relevan bukan hanya strategi pemasaran yang efektif, tetapi juga bagian dari perlindungan konsumen. Ketika produk ditempatkan di kanal yang tepat, maka kemungkinan kesalahan komunikasi, ekspektasi yang tidak realistis, atau pembelian yang tidak disadari akan jauh berkurang.

Karena itu, regulasi ini mendorong perusahaan untuk lebih bertanggung jawab dalam menyesuaikan strategi distribusi dengan profil produk dan nasabah.

8.2. Perusahaan wajib menyusun *Target Market Statement* (TMS)

Target Market Statement (TMS) merupakan dokumen wajib yang harus disusun oleh perusahaan asuransi sebelum produk dipasarkan. TMS menjelaskan dengan terperinci segmen konsumen yang menjadi sasaran suatu produk asuransi, berdasarkan profil risiko, latar belakang ekonomi, kebutuhan proteksi, dan pemahaman terhadap asuransi. Dalam POJK 8/2024, TMS menjadi landasan bagi seluruh aktivitas pemasaran, termasuk dalam menyusun materi promosi, pelatihan tenaga pemasar, dan evaluasi kepatuhan saluran distribusi.

Penyusunan TMS mendorong perusahaan untuk tidak lagi merancang produk secara sembarangan. Produk asuransi harus dikaitkan dengan kebutuhan nyata di masyarakat, bukan sekadar ide bisnis. Dengan TMS, perusahaan dituntut untuk mendefinisikan dengan jelas siapa yang akan diuntungkan dari produk tersebut, siapa yang berpotensi dirugikan, dan bagaimana mitigasi risikonya. TMS juga menjadi alat pengendali internal agar tim pemasaran tidak menjual ke segmen yang tidak sesuai.

Lebih dari sekadar dokumen administratif, TMS merupakan alat tata kelola yang mendalam. OJK juga dapat menggunakan TMS dalam proses pengawasan untuk menilai apakah praktik pemasaran di lapangan sudah sesuai dengan rencana awal. Dengan demikian, penyusunan TMS

yang baik dan benar akan mencegah praktik mass selling yang tidak selektif dan meningkatkan kredibilitas produk serta integritas perusahaan di mata konsumen.

8.3. Produk asuransi harus melalui proses pengajuan ke OJK dengan dokumen lengkap termasuk RIP, ilustrasi manfaat, dan skema distribusi

POJK 8/2024 mewajibkan bahwa setiap produk asuransi yang akan dipasarkan harus terlebih dahulu diajukan kepada OJK untuk memperoleh persetujuan atau pencatatan. Proses ini bukan sekadar formalitas, melainkan tahapan penting untuk memastikan bahwa produk telah dirancang secara adil, transparan, dan sesuai dengan prinsip perlindungan konsumen. Dalam proses pengajuan ini, perusahaan harus melampirkan dokumen lengkap, termasuk Ringkasan Informasi Produk (RIP), ilustrasi manfaat, dan skema distribusi.

RIP harus menggambarkan manfaat utama, biaya, risiko, pengecualian, dan hak-kewajiban nasabah dalam format yang sederhana dan mudah dipahami. Ilustrasi manfaat dibutuhkan khususnya untuk produk asuransi jiwa dan unit link, agar calon nasabah mengetahui potensi manfaat dan risiko investasi berdasarkan asumsi pasar. Sementara itu, skema distribusi menjelaskan bagaimana produk tersebut akan disalurkan dan oleh siapa, serta bagaimana pengendalian dilakukan agar pemasaran tidak menyimpang.

Langkah ini menunjukkan bahwa pengawasan OJK kini lebih bersifat preventif dibanding reaktif. Dengan mewajibkan dokumen yang komprehensif sejak awal, OJK

ingin memastikan bahwa setiap produk yang masuk ke pasar sudah melewati proses uji kelayakan dari berbagai aspek. Hal ini akan memperkuat kepercayaan masyarakat terhadap produk asuransi dan menekan angka keluhan serta sengketa yang diakibatkan oleh produk-produk yang tidak jelas.

8.4. Pemasaran digital dan pihak ketiga harus tunduk pada prinsip perlindungan data nasabah

Dalam era digitalisasi, pemasaran produk asuransi melalui *platform* digital dan kerja sama dengan pihak ketiga (seperti *marketplace*, *fintech*, atau *influencer*) menjadi semakin umum. Namun POJK 8/2024 secara tegas menetapkan bahwa setiap bentuk pemasaran digital maupun yang dilakukan oleh pihak ketiga harus tunduk pada prinsip perlindungan data nasabah. Ini termasuk pengumpulan, penyimpanan, pengolahan, dan distribusi data pribadi calon nasabah.

Tenaga pemasar dan mitra pihak ketiga tidak boleh menyalahgunakan data yang diperoleh dari calon nasabah untuk tujuan di luar pemasaran yang sah. Misalnya, data calon nasabah tidak boleh dijual, dipindahkan ke pihak asing tanpa izin, atau digunakan untuk promosi silang yang tidak relevan. Selain itu, setiap komunikasi digital seperti email, SMS, atau *push notification* harus mendapatkan izin (*opt-in*) dari penerima, dan harus mencantumkan pilihan untuk berhenti (*opt-out*).

Kepatuhan terhadap prinsip perlindungan data ini bukan hanya kewajiban legal, tetapi juga fondasi kepercayaan digital. Pelanggaran terhadap perlindungan data pribadi

dapat berujung pada sanksi pidana berdasarkan UU PDP (Perlindungan Data Pribadi), serta kehilangan reputasi yang serius bagi perusahaan. Oleh karena itu, perusahaan harus memiliki sistem pengendalian internal yang kuat, kebijakan privasi yang jelas, dan pelatihan rutin untuk semua mitra distribusi digital dalam menerapkan standar keamanan data yang ketat.

Regulasi Saluran Pemasaran dan Produk Asuransi (POJK 8/2024)



Saluran pemasaran wajib sesuai dengan karakteristik produk dan target market.



Perusahaan wajib menyusun Target Market Statement (TMS).



Produk asuransi harus melalui proses pengajuan ke OJK dengan dokumen lengkap termasuk RIP, ilustrasi manfaat, dan skema distribusi.



Pemasaran digital dan pihak ketiga harus tunduk pada prinsip perlindungan data nasabah

AFP/2025

11.9. Tanggung Jawab Perusahaan terhadap Kegiatan Pemasaran (POJK 36/2024)

- Perusahaan bertanggung jawab penuh atas setiap kegiatan pemasarannya.
- Harus memiliki sistem pengawasan dan pengendalian terhadap tenaga pemasar, termasuk mitra eksternal.
- Wajib menyediakan sistem informasi konsumen yang andal dan saluran pengaduan yang efektif.
- Wajib menyusun kode etik pemasaran dan pelatihan berkala bagi tenaga pemasar.

9.1. Perusahaan bertanggung jawab penuh atas setiap kegiatan pemasarannya

Dalam POJK 36/2024 ditegaskan bahwa perusahaan asuransi memegang tanggung jawab penuh atas seluruh kegiatan pemasarannya, baik yang dilakukan oleh tenaga pemasar internal maupun mitra eksternal. Ini menandai pergeseran paradigma penting: tanggung jawab pemasaran tidak lagi bisa dialihkan sepenuhnya ke agen, broker, atau pihak ketiga. Apa pun bentuk pelanggaran atau kelalaian yang terjadi dalam proses pemasaran akan tetap melekat sebagai tanggung jawab perusahaan.

Sikap “cuci tangan” yang selama ini dilakukan oleh beberapa perusahaan terhadap tindakan oknum pemasar kini tidak lagi dapat diterima. Dalam banyak kasus keluhan nasabah, perusahaan kerap beralasan bahwa penjelasan yang keliru adalah inisiatif agen, padahal agen tersebut membawa nama dan lisensi perusahaan. OJK melalui regulasi ini ingin memastikan bahwa konsumen tidak

terjebak dalam celah tanggung jawab yang tumpang tindih antara pemasar dan perusahaan.

Implikasinya jelas: perusahaan harus mengambil sikap proaktif dan tidak boleh permisif terhadap gaya pemasaran yang agresif, manipulatif, atau menyesatkan. Ketika terjadi praktik *mis-selling* atau janji palsu, perusahaan tidak bisa lagi bersembunyi di balik dalih “kami tidak tahu” atau “itu inisiatif pribadi agen”. Seluruh materi promosi, strategi penjualan, dan interaksi lapangan adalah representasi dari tanggung jawab korporat.

Dengan prinsip ini, perusahaan dituntut untuk memperlakukan kegiatan pemasaran bukan sekadar sebagai fungsi komersial, tetapi sebagai bagian dari tata kelola (*governance*). Pemasaran menjadi wajah perusahaan di mata publik, dan bila wajah ini rusak karena ketidakpedulian terhadap etika dan pengawasan, maka yang hancur adalah reputasi korporasi secara menyeluruh.

9.2. Harus memiliki sistem pengawasan dan pengendalian terhadap tenaga pemasar, termasuk mitra eksternal

Regulasi POJK 36/2024 juga mewajibkan perusahaan untuk membangun sistem pengawasan dan pengendalian yang terstruktur, baik terhadap tenaga pemasar internal maupun mitra eksternal. Ini mencakup audit perilaku, pelaporan berkala, pengendalian materi promosi, serta mekanisme sanksi terhadap pelanggaran. Tidak cukup hanya memberi lisensi atau kontrak kerja—perusahaan harus memantau secara aktif dan konsisten.

Sistem pengendalian yang kuat mencerminkan bahwa perusahaan tidak hanya mengejar produksi, tetapi juga menjaga integritas proses. Ini termasuk rekaman komunikasi digital, review penjelasan produk, dan evaluasi interaksi dengan nasabah. Bila tidak ada pengawasan semacam ini, maka perusahaan akan kehilangan kendali atas citra dan risiko hukum yang dapat ditimbulkan oleh tenaga pemasar yang tidak bertanggung jawab.

Khusus untuk mitra eksternal seperti agen *independen*, *aggregator digital*, atau *platform e-commerce*, pengawasan harus dua kali lebih ketat. Seringkali, perusahaan beranggapan bahwa karena mitra bersifat “pihak luar”, maka risiko reputasi bisa dilepaskan. Padahal dalam pandangan konsumen, siapa pun yang menjual dengan membawa nama perusahaan berarti mewakili perusahaan. Oleh karena itu, tanggung jawab kontrol tetap tidak bisa dilepaskan.

Perusahaan yang abai dalam membangun sistem pengendalian pada akhirnya membuka celah bagi pelanggaran berulang. Bukan hanya akan berhadapan dengan OJK, tetapi juga akan kehilangan kepercayaan pasar. Dunia asuransi adalah bisnis kepercayaan—dan kepercayaan itu tumbuh dari disiplin dalam pengawasan dan pengendalian semua lini pemasaran.

9.3. Wajib menyediakan sistem informasi konsumen yang andal dan saluran pengaduan yang efektif

POJK 36/2024 juga mengharuskan perusahaan asuransi untuk menyediakan sistem informasi konsumen yang andal dan saluran pengaduan yang efektif. Artinya, nasabah harus dapat mengakses informasi tentang

produknya, manfaat, premi, dan status polis secara mandiri dan mudah, kapan pun dibutuhkan. Ketidakjelasan informasi atau lambatnya respons perusahaan terhadap pertanyaan nasabah tidak bisa lagi ditoleransi dalam lanskap regulasi yang baru.

Sistem informasi yang andal bukan sekadar website yang aktif atau brosur elektronik, tetapi mencakup *platform* digital yang interaktif, akurat, dan terintegrasi dengan layanan pelanggan. Nasabah harus bisa mengunduh polis, melihat ilustrasi manfaat, mengecek masa pertanggungan, dan mengakses FAQ secara langsung. Jika informasi ini tidak tersedia, maka potensi kesalahpahaman akan tinggi, dan persepsi publik terhadap profesionalisme perusahaan akan menurun.

Lebih dari itu, saluran pengaduan harus dapat menjawab keluhan nasabah dengan cepat, transparan, dan tuntas. Tidak boleh ada lagi praktik “ping-pong” atau mengabaikan keluhan hingga nasabah mengadukannya ke media atau otoritas. POJK kini mewajibkan adanya unit khusus pelayanan pengaduan yang memiliki standar waktu respons, dokumentasi, dan pelaporan berkala ke OJK.

Perusahaan yang gagal membangun sistem informasi konsumen dan saluran pengaduan yang baik akan dilihat sebagai entitas yang tidak peduli terhadap nasabah. Di era persaingan digital dan keterbukaan informasi, reputasi dapat rusak bukan karena produk, tapi karena buruknya pelayanan dan komunikasi. Oleh karena itu, sistem ini harus dianggap sebagai bagian dari strategi bisnis, bukan sekadar kewajiban administratif.

9.4. Wajib menyusun kode etik pemasaran dan pelatihan berkala bagi tenaga pemasar

Poin terakhir dari POJK 36/2024 menekankan pentingnya kode etik pemasaran dan pelatihan berkala bagi seluruh tenaga pemasar. Kode etik bukan sekadar lembaran yang ditandatangani di awal perekrutan, melainkan dokumen hidup yang menjadi acuan moral dan profesional dalam seluruh aktivitas pemasaran. Tanpa kode etik yang jelas dan dijalankan, pemasaran akan kehilangan arah dan nilai.

Kode etik harus mencakup prinsip-prinsip kejujuran, keterbukaan, perlakuan adil terhadap nasabah, serta larangan terhadap manipulasi, tekanan, atau penyembunyian informasi. Isinya juga harus disosialisasikan dan ditanamkan melalui pelatihan secara berkala, bukan hanya pada saat onboarding. Dunia pemasaran terus berkembang, begitu pula risiko penyimpangannya—maka pelatihan yang hanya satu kali bersifat simbolik tidak akan cukup.

Pelatihan berkala memungkinkan tenaga pemasar untuk memperbarui pemahaman mereka tentang produk, regulasi baru, teknik komunikasi, hingga risiko hukum yang dapat timbul dari kesalahan penjelasan. Ini juga merupakan bentuk tanggung jawab perusahaan untuk terus menjaga kompetensi dan integritas tenaga pemasar, bukan sekadar memantau output penjualan mereka.

Jika perusahaan ingin pemasaran yang etis dan berkelanjutan, maka kode etik dan pelatihan bukanlah opsi tambahan—melainkan investasi reputasi jangka panjang. Tanpa itu, perusahaan hanya akan menghasilkan pemasar yang mengandalkan insting, bukan prinsip. Dan dalam industri berbasis kepercayaan seperti asuransi, insting tanpa etika adalah risiko besar yang tak bisa dibenarkan.

TANGGUNG JAWAB PERUSAHAAN ATAS KEGIATAN PEMASARAN

- 1 Perusahaan bertanggung jawab penuh atas setiap kegiatan pemasarannya.
- 2 Harus memiliki sistem pengawasan dan pengendalian terhadap tenaga pemasar, termasuk mitra eksternal
- 3 Wajib menyediakan sistem informasi konsumen yang andal dan saluran pengaduan yang efektif
- 4 Wajib menyusun kode etik pemasaran dan pelatihan berkala bagi tenaga pemasar

AFP/2025

11.10. Etika Pemasaran dan Perlindungan Konsumen

- Tidak boleh menyembunyikan fakta material dalam polis.
- Harus memberikan ruang keputusan bebas tekanan bagi nasabah.
- Mengedepankan prinsip *Customer Best Interest* (CBI).
- Menjadi pendamping nasabah, bukan sekadar penjual produk.

10.1. Tidak boleh menyembunyikan fakta material dalam polis

Salah satu bentuk pelanggaran etika paling serius dalam pemasaran asuransi adalah menyembunyikan fakta material dalam polis. Fakta material adalah informasi penting yang dapat memengaruhi keputusan calon nasabah untuk membeli atau tidak membeli suatu produk asuransi. Ini termasuk pengecualian jaminan, masa tunggu, syarat-syarat klaim, batas manfaat, dan ketentuan pembatalan. Menyembunyikan atau mengaburkan informasi ini adalah bentuk *bad faith* yang merugikan konsumen dan melanggar prinsip *utmost good faith*.

Beberapa tenaga pemasar mungkin menganggap bahwa menyampaikan semua ketentuan polis secara lengkap akan membuat nasabah ragu atau batal membeli. Akibatnya, hanya manfaat produk yang ditonjolkan, sementara sisi keterbatasan disimpan atau disampaikan sekilas. Strategi semacam ini adalah praktik manipulatif dan akan berdampak buruk di kemudian hari saat terjadi klaim. Ketika nasabah merasa ditipu, maka bukan hanya reputasi pemasar yang rusak, tetapi juga perusahaan dan industri perasuransian secara keseluruhan.

Regulasi POJK menegaskan bahwa setiap tenaga pemasar wajib menyampaikan informasi yang jujur, utuh, dan tidak menyesatkan. Fakta material bukanlah “opsional” untuk dijelaskan. Tenaga pemasar yang menyembunyikannya tidak hanya berpotensi terkena sanksi etik atau pemutusan kerja, tetapi juga dapat dituntut secara hukum atas kerugian yang ditimbulkan pada nasabah. Tidak ada alasan yang dapat membenarkan penjualan dengan cara menipu.

Etika pemasaran harus berdiri di atas prinsip transparansi total. Justru dengan menjelaskan fakta material secara jujur dan berani, tenaga pemasar menunjukkan integritasnya sebagai profesional. Hal ini akan membangun kepercayaan yang lebih kuat dan nasabah pun akan lebih menghargai kejujuran daripada janji manis yang kemudian mengecewakan. Produk asuransi bukan untuk dijual dengan cara menutup-nutupi, tetapi untuk dipilih secara sadar oleh nasabah yang memahami risiko dan perlindungannya.

10.2. Harus memberikan ruang keputusan bebas tekanan bagi nasabah

Keputusan untuk membeli polis asuransi adalah keputusan penting dan berdampak jangka panjang, sehingga wajib diberikan kepada nasabah dalam kondisi bebas tekanan. Namun dalam praktiknya, masih banyak tenaga pemasar yang menggunakan taktik tekanan seperti menciptakan rasa takut berlebihan, memberikan batas waktu palsu (“hanya hari ini!”), atau bahkan memanipulasi emosi nasabah agar merasa bersalah jika menolak. Strategi ini tidak etis dan berpotensi menyebabkan penyesalan serta pembatalan polis dalam waktu singkat.

Etika pemasaran yang sehat menuntut pemasar untuk memberikan waktu dan ruang bagi calon nasabah untuk mempertimbangkan produk, mendiskusikannya dengan keluarga, atau membandingkan dengan penawaran lain. Tidak boleh ada unsur paksaan, baik secara verbal maupun psikologis. Pemasar yang berintegritas akan memahami bahwa keputusan yang lahir dari pemahaman dan pertimbangan matang akan jauh lebih kuat dan bertahan lama.

POJK telah mengatur masa cooling-off selama 14 hari sebagai bentuk perlindungan terhadap pembelian yang terburu-buru. Namun lebih dari itu, proses pemasaran itu sendiri harus menjadi ruang yang aman dan nyaman bagi calon nasabah untuk bertanya, berpikir, dan menyampaikan keraguannya. Tenaga pemasar wajib menghindari sikap agresif, menekan, atau memojokkan nasabah.

Dengan memberikan ruang bebas tekanan, pemasar tidak kehilangan kendali—justru menunjukkan kedewasaan profesional dan keyakinan pada kualitas produk yang ditawarkan. Konsumen yang diberi kesempatan untuk berpikir akan merasa dihargai, dan akan lebih mungkin menjadi pelanggan yang loyal karena merasa diperlakukan secara manusiawi, bukan sekadar target penjualan.

PERLINDUNGAN KONSUMEN

- Tidak boleh menyembunyikan fakta material dalam polis
- Harus memberikan ruang keputusan bebas tekanan bagi nasabah
- Mengedepankan prinsip Customer Best Interest (CBI)
- Menjadi pendamping nasabah, bukan sekadar penjual produk

10.3. Mengedepankan prinsip *Customer Best Interest* (CBI)

Prinsip *Customer Best Interest* (CBI) mewajibkan tenaga pemasar untuk selalu bertindak demi kepentingan terbaik nasabah, bukan semata-mata demi pencapaian target penjualan atau kepentingan pribadi. CBI berarti menempatkan kebutuhan, kemampuan, dan pemahaman nasabah sebagai prioritas utama dalam proses pemasaran. Ini mencakup memberikan saran yang objektif, merekomendasikan produk yang sesuai, serta memastikan bahwa nasabah benar-benar mengerti implikasi dari produk yang dibeli.

Sayangnya, dalam praktik di lapangan, prinsip ini sering dikalahkan oleh tekanan target, insentif besar, atau struktur komisi yang agresif. Akibatnya, pemasar cenderung mengarahkan nasabah ke produk dengan komisi tertinggi, bukan yang paling cocok. Hal ini menciptakan distorsi kepentingan yang secara langsung merugikan nasabah dan memperbesar risiko sengketa di masa mendatang.

Etika profesional menuntut pemasar untuk menolak insentif yang mendorong perilaku tidak adil, dan berani merekomendasikan produk yang benar-benar bermanfaat, bahkan jika margin keuntungan lebih rendah. Perusahaan pun harus mendukung prinsip ini dengan merancang skema insentif dan evaluasi kinerja yang berbasis pada kepuasan dan keberlanjutan hubungan dengan nasabah, bukan hanya volume penjualan.

Dengan menerapkan prinsip CBI secara konsisten, tenaga pemasar akan menjadi mitra terpercaya bagi nasabah, bukan sekadar agen penjual. Ini akan membangun

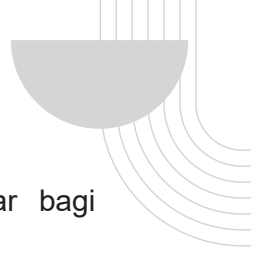
loyalitas jangka panjang, memperkuat reputasi perusahaan, dan menunjukkan bahwa asuransi bukanlah alat untuk mengeksploitasi ketidaktahuan, tetapi untuk memberikan proteksi nyata yang berpihak pada kepentingan konsumen.

10.4. Menjadi pendamping nasabah, bukan sekadar penjual produk

Tenaga pemasar tidak boleh memosisikan diri hanya sebagai “penjual produk,” melainkan sebagai pendamping nasabah sepanjang masa pertanggungan. Pendampingan ini mencakup edukasi awal, bantuan selama pengisian aplikasi, penjelasan tentang isi polis, serta keterlibatan aktif saat terjadi klaim atau pembaruan. Ketika tenaga pemasar hadir bukan hanya saat menjual, tetapi juga saat nasabah menghadapi masalah, maka kepercayaan dan loyalitas akan terbangun dengan sendirinya.

Sayangnya, dalam banyak kasus, pemasar justru “menghilang” setelah polis terbit. Ketika nasabah mengalami kesulitan dalam membaca manfaat, atau lebih parah saat mengajukan klaim, mereka sering merasa ditinggalkan. Praktik ini sangat merugikan reputasi perusahaan dan menunjukkan bahwa pemasar tidak memedulikan hasil jangka panjang dari relasi dengan nasabah.

Pendampingan tidak berarti harus menjadi customer service 24 jam, tetapi berarti tetap bisa dihubungi, menjawab pertanyaan dengan empati, dan memastikan nasabah mendapat informasi yang benar. Pemasar yang peduli akan proaktif menghubungi nasabah untuk pembaruan, evaluasi kebutuhan, atau hanya sekadar menjaga komunikasi.



Ini adalah investasi kecil dengan dampak besar bagi kepercayaan dan referensi bisnis jangka panjang.

Dengan bersikap sebagai pendamping, tenaga pemasar tidak hanya menjual perlindungan, tetapi membangun hubungan. Inilah yang membedakan pemasaran yang bermakna dengan sekadar transaksi. Ketika nasabah merasa didampingi, bukan hanya dilayani, maka asuransi benar-benar hadir sebagai sistem perlindungan yang humanis dan relevan.



PENUTUP

Pemasaran asuransi bukanlah sekadar proses menjual polis atau mengejar target produksi. Ia adalah ujung tombak dari seluruh sistem perlindungan risiko yang ditawarkan oleh industri perasuransian kepada masyarakat. Di tangan tenaga pemasarlah keputusan awal nasabah terbentuk—apakah mereka membeli dengan pemahaman yang utuh, atau sekadar karena bujuk rayu dan tekanan sesaat. Oleh karena itu, tanggung jawab tenaga pemasar bukan hanya menjelaskan produk, tetapi juga membentuk kepercayaan jangka panjang dan memastikan bahwa setiap keputusan nasabah berdiri di atas informasi yang benar dan pertimbangan yang matang.

Pembaruan regulasi seperti POJK 22/2023 tentang Perlindungan Konsumen, POJK 8/2024 tentang Produk dan Saluran Pemasaran, serta POJK 36/2024 tentang Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Asuransi, adalah bentuk koreksi sistemik atas berbagai penyimpangan pemasaran masa lalu. Regulasi ini menjadi tonggak penting untuk mengembalikan etika dan profesionalisme ke jantung aktivitas pemasaran. Setiap tenaga pemasar kini dituntut tidak hanya untuk memahami produk dan teknik penjualan, tetapi juga wajib memahami prinsip perlindungan konsumen, tanggung jawab hukum, dan risiko reputasi yang menyertai setiap tindakan mereka.

Dalam dunia pemasaran asuransi, kita tidak boleh membangun ilusi indah di depan namun meninggalkan bencana di belakang. Terlalu sering kita menyaksikan konsumen yang masuk asuransi dengan mudah—karena proses penjualan yang

agresif—namun tersandung saat mengajukan klaim karena informasi yang tak lengkap atau syarat yang tak disampaikan. Inilah mengapa lebih baik tidak terjadi penjualan jika memang produk tersebut tidak sesuai dengan kebutuhan klien, atau jika kondisi klien tidak memenuhi kriteria *underwriting*. Tidak semua orang harus membeli asuransi; hanya mereka yang memahami dan siap dengan tanggung jawabnya yang pantas menjadi pemegang polis.

Pendekatan etis justru akan menumbuhkan kredibilitas yang jauh lebih kuat. Prinsipnya sederhana namun mendalam: “Lebih baik susah masuk asuransi karena diverifikasi secara akurat, namun klaim akan sangat mudah cair di kemudian hari.” Verifikasi yang ketat di awal bukan bentuk penolakan, melainkan perlindungan terhadap kedua belah pihak—nasabah tidak akan membeli produk yang sia-sia, dan perusahaan tidak akan menghadapi klaim yang penuh sengketa. Kontrak yang dibangun atas dasar kejujuran dan kesadaran bersama akan jauh lebih kokoh dibanding kontrak yang dibangun atas tekanan atau ketidaktahuan.

Dengan demikian, bab ini menegaskan bahwa pemasaran asuransi adalah garda utama dalam menjaga keseimbangan antara kepentingan nasabah dan keberlanjutan industri. Setiap kata yang diucapkan oleh tenaga pemasar, setiap formulir yang dibantu pengisiannya, dan setiap keputusan yang dibimbing, adalah kontribusi nyata dalam menciptakan ekosistem perlindungan risiko yang adil, transparan, dan berkeadilan. Asuransi tidak boleh menjadi jebakan yang manis di awal namun getir di akhir; sebaliknya, harus menjadi perlindungan sejati yang berangkat dari pemahaman dan dijalankan dengan integritas.



SUSAH MASUK, GAMPANG KELUAR!

Slogan Baru Asuransi Sejati

Risiko Mungkin Terjadi Lindungi Diri Anda Dengan Asuransi:



Sahabat Insurance adalah perusahaan Asuransi Umum yang melindungi aset Anda dari risiko yang mungkin terjadi di masa depan. Sahabat Insurance memiliki berbagai produk perlindungan*, yaitu:



Asuransi Kendaraan Bermotor



Asuransi Uang



Asuransi Kebakaran



Asuransi Pekerjaan Kontraktor



Asuransi Perjalanan



Asuransi Pemasangan Mesin



Asuransi Kecelakaan Diri



Asuransi Pengangkutan

*Syarat dan ketentuan polis asuransi berlaku

**RISK IS THE UNSEEN
PASSENGER IN EVERY
JOURNEY; IT MAY SIT
QUIETLY, BUT IT
NEVER LEAVES THE
CARRIAGE OF LIFE.**



INTRODUCTION TO INSURANCE

BAB
12.

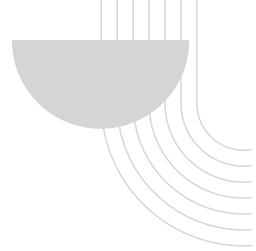
INSURANCE UNDERWRITING



ChatGPT

**‘RISK IS THE SHADOW
STITCHED TO THE
FABRIC OF OUR DAYS;
INVISIBLE AT NOON,
YET FAITHFUL WHEN
WHEN THE LIGHT
BEGINS TO FADE.’**





PENGANTAR

Dalam industri perasuransian, *underwriting* adalah fondasi yang menentukan kualitas perlindungan risiko yang diberikan oleh perusahaan kepada masyarakat. Tanpa proses *underwriting* yang baik, perusahaan asuransi akan mengambil risiko secara buta, menerima setiap permohonan tanpa pertimbangan yang memadai, dan pada akhirnya menghadapi ketidakpastian finansial yang membahayakan keberlanjutan usahanya. Oleh karena itu, pembahasan tentang *underwriting* menjadi sangat penting agar para pembaca—khususnya praktisi dan calon profesional asuransi—memahami bagaimana risiko dinilai, diklasifikasi, dan dikelola secara bertanggung jawab sebelum sebuah polis diterbitkan.

Underwriting bukan hanya urusan teknis; ia menyentuh aspek etika, regulasi, dan integritas dalam bisnis asuransi. Seorang *underwriter* harus memahami bahwa setiap keputusan yang diambilnya berpotensi memengaruhi nasib keuangan nasabah di masa depan. Karena itulah, proses *underwriting* harus dilakukan berdasarkan prinsip kehati-hatian, transparansi, dan itikad baik. Dalam konteks ini, prinsip *utmost good faith*, pengungkapan fakta material, serta keterkaitan dengan fungsi pemasaran dan klaim menjadi sangat penting untuk dipahami secara menyeluruh.

Bab ini disusun untuk memberikan pemahaman mendalam mengenai terminologi, filosofi, dan proses *underwriting*, sekaligus membekali pembaca dengan wawasan praktis tentang peran



strategis *underwriter*, potensi kesalahan dalam proses penilaian risiko, serta pentingnya kompetensi dan integritas. Dengan memahami proses *underwriting* secara utuh, kita tidak hanya menjaga perusahaan dari kerugian besar, tetapi juga menjaga kepercayaan masyarakat terhadap industri perasuransian itu sendiri.

12.1. Terminologi, Filosofi, dan Prinsip-Prinsip *Underwriting*

Underwriting dalam asuransi adalah proses sistematis untuk menilai dan menganalisis risiko yang diajukan oleh calon tertanggung sebelum polis diterbitkan. Istilah ini berasal dari praktik awal industri perasuransian laut di Inggris, di mana penanggung menuliskan tanda tangan di bawah nama tertanggung, sebagai persetujuan atas jaminan risiko tertentu—*under-write*.

Filosofinya adalah untuk menciptakan keseimbangan antara dua kepentingan utama: proteksi bagi tertanggung dan keberlanjutan finansial perusahaan asuransi. Prinsip-prinsip utama dalam *underwriting* meliputi: seleksi risiko, klasifikasi risiko, ekuitas tarif, dan penghindaran anti-seleksi. Tujuannya bukan menolak risiko, tetapi mengelolanya secara bijak dengan pendekatan berbasis data, prediksi, dan nilai ekonomi.

Selain itu, *underwriting* dijalankan berdasarkan asas *utmost good faith* dan pengungkapan fakta material. Tugas *underwriter* bukan hanya teknis, tetapi juga etis—memastikan bahwa perlindungan yang diberikan adil bagi semua pihak. Keputusan *underwriting* bukan keputusan komersial semata, tetapi keputusan yang mengandung unsur kehati-hatian, moral, dan tanggung jawab hukum.

i) Terminologi *Underwriting*

Underwriting adalah istilah yang secara khusus digunakan dalam industri perasuransian untuk menggambarkan proses penilaian risiko sebelum perusahaan asuransi menyetujui atau menolak permohonan pertanggungan dari calon tertanggung. Proses ini mencakup analisis atas informasi yang diberikan oleh calon nasabah, evaluasi potensi risiko yang akan dijamin, dan penentuan syarat, ketentuan, serta besarnya premi yang sesuai. Tujuan utama *underwriting* adalah untuk menyeimbangkan antara perlindungan yang ditawarkan kepada nasabah dan keberlangsungan bisnis perusahaan asuransi.

Secara etimologis, istilah “*underwriting*” berasal dari praktik awal asuransi laut di Inggris pada abad ke-17. Dalam praktik tersebut, para penanggung risiko (*insurer*) akan menandatangani nama mereka di bawah (*under*) deskripsi risiko dalam dokumen kontrak sebagai bentuk persetujuan atas jaminan, serta menyertakan jumlah kontribusi keuangan mereka untuk menanggung risiko tersebut. Kata *under-write* secara literal berarti “menandatangani di bawah” sebagai bentuk komitmen dan pertanggungjawaban atas risiko yang disepakati.

Dalam konteks modern, *underwriting* berkembang menjadi fungsi yang lebih kompleks, mencakup penerapan teknologi, pengelolaan data besar, dan strategi diversifikasi portofolio. Proses *underwriting* tidak lagi terbatas pada asuransi jiwa atau asuransi umum, tetapi juga digunakan dalam asuransi kesehatan, kredit, bahkan pada tahap awal desain produk. Di sinilah *underwriting* berfungsi bukan hanya sebagai proses administratif, melainkan fungsi strategis dalam manajemen risiko perusahaan asuransi.

ii) Filosofi Underwriting

Filosofi *underwriting* berakar pada prinsip kehati-hatian (*prudence*) yang bertujuan untuk menciptakan keseimbangan antara kepentingan tertanggung dan keberlangsungan usaha perusahaan asuransi. Perusahaan asuransi memiliki kewajiban untuk memberikan perlindungan yang nyata terhadap risiko yang dihadapi nasabah, namun pada saat yang sama harus menjaga portofolio risiko agar tetap sehat dan berkelanjutan secara finansial. Dengan kata lain, *underwriting* adalah seni dalam menimbang antara kepastian proteksi dan ketidakpastian klaim.

Seorang *underwriter* bekerja dengan kesadaran bahwa setiap risiko yang diterima akan berdampak pada cadangan teknis, tingkat klaim, dan profitabilitas perusahaan. Oleh karena itu, filosofi utama dalam *underwriting* adalah *risk-based decision making*, yakni setiap keputusan diambil berdasarkan analisis risiko yang objektif, terukur, dan dapat dipertanggungjawabkan secara teknis dan moral. Tidak ada ruang bagi keputusan yang didasari asumsi semata atau tekanan komersial tanpa pertimbangan risiko yang valid.

Filosofi *underwriting* juga menjunjung tinggi prinsip *fairness*. Ini berarti, setiap calon tertanggung harus mendapatkan perlakuan yang adil berdasarkan profil risikonya, bukan berdasarkan diskriminasi atau penilaian subjektif. Dengan menerapkan prinsip keadilan, perusahaan tidak hanya menjaga reputasi dan kepatuhan regulasi, tetapi juga membangun kepercayaan jangka panjang dari masyarakat terhadap institusi asuransi.

Selain itu, filosofi *underwriting* mendorong perlunya keterbukaan dan kejujuran dari kedua belah pihak. Calon tertanggung diharapkan mengungkapkan semua fakta material secara jujur dan lengkap, sementara perusahaan asuransi

(melalui *underwriter*) wajib mengkomunikasikan syarat dan batas perlindungan dengan cara yang mudah dipahami. Keterbukaan informasi ini menciptakan hubungan kontraktual yang sehat dan etis.

Filosofi ini juga mengakui pentingnya *dynamic underwriting*—kemampuan untuk menyesuaikan penilaian risiko seiring dengan perubahan lingkungan, data, dan teknologi. Risiko bersifat dinamis dan kontekstual, sehingga proses *underwriting* harus terus berkembang, baik dari sisi pengetahuan maupun alat analisis. Dengan demikian, *underwriting* tidak hanya bersifat administratif, melainkan juga adaptif dan strategis.

Terakhir, *underwriting* dipandang sebagai fungsi yang tidak hanya penting bagi perusahaan, tetapi juga bagi perlindungan konsumen secara luas. Keputusan *underwriting* yang tepat akan menjamin nasabah mendapatkan produk yang sesuai dengan kebutuhannya dan meminimalkan konflik saat terjadi klaim. Inilah esensi dari filosofi *underwriting*: menyeimbangkan risiko, menjaga keberlanjutan, dan melayani kepentingan terbaik semua pihak.

iii) Prinsip-Prinsip Underwriting

1. Seleksi Risiko

Seleksi risiko adalah prinsip pertama dalam *underwriting* yang mengharuskan *underwriter* mengevaluasi setiap permohonan berdasarkan parameter risiko tertentu, seperti usia, pekerjaan, kondisi kesehatan, lokasi aset, dan rekam jejak klaim. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi apakah risiko tersebut dapat diterima, harus dikenakan syarat tambahan, atau harus ditolak.

2. Klasifikasi Risiko

Setelah risiko diseleksi, langkah berikutnya adalah mengelompokkannya ke dalam kategori risiko yang serupa. Klasifikasi ini berguna untuk menentukan tarif premi yang adil dan kompetitif, serta menjaga kesetaraan perlakuan antarnasabah yang berada dalam kategori risiko yang sama.

3. Penghindaran Anti-Seleksi

Anti-seleksi terjadi saat calon tertanggung memiliki informasi lebih lengkap tentang risiko pribadinya dibandingkan perusahaan. *Underwriting* bertugas mencegah hal ini dengan menuntut keterbukaan penuh dan pemeriksaan menyeluruh agar tidak menerima risiko yang seharusnya ditolak atau dikenai premi lebih tinggi.

4. Ekuitas Tarif (*Equity Pricing*)

Underwriting harus menetapkan premi berdasarkan tingkat risiko sebenarnya, agar tertanggung dengan risiko rendah tidak mensubsidi tertanggung berisiko tinggi. Ini menjaga prinsip keadilan tarif dan memastikan premi yang dibayarkan proporsional terhadap risiko yang ditanggung.

5. Prudent (Kehati-hatian)

Keputusan *underwriting* harus dilandasi kehati-hatian dan pertimbangan jangka panjang. *Underwriter* harus menolak pengambilan risiko hanya karena tekanan target produksi, terutama jika tidak ada data pendukung yang cukup.

6. *Clear and Clean*

Informasi dalam dokumen permohonan dan analisis *underwriting* harus bersih, jelas, dan lengkap. Tidak boleh ada keraguan atau celah interpretasi yang bisa merugikan salah satu pihak di masa depan. Prinsip ini juga berlaku dalam komunikasi hasil keputusan ke nasabah.

7. **Transparent**

Semua ketentuan, batas manfaat, pengecualian, dan syarat khusus harus dijelaskan secara terbuka. Transparansi menciptakan kepercayaan dan mencegah konflik saat terjadi klaim.

8. **Bebas Benturan Kepentingan (*Free of Conflict of Interest*)**

Underwriter harus menilai risiko secara objektif dan tidak boleh dipengaruhi oleh kepentingan pribadi, tekanan dari tim pemasaran, atau potensi keuntungan komersial jangka pendek yang merusak kualitas keputusan.

9. **Sound Judgement**

Meskipun banyak data dan algoritma yang membantu proses *underwriting*, pada akhirnya *underwriter* harus menggunakan penilaian profesionalnya. Kemampuan membuat keputusan berdasarkan data dan intuisi yang terlatih adalah kunci keberhasilan *underwriting*.

10. **Dokumentasi dan *Audit Trail***

Setiap keputusan harus didokumentasikan dengan alasan dan data pendukung yang jelas, agar bisa diaudit dan dipertanggungjawabkan. Ini merupakan bagian dari governance yang sehat dan juga mitigasi risiko hukum.

11. **Konsistensi**

Prinsip ini memastikan bahwa kasus serupa dinilai dengan kriteria yang sama. Konsistensi dalam *underwriting* menjaga integritas sistem dan mencegah ketidakadilan atau diskriminasi.

12. *Customer-Centric*

Terakhir, prinsip *underwriting* harus tetap menempatkan nasabah di pusat pertimbangan. Bukan berarti menerima semua permohonan, tetapi memastikan bahwa produk dan keputusan yang diambil benar-benar sesuai dengan kebutuhan dan kondisi calon tertanggung.

12.2. Peran dan Fungsi *Underwriting*

Underwriting memiliki peran sentral dalam menjaga kualitas portofolio risiko perusahaan. Fungsi utamanya mencakup: menilai kelayakan risiko, menetapkan syarat polis, menentukan tarif premi, serta menetapkan keputusan penerimaan atau penolakan jaminan. Proses ini menjaga agar premi yang terkumpul sebanding dengan klaim yang mungkin terjadi, serta menciptakan stabilitas keuangan jangka panjang.

Underwriter juga bertugas mendukung tim pemasaran dengan menyediakan analisis risiko yang akurat, membantu menjelaskan alasan penolakan atau pengenaan syarat khusus kepada nasabah, serta memberi masukan dalam pengembangan produk baru yang sesuai dengan tren risiko yang berkembang. Mereka berperan sebagai penjaga gerbang (*gatekeeper*) proteksi yang bertanggung jawab.

Dalam era digital dan insurtech, fungsi *underwriting* juga diperluas ke dalam otomatisasi risiko dan penggunaan *artificial intelligence*. Namun tetap, pengambilan keputusan kritis pada kasus kompleks tetap memerlukan keterampilan profesional dan intuisi manusia yang tidak dapat digantikan oleh algoritma sepenuhnya.

Peran dan Fungsi *Underwriting*:

i) *Underwriting* sebagai Peran Sentral dalam Menjaga Kualitas Portofolio Risiko

Underwriting merupakan jantung dari manajemen risiko di perusahaan asuransi. Keputusan yang dibuat di meja *underwriting* menentukan seberapa sehat portofolio risiko yang akan dibawa oleh perusahaan selama bertahun-tahun ke depan. Setiap polis yang diterbitkan bukan hanya angka di atas kertas, tetapi potensi klaim yang dapat muncul kapan saja. Oleh karena itu, *underwriting* memiliki peran sentral untuk menyaring dan memastikan bahwa risiko yang masuk adalah risiko yang layak ditanggung sesuai kapasitas dan strategi perusahaan.

Peran sentral ini juga tercermin dalam kemampuan *underwriting* menjaga keseimbangan antara jumlah premi yang diterima dan klaim yang dibayarkan. Jika risiko yang diterima terlalu tinggi namun premi yang ditetapkan terlalu rendah, maka perusahaan akan mengalami kerugian teknis. Sebaliknya, jika *underwriting* terlalu konservatif dan menolak terlalu banyak risiko yang sebenarnya layak, perusahaan akan kehilangan peluang bisnis dan mengalami stagnasi pertumbuhan.

Oleh karena itu, *underwriting* tidak boleh dilihat sebagai penghambat penjualan, melainkan sebagai pengawal keberlanjutan. *Underwriter* harus mampu menilai dengan akurat, kapan suatu risiko bisa diterima, kapan perlu dikenakan pengecualian atau tarif khusus, dan kapan harus ditolak secara profesional. Ini membutuhkan pemahaman mendalam tentang risiko, data historis klaim, serta wawasan

terhadap tren dan perubahan lingkungan eksternal.

Selain itu, *underwriting* juga berperan dalam mengatur struktur dan syarat dalam polis. Syarat ini bisa berupa pengecualian, ketentuan tambahan, masa tunggu, atau ketentuan khusus lainnya yang disesuaikan dengan karakteristik risiko. Penyesuaian ini bertujuan untuk memberikan perlindungan yang tepat, adil, dan tidak membebani kedua belah pihak secara berlebihan.

Peran ini juga mencakup penetapan premi yang rasional. Premi tidak boleh ditetapkan hanya karena mengikuti kompetitor atau untuk mengejar target pasar tertentu. Premi harus mencerminkan tingkat risiko dan potensi klaim, agar perusahaan tetap memiliki cadangan yang memadai untuk memenuhi kewajiban masa depan kepada tertanggung.

Dengan demikian, peran *underwriting* bukan sekadar administratif atau teknis, melainkan bersifat strategis dan berimplikasi langsung pada solvabilitas perusahaan. *Underwriter* yang profesional tidak hanya menjaga perusahaan dari kerugian, tetapi juga menjaga reputasi industri dan kepercayaan publik terhadap mekanisme perlindungan yang ditawarkan oleh asuransi.

ii) ***Underwriting* sebagai Pendukung Tim Pemasaran dan Komunikasi Risiko**

Selain menjaga portofolio risiko, *underwriter* juga berperan penting dalam mendukung tim pemasaran. Fungsi ini seringkali dianggap *sekunder*, padahal kolaborasi antara *underwriting* dan pemasaran merupakan kunci sukses dalam menciptakan penjualan yang sehat dan berkelanjutan. *Underwriter* menyediakan data dan analisis risiko yang

dapat digunakan oleh tim pemasaran dalam menyusun strategi pendekatan kepada nasabah, termasuk menyusun rekomendasi produk yang sesuai dengan profil risiko pasar.

Dalam praktiknya, *underwriter* membantu menjelaskan alasan di balik keputusan *underwriting* kepada calon tertanggung. Ketika suatu permohonan dikenakan tambahan premi, pengecualian, atau bahkan ditolak, tenaga pemasaran harus dapat menjelaskan dasar keputusan tersebut dengan logis dan dapat diterima oleh nasabah. Peran *underwriter* di sini adalah menyediakan argumen yang berdasar data, sekaligus edukatif, agar nasabah tidak merasa ditolak secara personal atau tidak adil.

Peran komunikasi risiko ini menjadi sangat penting dalam membangun kepercayaan nasabah terhadap perusahaan. Keputusan *underwriting* yang baik namun tidak dapat dikomunikasikan dengan benar, berpotensi menimbulkan kesalahpahaman yang berujung pada hilangnya nasabah potensial atau meningkatnya komplain. *Underwriter* yang kooperatif dan komunikatif akan menjadi mitra berharga bagi tim pemasaran, bukan lawan atau penghambat.

Tidak hanya pada kasus individual, *underwriter* juga memiliki peran dalam membantu tim pemasaran memahami dinamika portofolio secara keseluruhan. Melalui analisis tren klaim, segmen risiko, dan evaluasi hasil produksi, *underwriter* dapat memberikan masukan tentang produk mana yang *profitable*, segmen mana yang berisiko tinggi, dan strategi penyesuaian produk di masa mendatang.

Kolaborasi ini juga penting dalam pengembangan produk baru. *Underwriter* yang aktif dapat memberikan masukan sejak tahap desain produk, sehingga manfaat yang ditawarkan tetap menarik namun risiko tetap dapat dikelola. Tim pemasaran akan terbantu dengan produk yang memang layak dijual, sementara perusahaan tetap berada dalam kendali risiko yang sehat.

Maka dari itu, peran *underwriting* tidak boleh dipisahkan dari pemasaran. *Underwriter* yang hanya bekerja di balik meja tanpa interaksi dengan pasar akan kehilangan konteks dan relevansi. Sebaliknya, *underwriter* yang mampu berkolaborasi lintas fungsi akan menjadi aset strategis yang memperkuat keberhasilan bisnis asuransi secara menyeluruh.

iii) *Underwriting* dalam Era Digital, Otomatisasi, dan *Artificial Intelligence*

Di era transformasi digital, proses *underwriting* mengalami perubahan signifikan dari yang semula manual menjadi lebih otomatis, cepat, dan berbasis data. Kehadiran teknologi digital memungkinkan proses *underwriting* dilakukan dengan bantuan sistem berbasis algoritma, *artificial intelligence* (AI), dan machine learning yang mampu menilai risiko secara real-time dan konsisten berdasarkan data yang tersedia. Otomatisasi ini meningkatkan efisiensi, mempercepat proses penerbitan polis, dan mengurangi kesalahan manusia.

Contohnya, dalam asuransi jiwa, perusahaan dapat menggunakan sistem *e-underwriting* yang secara otomatis menilai risiko berdasarkan jawaban formulir digital dan data medis yang diunggah nasabah. Dalam hitungan menit, sistem dapat menghasilkan keputusan awal—diterima

standar, dikenakan syarat tambahan, atau perlu analisis lanjutan. Ini sangat mempersingkat waktu dan meningkatkan pengalaman pelanggan.

Namun demikian, meskipun teknologi menawarkan kecepatan dan efisiensi, tidak semua risiko dapat dinilai secara otomatis. Kasus-kasus kompleks—seperti risiko korporasi besar, properti bernilai tinggi, atau kondisi medis yang tidak umum—tetap memerlukan campur tangan *underwriter* profesional. Penggunaan data besar harus tetap didampingi dengan analisis kritis dan pemahaman konteks, agar keputusan tetap akurat dan adil.

Tantangan terbesar dalam otomatisasi *underwriting* adalah risiko kehilangan *human judgement*, bias algoritma, serta potensi pelanggaran privasi data. Sistem berbasis AI sangat bergantung pada data pelatihan, dan jika datanya bias, maka keputusan *underwriting* bisa juga menjadi bias. *Underwriter* modern harus memahami cara kerja algoritma, sekaligus mampu mengidentifikasi kelemahannya dan menerapkan kontrol yang tepat.

Di sisi lain, penggunaan teknologi juga memungkinkan adanya *continuous underwriting*—yaitu proses pemantauan risiko yang bersifat dinamis dan berkelanjutan, bukan hanya satu kali saat awal penerbitan polis. Dengan memanfaatkan data dari *wearable devices*, *telematics*, atau integrasi dengan sistem kesehatan nasional, perusahaan dapat menyesuaikan premi dan perlindungan sesuai dengan kondisi terbaru nasabah.

Kesimpulannya, otomatisasi bukan pengganti *underwriting*, melainkan alat pendukung. *Underwriter* masa kini tidak lagi sekadar penilai risiko, tetapi harus menjadi

data *analyst*, *technology user*, sekaligus *risk communicator*. Perusahaan yang berhasil menggabungkan kekuatan teknologi dan kompetensi manusia akan memiliki sistem *underwriting* yang lebih adaptif, efisien, dan siap menghadapi tantangan risiko modern.

12.3. Kewajiban dan Tugas *Underwriting* berdasarkan *Best Practices* dan Regulasi POJK

Berdasarkan prinsip tata kelola yang baik serta POJK No. 69/POJK.05/2016 dan POJK No. 36/2024, *underwriting* memiliki sejumlah kewajiban penting:

- Menerapkan prinsip seleksi risiko berdasarkan data yang relevan dan tidak diskriminatif.
- Melakukan *documentation* dan rekam jejak keputusan dengan jelas dan terstruktur.
- Menjaga kerahasiaan data nasabah dan hasil penilaian risiko.
- Melakukan evaluasi risiko yang independen, tanpa intervensi komersial yang merugikan integritas keputusan.

Selain itu, *underwriter* wajib memahami kebijakan perusahaan, pedoman *underwriting* manual, dan peraturan internal. Mereka juga harus mampu menyusun laporan *underwriting* dan menyiapkan justifikasi yang dapat dipertanggungjawabkan secara hukum, terutama dalam kasus penolakan atau penerimaan dengan pengecualian.

POJK juga mengatur agar perusahaan memiliki sistem pengendalian internal terhadap keputusan *underwriting*, termasuk pelaporan berkala, pelatihan berkelanjutan, serta pemisahan

fungsi *underwriting* dari tekanan pemasaran yang tidak sehat. Best practice menekankan bahwa *underwriting* harus menjadi fungsi profesional yang independen dan objektif.

Kewajiban dan Tugas *Underwriting*:

Mengacu pada prinsip tata kelola perusahaan yang baik (*Good Corporate Governance*) serta ketentuan dalam POJK No. 69/POJK.05/2016 tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian dan POJK No. 36/2024, fungsi *underwriting* harus dijalankan secara profesional, objektif, dan bebas dari intervensi komersial. Berikut penjabaran setiap kewajiban dan tugas *underwriting* secara kritis dan mendalam:

1. Menerapkan prinsip seleksi risiko berdasarkan data yang relevan dan tidak diskriminatif

Tugas utama *underwriter* adalah menilai kelayakan risiko berdasarkan data yang valid dan terukur. Data yang digunakan harus mencerminkan kondisi faktual dari objek pertanggungan atau profil tertanggung. Ini mencakup data medis, lokasi properti, aktivitas usaha, hingga riwayat klaim. Seleksi risiko yang baik bukan berdasarkan perasaan, tekanan, atau intuisi belaka, melainkan berdasarkan prinsip analitik dan data-driven *decision making*.

Dalam praktiknya, penting bagi *underwriter* untuk menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif secara bersamaan. Data historis klaim digunakan sebagai referensi probabilitas kejadian, sementara observasi lapangan atau informasi tambahan dari tenaga pemasar dapat membantu dalam menilai variabel non-numerik seperti *moral hazard*. Ini menuntut *underwriter* memiliki kapasitas analitik sekaligus sensitivitas terhadap potensi anomali dalam profil risiko.

Selain berbasis data, seleksi risiko juga harus menjunjung tinggi prinsip *non-discriminatory*. *Underwriter* tidak boleh menolak permohonan asuransi hanya karena ras, agama, gender, atau latar belakang sosial tertentu. Semua keputusan harus dapat dibuktikan secara objektif bahwa alasan penolakan atau pengenaan syarat tambahan benar-benar didasarkan pada profil risiko teknis yang sah, bukan bias pribadi.

Kepatuhan terhadap prinsip ini tidak hanya berdampak pada kelayakan bisnis, tetapi juga integritas perusahaan di mata regulator dan publik. Penilaian risiko yang diskriminatif atau tidak berdasar akan membuka celah komplain, gugatan hukum, bahkan pengenaan sanksi administratif dari OJK. Karena itu, *underwriter* harus memiliki disiplin dalam menerapkan prinsip ini di seluruh proses kerja.

2. Melakukan dokumentasi dan rekam jejak keputusan dengan jelas dan terstruktur

Setiap keputusan *underwriting* harus didukung dengan dokumentasi yang lengkap, terstruktur, dan dapat diakses untuk keperluan evaluasi atau audit internal. Dokumentasi ini mencakup formulir permohonan, data pendukung (hasil *medical check-up*, foto bangunan, laporan *survey*), analisis risiko yang dilakukan, serta justifikasi atas keputusan yang diambil: diterima standar, diterima dengan syarat, atau ditolak.

Rekam jejak keputusan ini penting bukan hanya sebagai arsip administratif, tetapi sebagai dasar hukum jika terjadi sengketa di kemudian hari. Ketika klaim muncul dan perusahaan mengambil keputusan berdasarkan informasi pada saat awal pertanggungan, maka semua catatan

underwriting harus mampu membuktikan bahwa proses penerbitan polis dilakukan dengan prosedur yang benar dan dokumentasi yang sah.

Dalam konteks *best practices*, dokumentasi juga harus mampu menunjukkan konsistensi antara keputusan yang satu dengan yang lain. Dengan memiliki struktur dokumentasi yang baik, perusahaan dapat menganalisis tren keputusan *underwriting* dan melakukan koreksi bila ditemukan inkonsistensi atau pola yang tidak efisien. Ini juga membantu dalam peningkatan kualitas proses *underwriting* secara keseluruhan.

Lebih jauh lagi, dokumentasi yang terstruktur merupakan bentuk perlindungan bagi *underwriter* itu sendiri. Dengan dokumentasi yang lengkap, *underwriter* dapat mempertanggungjawabkan keputusannya kepada atasan, auditor internal, regulator, maupun nasabah jika diperlukan. Maka dari itu, perusahaan harus menyediakan sistem informasi *underwriting* yang terintegrasi dan mendorong budaya dokumentasi yang disiplin.

3. Menjaga kerahasiaan data nasabah dan hasil penilaian risiko

Underwriter memiliki akses terhadap informasi sensitif milik calon tertanggung, seperti kondisi kesehatan, catatan keuangan, lokasi aset strategis, hingga data pribadi yang sifatnya rahasia. Oleh karena itu, salah satu kewajiban moral dan hukum *underwriter* adalah menjaga kerahasiaan data tersebut. Kebocoran data bukan hanya pelanggaran etika, tetapi juga pelanggaran hukum yang dapat dikenai sanksi pidana sesuai dengan UU Perlindungan Data Pribadi.

Informasi yang diterima *underwriter* tidak boleh dibagikan kepada pihak manapun tanpa persetujuan nasabah dan tanpa alasan yang sah secara fungsional. Bahkan dalam lingkungan internal perusahaan, akses data harus dibatasi hanya untuk pihak yang memiliki otoritas langsung terhadap penanganan kasus tertentu. Penyebaran informasi informal antar-departemen sangat berbahaya dan bisa menciptakan pelanggaran yang tidak disadari.

Dalam praktik digital saat ini, tantangan kerahasiaan data semakin kompleks. *Underwriter* harus memahami bagaimana sistem informasi perusahaan menyimpan, memproses, dan melindungi data nasabah. Perusahaan wajib menerapkan teknologi enkripsi, akses berbasis otorisasi, serta pelatihan berkala untuk semua staf *underwriting* agar memiliki literasi digital dan pemahaman keamanan siber yang memadai.

Kerahasiaan ini juga terkait langsung dengan kepercayaan publik. Jika nasabah mengetahui bahwa informasi pribadinya aman dan hanya digunakan untuk keperluan teknis, maka kepercayaan terhadap institusi asuransi akan semakin kuat. Sebaliknya, jika terjadi insiden kebocoran data, kerusakan reputasi akan sangat sulit dipulihkan, dan akan berdampak luas terhadap kredibilitas industri perasuransian secara keseluruhan.

4. Melakukan evaluasi risiko yang independen, tanpa intervensi komersial

Underwriting yang sehat hanya mungkin terjadi jika prosesnya bebas dari tekanan dan intervensi komersial, terutama dari unit pemasaran. Evaluasi risiko harus dilakukan secara independen, berbasis prinsip profesionalisme,

bukan berdasarkan desakan agar target produksi tercapai. *Underwriter* tidak boleh tergoda untuk meloloskan risiko yang tidak layak hanya karena takut menolak nasabah potensial yang dibawa oleh agen besar atau rekanan strategis.

Independensi ini merupakan aspek utama dalam menjaga integritas *underwriting*. Keputusan yang dibuat dengan intervensi atau kompromi terhadap prinsip risiko tidak hanya melemahkan sistem proteksi perusahaan, tetapi juga menciptakan ketidakadilan dalam portofolio. Ketika *underwriter* menurunkan standar penilaian terhadap satu risiko, maka akan terbuka celah untuk perlakuan tidak adil terhadap risiko lain yang dinilai lebih ketat.

Best practices mengajarkan bahwa *underwriting* harus diposisikan sebagai fungsi profesional yang tidak tunduk pada kepentingan jangka pendek. Oleh karena itu, struktur organisasi perusahaan harus menjamin adanya pemisahan yang sehat antara pemasaran dan *underwriting*. *Underwriter* boleh bekerja sama dan mendengar masukan pemasaran, tetapi keputusan akhir harus tetap berada di tangan fungsi teknis yang independen.

Independensi ini juga diperkuat melalui sistem pengendalian internal, pengawasan atasan langsung, dan mekanisme pelaporan ke komite risiko atau manajemen senior. Ketika independensi *underwriting* dijaga, perusahaan akan memiliki struktur pertahanan risiko yang kuat dan konsisten. Ini menjadi pilar penting dalam pencapaian profitabilitas yang berkelanjutan, bukan sekadar volume penjualan sesaat.

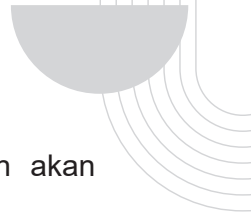
Penutup

Selain keempat kewajiban di atas, *underwriter* juga memiliki tanggung jawab untuk memahami kebijakan internal perusahaan, termasuk pedoman *underwriting*, standar operasional, dan batas toleransi risiko yang ditentukan oleh manajemen risiko. Setiap keputusan harus mengacu pada kerangka kerja yang sah dan terdokumentasi dengan baik. Tidak boleh ada keputusan yang bersifat “personal discretion” tanpa dasar tertulis yang bisa dievaluasi.

Underwriter juga harus mampu menyusun laporan *underwriting* secara profesional. Laporan ini digunakan untuk keperluan audit internal, pengawasan regulator, bahkan pertimbangan dalam pembelaan jika terjadi kasus hukum atas klaim yang disengketakan. Kemampuan menyusun laporan yang runut, argumentatif, dan berbasis data menjadi keterampilan penting yang wajib dimiliki *underwriter* masa kini.

Dalam POJK 36/2024, perusahaan juga diwajibkan memiliki sistem pengendalian internal terhadap keputusan *underwriting*. Artinya, tidak cukup hanya mengandalkan keahlian individu. Harus ada pelatihan berkala, peninjauan ulang portofolio risiko, serta sistem supervisi yang efektif. Perusahaan juga harus menciptakan budaya pengawasan dua arah, di mana *underwriter* tidak hanya dinilai dari target produksi, tetapi dari kualitas dan justifikasi keputusan mereka.

Akhirnya, *best practices* mengajarkan bahwa *underwriting* adalah profesi, bukan sekadar fungsi teknis. Ia harus dijalankan dengan etika, integritas, dan akuntabilitas penuh. *Underwriter* adalah penjaga awal dari kualitas proteksi yang ditawarkan perusahaan asuransi kepada publik—jika pagar awal ini rapuh,



maka seluruh bangunan perlindungan yang dijanjikan akan mudah runtuh.

12.4. Prosedur *Underwriting* - Tahapan *Underwriting*

Prosedur *underwriting* secara umum mencakup tahapan berikut:

1. Penerimaan Aplikasi dan Dokumen

Underwriter menerima formulir aplikasi beserta dokumen pendukung seperti data keuangan, laporan medis, atau informasi properti.

2. Analisis Risiko

Dilakukan evaluasi terhadap jenis risiko, frekuensi dan dampak potensialnya, serta probabilitas kejadian berdasarkan data historis dan model prediksi.

3. Klasifikasi dan Penilaian Risiko

Risiko dikategorikan berdasarkan tingkat bahaya, nilai pertanggungan, serta kesesuaian dengan profil nasabah dan produk.

4. Penetapan Syarat dan Premi

Underwriter menetapkan apakah risiko diterima tanpa syarat, diterima dengan penyesuaian premi, ditambahkan klausul pengecualian, atau ditolak.

5. Dokumentasi dan Keputusan Final

Semua hasil analisis dan keputusan dicatat sebagai bagian dari audit trail untuk pertanggungjawaban dan evaluasi kelak.



1. Penerimaan Aplikasi dan Dokumen

Tahap pertama dalam proses *underwriting* adalah penerimaan formulir aplikasi dan dokumen pendukung dari calon tertanggung. Formulir ini memuat informasi dasar yang dibutuhkan untuk menilai risiko, seperti data pribadi, jenis pertanggungan yang diminta, nilai pertanggungan, dan riwayat asuransi sebelumnya. Dokumen pendukung bisa berupa laporan medis (untuk asuransi jiwa/kesehatan), laporan keuangan (untuk asuransi kredit), atau informasi teknis mengenai objek yang akan diasuransikan seperti foto bangunan, sertifikat kepemilikan, dan hasil survei lapangan.

Proses penerimaan ini tampak administratif, tetapi justru menjadi titik awal penilaian risiko. *Underwriter* harus memastikan bahwa data yang diberikan lengkap, relevan, dan sah. Ketidadaan dokumen atau isian yang ambigu dapat menjadi sumber kesalahan penilaian risiko di tahap selanjutnya. Oleh karena itu, verifikasi awal atas kelengkapan dan keabsahan dokumen menjadi syarat mutlak sebelum melangkah ke tahap evaluasi.

Selain itu, pada tahap ini juga dilakukan pemeriksaan awal atas profil nasabah—apakah termasuk risiko standar atau non-standar. Beberapa perusahaan bahkan menggunakan sistem *pre-screening* berbasis sistem elektronik untuk menyaring aplikasi dengan risiko ekstrem atau yang tidak sesuai dengan kriteria awal perusahaan. Keputusan untuk melanjutkan proses *underwriting* hanya akan dilakukan jika data awal menunjukkan potensi risiko yang bisa dianalisis lebih lanjut.

2. Analisis Risiko

Setelah data lengkap diterima, *underwriter* akan melakukan analisis risiko untuk mengevaluasi karakteristik risiko yang diajukan. Analisis ini mencakup dua dimensi utama: frekuensi dan tingkat keparahan (*severity*) dari risiko tersebut. Misalnya, dalam asuransi properti, *underwriter* akan menganalisis apakah lokasi objek berada di zona banjir, dekat wilayah rawan gempa, atau memiliki riwayat kebakaran sebelumnya. Dalam asuransi jiwa, risiko seperti gaya hidup, penyakit bawaan, dan riwayat kesehatan menjadi perhatian utama.

Analisis risiko juga menggunakan pendekatan berbasis data historis dan model prediktif. *Underwriter* profesional tidak hanya mengandalkan intuisi, tetapi juga sistem rating, statistik klaim, dan bahkan simulasi atau kalkulasi berbantuan perangkat lunak. Dalam asuransi kendaraan misalnya, data klaim per wilayah dan jenis kendaraan digunakan untuk memproyeksikan risiko kecelakaan atau pencurian. Pendekatan kuantitatif ini memberikan objektivitas dan konsistensi dalam proses penilaian.

Namun, tidak semua risiko dapat diukur dengan angka. Risiko moral (*moral hazard*) dan perilaku bertanggung juga menjadi bagian dari analisis, meskipun bersifat kualitatif. Misalnya, seseorang yang terbiasa mengajukan klaim berulang kali, atau memiliki catatan manipulatif di perusahaan lain, harus dinilai lebih hati-hati. Di sinilah intuisi dan pengalaman *underwriter* sangat diperlukan, karena tidak semua risiko dapat dijelaskan hanya dengan data angka.

3. Klasifikasi dan Penilaian Risiko

Setelah risiko dianalisis, langkah berikutnya adalah mengklasifikasikan dan menilai risiko ke dalam kelompok-kelompok tertentu berdasarkan tingkat risiko dan ketentuan tarif yang berlaku. Risiko dapat diklasifikasikan sebagai standar, substandar, atau berisiko tinggi. Misalnya, dalam asuransi kesehatan, seseorang dengan gaya hidup sehat dan riwayat medis bersih masuk dalam kategori standar. Sebaliknya, orang dengan penyakit kronis atau perokok berat masuk kategori substandar dan mungkin dikenakan premi lebih tinggi.

Klasifikasi ini juga dilakukan untuk menyelaraskan risiko dengan produk yang tersedia. Tidak semua produk cocok untuk semua jenis risiko. Misalnya, produk asuransi rumah standar tidak cocok untuk rumah yang berada di kawasan zona merah bencana. Dalam hal ini, *underwriter* bisa menyarankan polis dengan klausul tambahan atau mengecualikan risiko tertentu. Penyesuaian seperti ini penting untuk memastikan bahwa manfaat dan premi seimbang, dan bahwa perusahaan tidak menanggung risiko di luar toleransi portofolionya.

Selain klasifikasi, penilaian risiko juga dilakukan untuk menghitung rate premi yang sesuai. Ini adalah tahap krusial karena menyangkut aspek keuangan. Penilaian dilakukan berdasarkan tingkat risiko, nilai pertanggungan, serta faktor eksternal seperti inflasi biaya penggantian, kondisi pasar reasuransi, dan kebijakan retensi perusahaan. Penilaian ini bersifat teknis dan sering kali melibatkan tim aktuaria atau penggunaan *software* kalkulasi premi.

4. Penetapan Syarat dan Premi

Berdasarkan hasil klasifikasi dan penilaian risiko, *underwriter* akan menentukan syarat-syarat khusus dan premi yang harus dibayarkan oleh calon tertanggung. Terdapat empat kemungkinan keputusan pada tahap ini: (1) risiko diterima tanpa syarat (*standard acceptance*), (2) diterima dengan penyesuaian premi, (3) diterima dengan tambahan klausul pengecualian (*exclusion clause*), atau (4) ditolak karena risiko berada di luar toleransi.

Penyesuaian premi dilakukan bila risiko lebih tinggi dari standar, tetapi masih dapat ditanggung dengan tarif yang lebih tinggi. Misalnya, dalam asuransi kendaraan, pengemudi muda dengan catatan pelanggaran lalu lintas mungkin dikenakan *loading*. Sementara itu, pengecualian digunakan untuk menghindari kerugian dari aspek risiko yang sangat tinggi, seperti mengecualikan perlindungan akibat penyakit *pre-existing* dalam polis asuransi kesehatan.

Keputusan penetapan ini tidak boleh sewenang-wenang. *Underwriter* wajib memberikan alasan teknis dan dokumentasi tertulis untuk setiap syarat tambahan atau penolakan yang diberlakukan. Selain itu, semua keputusan ini harus disampaikan kepada calon nasabah secara transparan melalui tenaga pemasar. Ketika keputusan diterima, perusahaan dapat melanjutkan ke proses penerbitan polis. Jika ditolak, maka permohonan dianggap selesai secara administratif dengan tetap memberikan surat penolakan resmi.

5. Dokumentasi dan Keputusan Final

Tahap terakhir adalah pendokumentasian keputusan *underwriting* secara lengkap dan sistematis. Semua hasil analisis, pertimbangan risiko, klasifikasi, syarat, serta perhitungan premi harus didokumentasikan dalam sistem *underwriting*. Dokumentasi ini bukan hanya arsip administratif, tetapi menjadi bagian penting dari audit trail yang dapat digunakan untuk evaluasi risiko internal, penyelesaian sengketa klaim, maupun pengawasan oleh regulator.

Keputusan final *underwriting* harus tercatat dengan siapa yang mengambil keputusan, kapan tanggalnya, serta dasar pertimbangannya. Jika proses melibatkan beberapa tingkat wewenang (misalnya supervisor atau kepala bagian *underwriting*), maka tahapan persetujuan juga harus dicatat secara transparan. Ini penting agar tanggung jawab dapat dilacak dengan jelas, dan perusahaan dapat mempertahankan keputusan bila terjadi gugatan.

Selain itu, dokumentasi final ini menjadi bagian dari sistem pengetahuan perusahaan. Dengan melakukan analisis atas keputusan *underwriting* yang sudah berjalan, perusahaan dapat mempelajari pola risiko, mengidentifikasi celah kesalahan, dan menyusun kebijakan baru untuk meningkatkan kualitas seleksi risiko di masa mendatang. Dengan kata lain, proses dokumentasi bukan hanya kewajiban legal, tetapi juga instrumen untuk pembelajaran dan penguatan tata kelola risiko perusahaan.

12.5. Korelasi *Material Facts*, *Utmost Good Faith* dan *Underwriting Process*

Material facts adalah fakta penting yang dapat memengaruhi penilaian risiko oleh *underwriter*. Misalnya, riwayat penyakit serius, lokasi properti yang rawan banjir, atau data keuangan yang menunjukkan ketidakstabilan usaha. Pengungkapan fakta ini menjadi inti dari prinsip *utmost good faith* (itikad baik tertinggi), yang menjadi fondasi kontrak asuransi.

Dalam proses *underwriting*, prinsip *utmost good faith* menuntut nasabah mengungkapkan semua informasi material secara jujur, dan perusahaan (melalui *underwriter*) menilai dengan objektif. Jika salah satu pihak melanggar prinsip ini, maka kontrak bisa batal demi hukum (*void ab initio*), atau klaim dapat ditolak secara sah.

Korelasi ketiga elemen ini sangat penting. *Underwriting* bukan sekadar kalkulasi risiko, tetapi juga proses verifikasi integritas. Ketika fakta material tidak diungkap sejak awal, maka *underwriter* gagal menilai risiko secara akurat—dan pada akhirnya, kepercayaan publik terhadap industri perasuransian akan tergerus.

Berikut adalah narasi mendalam untuk subbab e. Korelasi *Material Facts*, *Utmost Good Faith*, dan *Underwriting Process*, masing-masing bagian terdiri dari minimal 4 paragraf, dengan penekanan pada kewajiban kedua pihak dan referensi format Daftar Pustaka di akhir:

a. Material Facts

Material facts adalah fakta-fakta penting yang secara signifikan dapat mempengaruhi keputusan penanggung dalam menerima atau menolak risiko yang diajukan oleh calon tertanggung. Fakta ini mencakup informasi yang relevan terhadap penilaian probabilitas terjadinya kerugian serta besaran kerugian potensial. Contohnya antara lain adalah riwayat medis untuk asuransi jiwa, lokasi geografis properti dalam asuransi kebakaran, atau stabilitas keuangan perusahaan dalam asuransi kredit. Ketiadaan informasi ini dapat menyebabkan penilaian risiko yang keliru.

Dalam konteks hukum asuransi, fakta material didefinisikan sebagai setiap informasi yang, apabila diungkapkan, dapat mengubah keputusan *underwriter* terkait ketentuan polis, premi, atau bahkan penolakan jaminan. *Material facts* bukan hanya fakta yang ditanyakan secara eksplisit dalam formulir aplikasi, tetapi juga yang seharusnya secara moral dan profesional disadari oleh tertanggung untuk diungkapkan.

Kewajiban mengungkapkan fakta material terutama berada di tangan tertanggung. Ini merupakan prinsip esensial dalam perjanjian asuransi karena tidak seperti kontrak biasa, penanggung tidak berada dalam posisi setara untuk menyelidiki seluruh aspek risiko secara langsung. Oleh karena itu, sistem asuransi sangat bergantung pada itikad baik dari pihak tertanggung dalam menyampaikan keterangan yang benar dan lengkap.

Namun demikian, perusahaan asuransi juga memiliki kewajiban aktif untuk menggali fakta material secara tepat melalui desain formulir aplikasi, wawancara medis, inspeksi

properti, dan metode pengumpulan data lainnya. Tidak dapat dibenarkan apabila penanggung menyalahkan tertanggung atas kelalaian informasi, padahal penanggung sendiri lalai dalam melakukan investigasi awal yang layak.

b. *Utmost Good Faith*

Prinsip *utmost good faith* (*ubberima fidei*) adalah asas tertinggi dalam hukum kontrak asuransi yang mengharuskan kedua belah pihak—penanggung dan tertanggung—bertindak dengan jujur, terbuka, dan tanpa menyembunyikan informasi penting dalam proses terbentuknya kontrak. Tidak seperti kontrak biasa yang mengandalkan prinsip kesetaraan, kontrak asuransi menempatkan kepercayaan sebagai pondasi utama karena adanya ketidakseimbangan informasi antara kedua pihak.

Tertanggung wajib mengungkapkan semua fakta material, baik yang diminta secara eksplisit maupun yang secara logis dipahami memiliki dampak terhadap penilaian risiko. Penahanan informasi yang disengaja maupun kelalaian untuk mengungkapkan informasi dapat dikategorikan sebagai pelanggaran prinsip *utmost good faith*. Dalam kasus serius, ini dapat menyebabkan batalnya kontrak dari awal (*void ab initio*), pembatalan polis, atau penolakan klaim.

Di sisi lain, penanggung—khususnya *underwriter*—memiliki kewajiban yang lebih besar untuk bertindak jujur dan profesional. Mereka tidak boleh menyembunyikan syarat dan ketentuan polis, termasuk klausul pengecualian dan kewajiban tertanggung. Informasi ini harus disampaikan secara jelas, mudah dipahami, dan tidak menyesatkan.

Apabila terjadi pelanggaran prinsip ini oleh penanggung, tertanggung berhak atas pembatalan kontrak atau bahkan tuntutan ganti rugi atas misrepresentasi.

Tegasnya, *utmost good faith* tidak hanya berlaku pada saat awal pembentukan kontrak, tetapi juga selama masa berlakunya polis, termasuk dalam proses klaim. Oleh karena itu, hubungan yang sehat antara penanggung dan tertanggung dibangun atas dasar kejujuran, bukan hanya ketentuan hukum yang tertulis.

c. *Underwriting Process*

Proses *underwriting* merupakan jembatan teknis dan etis dalam menilai risiko yang diajukan calon tertanggung. Tujuan utama proses ini adalah untuk mengidentifikasi, menganalisis, dan mengelompokkan risiko agar perusahaan asuransi dapat mengambil keputusan yang tepat—apakah menerima, menolak, atau menerima dengan syarat. Dalam proses ini, *underwriter* bertindak sebagai penjaga keseimbangan antara kepentingan perusahaan dan kewajiban proteksi terhadap konsumen.

Dalam proses *underwriting*, seluruh informasi material yang diberikan oleh calon tertanggung diuji validitas dan kelengkapannya. *Underwriter* mengandalkan data, dokumen pendukung, survei lapangan, dan hasil wawancara untuk membuat keputusan yang dapat dipertanggungjawabkan. Ketelitian dan obyektivitas dalam menganalisis risiko menjadi landasan utama yang membedakan *underwriting* profesional dari sekadar aktivitas administratif.

Namun yang tak kalah penting, proses *underwriting* juga merupakan sarana untuk memastikan bahwa prinsip *utmost good faith* ditegakkan. Melalui wawancara atau klarifikasi terhadap informasi yang meragukan, *underwriter* memberi ruang bagi calon tertanggung untuk memperbaiki atau melengkapi pernyataan mereka. Proses ini juga menunjukkan bahwa *underwriter* tidak semata-mata menggantungkan keputusan pada formulir aplikasi, tetapi aktif melakukan verifikasi.

Kualitas proses *underwriting* mencerminkan integritas perusahaan asuransi. *Underwriter* yang mengabaikan *material facts*, atau yang terlalu mudah menerima risiko tanpa analisis mendalam, tidak hanya membuka peluang kerugian teknis, tetapi juga merusak struktur kepercayaan publik. Oleh karena itu, perusahaan harus menempatkan *underwriting* sebagai fungsi yang independen dan berlandaskan prinsip kehati-hatian.

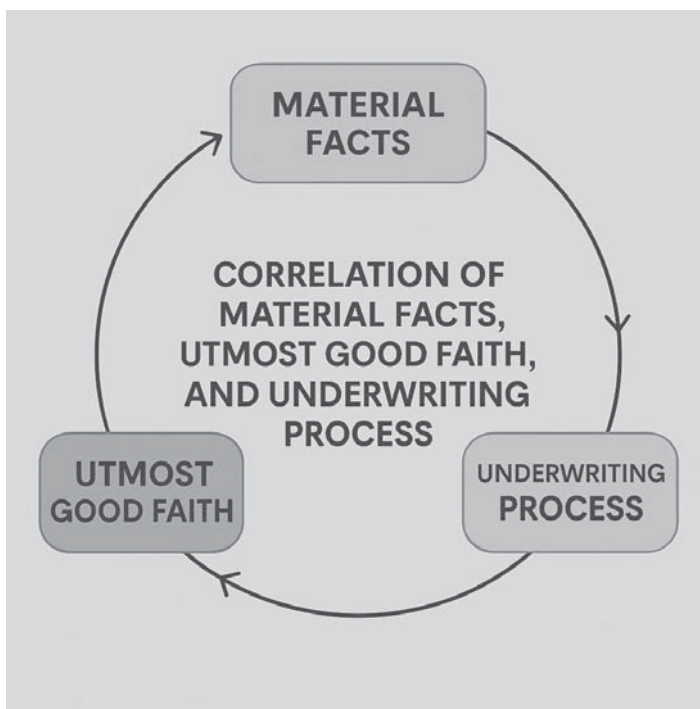
d. Korelasi antara *Material Facts*, *Utmost Good Faith* dan *Underwriting Process*

Ketiga elemen ini saling terikat dan membentuk dasar hukum, teknis, dan moral dari kontrak asuransi yang sah dan sehat. *Material facts* adalah konten, *utmost good faith* adalah sikap, dan *underwriting* adalah proses yang mengikat keduanya menjadi keputusan yang adil dan proporsional. Tanpa satu dari ketiganya, struktur kontrak asuransi akan timpang dan berpotensi menimbulkan konflik.

Dalam praktiknya, pengungkapan fakta material tidak akan berarti tanpa prinsip *utmost good faith* yang membimbingnya. Jika nasabah hanya mengungkap

sebagian informasi atau bahkan memanipulasi data, maka proses *underwriting* akan gagal mendeteksi risiko sesungguhnya. Sebaliknya, jika *underwriter* menerima informasi tersebut dengan lalai dan tanpa verifikasi, maka kesalahan tetap berada pada pihak penanggung.

Hal yang harus digarisbawahi adalah bahwa kewajiban *underwriter* lebih berat dibanding tertanggung. Mengapa demikian? Karena *underwriter* adalah pihak yang paling memahami ketentuan polis, risiko yang akan ditanggung, konsekuensi hukum dari kesalahan analisis, serta memiliki akses terhadap sumber daya untuk melakukan investigasi. Mereka tidak bisa menyalahkan nasabah yang awam, apalagi jika informasi yang relevan tidak digali secara aktif oleh perusahaan.



Oleh karena itu, dalam menciptakan kontrak yang adil, penanggung (*underwriter*) wajib melakukan *due diligence* yang menyeluruh dan memberikan penjelasan transparan. Di sisi lain, tertanggung berkewajiban bersikap jujur dan terbuka. Ketika kedua belah pihak melaksanakan kewajibannya secara optimal, maka proses *underwriting* tidak hanya menjadi kegiatan teknis, tetapi manifestasi dari keadilan, kepercayaan, dan tanggung jawab bersama.

12.6. Kesalahan-Kesalahan dalam Proses *Underwriting* dan Dampaknya

Kesalahan dalam *underwriting* dapat berakibat fatal. Beberapa contoh kesalahan umum antara lain:

- Menerima risiko tanpa dokumen pendukung yang lengkap.
- Menerima aplikasi calon tertanggung dengan data yang keliru, yang penting premi masuk, dan menyalahkan tertanggung yang mengisi aplikasi tidak benar
- Memasukkan klausula yang memberatkan tertanggung, tanpa penjelasan yang memadai
- Memakai kondisi "*English Law*" pada polis marine, dan kemudian menolak klaim dengan tujuan sengketa dan hakim akan memutuskan bahwa polis yang menggunakan "*English Law*" tidak bisa disidangkan di Indonesia, melainkan di Singapore (negara *Common Law*)
- Menerima risiko tanpa dukungan reasuransi, membahayakan perusahaan
- Memberikan premi murah, dengan tujuan mendapatkan bisnis, tanpa peduli *exposure*

- Tidak menyesuaikan tarif premi meskipun pengalaman klaim tinggi.
- Mengabaikan catatan medis atau laporan teknis properti.
- Menyerah pada tekanan tim pemasaran untuk meloloskan kasus yang tidak layak.
- Terlaku takut dregan risiko dengan pengalaman klaim besar, tanpa memerhatikan apa yang telah dilakukan bertanggung untuk mencegah kerugian di masa depan, sehingga kehilangan premi untuk “recovery”
- Menerima bisnis tanpa melihat kemampuan teknis dan pengalaman masa lalu, karena hanya haus dengan premi asuransi

Dampak dari kesalahan *underwriting* bisa langsung terlihat dalam bentuk rasio klaim yang tinggi, kerugian teknis, serta potensi sengketa hukum. Dalam jangka panjang, kesalahan yang sistemik akan menurunkan solvabilitas perusahaan dan dapat mencederai reputasi industri secara luas.

Karena itu, penting untuk menanamkan budaya kehati-hatian dan akuntabilitas dalam setiap keputusan *underwriting*. Audit internal berkala, second review pada risiko besar, serta pelatihan berkelanjutan adalah bagian dari strategi untuk meminimalkan kesalahan dan menjaga kualitas portofolio risiko perusahaan.

1. Menerima risiko tanpa dokumen pendukung yang lengkap

Menerima risiko tanpa dokumen pendukung merupakan bentuk kelalaian mendasar dalam praktik *underwriting*. Dokumen seperti hasil survei properti, laporan kesehatan, catatan keuangan, atau bukti kepemilikan aset merupakan bahan utama untuk analisis risiko. Tanpa dokumen

ini, keputusan *underwriting* menjadi spekulatif, bukan berdasarkan data yang sah.

Dalam banyak kasus, ketidaklengkapan dokumen disebabkan oleh tekanan waktu atau permintaan klien yang mendesak. *Underwriter* yang tidak tegas akan tergoda untuk menerima risiko “sambil jalan”, dengan asumsi dokumen akan menyusul. Namun, ketika klaim terjadi, ketiadaan dokumen ini akan menjadi sumber konflik, karena tidak ada dasar yang kuat untuk mengevaluasi keabsahan klaim atau mengidentifikasi potensi *moral hazard* sejak awal.

Kelalaian ini tidak hanya merugikan secara finansial, tetapi juga merusak tata kelola risiko perusahaan. Perusahaan bisa menghadapi beban klaim yang tidak terukur dan kesulitan membuktikan alasan penolakan klaim jika ternyata informasi awal tidak valid. Karena itu, ketegasan dalam meminta dokumen lengkap sebelum memberikan jaminan adalah bentuk tanggung jawab profesional *underwriter*.

2. Menerima aplikasi calon tertanggung dengan data yang keliru, yang penting premi masuk, dan menyalahkan tertanggung

Salah satu bentuk kesalahan etis dan profesional yang serius adalah menerima aplikasi dengan data yang keliru hanya demi mengejar premi. Dalam praktiknya, kesalahan ini sering kali dibungkus dengan dalih bahwa kesalahan isian adalah tanggung jawab tertanggung, padahal *underwriter* tetap wajib melakukan verifikasi terhadap informasi penting dalam aplikasi.

Ketika data yang keliru tidak dikoreksi dan polis tetap diterbitkan, maka perusahaan menciptakan kontrak yang cacat sejak awal. Ini akan menjadi masalah besar jika klaim diajukan dan ternyata terdapat ketidaksesuaian antara fakta dengan informasi pada aplikasi. *Underwriter* yang menyalahkan tertanggung dalam kondisi ini hanya akan memperbesar konflik dan menciptakan reputasi negatif terhadap perusahaan.

Kebijakan untuk mengejar premi tanpa memperhatikan keakuratan informasi juga menciptakan sistem yang rapuh dan memicu tingkat klaim yang tidak terkendali. Dalam jangka panjang, pola ini akan meningkatkan beban cadangan klaim dan menurunkan margin teknis perusahaan. *Underwriter* harus menjaga integritas proses, bukan semata menjadi mesin penerbit polis.

3. Memasukkan klausula yang memberatkan tertanggung tanpa penjelasan yang memadai

Menambahkan klausul atau pengecualian dalam polis asuransi memang merupakan hak penanggung, namun harus dilakukan dengan prinsip transparansi dan disertai penjelasan yang memadai. Jika klausul tambahan diberlakukan tanpa pemahaman tertanggung, maka akan menimbulkan persepsi manipulatif dan membahayakan posisi hukum perusahaan saat terjadi klaim.

Kesalahan ini sering terjadi karena *underwriter* ingin menurunkan eksposur risiko tanpa melalui proses edukasi kepada tertanggung atau tanpa menyelaraskan dengan tenaga pemasar. Akibatnya, tertanggung merasa dibohongi atau dikecoh ketika terjadi klaim, karena merasa jaminan

yang diterima tidak sesuai dengan yang dijanjikan pada saat penawaran.

Dari sisi kepatuhan, hal ini dapat dianggap sebagai pelanggaran terhadap prinsip perlindungan konsumen sebagaimana diatur dalam POJK No. 22/2023. Klausul polis harus ditulis dalam bahasa yang mudah dipahami dan dijelaskan dengan jelas kepada calon tertanggung. *Underwriter* bertanggung jawab secara teknis dan moral untuk memastikan bahwa isi polis tidak menyesatkan.

4. Memakai kondisi “*English Law*” pada polis *marine*, dan kemudian menolak klaim dengan tujuan sengketa hukum hanya bisa disidangkan di Singapura

Menggunakan klausul hukum asing seperti “*English Law*” dalam polis asuransi *marine* internasional memang lazim dalam praktik global. Namun, jika klausul tersebut digunakan secara tidak proporsional, khususnya ketika objek, tertanggung, dan peristiwa berada di Indonesia, maka dapat dianggap sebagai bentuk penghindaran tanggung jawab hukum yang tidak etis. Ini menjadi masalah serius ketika klaim ditolak semata-mata karena alasan hukum yurisdiksi, bukan berdasarkan substansi risiko.

Kesalahan *underwriting* terjadi ketika klausul seperti itu dimasukkan secara default tanpa memperhatikan konteks hukum tertanggung lokal. Hal ini menunjukkan *underwriter* tidak mempertimbangkan aspek *fairness* dan aksesibilitas hukum bagi tertanggung. Ketika terjadi klaim dan tertanggung dipaksa melakukan sengketa di negara lain, ini bukan hanya melemahkan posisi hukum tertanggung, tetapi juga merusak kredibilitas perusahaan.

Dalam jangka panjang, strategi seperti ini akan menimbulkan ketidakpercayaan publik terhadap industri perasuransian. Konsumen akan melihat bahwa klausul dalam polis dijadikan senjata untuk menghindari tanggung jawab, bukan sebagai alat pengaturan risiko yang adil. *Underwriter* harus memahami bahwa penerapan hukum asing harus disesuaikan dengan prinsip perlindungan konsumen, dan dijelaskan secara eksplisit kepada tertanggung sejak awal.

5. Menerima risiko tanpa dukungan reasuransi, membahayakan perusahaan

Salah satu prinsip utama dalam manajemen risiko perusahaan asuransi adalah menyebarkan risiko melalui mekanisme reasuransi. Ketika *underwriter* menerima risiko besar tanpa terlebih dahulu memastikan ada dukungan reasuransi yang memadai, maka perusahaan asuransi menanggung beban risiko penuh yang bisa jadi berada di luar kapasitas keuangannya.

Kesalahan ini sering terjadi karena kegagalan komunikasi antara tim *underwriting* dan departemen reasuransi, atau karena *underwriter* terlalu fokus pada produksi tanpa mempertimbangkan kapasitas retensi perusahaan. Dalam skenario buruk, satu klaim besar yang tidak didukung oleh reasuransi dapat langsung mengguncang stabilitas keuangan perusahaan dan menimbulkan masalah likuiditas.

Underwriter harus memastikan bahwa setiap risiko besar dikaji dalam konteks struktur reasuransi aktif, apakah itu proporsional, non-proporsional, atau melalui *treaty*

dan *facultative*. Keputusan untuk menerima risiko tanpa dukungan reasuransi bukan hanya bentuk kelalaian, tetapi juga pelanggaran prinsip kehati-hatian (*prudence*) dan prinsip solvabilitas. Ini menempatkan perusahaan dalam posisi spekulatif yang seharusnya dihindari dalam industri berbasis jaminan seperti asuransi.

6. Memberikan premi murah untuk memenangkan bisnis, tanpa peduli terhadap eksposur risiko

Pemberian premi di bawah harga teknis (*underpricing*) merupakan kesalahan *underwriting* yang umum terjadi dalam persaingan pasar. Strategi ini mungkin tampak menarik dalam jangka pendek untuk merebut pasar atau memenuhi target produksi, tetapi pada dasarnya adalah perjudian terhadap kemampuan perusahaan dalam membayar klaim di masa depan. Hal ini mengabaikan prinsip keseimbangan antara risiko dan premi.

Underpricing sering kali dilakukan karena tekanan dari tim pemasaran atau keinginan *underwriter* untuk menunjukkan performa produksi yang tinggi. Namun, ketika premi yang ditetapkan tidak mencerminkan eksposur sesungguhnya, maka perusahaan akan mengalami kerugian teknis yang berkelanjutan. Biaya klaim yang lebih tinggi dari premi yang diterima akan menggerus modal dan memperburuk rasio klaim.

Dalam konteks *best practices*, penetapan tarif harus dilakukan berdasarkan analisis data klaim, prediksi kerugian, dan beban administrasi yang realistis. *Underwriter* yang profesional harus berani menolak memberikan tarif murah apabila tidak sesuai dengan tingkat risiko. Prinsip utama

underwriting bukanlah bersaing dalam harga, melainkan dalam keakuratan penilaian risiko dan keadilan dalam penetapan premi.

7. Tidak menyesuaikan tarif premi meskipun pengalaman klaim tinggi

Ketika suatu jenis risiko atau kelompok nasabah menunjukkan frekuensi dan/atau nilai klaim yang tinggi, maka premi yang dikenakan semestinya disesuaikan agar tetap mencerminkan eksposur yang sebenarnya. Kegagalan melakukan penyesuaian tarif merupakan bentuk kelalaian *underwriting* yang dapat berakibat pada kerugian teknis. Hal ini sangat berbahaya jika pola ini berlangsung terus-menerus dan tidak dikoreksi berdasarkan pengalaman aktual.

Kesalahan ini sering kali terjadi karena *underwriter* terlalu bergantung pada tarif standar atau mengikuti tekanan pasar, tanpa memperhitungkan riwayat klaim dari objek atau kelompok risiko tertentu. Misalnya, jika sebuah gedung komersial telah dua kali mengalami kerugian akibat kebakaran ringan dalam tiga tahun terakhir, namun tetap dikenakan tarif standar tanpa loading, maka perusahaan sesungguhnya sedang mengasuransikan risiko dengan premi yang tidak realistis.

Penting bagi *underwriter* untuk mengadopsi sistem tarif yang dinamis dan berbasis pengalaman klaim (*experience rating*). Tidak semua premi dapat dihitung secara statis; justru data historis harus menjadi dasar pengambilan keputusan tarif. Dengan demikian, perusahaan dapat menjaga portofolio tetap sehat dan tidak terus menerus merugi akibat salah tarif.

8. Mengabaikan catatan medis atau laporan teknis properti

Dokumen penunjang seperti rekam medis atau laporan inspeksi teknis properti merupakan sumber informasi penting dalam proses *underwriting*. Mengabaikan data ini, baik karena alasan terburu-buru maupun karena ingin mempercepat penerbitan polis, adalah bentuk kelalaian serius yang berpotensi menciptakan klaim yang tidak terduga dan sulit dikendalikan.

Dalam asuransi jiwa dan kesehatan, riwayat penyakit kronis, hasil tes laboratorium, dan catatan pengobatan masa lalu memberikan gambaran yang sangat akurat tentang potensi klaim. Sementara dalam asuransi harta benda, hasil survei properti yang mencakup kondisi fisik, kelayakan sistem keamanan, atau kepatuhan terhadap standar bangunan, sangat menentukan tingkat risiko yang sebenarnya. Mengabaikan dokumen ini membuat perusahaan “buta” dalam menerima risiko.

Tugas *underwriter* bukan hanya menerima berkas, tetapi menilai dan mengkritisi informasi di dalamnya. Bila perlu, *underwriter* harus meminta klarifikasi atau pemeriksaan tambahan untuk memastikan bahwa risiko yang akan diasuransikan memang sesuai dengan asumsi awal. Ketelitian pada tahap ini bukanlah bentuk keraguan terhadap klien, melainkan wujud tanggung jawab profesional dalam melindungi semua pihak yang terlibat.

9. Menyerah pada tekanan tim pemasaran untuk meloloskan kasus yang tidak layak

Tekanan dari tim pemasaran agar risiko diterima tanpa penilaian yang memadai merupakan tantangan klasik yang dihadapi *underwriter*. Dalam banyak kasus, demi menjaga relasi dengan klien besar atau agen strategis, *underwriter* cenderung menurunkan standar penilaian dan “meloloskan” permohonan yang seharusnya ditolak atau dikenai syarat ketat. Hal ini bisa jadi karena struktur organisasi yang tidak independen, atau karena tidak adanya garis pemisah yang jelas antara fungsi produksi dan fungsi seleksi risiko.

Ketika *underwriter* menyerah pada tekanan tersebut, maka keputusan teknis digantikan oleh kepentingan komersial. Ini sangat berisiko bagi perusahaan, karena pada dasarnya mereka menerima risiko yang tidak diketahui atau tidak layak, hanya karena dorongan penjualan. Dalam jangka pendek mungkin terlihat sebagai pencapaian produksi, tetapi dalam jangka panjang akan membebani portofolio dengan risiko tidak seimbang.

Untuk mencegah hal ini, penting bagi perusahaan untuk memperkuat struktur independensi *underwriting*, memperjelas otoritas teknis, serta menumbuhkan budaya profesionalisme lintas fungsi. *Underwriter* harus didukung untuk menolak dengan argumen teknis yang sah, bukan ditundukkan oleh target penjualan yang agresif. Kolaborasi antara pemasaran dan *underwriting* penting, namun masing-masing harus tetap menjalankan fungsinya secara akuntabel.

10. Terlalu takut dengan risiko berpengalaman klaim besar, tanpa mempertimbangkan upaya pencegahan tertanggung

Dalam banyak kasus, perusahaan menolak risiko hanya karena calon tertanggung memiliki riwayat klaim besar di masa lalu. Meskipun kehati-hatian adalah hal yang penting, menolak tanpa mempertimbangkan perubahan atau perbaikan yang telah dilakukan oleh tertanggung adalah bentuk ketakutan yang berlebihan dan kurang bijak. Hal ini justru menutup peluang perusahaan untuk mendapatkan premi dari risiko yang sudah terkoreksi dan berpotensi lebih baik di masa depan.

Underwriter yang baik harus mampu membedakan antara risiko yang buruk dan risiko yang sedang dalam proses perbaikan. Misalnya, jika sebuah pabrik pernah mengalami kebakaran besar, namun kemudian telah membangun sistem pemadam otomatis, meningkatkan pelatihan keselamatan kerja, dan memiliki audit risiko independen terbaru, maka risiko tersebut patut dipertimbangkan kembali dengan pendekatan tarif, syarat, atau limit tertentu—bukan langsung ditolak.

Tindakan penolakan yang terlalu cepat tanpa analisis mendalam akan membuat perusahaan kehilangan potensi bisnis yang baik dan menghindari peran strategisnya dalam membantu pemulihan ekonomi tertanggung. Justru dengan pendekatan selektif dan kolaboratif, perusahaan dapat membantu tertanggung menjadi lebih sadar risiko dan menerapkan manajemen risiko yang berkelanjutan. *Underwriting* bukan hanya memilih yang aman, tetapi juga memberi nilai tambah dalam proses pemulihan risiko.

11. Menerima bisnis tanpa melihat kemampuan teknis dan pengalaman masa lalu karena hanya haus premi

Dalam asuransi komersial dan industri, sering kali perusahaan tergoda menerima risiko besar seperti pabrik, proyek konstruksi, atau usaha rintisan berskala besar karena nilai premi yang sangat menarik. Namun jika *underwriter* tidak menganalisis kemampuan teknis pengelola usaha dan rekam jejak masa lalunya, maka perusahaan bisa masuk ke dalam risiko yang tidak dipahami sepenuhnya.

Misalnya, menerima polis asuransi kebakaran untuk pabrik kimia baru tanpa memverifikasi sistem keselamatan kerja, kepatuhan terhadap regulasi lingkungan, atau riwayat manajemen pengendali, bisa sangat berisiko. Ketika terjadi kerugian, *underwriter* tidak akan memiliki dasar kuat untuk membela keputusan penerbitan polis. Padahal, tanggung jawab terhadap pemegang saham, regulator, dan tertanggung lainnya tetap harus dijalankan.

Premi yang besar bukan jaminan kualitas risiko. Sebaliknya, risiko besar yang tidak dimitigasi dengan baik justru bisa menjadi sumber klaim yang merugikan besar-besaran dan menggerus cadangan perusahaan. *Underwriter* yang profesional harus mampu menolak atau meminta persyaratan tambahan pada kasus seperti ini. Mengejar premi tanpa pemahaman teknis hanyalah bentuk keserakahan sesaat yang bisa berdampak jangka panjang pada keberlanjutan bisnis.

12. Menerima risiko dengan dukungan perusahaan reasuransi yang tidak memiliki reputasi baik

Dalam usaha mencari dukungan reasuransi, beberapa *underwriter* atau perusahaan asuransi tergoda untuk menggunakan reasuradur yang menawarkan harga murah atau persetujuan cepat, tanpa memverifikasi reputasi, kondisi keuangan, atau *track record* pembayaran klaim dari perusahaan tersebut. Ini adalah kesalahan strategis yang bisa berakibat sangat fatal.

Ketika terjadi klaim besar, perusahaan reasuransi yang tidak bereputasi baik mungkin menunda pembayaran, mencari celah untuk menolak kewajiban, atau bahkan sudah dalam kondisi keuangan yang buruk sehingga tidak mampu membayar. Dalam kasus seperti ini, tanggung jawab pembayaran akhirnya jatuh ke perusahaan asuransi langsung, meskipun risiko tersebut sudah ‘dibagi’ kepada reasuradur. Kerugian berlapis seperti ini mengancam solvabilitas dan reputasi perusahaan.

Underwriter wajib memastikan bahwa setiap risiko besar yang masuk memiliki dukungan reasuransi dari mitra yang kredibel, teregulasi, dan berperingkat baik secara internasional. Pemilihan mitra reasuransi harus didasarkan pada kebijakan perusahaan, analisis risiko finansial, dan saran dari divisi reasuransi. Prinsip kehati-hatian tidak hanya berlaku pada risiko langsung, tetapi juga pada mitra risiko—karena kepercayaan dan kemampuan bayar mereka adalah bagian dari jaminan bagi tertanggung.

12.7. Kompetensi dan Integritas Underwriter

Underwriter profesional harus memiliki kompetensi multidisipliner: pengetahuan risiko, hukum asuransi, statistik, hingga kemampuan analisis data dan teknologi *underwriting* modern. Mereka juga harus mampu membaca dinamika pasar dan tren risiko, serta memahami implikasi dari kebijakan dan regulasi baru.

Namun kompetensi teknis saja tidak cukup. Integritas adalah elemen kunci yang menentukan apakah *underwriter* benar-benar menjalankan fungsinya sebagai penjaga risiko atau justru menjadi titik lemah yang rentan disusupi kepentingan. *Underwriter* harus berani menolak permohonan yang tidak sesuai, meskipun menghadapi tekanan.

Sertifikasi profesi dan kode etik *underwriting* menjadi elemen penting dalam membangun kompetensi dan integritas. Perusahaan asuransi wajib memastikan bahwa semua *underwriter* menjalani pelatihan rutin dan tunduk pada sistem evaluasi berbasis kinerja dan etika.

i) Kompetensi

Kompetensi *underwriting* merupakan fondasi dari keputusan teknis yang tepat dalam bisnis asuransi. Kompetensi tidak hanya terbatas pada pemahaman dasar tentang produk dan jenis polis, tetapi mencakup pengetahuan multidimensi yang meliputi manajemen risiko, statistik, aktuaria, hukum asuransi, serta pemahaman terhadap peraturan regulator yang berlaku. Seorang *underwriter* harus mampu membaca tren pasar, menganalisis data historis klaim, dan memahami pengaruh faktor eksternal

seperti perubahan iklim, dinamika ekonomi, atau teknologi terhadap eksposur risiko.

Kompetensi teknis juga mencakup kemampuan dalam menggunakan perangkat lunak *underwriting* dan sistem informasi perusahaan. Saat ini, banyak proses *underwriting* dibantu dengan sistem otomatisasi dan *artificial intelligence*. Seorang *underwriter* profesional harus mampu menilai hasil algoritma dengan pendekatan kritis—memastikan bahwa keputusan berbasis data tidak menyingkirkan dimensi etis dan akuntabilitas. Kompetensi digital menjadi semakin penting di era transformasi industri perasuransian saat ini.

Selain aspek teknis dan digital, kompetensi seorang *underwriter* juga harus mencakup komunikasi. Kemampuan menjelaskan keputusan kepada tenaga pemasar, memberikan klarifikasi kepada calon tertanggung, atau menjelaskan dasar teknis saat terjadi klaim, adalah bagian dari keterampilan yang wajib dimiliki. Kompetensi komunikasi membuat *underwriter* tidak hanya kuat dalam analisis, tetapi juga efektif dalam membangun kepercayaan.

Pengembangan kompetensi bukanlah proses satu kali. Dunia risiko terus berubah, regulasi berkembang, dan produk asuransi makin kompleks. Karena itu, perusahaan wajib memberikan pelatihan rutin, program sertifikasi, serta sistem pembaruan kompetensi yang berkelanjutan. *Underwriter* harus diposisikan sebagai profesional yang terus berkembang, bukan sekadar pelaksana teknis.

Dengan kompetensi yang kuat, keputusan *underwriting* menjadi lebih akurat, adil, dan dapat dipertanggungjawabkan. Kesalahan *underwriting* yang terjadi akibat ketidaktahuan atau ketidakcakapan bukan hanya merugikan perusahaan, tetapi juga

bisa merusak integritas sistem asuransi secara menyeluruh. Maka kompetensi bukanlah keunggulan tambahan, melainkan prasyarat profesionalisme.

ii) Integritas

Integritas adalah komponen yang tidak terpisahkan dari profesi *underwriting*. Di tengah kompleksitas penilaian risiko dan tekanan pasar, integritas menjadi penuntun moral dalam setiap keputusan. Seorang *underwriter* yang berintegritas tidak akan meloloskan risiko hanya karena tekanan dari pemasar, tidak akan menutupi kelemahan dalam dokumentasi, dan tidak akan berkompromi dengan prinsip kehati-hatian hanya untuk mengejar premi. Ia akan berdiri di atas prinsip etika, walaupun keputusan yang diambil tidak populer secara komersial.

Integritas dalam *underwriting* mencakup kejujuran dalam menilai risiko, transparansi dalam menerapkan syarat, dan keberanian untuk menolak risiko yang tidak layak walaupun berpotensi memberikan keuntungan jangka pendek. Seorang *underwriter* yang jujur akan mengungkapkan seluruh ketentuan dalam polis dengan bahasa yang jelas dan tidak menyembunyikan klausul yang dapat merugikan tertanggung di kemudian hari.

Integritas juga terlihat dalam keteguhan untuk menjaga kerahasiaan data nasabah dan menjunjung prinsip non-diskriminatif. Keputusan tidak boleh dibuat berdasarkan prasangka terhadap usia, jenis kelamin, ras, atau latar belakang sosial, kecuali jika relevan secara teknis dalam penilaian risiko. Hal ini sejalan dengan regulasi perlindungan konsumen yang semakin ketat di berbagai yurisdiksi.

Di dunia internasional, asosiasi profesi seperti Chartered Insurance Institute (CII) di Inggris atau Society of Insurance Research (SIR) di Amerika Serikat menekankan integritas sebagai nilai utama dalam pedoman etika profesi. Mereka mewajibkan anggota untuk menjunjung tinggi kejujuran, akuntabilitas, dan independensi dalam setiap aspek pekerjaan. Pelanggaran terhadap prinsip ini bisa menyebabkan pencabutan keanggotaan atau sanksi profesional lainnya.

Karena *underwriting* adalah pintu masuk dari seluruh sistem pertanggungan, maka integritas *underwriter* akan menentukan kualitas dan kepercayaan terhadap polis yang diterbitkan. Jika integritas dikompromikan, maka seluruh sistem proteksi bisa runtuh—bukan karena kerugian teknis, tetapi karena kerusakan moral yang dimulai dari dalam.

iii) Sanksi yang Pantas Diberikan Bila Melakukan Pelanggaran Integritas

Pelanggaran integritas oleh seorang *underwriter* merupakan pelanggaran yang serius dan berdampak luas, baik terhadap perusahaan maupun terhadap industri secara keseluruhan. Oleh karena itu, sanksi yang diberikan tidak boleh bersifat administratif ringan semata, melainkan harus proporsional dengan besarnya pelanggaran dan efek domino yang ditimbulkannya. Sanksi bisa berupa teguran tertulis, skorsing, hingga pemutusan hubungan kerja jika terbukti melanggar prinsip etika secara serius.

Dalam beberapa yurisdiksi, pelanggaran integritas yang menyebabkan kerugian finansial pada tertanggung atau perusahaan dapat masuk dalam kategori pidana,

seperti penipuan asuransi atau kelalaian profesional. Di Inggris, misalnya, *Financial Conduct Authority* (FCA) memiliki kewenangan untuk mencabut izin individu yang melanggar standar integritas atau terlibat dalam mis-selling. Di Amerika Serikat, *National Association of Insurance Commissioners* (NAIC) juga mengatur sanksi atas pelanggaran etik melalui lisensi profesi yang bisa dicabut.

Sanksi juga dapat bersifat reputasional, seperti pencantuman nama dalam daftar black-list asosiasi profesi atau publikasi pelanggaran dalam media internal perusahaan. Ini akan menghambat karier pelaku di masa depan dan menjadi peringatan bagi *underwriter* lainnya agar menjaga standar etika. Beberapa perusahaan multinasional bahkan mewajibkan *underwriter* menandatangani code of conduct yang terikat hukum internal, di mana pelanggaran integritas dapat langsung berujung pada pemecatan.

Namun sanksi yang efektif bukan hanya bersifat hukuman, tetapi juga edukatif. Setelah diberi sanksi, pelaku harus diarahkan untuk mengikuti pelatihan ulang atau proses sertifikasi ulang untuk memahami kembali standar etika profesi. Rehabilitasi profesional ini penting untuk mencegah terulangnya pelanggaran dan mengembalikan kepercayaan internal.

Dengan sanksi yang adil, tegas, dan mendidik, perusahaan menunjukkan bahwa integritas bukan hanya jargon, tetapi nilai nyata yang dijaga dengan serius. Ini juga memperkuat budaya perusahaan dan memberikan pesan tegas bahwa pelanggaran tidak akan ditoleransi, tidak peduli seberapa besar kontribusi bisnis yang telah diberikan oleh individu bersangkutan.

12.8. Hubungan Pekerjaan *Underwriting* dan Pemasaran

Hubungan antara *underwriting* dan pemasaran sering kali berada dalam ketegangan alami: pemasaran ingin lebih banyak penjualan, sementara *underwriting* menjaga seleksi risiko. Namun bila dikelola dengan komunikasi yang sehat dan berbasis data, hubungan ini bisa bersinergi dan saling melengkapi.

Underwriter perlu memahami logika pasar dan keinginan konsumen yang ditangkap oleh tim pemasaran. Sebaliknya, tim pemasaran juga harus memahami batasan teknis dan regulatif dalam penerimaan risiko. Kolaborasi ini akan menciptakan produk yang sesuai dengan kebutuhan pasar namun tetap terkendali dari sisi risiko.

Perusahaan yang mampu menyatukan dua fungsi ini secara harmonis akan lebih unggul, karena bisa menciptakan pertumbuhan bisnis yang sehat sekaligus menjaga keberlanjutan portofolio risiko dalam jangka panjang.

Dalam struktur organisasi perusahaan asuransi, fungsi *underwriting* dan pemasaran kerap dianggap dua dunia yang berbeda, bahkan bertentangan secara alamiah. Tim pemasaran dituntut mengejar pertumbuhan bisnis, menjalin relasi dengan nasabah, dan membuka peluang pasar baru, sedangkan *underwriting* bertanggung jawab untuk menilai kelayakan risiko dan menjaga kesehatan portofolio. Ketegangan ini sebenarnya wajar dan produktif—selama dikelola dengan prinsip saling menghargai dan komunikasi yang efektif.

Kunci dari sinergi kedua fungsi ini adalah kesadaran terhadap peran masing-masing serta kewajiban saling mendukung. Fungsi *underwriting* wajib memahami bahwa keberhasilan perusahaan

tidak hanya ditentukan oleh seleksi risiko yang hati-hati, tetapi juga oleh kemampuan perusahaan dalam menghasilkan bisnis baru. Oleh karena itu, *underwriter* harus mampu berkomunikasi dengan tim pemasaran secara terbuka terkait jenis risiko apa yang menjadi target, risiko apa yang dihindari, serta kriteria teknis yang dapat ditoleransi. *Underwriter* yang memberikan umpan balik yang jelas dan mendidik akan membuat kerja pemasar lebih efisien dan tepat sasaran.

Sebaliknya, fungsi pemasaran juga wajib memahami dasar-dasar *underwriting*. Mereka tidak bisa hanya fokus pada penjualan dan membebankan seluruh risiko teknis kepada *underwriter*. Pemasar adalah garda depan yang pertama kali bertemu calon nasabah dan mendapatkan informasi primer. Karena itu, mereka sebenarnya berperan sebagai “pre-*underwriter*” yang harus mampu membaca tanda-tanda risiko, menilai kelayakan awal, dan menyampaikan informasi yang akurat dan jujur kepada bagian *underwriting*. Pemasar yang tidak memahami risiko justru akan membawa portofolio yang bermasalah bagi perusahaan.

Idealnya, setiap pemasar memiliki kompetensi dasar *underwriting*, minimal dalam hal identifikasi risiko umum, memahami jenis jaminan dan pengecualian, serta prinsip kehati-hatian dalam asuransi. Sebaliknya, *underwriter* juga harus diberikan pemahaman tentang realitas kerja pemasaran: tekanan target, tantangan relasi dengan nasabah, negosiasi harga, serta ketatnya persaingan pasar. Kesadaran akan kesulitan dan dinamika kerja masing-masing akan menumbuhkan empati dan kolaborasi yang lebih sehat.

Salah satu cara yang sangat efektif untuk menciptakan pemahaman lintas fungsi ini adalah melalui rotasi kerja internal. Praktik ini memungkinkan seorang pemasar mencoba bekerja sementara di bagian *underwriting*, dan sebaliknya. Melalui pengalaman langsung, karyawan akan memahami sudut pandang berbeda, serta memperoleh perspektif menyeluruh atas proses bisnis asuransi dari hulu ke hilir. Dalam jangka panjang, ini menciptakan SDM yang lebih matang, fleksibel, dan mampu berpikir lintas disiplin.

Perusahaan asuransi yang ingin tumbuh berkelanjutan harus menempatkan relasi *underwriting* dan pemasaran bukan sebagai kutub yang berlawanan, tetapi sebagai dua roda penggerak yang harus bergerak serempak dan seimbang. Ketika keduanya bekerja dalam harmoni, perusahaan tidak hanya memperoleh bisnis yang besar, tetapi juga bisnis yang sehat, bertanggung jawab, dan berjangka panjang.

BAGIAN PEMASARAN



Aplikasi dan
informasi awal



BAGIAN UNDERWRITING



Umpan balik teknis
dan kriteria risiko

AFP/2025



12.9. Hal Lain yang Perlu Dimuat: *Underwriting* dalam Era Digital dan Peran Big Data

Di era digital, proses *underwriting* di industri perasuransian mengalami lompatan transformatif. Dulu, *underwriter* mengandalkan dokumen fisik, wawancara, dan pengamatan manual untuk menilai risiko. Kini, dengan dukungan teknologi digital, *underwriting* beralih ke pendekatan berbasis data—disebut *data-driven underwriting*—yang memanfaatkan algoritma, kecerdasan buatan (AI), dan model statistik prediktif untuk mempercepat dan mempermudah proses seleksi risiko.



Keputusan yang sebelumnya memakan waktu hari atau minggu, kini bisa diselesaikan dalam hitungan menit.

Kemajuan ini bukan hanya berdampak pada kecepatan, tetapi juga pada kualitas keputusan. Dengan integrasi big data, *underwriter* dapat mengakses ribuan variabel yang mencakup data demografis, gaya hidup, catatan medis, lokasi geografis, hingga riwayat pembelian dan perilaku digital. Semua ini digunakan untuk membuat penilaian risiko yang lebih akurat dan sesuai dengan profil individu. Dalam asuransi kendaraan misalnya, teknologi *telematics* memungkinkan pemantauan cara berkendara untuk menentukan tarif premi yang lebih adil berdasarkan kebiasaan nyata.

Namun, penggunaan teknologi ini juga menimbulkan sejumlah tantangan baru. Salah satu yang paling penting adalah isu etika dan privasi. *Underwriter* harus memahami bahwa semakin banyak data yang dikumpulkan, semakin tinggi pula risiko pelanggaran privasi. Oleh karena itu, penting untuk mengembangkan kebijakan internal dan sistem perlindungan data yang ketat, agar informasi nasabah tidak disalahgunakan atau bocor ke pihak yang tidak berwenang.

Selain itu, algoritma yang digunakan dalam *underwriting* tidak selalu netral. Ada risiko bias algoritmik—di mana sistem menghasilkan keputusan diskriminatif berdasarkan data pelatihan yang tidak seimbang atau tidak lengkap. Sebagai contoh, jika data historis klaim cenderung berasal dari kelompok tertentu, maka model bisa ‘menganggap’ kelompok tersebut lebih berisiko, padahal kenyataannya bisa jadi tidak demikian. *Underwriter* modern harus kritis terhadap hasil AI dan memastikan bahwa model yang digunakan adil, transparan, dan tidak merugikan kelompok tertentu.

Salah satu konsep baru yang kini menjadi perhatian adalah *continuous underwriting*—yaitu proses penilaian risiko yang bersifat berkelanjutan, tidak hanya dilakukan saat awal polis diterbitkan. Melalui teknologi seperti perangkat *wearable*, sensor properti, dan pemantauan berbasis IoT, perusahaan asuransi bisa mendapatkan data *real-time* tentang perubahan gaya hidup, kondisi kesehatan, atau tingkat paparan risiko dari tertanggung. Informasi ini memungkinkan penyesuaian premi dan proteksi secara dinamis sesuai kondisi terbaru.

Konsep ini membuka peluang besar untuk menciptakan pengalaman nasabah yang lebih personal dan adaptif. Sebagai contoh, seseorang yang menunjukkan perbaikan gaya hidup (berhenti merokok, lebih aktif secara fisik) dapat menerima penurunan premi secara otomatis. Begitu pula dengan properti yang telah meningkatkan sistem keamanan dapat memperoleh diskon premi karena penurunan risiko. Di sinilah *underwriter* modern harus mampu memanfaatkan data sebagai alat bukan hanya untuk menilai, tetapi juga untuk mendukung perubahan perilaku positif tertanggung.

Namun, *continuous underwriting* juga memerlukan persetujuan dan keterlibatan aktif dari nasabah. Ini menyangkut hak atas data dan kebebasan untuk tidak dipantau. Oleh karena itu, komunikasi yang jelas, transparansi pemrosesan data, dan kontrol atas penggunaan informasi menjadi syarat mutlak agar inovasi ini tidak menimbulkan penolakan publik. *Underwriter* dan pemasar harus bekerja sama untuk menjelaskan manfaat jangka panjang dari pendekatan ini kepada calon tertanggung.

Perusahaan asuransi juga harus mulai membentuk tim *underwriting* multidisiplin yang mencakup ahli data, analisis perilaku, dan spesialis etika digital. Ini untuk memastikan bahwa

pengambilan keputusan tidak hanya akurat, tetapi juga sah secara hukum dan etis. Selain itu, pelatihan kompetensi digital bagi *underwriter* menjadi keharusan, agar mereka dapat beradaptasi dengan lingkungan kerja yang semakin terotomatisasi dan berbasis data.

Di tengah semua transformasi ini, peran *underwriter* tetap tidak tergantikan sepenuhnya oleh mesin. Keputusan akhir dalam kasus-kasus kompleks masih memerlukan intuisi, pengalaman, dan pertimbangan manusia. Misalnya, dalam risiko tanggung jawab hukum korporasi, atau asuransi jiwa untuk nasabah dengan kondisi langka, penilaian berbasis algoritma saja tidak cukup. Maka dari itu, *hybrid underwriting*—kombinasi antara teknologi dan analisis manusia—adalah model ideal untuk saat ini.

Dengan demikian, era digital membawa tantangan sekaligus peluang besar bagi profesi *underwriting*. Mereka yang mampu memanfaatkan teknologi tanpa mengorbankan prinsip kehati-hatian, transparansi, dan keadilan akan menjadi garda terdepan dalam membentuk masa depan industri perasuransian. *Underwriter* masa kini bukan hanya penilai risiko, tetapi juga penjaga integritas data, penasihat etika, dan mitra strategis dalam menciptakan solusi perlindungan yang relevan dan berkelanjutan.



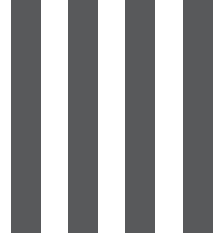
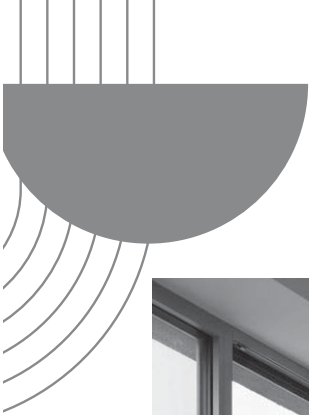
**‘LIFE IS A BEAUTIFUL
OCEAN, BUT EVEN THE
CALMEST WATER CAN
HIDE A SUDDEN TIDE.
WISDOM IS LEARNING
TO SAIL WITH A
LIFEBOAT NEARBY.’**



BAB
13.

KLAIM ASURANSI





Risk does not
knock loudly
at the door.

Sometimes it
enters like mist
through an
open window,

soft, silent, and
unexpected.



13.1. Pengantar

Bab ini mengupas salah satu aspek paling krusial dalam dunia perasuransian: klaim asuransi. Dalam praktiknya, momen klaim merupakan ujian nyata atas janji perlindungan yang tertuang dalam polis asuransi. Di sinilah kepercayaan nasabah dibuktikan—apakah perusahaan benar-benar memenuhi tanggung jawabnya atau justru menciptakan kekecewaan. Oleh karena itu, memahami proses, prinsip, dan filosofi klaim bukan hanya penting bagi staf klaim, tetapi juga bagi seluruh insan perasuransian, termasuk pemasaran, *underwriting*, hingga manajemen puncak. Tanpa pengetahuan menyeluruh mengenai klaim, ekosistem asuransi akan rapuh dan rawan kehilangan kepercayaan publik.

Pengetahuan tentang klaim tidak berhenti pada pemrosesan teknis, tetapi mencakup pemahaman mendalam tentang filosofi pelayanan, kepatuhan terhadap regulasi, serta kompetensi etik dan profesional. Klaim bukan sekadar urusan membayar ganti rugi; ia adalah momen emas di mana reputasi perusahaan dipertaruhkan. Banyak perusahaan kehilangan nasabah bukan karena premi mahal atau produk yang buruk, melainkan karena proses klaim yang lamban, tidak transparan, atau bahkan tidak adil. Oleh sebab itu, setiap profesional asuransi perlu memiliki sensitivitas tinggi terhadap pentingnya kualitas layanan klaim yang efisien, empatik, dan berorientasi pada solusi.

Bab ini juga penting dipelajari karena klaim menjadi titik temu antara tiga fungsi utama perusahaan asuransi: pemasaran, *underwriting*, dan klaim itu sendiri. Jika terjadi permasalahan dalam pemasaran atau kesalahan dalam analisa risiko, maka



dampaknya akan muncul di bagian klaim. Tanpa pemahaman yang tepat, bagian klaim dapat terjebak dalam dilema yang seharusnya diselesaikan sejak awal. Karena itulah, pembahasan dalam bab ini juga menyoroti pentingnya kolaborasi antar fungsi dan akuntabilitas perusahaan atas seluruh proses pelayanan polis sejak awal hingga akhir.

Selain itu, pembahasan klaim akan memperkenalkan pembaca pada prinsip-prinsip dasar penilaian klaim yang adil dan sah, kesalahan-kesalahan umum yang harus dihindari, serta pentingnya integritas petugas klaim dalam menghadapi potensi *fraud* atau tekanan internal. Bab ini juga akan memberikan panduan mengenai fungsi audit dan peran teknologi dalam memperkuat sistem klaim yang handal. Semua itu menjadi pondasi penting bagi pembentukan sistem klaim yang tidak hanya efisien dan transparan, tetapi juga berdaya tahan terhadap risiko moral dan kecurangan.

Dengan mempelajari bab ini, para praktisi dan mahasiswa akan lebih siap memahami dinamika klaim asuransi secara utuh. Mereka akan mampu melihat klaim bukan sekadar proses administratif, melainkan sebagai cerminan dari janji dan tanggung jawab perusahaan asuransi kepada masyarakat. Kesadaran inilah yang akan membawa industri perasuransian Indonesia ke arah yang lebih profesional, etis, dan berorientasi pada kepuasan dan perlindungan nasabah.

13.2 Terminologi dan Filosofi Klaim Asuransi

Klaim asuransi secara terminologis adalah permintaan resmi dari tertanggung atau pemegang polis kepada perusahaan asuransi agar diberikan manfaat atau ganti rugi sebagaimana dijanjikan dalam polis asuransi. Klaim diajukan ketika terjadi

suatu peristiwa yang telah ditentukan dalam perjanjian pertanggungan—baik itu kecelakaan, sakit, kematian, maupun kerugian atas harta benda. Dalam prosesnya, tertanggung diwajibkan untuk menyampaikan laporan kejadian beserta dokumen pendukung yang memverifikasi bahwa peristiwa tersebut benar-benar terjadi dan berada dalam cakupan jaminan polis. Dengan demikian, klaim bukan sekadar permintaan finansial, tetapi merupakan pengaktifan hak berdasarkan kontrak, yang dalam asuransi disebut polis. Klaim menjadi bukti bahwa asuransi bukan sekadar janji di atas kertas, melainkan komitmen nyata yang harus dipenuhi ketika risiko benar-benar datang.

Secara filosofis, proses klaim merupakan momen paling penting dalam perjalanan hubungan antara perusahaan asuransi dan nasabah. Di sinilah janji yang diucapkan saat promosi, penjualan, dan penerbitan polis diuji melalui realisasi manfaat. Istilah “moment of truth” atau momen kebenaran digunakan secara luas dalam industri ini karena klaim menjadi titik penentu apakah janji perusahaan asuransi hanya sekadar retorika atau benar-benar komitmen yang ditepati. Klaim tidak hanya berbicara tentang proses administratif, tetapi juga tentang bagaimana perusahaan menunjukkan rasa tanggung jawab, profesionalisme, dan empati kepada nasabahnya. Jika janji tidak ditepati atau prosesnya menyulitkan, maka nasabah akan merasa dikhianati dan kepercayaan yang selama ini dibangun dapat runtuh hanya dalam satu kejadian.

Pelayanan klaim yang efektif mencerminkan kualitas tata kelola perusahaan asuransi. Tidak hanya sekadar menyelesaikan klaim secara teknis, tetapi juga bagaimana perusahaan memberikan pengalaman klaim yang berkesan bagi nasabah: mudah dipahami, cepat, transparan, dan penuh empati. Di sinilah

filosofi pelayanan menjadi landasan moral sekaligus strategis. Perusahaan yang memegang teguh filosofi klaim sebagai realisasi janji dan bentuk perlindungan nyata akan menempatkan kepuasan nasabah di atas kepentingan administratif internal. Oleh karena itu, filosofi klaim harus menjadi nilai yang tertanam dalam setiap jenjang organisasi—dari direktur utama hingga staf lini depan—bahwa ketika nasabah mengajukan klaim, itulah saatnya perusahaan membayar kepercayaan yang telah diberikan oleh nasabah.

Lebih jauh, pelayanan klaim yang buruk atau penuh hambatan akan menimbulkan dampak yang melampaui kerugian finansial. Nasabah yang merasa tidak dihargai atau dipersulit akan menyebarkan pengalaman negatifnya ke lingkungan sosialnya, menciptakan efek domino yang dapat merusak citra perusahaan secara luas. Dalam era digital saat ini, satu pengalaman buruk dapat dengan cepat menjadi viral di media sosial dan mencoreng reputasi perusahaan bertahun-tahun lamanya. Sebaliknya, perusahaan yang berhasil menangani klaim dengan baik, bahkan dalam situasi yang sulit sekalipun, justru dapat memperkuat loyalitas nasabah dan mendapatkan kepercayaan publik yang lebih luas. Inilah alasan mengapa filosofi klaim harus ditempatkan sejajar dengan strategi pemasaran dan pengelolaan risiko.

Momen klaim harus dilihat sebagai momen emas—bukan hanya karena perusahaan diuji, tetapi juga karena inilah kesempatan untuk menunjukkan nilai-nilai sejati dari perlindungan asuransi: kepedulian, keadilan, dan keberpihakan pada nasabah yang sedang mengalami kesulitan. Dalam filosofi ini, klaim tidak boleh hanya diperlakukan sebagai beban atau kewajiban keuangan, melainkan sebagai tanggung jawab moral

untuk menepati janji. Oleh karena itu, perusahaan asuransi wajib memastikan bahwa seluruh sistem klaim, termasuk prosedur, kompetensi SDM, dan kebijakan internal, dirancang sedemikian rupa agar mendukung filosofi pelayanan ini. Dengan pendekatan ini, klaim tidak hanya akan menjadi beban biaya, melainkan justru menjadi investasi reputasi yang memperkuat keberlanjutan bisnis perusahaan.

13.3. Fungsi dan Peran Bagian Klaim

Fungsi klaim dalam perusahaan asuransi adalah salah satu pilar utama yang memastikan janji asuransi menjadi kenyataan. Polis asuransi bukan sekadar dokumen hukum, tetapi simbol komitmen perusahaan untuk memberikan perlindungan keuangan kepada nasabah saat risiko yang dijanjikan benar-benar terjadi. Dalam konteks ini, bagian klaim bertindak sebagai penghubung utama antara janji dan realisasinya. Bila polis adalah janji yang tertulis, maka klaim adalah tindakan nyata untuk menepati janji tersebut. Oleh karena itu, bagian klaim dapat dianggap sebagai representasi dari integritas, profesionalisme, dan kredibilitas perusahaan asuransi di mata nasabah.

Tugas utama bagian klaim dimulai sejak nasabah menghubungi perusahaan untuk melaporkan kejadian yang diasuransikan. Proses ini sering dimulai pada saat nasabah berada dalam kondisi tertekan secara emosional, fisik, maupun finansial, misalnya setelah kecelakaan, kehilangan harta benda, atau kematian anggota keluarga. Pada titik ini, bagian klaim harus menunjukkan kepekaan dan empati yang tinggi. Penerimaan laporan klaim tidak hanya bersifat administratif, tetapi juga sebagai bentuk tanggapan manusiawi dari perusahaan terhadap musibah yang dialami nasabah. Petugas klaim harus dapat

mendengarkan, menenangkan, dan memberi panduan awal secara jelas, karena kesan pertama inilah yang akan menentukan bagaimana nasabah memandang seluruh proses klaim.

Langkah berikutnya adalah verifikasi awal dan investigasi. Setelah laporan diterima, petugas klaim akan meninjau validitas laporan dan kelengkapan dokumen. Hal ini mencakup pengecekan apakah polis masih aktif, apakah premi telah dibayar tepat waktu, serta apakah kejadian yang diklaim memang terjadi dalam masa pertanggungan. Investigasi lebih lanjut mungkin dilakukan untuk memastikan bahwa kejadian tersebut bukan hasil rekayasa, bukan termasuk pengecualian dalam polis, serta tidak mengandung unsur *moral hazard* atau *fraud*. Proses ini harus dilakukan secara objektif, adil, dan proporsional. Artinya, untuk klaim kecil atau rutin, proses verifikasi dapat dipercepat, sedangkan untuk klaim besar atau kompleks perlu dilakukan investigasi yang lebih menyeluruh.

Setelah data dan informasi lengkap terkumpul, bagian klaim akan melakukan analisis dan evaluasi klaim. Tahapan ini mencakup penentuan pihak yang berhak atas pembayaran, jenis manfaat yang harus dibayarkan, serta perhitungan nilai kerugian secara objektif. Dalam asuransi umum, misalnya, hal ini bisa melibatkan survei lapangan, analisis taksiran kerugian, serta penyesuaian klaim (*adjustment*) sesuai ketentuan polis. Sementara dalam asuransi jiwa atau kesehatan, perlu dilakukan verifikasi atas laporan medis, dokumen kematian, dan informasi lainnya. Petugas klaim bertanggung jawab menyusun rekomendasi berdasarkan analisis ini, dan mendokumentasikannya dengan baik untuk keperluan pengambilan keputusan atau audit di kemudian hari.

Tahap penyelesaian klaim merupakan inti dari pekerjaan bagian klaim. Setelah evaluasi dilakukan, perusahaan harus memutuskan apakah klaim akan disetujui, ditolak, atau dibayar sebagian. Keputusan ini harus berdasarkan fakta dan ketentuan polis, serta disampaikan kepada nasabah dengan bahasa yang mudah dipahami. Jika terjadi perbedaan persepsi antara tertanggung dan perusahaan, bagian klaim juga dapat terlibat dalam proses negosiasi atau mediasi. Dalam beberapa kasus, misalnya ketika nilai klaim diperdebatkan atau penyebab kejadian tidak sepenuhnya jelas, penyelesaian yang adil harus dicapai melalui komunikasi terbuka. Di sinilah kompetensi komunikasi dan etika profesional sangat dibutuhkan.

Jika klaim disetujui, maka bagian klaim bertanggung jawab mengurus pembayaran klaim kepada pihak yang berhak. Proses ini harus dilakukan dengan transparan, tepat waktu, dan sesuai dengan peraturan yang berlaku, seperti tenggat 30 hari kerja sejak kesepakatan nilai klaim ditetapkan. Pembayaran bisa dilakukan kepada nasabah langsung, pihak ketiga (seperti rumah sakit atau bengkel rekanan), atau ahli waris tergantung pada jenis polis. Bagian klaim juga bertanggung jawab memastikan bahwa dana yang disalurkan sesuai dengan cadangan klaim yang telah dialokasikan secara internal. Oleh karena itu, manajemen klaim harus terintegrasi erat dengan manajemen keuangan dan aktuaria perusahaan.

Salah satu fungsi tambahan namun sangat penting dari bagian klaim adalah manajemen cadangan klaim (*claim reserve*). Ini adalah perkiraan jumlah dana yang harus disiapkan perusahaan untuk membayar klaim yang sudah dilaporkan tetapi belum diselesaikan. Perkiraan ini harus dilakukan secara hati-hati dan konservatif, karena akan memengaruhi laporan keuangan

dan solvabilitas perusahaan. Cadangan klaim yang terlalu kecil bisa menyesatkan manajemen risiko, sedangkan cadangan yang terlalu besar bisa mengurangi efisiensi modal. Oleh sebab itu, petugas klaim harus bekerja sama dengan tim aktuaria dan keuangan dalam memperkirakan dan menyesuaikan cadangan klaim secara berkala.

Selain aspek teknis, bagian klaim juga memiliki fungsi edukatif dan komunikatif kepada nasabah. Banyak nasabah tidak memahami ketentuan polis secara rinci, dan baru mempelajarinya saat klaim diajukan. Dalam situasi seperti ini, petugas klaim harus mampu menjelaskan apa yang dijamin dan tidak dijamin dengan bahasa sederhana, serta memberi pendampingan kepada nasabah dalam melengkapi dokumen atau prosedur klaim. Ini tidak hanya membantu mempercepat proses, tetapi juga membangun hubungan yang lebih positif dan mencegah kesalahpahaman yang dapat menimbulkan sengketa. Edukasi nasabah juga dapat dilakukan melalui panduan tertulis, video tutorial, atau kanal komunikasi digital perusahaan.

Fungsi klaim juga berperan dalam mendeteksi dan mencegah potensi *fraud*, baik yang berasal dari eksternal (nasabah) maupun internal (oknum perusahaan). Melalui pemantauan pola klaim dan investigasi kejadian yang mencurigakan, bagian klaim dapat mengidentifikasi indikasi *moral hazard* dan bekerja sama dengan unit *anti-fraud* atau investigator independen. Kemampuan ini sangat penting dalam menjaga kesehatan portofolio perusahaan dan melindungi nasabah yang jujur dari kerugian akibat penipuan. Oleh karena itu, petugas klaim harus dibekali pelatihan mengenai *red flags fraud*, prosedur pelaporan, serta keterampilan investigasi dasar.

Secara keseluruhan, bagian klaim memainkan peran yang jauh lebih luas daripada sekadar memproses klaim. Ia adalah cermin dari kualitas pelayanan perusahaan, penguji keandalan sistem internal, pelindung integritas polis, sekaligus penghubung antara harapan nasabah dan kenyataan di lapangan. Dalam banyak kasus, loyalitas nasabah terhadap perusahaan tidak ditentukan saat pembelian polis, melainkan saat mereka mengajukan klaim. Maka dari itu, bagian klaim harus diposisikan secara strategis, diberdayakan secara profesional, dan dijadikan sebagai pusat keunggulan layanan (*center of service excellence*) dalam industri perasuransian.

Peran dan tanggung jawab bagian klaim juga diatur secara tegas dalam regulasi industri perasuransian di Indonesia. Salah satu acuan utama adalah POJK No. 69/POJK.05/2016 tentang Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi, yang kemudian diubah dengan POJK No. 36/POJK.05/2020, dan terakhir diperbarui dengan POJK No. 36/POJK.05/2024. Dalam regulasi tersebut, pada Pasal 57, disebutkan bahwa perusahaan asuransi wajib melakukan pembayaran klaim kepada tertanggung paling lambat 30 (tiga puluh) hari kerja sejak adanya kesepakatan klaim antara tertanggung dan penanggung atau sejak keluarnya keputusan nilai klaim yang disetujui. Keterlambatan pembayaran di luar tenggat waktu tersebut dapat dikenakan sanksi administratif.

Lebih lanjut, dalam SEOJK No. 5/SEOJK.05/2020 tentang Laporan Penanganan Pengaduan Konsumen, bagian klaim juga menjadi bagian penting dalam pelaporan pengaduan nasabah, khususnya dalam konteks penyelesaian sengketa klaim. Oleh karena itu, setiap keputusan penolakan klaim harus disertai dengan penjelasan tertulis yang memadai dan disampaikan

kepada tertanggung secara langsung atau melalui perwakilannya. Hal ini bertujuan untuk menjaga transparansi dan memastikan bahwa tertanggung memahami alasan di balik keputusan klaim, serta dapat mengajukan keberatan atau menyampaikan pengaduan melalui mekanisme internal perusahaan atau melalui Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa Sektor Jasa Keuangan (LAPS SJK).

OJK juga menekankan prinsip perlindungan konsumen dalam proses klaim melalui POJK No. 6/POJK.07/2022 tentang Perlindungan Konsumen dan Masyarakat di Sektor Jasa Keuangan. Regulasi ini menggariskan bahwa perusahaan asuransi wajib memberikan pelayanan yang adil, transparan, dan bertanggung jawab dalam seluruh siklus produk dan layanan, termasuk pada saat pengajuan dan penanganan klaim. Prinsip ini mewajibkan bagian klaim untuk memberikan informasi yang lengkap, tidak menyesatkan, serta membantu nasabah memahami hak dan kewajibannya dalam proses klaim. Kegagalan dalam memberikan pelayanan yang transparan dan adil dapat dikategorikan sebagai pelanggaran prinsip perlindungan konsumen dan dikenakan sanksi.

Untuk mendukung fungsi klaim yang profesional, OJK juga mengatur dalam POJK No. 73/POJK.05/2016 tentang Tata Kelola Perusahaan yang Baik bagi Perusahaan Asuransi bahwa manajemen perusahaan wajib menjamin bahwa seluruh fungsi operasional, termasuk klaim, dilakukan sesuai prinsip tata kelola yang baik (*Good Corporate Governance/GCG*), yakni transparansi, akuntabilitas, tanggung jawab, independensi, dan kewajaran. Dengan demikian, petugas klaim tidak hanya bertanggung jawab kepada pemegang polis, tetapi juga kepada

regulator dan pemangku kepentingan lainnya atas integritas dan akurasi pekerjaan mereka.

Akhirnya, bagian klaim merupakan pelaksana langsung dari kewajiban utama perusahaan asuransi yang bersifat kontraktual dan sosial. Maka setiap keputusan, proses, dan komunikasi dari bagian klaim tidak hanya memiliki implikasi operasional, tetapi juga konsekuensi hukum dan reputasi. Ketaatan terhadap peraturan OJK dan pelaksanaan prinsip perlindungan konsumen adalah syarat mutlak agar industri perasuransian tetap dipercaya masyarakat. Dengan demikian, bagian klaim harus senantiasa mengikuti perkembangan regulasi, memperbarui SOP, serta menjalankan tugasnya dengan profesionalisme yang tinggi dan menjunjung tinggi integritas.

Penyesuaian Regulasi: POJK 36 Tahun 2024 dalam Fungsi Klaim Asuransi

Fungsi dan peran bagian klaim dalam perusahaan asuransi tidak hanya berlandaskan prinsip pelayanan dan kepatuhan kontraktual, tetapi juga tunduk pada kerangka hukum dan regulasi yang ditetapkan oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK). Regulasi terkini yang mengatur secara menyeluruh adalah Peraturan OJK (POJK) Nomor 36 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi, yang secara resmi mencabut dan menggantikan POJK 69 Tahun 2016 beserta perubahannya. Peraturan ini memuat ketentuan terbaru mengenai bagaimana perusahaan asuransi wajib menyelenggarakan usaha secara profesional, akuntabel, dan berorientasi pada perlindungan konsumen, termasuk dalam aspek pelayanan klaim.

Dalam Pasal 55 POJK 36/2024, ditegaskan bahwa perusahaan asuransi wajib melakukan pembayaran klaim kepada tertanggung atau pihak yang berhak paling lambat 30 (tiga puluh) hari kerja sejak tanggal kesepakatan jumlah klaim yang disetujui. Ketentuan ini menjadi batas waktu maksimal, sehingga bagian klaim wajib memastikan bahwa proses evaluasi dan pembayaran dilakukan secara efisien dan tepat waktu. Pelanggaran atas tenggat waktu ini dapat dianggap sebagai kelalaian dalam memenuhi kewajiban pelayanan dan dapat dikenai sanksi administratif oleh OJK sesuai ketentuan lebih lanjut dalam Pasal 130 dan 132 POJK ini. Hal ini menekankan bahwa kecepatan pelayanan klaim bukan sekadar etika bisnis, melainkan kewajiban hukum yang harus dipenuhi.

Selain aspek waktu, POJK 36/2024 juga mewajibkan perusahaan asuransi untuk menerapkan tata kelola pelayanan klaim yang transparan dan terdokumentasi dengan baik. Dalam hal terjadi penolakan klaim, perusahaan wajib menyampaikan alasan penolakan secara tertulis kepada pemegang polis atau pihak yang mengajukan klaim. Penolakan tanpa dasar yang jelas atau tanpa prosedur yang dapat dipertanggungjawabkan dapat dianggap sebagai bentuk pelanggaran terhadap prinsip perlindungan konsumen. Oleh karena itu, bagian klaim harus memahami secara menyeluruh isi polis, klausula pengecualian, dan ketentuan hukum yang berlaku agar keputusan klaim selalu dilandasi oleh argumentasi yang sah dan adil.

POJK ini juga mempertegas pentingnya manajemen risiko dan sistem pengendalian internal dalam proses klaim. Pasal 44 menyebutkan bahwa perusahaan asuransi wajib memiliki sistem pengendalian internal atas seluruh proses, termasuk pengelolaan klaim. Oleh karena itu, fungsi klaim harus mendokumentasikan

setiap langkah proses secara sistematis: mulai dari penerimaan laporan klaim, pemeriksaan dokumen, hasil investigasi, penilaian kerugian, hingga keputusan dan pembayaran klaim. Hal ini tidak hanya untuk kepentingan audit dan pelaporan kepada OJK, tetapi juga untuk menghindari kesalahan prosedural, konflik internal, dan potensi sengketa dengan tertanggung.

Lebih jauh lagi, POJK 36/2024 mensyaratkan adanya pelayanan berbasis kebutuhan konsumen sebagai bagian dari tanggung jawab perusahaan. Ini berarti bahwa bagian klaim harus memiliki perspektif pelayanan yang tidak hanya berbasis prosedur internal, melainkan juga memahami kondisi psikologis, emosional, dan informasi dari sisi nasabah. Pelayanan klaim harus dijalankan dengan prinsip keadilan, empati, serta tidak mempersulit tertanggung dalam mendapatkan haknya. Dalam konteks ini, fungsi klaim tidak berdiri sendiri, melainkan harus bersinergi dengan fungsi pemasaran, *underwriting*, hukum, dan manajemen risiko untuk memastikan pelayanan klaim yang prima dan patuh terhadap regulasi.

Dengan diberlakukannya POJK 36 Tahun 2024, seluruh perusahaan asuransi di Indonesia diwajibkan melakukan penyesuaian operasional dan kebijakan internal, termasuk di dalamnya bagian klaim. Hal ini menandakan bahwa profesionalisme dan integritas fungsi klaim tidak bisa ditawar, melainkan harus menjadi garda depan pelayanan yang berbasis pada hukum, keadilan kontraktual, dan kepercayaan masyarakat terhadap industri perasuransian.

Ringkasan pasal-pasal yang relevan dengan fungsi klaim dalam Peraturan Otoritas Jasa Keuangan (POJK) Nomor 36 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi:

1. Pasal 44 – Sistem Pengendalian Internal

Perusahaan asuransi wajib menyusun dan menerapkan sistem pengendalian internal terhadap seluruh aktivitas operasional, termasuk proses klaim. Sistem ini bertujuan memastikan bahwa proses klaim dilakukan secara tertib, terdokumentasi, efisien, serta sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Artinya, bagian klaim wajib memiliki prosedur operasional standar (SOP) yang terdokumentasi dan mudah diaudit.

2. Pasal 49 – Pelayanan kepada Pemegang Polis dan Tertanggung

Perusahaan asuransi wajib memberikan pelayanan kepada pemegang polis, tertanggung, atau pihak yang berhak atas manfaat asuransi secara mudah, transparan, adil, dan bertanggung jawab. Ini mencakup pelayanan saat pengajuan klaim dan selama proses penyelesaiannya. Bagian klaim harus memastikan bahwa nasabah memahami prosedur klaim, memiliki akses informasi yang memadai, dan tidak dipersulit saat melengkapi dokumen.

3. Pasal 52 – Kewajiban Menyediakan Informasi

Perusahaan wajib menyediakan informasi yang memadai dan jelas kepada pemegang polis dan tertanggung, termasuk informasi mengenai tata cara pengajuan klaim dan waktu penyelesaian klaim. Artinya, bagian klaim harus menyediakan materi edukatif, panduan prosedur, dan kanal komunikasi yang aktif dan responsif, baik melalui media cetak maupun digital.

4. Pasal 55 – Batas Waktu Pembayaran Klaim

Ini adalah pasal kunci dalam manajemen klaim. Perusahaan wajib melakukan pembayaran klaim paling

lambat 30 hari kerja sejak tanggal kesepakatan jumlah klaim yang disetujui. Tenggat ini bersifat wajib dan mengikat. Bagian klaim harus memiliki sistem kontrol dan *monitoring* untuk menjamin pembayaran dilakukan tepat waktu dan tidak melampaui batas.

5. Pasal 56 – Penolakan Klaim

Jika perusahaan menolak klaim, maka penolakan tersebut harus disampaikan secara tertulis kepada pihak yang mengajukan klaim, disertai alasan yang jelas, sah, dan sesuai dengan ketentuan polis. Hal ini menuntut bagian klaim untuk memiliki kemampuan komunikasi yang baik dan dokumentasi lengkap atas alasan penolakan agar dapat dipertanggungjawabkan secara hukum dan etis.

6. Pasal 57 – Sengketa Klaim dan Mekanisme Penyelesaian

Dalam hal terjadi perbedaan pendapat atau sengketa mengenai klaim, perusahaan wajib memberikan akses penyelesaian sengketa melalui Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa Sektor Jasa Keuangan (LAPS SJK) atau melalui mekanisme yang diatur dalam perjanjian polis. Bagian klaim bertugas untuk mendampingi proses tersebut, serta memberikan dokumentasi dan argumentasi yang diperlukan dalam penyelesaian sengketa secara profesional dan proporsional.

7. Pasal 63 – Kewajiban Pencatatan dan Dokumentasi

Perusahaan wajib mencatat dan menyimpan data serta dokumen terkait klaim yang diajukan, disetujui, ditolak, atau dalam proses. Ini mencakup catatan kronologis, dokumen pendukung, korespondensi dengan tertanggung, hingga catatan internal pengambilan keputusan. Ketertiban

dokumentasi menjadi salah satu indikator kinerja dan kepatuhan fungsi klaim.

8. Pasal 91 – Fungsi Kepatuhan dan Pengendalian Risiko

Fungsi kepatuhan dan manajemen risiko di perusahaan asuransi juga mencakup pengawasan terhadap proses klaim, untuk memastikan bahwa prosedur dilakukan sesuai regulasi dan tidak menimbulkan risiko hukum atau reputasi. Bagian klaim perlu bekerja sama dengan divisi kepatuhan untuk menyempurnakan kebijakan dan meminimalkan potensi kelalaian atau *fraud* dalam proses klaim.

9. Pasal 130 – Sanksi Administratif

Setiap pelanggaran terhadap ketentuan dalam POJK ini, termasuk keterlambatan pembayaran klaim, penolakan yang tidak berdasar, atau pelayanan klaim yang tidak memadai, dapat dikenai sanksi administratif oleh OJK. Sanksi dapat berupa peringatan tertulis, denda, pembatasan kegiatan usaha, hingga pencabutan izin usaha. Oleh sebab itu, bagian klaim harus menjalankan tugasnya tidak hanya secara teknis, tetapi juga sesuai prinsip tata kelola dan kepatuhan hukum.

10. Pasal 132 – Penegasan Kewenangan OJK

OJK memiliki kewenangan untuk melakukan pemeriksaan, permintaan data, dan tindakan korektif atas pelaksanaan kewajiban perusahaan dalam menangani klaim. Ini berarti bagian klaim dapat menjadi objek audit langsung oleh OJK, dan harus selalu siap dengan dokumentasi lengkap serta proses yang akuntabel.

13.4. Proses dan Prosedur Klaim

Proses klaim adalah rangkaian kegiatan yang dimulai sejak tertanggung mengalami risiko yang dijamin dalam polis hingga manfaat klaim dibayarkan. Tahapan ini harus dirancang dengan prinsip kemudahan, kejelasan, dan kecepatan, tanpa mengorbankan akurasi dan akuntabilitas. Setiap tahap dalam proses ini merupakan titik krusial yang dapat memengaruhi persepsi nasabah terhadap perusahaan asuransi, sehingga penting bagi semua pihak yang terlibat untuk memahami dan menjalankannya secara konsisten.

1. Pemberitahuan/Pengajuan Klaim

Langkah pertama dalam proses klaim adalah pemberitahuan dari tertanggung kepada perusahaan asuransi bahwa telah terjadi suatu peristiwa kerugian. Pemberitahuan ini harus dilakukan secepat mungkin setelah kejadian, dengan mengikuti ketentuan batas waktu pelaporan yang tercantum dalam polis. Pada tahap ini, kecepatan dan kejelasan komunikasi sangat penting. Perusahaan harus menyediakan berbagai kanal pelaporan, mulai dari layanan tatap muka, telepon, email, hingga aplikasi daring, agar tertanggung dapat menyampaikan klaim dengan mudah. Agen atau broker juga sering berperan sebagai pihak yang membantu nasabah dalam tahap awal ini.

2. Pengumpulan Dokumen Pendukung

Setelah laporan diterima, tertanggung diminta mengisi formulir klaim dan mengumpulkan dokumen pendukung. Dokumen ini berfungsi sebagai bukti bahwa peristiwa yang diklaim memang benar terjadi dan sesuai dengan klausul pertanggungan. Jenis dokumen berbeda tergantung

pada jenis polis dan kejadian. Untuk asuransi kesehatan, misalnya, diperlukan diagnosis dokter dan kuitansi rumah sakit; untuk asuransi kendaraan, dibutuhkan foto kerusakan dan laporan kepolisian bila kecelakaan cukup serius. Petugas klaim harus secara proaktif membantu tertanggung dalam memahami dokumen apa saja yang dibutuhkan agar tidak terjadi bolak-balik pengumpulan yang memperlambat proses.

3. Verifikasi dan Pemeriksaan Polis

Tahap berikutnya adalah verifikasi internal oleh perusahaan asuransi. Di sini, petugas klaim memeriksa status keaktifan polis, apakah premi telah dibayar tepat waktu, dan apakah peristiwa yang terjadi berada dalam periode pertanggungan. Verifikasi ini juga mencakup pemeriksaan terhadap jenis risiko yang diklaim: apakah dijamin dalam polis atau termasuk dalam pengecualian. Selain itu, keaslian dan kesesuaian dokumen pendukung dengan data pada polis harus diverifikasi. Jika terdapat indikasi ketidaksesuaian atau kejanggalan, perusahaan dapat melakukan investigasi lanjutan, terutama pada klaim dengan nilai besar, kompleksitas tinggi, atau risiko moral yang signifikan.

4. Penilaian dan Pengambilan Keputusan Klaim

Berdasarkan hasil verifikasi dan investigasi, perusahaan melakukan penilaian terhadap nilai klaim yang diajukan. Penilaian ini mencakup validasi jumlah kerugian, penghitungan nilai ganti rugi berdasarkan nilai pertanggungan atau limit manfaat, serta penentuan pihak yang berhak menerima pembayaran. Keputusan klaim dapat

berupa persetujuan penuh, persetujuan sebagian, atau penolakan. Apa pun keputusan yang diambil, perusahaan wajib menyampaikan hasilnya secara tertulis dan transparan kepada tertanggung, termasuk alasannya apabila klaim ditolak. Kecepatan dalam pengambilan keputusan ini sangat menentukan tingkat kepuasan nasabah, sehingga perlu ditetapkan *Service Level Agreement* (SLA) yang jelas.

5. Pembayaran Klaim

Jika klaim disetujui, maka perusahaan berkewajiban membayar klaim kepada pihak yang berhak sesuai dengan ketentuan polis. Pembayaran dapat dilakukan dalam bentuk transfer ke rekening tertanggung, pembayaran langsung ke penyedia jasa (seperti rumah sakit dalam sistem *cashless*), atau mekanisme lain yang disepakati. Dalam konteks regulasi, Pasal 55 POJK 36 Tahun 2024 mewajibkan perusahaan membayar klaim paling lambat 30 hari kerja sejak tercapainya kesepakatan nilai klaim. Kepatuhan terhadap tenggat waktu ini bukan hanya menunjukkan efisiensi internal, tetapi juga komitmen perusahaan dalam memenuhi janji dan kewajibannya kepada nasabah.

6. Dokumentasi dan Penutupan Kasus Klaim

Tahap terakhir dari proses klaim adalah pendokumentasian seluruh proses, mulai dari laporan awal hingga pembayaran klaim. Seluruh korespondensi, dokumen pendukung, bukti penilaian, dan keputusan akhir harus dicatat dan disimpan dengan rapi. Dokumentasi ini berguna untuk kebutuhan audit internal, pelaporan kepada regulator, serta referensi apabila terjadi sengketa di kemudian hari. Penutupan kasus klaim juga menjadi momentum bagi

perusahaan untuk mengevaluasi pengalaman nasabah dan mengidentifikasi area yang perlu ditingkatkan dari sisi pelayanan.

7. Evaluasi dan Umpan Balik Nasabah

Meski bukan bagian formal dalam prosedur klaim tradisional, tahapan evaluasi pascaklaim semakin dianggap penting. Perusahaan sebaiknya meminta umpan balik dari nasabah terkait pengalaman klaim mereka. *Feedback* ini berguna untuk meningkatkan sistem pelayanan, mengidentifikasi kendala komunikasi, serta mengukur kepuasan secara objektif. Evaluasi ini juga bisa menjadi dasar dalam penyesuaian SOP, pengembangan fitur digital, dan pelatihan petugas klaim secara berkala.

Dengan tahapan yang terstruktur dan dijalankan secara konsisten, perusahaan asuransi dapat membangun sistem klaim yang bukan hanya memenuhi regulasi dan kepentingan operasional, tetapi juga memperkuat hubungan emosional dan kepercayaan nasabah. Pengalaman klaim yang baik akan menjadikan nasabah sebagai agen promosi yang loyal, sementara pengalaman buruk akan menjadi titik lemah yang menyebar cepat melalui testimoni negatif. Maka, proses klaim harus dijaga bukan hanya sebagai kewajiban hukum, tetapi sebagai kesempatan membuktikan nilai sejati dari perlindungan asuransi.

13.5. Tugas dan Kewajiban Fungsi Klaim

Fungsi Klaim memiliki tugas dan kewajiban yang diatur baik oleh kebijakan internal perusahaan maupun regulasi industri. Berikut adalah beberapa tugas dan kewajiban utama bagian klaim sesuai best practices dan ketentuan yang berlaku:

1. Memastikan Kepatuhan terhadap Polis

Salah satu tugas paling mendasar dari fungsi klaim adalah memastikan bahwa setiap permintaan klaim diproses berdasarkan syarat dan ketentuan polis. Polis asuransi adalah kontrak hukum yang menjadi dasar hak dan kewajiban antara tertanggung dan penanggung. Oleh karena itu, semua keputusan klaim—baik yang disetujui maupun ditolak—harus selaras dengan ketentuan dalam dokumen polis, termasuk klausul jaminan, batas manfaat, pengecualian, ketentuan khusus, dan syarat tambahan. Ketidakpatuhan terhadap isi polis dapat menimbulkan sengketa dan risiko hukum, serta berdampak pada reputasi perusahaan.

Untuk itu, petugas klaim dituntut memahami setiap jenis produk asuransi yang ditanganinya secara komprehensif. Mereka harus mampu membaca dan menafsirkan isi polis secara tepat, serta mencocokkannya dengan fakta dan dokumen dari kejadian yang diklaim. Ketika terjadi ketidaksesuaian, petugas klaim perlu menelaah dengan seksama apakah hal tersebut merupakan ketidaktahuan nasabah, kekeliruan dalam pemasaran, atau cacat administratif yang dilakukan pihak perusahaan. Dengan demikian, tanggung jawab ini bukan sekadar menjalankan prosedur, tetapi juga menjunjung prinsip keadilan dalam penerapan kontrak asuransi.

2. Verifikasi dan Validasi Keabsahan Klaim

Tugas kedua dari bagian klaim adalah melakukan proses verifikasi dan validasi terhadap klaim yang diajukan. Verifikasi mencakup pemeriksaan status polis (aktif atau lapse), status pembayaran premi, waktu kejadian

dibandingkan masa pertanggungan, serta jenis risiko yang diklaim—apakah termasuk dalam jaminan polis atau pengecualian. Validasi melibatkan pengecekan keabsahan dokumen dan kelengkapan informasi untuk memastikan klaim diajukan oleh pihak yang sah dan atas peristiwa yang benar-benar terjadi. Proses ini menjadi filter pertama dalam menentukan apakah klaim layak diproses lebih lanjut.

Dalam pelaksanaannya, verifikasi tidak boleh dilakukan secara kaku atau hanya berdasarkan daftar ceklis, melainkan dengan pendekatan analitis dan kontekstual. Misalnya, petugas klaim harus bisa membedakan mana informasi yang substansial dan mana yang bersifat administratif. Jika terjadi kekurangan dokumen yang dapat dilengkapi, maka sebaiknya dilakukan pendampingan, bukan serta-merta penolakan. Pendekatan ini menjaga keseimbangan antara perlindungan terhadap perusahaan dari potensi *fraud* dan pelayanan yang layak bagi tertanggung yang jujur.

3. Memberikan Pelayanan yang Efisien dan Adil

Fungsi klaim harus mengedepankan prinsip efisiensi dan keadilan dalam melayani nasabah. Efisien berarti menjalankan proses klaim dengan cepat dan tepat, tanpa penundaan yang tidak perlu. Proses yang berbelit-belit tidak hanya menurunkan kepuasan nasabah, tetapi juga menambah beban kerja internal yang tidak produktif. Di sisi lain, adil berarti memperlakukan setiap klaim secara objektif dan proporsional, tidak diskriminatif, dan berdasarkan data serta ketentuan polis yang berlaku. Keseimbangan antara kecepatan dan ketepatan menjadi tolok ukur profesionalisme tim klaim.

Pelayanan yang adil juga mencakup aspek komunikasi. Nasabah berhak mengetahui status klaim mereka secara transparan dan dalam bahasa yang mudah dipahami. Petugas klaim perlu menjelaskan prosedur, dokumen yang diperlukan, serta hasil evaluasi secara terbuka. Dalam hal klaim ditolak, penjelasan harus disampaikan dengan empati dan logika yang bisa diterima, disertai rujukan pada pasal atau klausul yang relevan. Dengan komunikasi yang terbuka dan manusiawi, proses klaim akan lebih diterima, bahkan ketika hasilnya tidak sesuai harapan nasabah.

4. Melakukan Pembayaran Klaim Tepat Waktu

Kewajiban utama yang tak dapat ditunda adalah melakukan pembayaran klaim tepat waktu setelah klaim disetujui. Regulasi dari Otoritas Jasa Keuangan, khususnya Pasal 55 POJK 36 Tahun 2024, mewajibkan perusahaan asuransi membayar klaim paling lambat 30 hari kerja sejak tercapainya kesepakatan jumlah klaim. Keterlambatan pembayaran tidak hanya melanggar aturan, tetapi juga menimbulkan *distrust* dari nasabah yang sudah berharap pada bantuan dana sesegera mungkin untuk pemulihan kerugian atau kelangsungan hidup.

Pembayaran tepat waktu juga mencerminkan integritas perusahaan dalam menepati janji. Oleh karena itu, bagian klaim harus memiliki sistem manajemen waktu dan monitoring yang baik, termasuk eskalasi ke manajemen jika pembayaran terancam terlambat. Setiap proses administrasi internal seperti pencairan dana, approval keuangan, atau validasi data rekening, harus berjalan tanpa hambatan. Ketika sistem pembayaran berjalan mulus, maka perusahaan tidak hanya mematuhi regulasi, tetapi juga

membangun reputasi sebagai entitas yang dapat dipercaya dalam krisis.

5. Pendokumentasian dan Pelaporan yang Tertib

Dokumentasi yang rapi dan menyeluruh adalah fondasi dari proses klaim yang profesional dan akuntabel. Setiap klaim, baik yang dibayar, ditolak, maupun yang masih dalam proses, harus memiliki rekam jejak lengkap mulai dari laporan awal, formulir, bukti dokumen, hasil verifikasi, hingga keputusan dan pembayaran. Dokumentasi ini penting untuk keperluan audit internal dan eksternal, serta sebagai bahan pembelajaran dan pembuktian jika terjadi sengketa di kemudian hari.

Selain itu, bagian klaim memiliki kewajiban menyusun laporan statistik klaim kepada manajemen dan regulator, termasuk OJK. Laporan ini mencakup jumlah klaim masuk, rasio klaim disetujui atau ditolak, waktu penyelesaian rata-rata, serta jumlah total klaim yang dibayarkan. Data ini menjadi indikator penting dalam mengukur kinerja operasional perusahaan, kecukupan cadangan teknis, hingga potensi risiko portofolio. Dengan dokumentasi dan pelaporan yang kuat, perusahaan dapat menunjukkan transparansi dan kesiapan untuk diaudit kapan saja.

6. Mematuhi Ketentuan Hukum dan Regulasi

Seluruh proses klaim harus berjalan dalam kerangka hukum yang berlaku. Selain aturan internal, petugas klaim harus memahami dan mengikuti berbagai regulasi eksternal yang relevan, seperti POJK, SEOJK, serta peraturan perundang-undangan terkait perlindungan konsumen dan data pribadi. Ketidakpatuhan terhadap regulasi dapat

berakibat fatal, mulai dari sanksi administratif, tuntutan hukum, hingga pencabutan izin usaha perusahaan. Oleh karena itu, pemahaman hukum menjadi bagian penting dalam pengembangan kompetensi petugas klaim.

Regulasi juga mewajibkan perusahaan memberikan penjelasan tertulis atas klaim yang ditolak, serta menyediakan kanal pengaduan bagi nasabah yang tidak puas terhadap hasil klaim. Mekanisme ini memberikan jaminan keadilan dan memperkuat akuntabilitas perusahaan. Fungsi klaim tidak boleh melihat peraturan sebagai beban, melainkan sebagai pedoman kerja yang menjaga kredibilitas perusahaan di mata regulator, nasabah, dan publik luas.

7. Menjaga Prinsip *Utmost Good Faith*

Prinsip *utmost good faith* (itikad baik) tidak hanya berlaku saat pembentukan kontrak asuransi, tetapi juga saat penyelesaian klaim. Petugas klaim harus mengedepankan kejujuran, objektivitas, dan niat baik dalam setiap langkah proses klaim. Klaim yang valid tidak boleh ditolak dengan alasan yang dicari-cari, dan dalam kasus ambigu, penyelesaian harus berpihak pada keadilan. Penolakan yang tidak beralasan atau manipulatif adalah pelanggaran terhadap prinsip ini dan dapat berujung pada sengketa hukum atau sanksi etika.

Itikad baik juga berarti memberikan nasabah kesempatan yang wajar untuk melengkapi dokumen atau menjelaskan situasi mereka, bukan serta-merta menolak klaim karena kekurangan administratif. Petugas klaim harus menilai substansi dan konteks, serta tidak bersikap kaku atau defensif. Dengan menjaga prinsip ini, bagian klaim

menjadi wajah integritas perusahaan asuransi, yang tidak hanya mencari keuntungan tetapi juga memenuhi tanggung jawab moral kepada nasabah.

8. Menjaga Kerahasiaan dan Keamanan Data Nasabah

Fungsi klaim seringkali berurusan dengan data pribadi yang sangat sensitif, seperti riwayat medis, data keuangan, hingga dokumen identitas. Oleh karena itu, menjaga kerahasiaan dan keamanan data merupakan kewajiban mutlak. Dalam konteks Undang-Undang Perlindungan Data Pribadi (UU PDP) yang mulai berlaku secara efektif, pelanggaran terhadap privasi data dapat berakibat sanksi hukum dan gugatan perdata yang berat. Bagian klaim harus membatasi akses data hanya kepada pihak yang berwenang dan menyimpan seluruh informasi dengan sistem yang aman.

Selain keamanan teknis, aspek etika juga penting. Petugas klaim harus menjaga integritas dalam memperlakukan informasi nasabah, tidak menyebarkan informasi kepada pihak luar, serta tidak menggunakan data untuk kepentingan pribadi atau pihak lain. Kebocoran data atau penyalahgunaan informasi akan merusak kepercayaan yang menjadi pondasi bisnis asuransi. Maka, edukasi internal dan sistem kontrol akses menjadi langkah wajib untuk memastikan bahwa data nasabah benar-benar terlindungi dalam setiap proses klaim.

13.6. Prinsip Dasar Penilaian Klaim

Dalam menilai dan memutuskan suatu klaim, perusahaan asuransi pada dasarnya berpegang pada beberapa prinsip dasar. Tiga prinsip utama penilaian klaim yaitu:

Dengan senang hati. Berikut penulisan ulang untuk 13.6 Prinsip Dasar Penilaian Klaim, dengan masing-masing prinsip dijelaskan dalam tiga paragraf secara mendalam, logis, dan disertai analogi agar mudah dipahami oleh pembaca awam:

1. Polis Aktif dan Premi Lunas

Sebelum sebuah klaim dapat dinilai lebih jauh, hal paling mendasar yang harus dipastikan adalah bahwa polis asuransi dalam keadaan aktif pada saat kejadian. Polis aktif artinya tidak dalam kondisi lapse atau batal karena premi belum dibayar, dan masih berada dalam masa pertanggungan yang tercantum dalam kontrak. Sama halnya seperti seseorang yang ingin menggunakan tiket kereta api—tiket tersebut hanya berlaku pada jadwal yang telah ditentukan. Jika masa berlaku tiket sudah lewat atau belum dibayar, maka tiket tersebut tidak bisa digunakan. Demikian pula, perlindungan dalam polis asuransi hanya berlaku selama premi dibayar tepat waktu dan polis dalam kondisi aktif.

Premi adalah harga yang dibayarkan oleh tertanggung sebagai “harga proteksi” yang diberikan oleh perusahaan asuransi. Bila premi belum dibayar, atau dibayar melewati masa tenggang yang ditetapkan (biasanya 30 hari), maka secara hukum dan kontrak, tidak ada kewajiban dari pihak perusahaan untuk menanggung risiko. Ini sejalan dengan prinsip resiprokal (timbang balik) dalam asuransi—tidak mungkin ada manfaat tanpa kewajiban yang terpenuhi. Jika klaim diajukan saat polis tidak aktif, maka perusahaan berhak menolak permintaan tersebut, karena hubungan

hukum antara penanggung dan tertanggung tidak sedang berlaku.

Sebagai ilustrasi sederhana: bayangkan seseorang yang mendaftarkan mobilnya ke tempat parkir berbayar bulanan. Jika ia lupa membayar biaya bulanan, dan mobilnya hilang dari area parkir pada saat langganannya tidak aktif, maka pengelola parkir tidak bisa diminta tanggung jawab atas kehilangan tersebut. Hal yang sama berlaku dalam asuransi. Perlindungan hanya diberikan selama hubungan kontraktual berjalan dengan sah, yaitu selama premi dibayar dan polis aktif.

2. Risiko Dijamin dalam Polis (Bukan Termasuk Pengecualian)

Prinsip kedua adalah bahwa kejadian atau penyebab kerugian yang diklaim harus termasuk dalam risiko yang dijamin oleh polis, dan bukan termasuk dalam daftar pengecualian. Dalam setiap polis asuransi, tercantum secara eksplisit apa saja risiko yang ditanggung (*covered perils*) dan apa saja yang dikecualikan (*excluded perils*). Tujuannya agar ada batasan dan kejelasan sejak awal mengenai cakupan perlindungan. Misalnya, dalam asuransi kesehatan, penyakit bawaan (*pre-existing condition*) yang sudah diderita sebelum polis dimulai biasanya tidak dijamin, karena risiko tersebut sudah terjadi sebelum kontrak dimulai.

Pemeriksaan terhadap jenis risiko ini sangat penting karena menyangkut komitmen kontrak yang disepakati sejak awal. Petugas klaim akan menilai apakah kronologi kejadian sesuai dengan peristiwa yang dijamin. Misalnya, dalam polis asuransi kendaraan, kerusakan akibat kecelakaan lalu lintas mungkin dijamin, tetapi kerusakan akibat balapan liar

atau perbuatan sengaja justru dikecualikan. Jika risiko yang menyebabkan klaim termasuk dalam daftar pengecualian, maka klaim tidak dapat dibayarkan, meskipun kerugian yang dialami nyata. Kejelasan ini penting agar perusahaan tidak menanggung risiko yang tidak disepakati, dan tertanggung pun tahu sejak awal batas perlindungan yang dimilikinya.

Analoginya, bila seseorang memiliki polis asuransi kebakaran rumah, maka perlindungan hanya berlaku untuk kebakaran akibat listrik korslet atau lilin yang jatuh, namun tidak untuk kebakaran yang disengaja atau akibat ledakan bom. Ini seperti restoran yang menyediakan layanan antar makanan untuk area tertentu saja—kalau alamat pengiriman di luar jangkauan, restoran tidak berkewajiban mengantarkan, meskipun makanan tersedia dan pelanggan sanggup membayar. Prinsip ini menjaga keseimbangan antara manfaat dan risiko yang layak ditanggung oleh perusahaan asuransi.

3. Kerugian yang Dialami Nyata dan Wajar

Prinsip ketiga dalam menilai klaim adalah bahwa kerugian yang diajukan harus benar-benar terjadi (nyata) dan jumlah klaimnya masuk akal (wajar), sesuai dengan nilai pertanggungan dalam polis. Petugas klaim tidak hanya memastikan bahwa kejadian terjadi, tetapi juga bahwa nilai kerugian yang diminta sebanding dengan bukti dan estimasi yang ada. Ini mencerminkan prinsip *indemnity*, yaitu bahwa asuransi bertujuan untuk mengembalikan kondisi keuangan tertanggung ke posisi sebelum kejadian, bukan untuk mencari keuntungan dari musibah. Oleh karena itu, bukti kerugian seperti tagihan, foto, laporan taksiran bengkel, atau kuitansi sangat penting untuk menghindari klaim yang dilebih-lebihkan (*inflated claims*) atau bahkan fiktif.

Klaim yang tidak proporsional bisa terjadi karena kurangnya pemahaman atau—dalam kasus ekstrem—niat menipu. Misalnya, seseorang mungkin mengklaim biaya pengobatan lebih tinggi dari tagihan sebenarnya, atau menyatakan seluruh isi rumah hilang karena kebakaran padahal hanya satu ruangan yang terdampak. Tugas bagian klaim adalah mengidentifikasi dan membandingkan antara bukti yang ada dan nilai klaim yang diminta. Di sinilah peran petugas survei atau *loss adjuster* menjadi penting untuk mengevaluasi secara objektif nilai kerugian yang sesungguhnya.

Sebagai analogi, bayangkan seseorang yang membeli polis asuransi untuk *handphone* senilai Rp5 juta. Jika *handphone* rusak karena jatuh, maka klaim maksimal yang layak dibayar adalah biaya perbaikan atau penggantian yang nilainya tidak melebihi harga pasar. Jika orang tersebut mengajukan klaim Rp10 juta, jelas tidak wajar dan tidak dapat dibenarkan. Asuransi bukanlah sarana mencari keuntungan, tetapi bentuk perlindungan agar kerugian yang terjadi tidak mengguncang kondisi keuangan tertanggung secara drastis. Maka klaim harus tetap berpegang pada kenyataan dan prinsip kewajaran.

Kesimpulan Umum

Ketiga prinsip di atas—polisi aktif dan premi lunas, risiko dijamin oleh polis, dan kerugian yang nyata dan wajar—adalah fondasi utama penilaian klaim yang adil dan profesional. Prinsip-prinsip ini memberikan kerangka kerja yang objektif bagi petugas klaim, sekaligus perlindungan bagi tertanggung agar haknya tidak diabaikan. Selama prinsip ini terpenuhi, perusahaan asuransi berkewajiban moral dan hukum untuk membayar klaim

yang diajukan.

Penting untuk dipahami bahwa petugas klaim tidak boleh mengulang proses seleksi risiko (*underwriting*) ketika klaim diajukan, sebab proses itu telah dilakukan sebelumnya saat polis disetujui. Setelah polis berlaku dan premi diterima, maka perusahaan harus bertanggung jawab sesuai perjanjian. Mencari-cari alasan untuk membatalkan polis atau menghindari kewajiban membayar klaim adalah tindakan yang mencederai asas keadilan dan prinsip *utmost good faith* yang menjadi roh dalam kontrak asuransi.

Dengan menjadikan tiga prinsip penilaian klaim ini sebagai panduan, perusahaan dapat menjaga integritas, efisiensi, dan kepercayaan dalam memberikan layanan. Nasabah yang merasa diperlakukan adil akan menjadi pelanggan loyal dan menjadi duta positif bagi perusahaan. Sementara itu, perusahaan pun terlindung dari pembayaran yang tidak seharusnya. Di sinilah titik temu antara tanggung jawab profesional dan pelayanan yang manusiawi dalam industri perasuransian.

13.7. Penanganan Kesalahan Pemasaran/ *Underwriting*

Dalam praktik, bisa terjadi situasi di mana kesalahan atau kelalaian pada tahap pemasaran atau *underwriting* baru terungkap saat pengajuan klaim. Contohnya: agen asuransi mungkin keliru menjanjikan suatu kondisi akan ditanggung padahal polis standar mengecualikannya; atau petugas *underwriting* mungkin melewatkan informasi penting saat evaluasi risiko. Bagaimana klaim ditangani jika kasus seperti ini terjadi?

Prinsip utamanya adalah tidak membebankan kesalahan internal perusahaan kepada nasabah. Jika kesalahan pada proses awal terbukti merugikan tertanggung, perusahaan harus memikul tanggung jawab atas dampaknya. Berikut beberapa skenario dan penanganannya:

1. Misrepresentasi oleh Agen

Dalam banyak kasus, agen pemasaran berperan sebagai perwakilan pertama perusahaan kepada calon nasabah. Oleh karena itu, ucapan, janji, atau pernyataan agen sering kali dianggap sebagai cerminan dari komitmen perusahaan itu sendiri. Namun tidak jarang terjadi misrepresentasi—baik karena kurangnya pemahaman agen terhadap produk, atau karena keinginan untuk menjual polis dengan cara yang cepat dan mudah. Misalnya, agen mungkin menjanjikan bahwa penyakit tertentu akan dijamin, padahal dalam ketentuan polis yang sebenarnya, penyakit tersebut justru dikecualikan. Saat klaim diajukan, nasabah kecewa karena manfaat yang dijanjikan tidak tersedia.

Secara hukum, kontrak asuransi yang sah adalah polis tertulis. Namun, dari perspektif pelayanan dan etika bisnis, nasabah berhak mendapatkan perlakuan adil jika mereka dipengaruhi oleh informasi keliru yang disampaikan oleh agen. Dalam praktik internasional yang mengedepankan *fair treatment of customers*, perusahaan asuransi yang menemukan adanya misrepresentasi agen dalam proses penjualan biasanya akan memilih untuk tetap membayar klaim, meskipun secara ketat kontrak mendukung penolakan. Tindakan ini disebut *ex-gratia payment* atau pembayaran sebagai bentuk niat baik. Tujuannya bukan hanya menyelesaikan klaim, tetapi juga menghindari kerusakan reputasi dan potensi gugatan hukum dari nasabah.

Ilustrasinya seperti ini: seseorang membeli tiket konser dari seorang perantara (agen) yang mengatakan tiket tersebut sudah termasuk akses ke area VIP. Namun saat tiba di lokasi, panitia menyatakan bahwa tiketnya hanya berlaku untuk area reguler. Meskipun panitia tidak secara langsung menjual tiket itu, jika perantara tersebut memang terdaftar sebagai bagian dari penyelenggara, maka pihak penyelenggara tetap berkewajiban memberikan kompensasi kepada pembeli. Dalam kasus asuransi, perusahaan perlu mengambil sikap bertanggung jawab atas kesalahan agen yang bertindak atas nama mereka.

2. **Kekeliruan *Underwriting***

Kesalahan *underwriting* biasanya terjadi dalam bentuk kelalaian dalam mengevaluasi risiko atau ketidaktepatan dalam membaca data nasabah. Misalnya, dalam asuransi jiwa, jika terdapat kondisi medis serius yang seharusnya dideteksi dari hasil pemeriksaan atau wawancara, namun lolos tanpa analisis yang memadai, maka keputusan untuk menerima risiko menjadi tanggung jawab perusahaan. Ketika kemudian terjadi klaim atas kondisi tersebut, perusahaan tidak berhak menolak klaim dengan dalih bahwa risiko tidak layak sejak awal, karena proses seleksi dan penerbitan polis sepenuhnya berada di bawah kendali perusahaan.

Dalam prinsip asuransi yang sehat, keputusan *underwriting* bersifat final pada saat polis diterbitkan dan premi dibayarkan. Oleh karena itu, bagian klaim tidak boleh membatalkan manfaat polis secara sepihak atau menggugurkan pertanggungan hanya karena menemukan kesalahan *underwriting* yang terlambat terdeteksi. Kecuali terdapat indikasi penipuan oleh nasabah, maka polis yang

telah berlaku tetap harus dihormati. Kesalahan internal harus ditangani di tingkat manajemen, bukan dijadikan alasan untuk menghindari kewajiban pembayaran klaim.

Sebagai ilustrasi: seorang pelanggan memesan jasa katering dengan menyebutkan bahwa dia alergi terhadap kacang. Namun saat konfirmasi data, pihak katering tidak mencatat dengan benar, dan makanan tetap mengandung kacang. Ketika reaksi alergi terjadi, pihak katering tidak dapat menyalahkan pelanggan karena mereka sendiri yang lalai dalam memastikan data penting tercatat. Sama halnya dalam asuransi, jika ada kelalaian dalam menilai informasi medis saat penerbitan polis, maka perusahaan tidak dapat menolak klaim atas dasar informasi yang seharusnya sudah diperiksa sejak awal.

3. Polis Tidak Sesuai Kebutuhan (*Mis-selling*)

Salah satu tantangan besar dalam praktik pemasaran asuransi adalah potensi terjadinya *mis-selling*, yaitu saat nasabah membeli produk yang sebenarnya tidak sesuai dengan kebutuhannya karena kurangnya pemahaman atau karena diarahkan secara tidak tepat oleh pemasar. Contohnya, seseorang yang sebenarnya membutuhkan asuransi penyakit kritis malah disarankan membeli unit link murni investasi, atau nasabah yang membutuhkan perlindungan jiwa justru ditawarkan polis endowment dengan nilai manfaat kecil. Masalah muncul ketika terjadi klaim, namun jenis risiko yang dialami tidak ditanggung oleh polis tersebut.

Dalam kasus seperti ini, perusahaan mungkin memiliki dasar kontraktual untuk menolak klaim, karena memang polis tidak menjamin jenis risiko yang diklaim. Namun dari

sisi tanggung jawab etika dan perlindungan konsumen, perusahaan tetap perlu mengevaluasi lebih lanjut apakah terjadi kesalahan dalam proses penjualan. Jika terbukti bahwa nasabah telah disesatkan oleh rekomendasi agen atau tidak menerima penjelasan yang memadai, maka perusahaan sebaiknya mempertimbangkan solusi goodwill, misalnya dengan membayar sebagian klaim atau menawarkan produk baru dengan penyesuaian premi. Pendekatan ini tidak hanya menyelesaikan masalah, tetapi juga menunjukkan komitmen perusahaan untuk membela kepentingan konsumennya.

Bayangkan seseorang membeli sepatu dari toko berdasarkan saran penjual yang mengatakan sepatu itu cocok untuk *hiking*. Namun setelah dipakai di medan berbatu, sepatu tersebut rusak dan ternyata memang bukan dirancang untuk *hiking*. Walaupun pembeli tidak membaca spesifikasi produk, tanggung jawab tetap ada pada penjual yang menyarankan produk tersebut. Dalam dunia asuransi, ketika nasabah membeli berdasarkan rekomendasi agen yang keliru, maka tanggung jawab perusahaan tidak bisa diabaikan begitu saja. Tindakan proaktif dalam menyelesaikan kasus seperti ini justru memperkuat citra perusahaan sebagai mitra perlindungan yang terpercaya.

Kesimpulan Umum

Dalam semua kasus yang melibatkan kesalahan pemasaran atau *underwriting*, prinsip dasarnya adalah tidak membebankan kesalahan perusahaan kepada nasabah. industri perasuransian berdiri atas fondasi kepercayaan dan tanggung jawab. Mengakui kesalahan dan bertindak pro-nasabah dalam situasi abu-abu adalah bentuk pelayanan yang etis dan profesional. Bahkan

ketika hukum tidak mewajibkan, tindakan untuk tetap membayar atau menyelesaikan secara adil akan memberi nilai lebih jangka panjang bagi reputasi perusahaan.

Regulasi seperti POJK No. 6/POJK.07/2022 tentang Perlindungan Konsumen juga menekankan pentingnya itikad baik perusahaan dalam menyelesaikan sengketa dengan nasabah. Pendekatan berbasis empati dan penyelesaian win-win harus menjadi pedoman dalam menangani kesalahan internal. Di sisi lain, perusahaan juga wajib melakukan evaluasi dan perbaikan sistem: meningkatkan pelatihan agen, memperketat sistem *underwriting*, dan memperbaiki komunikasi produk kepada nasabah.

Akhirnya, cara perusahaan menangani klaim yang muncul dari kesalahan internal akan menjadi tolok ukur kualitas kepemimpinan, budaya pelayanan, dan keseriusan dalam membangun kepercayaan publik. Sebuah klaim yang diselesaikan dengan bijak dan adil akan menjadi cerita yang menyebar positif di pasar. Sebaliknya, satu klaim yang ditolak tanpa pertimbangan adil dapat merusak reputasi yang dibangun bertahun-tahun.

13.8. Kompetensi dan Integritas Tim Klaim

Menjalankan fungsi klaim yang baik menuntut kompetensi teknis tinggi sekaligus integritas moral yang kuat dari para petugas klaim. Berikut poin-poin penting terkait kompetensi dan integritas tim klaim:

1. Penguasaan Teknis

Kompetensi teknis adalah fondasi mutlak bagi petugas klaim dalam menjalankan tugas secara profesional

dan akurat. Mereka wajib memahami isi polis secara mendalam, termasuk terminologi khusus, klausul jaminan dan pengecualian, batasan manfaat, dan mekanisme ganti rugi. Tidak cukup hanya menghafal prosedur, petugas klaim juga harus memahami logika asuransi dan mampu menginterpretasikan perjanjian polis sesuai konteks setiap kasus. Untuk produk kesehatan atau jiwa, pengetahuan dasar medis sangat diperlukan, seperti pengertian diagnosis, kode *International Classification of Diseases* (ICD), dan istilah farmasi. Dalam asuransi umum, kemampuan menaksir kerugian dan mengenali struktur risiko teknis menjadi keahlian esensial.

Seiring dengan perkembangan industri, staf klaim juga harus tanggap terhadap perubahan regulasi dan tren risiko baru, termasuk *fraud* digital, integrasi data real-time, dan klaim berbasis sistem otomatis. Oleh karena itu, pelatihan berkelanjutan bukan hanya rekomendasi, tetapi kebutuhan yang harus difasilitasi perusahaan. Banyak perusahaan asuransi nasional dan multinasional mewajibkan sertifikasi profesi seperti AAIK (Ahli Asuransi Indonesia Kerugian) atau AAJI (Ahli Asuransi Jiwa Indonesia) sebagai prasyarat promosi dan pengakuan profesional. Sertifikasi ini tidak hanya meningkatkan kepercayaan diri individu, tetapi juga menjadi jaminan kualitas kepada pemegang polis.

Dalam literatur asuransi internasional, Vaughan & Vaughan (2014) menekankan bahwa salah satu kunci kelangsungan industri perasuransian adalah kualitas sumber daya manusianya, terutama mereka yang berada di posisi strategis seperti klaim. Kompetensi teknis memungkinkan penilaian klaim dilakukan dengan cepat,

adil, dan bertanggung jawab. Buku “Fundamentals of Risk and Insurance” menyebutkan bahwa keputusan klaim yang buruk sering kali bukan karena niat jahat, tetapi karena kurangnya pemahaman teknis yang memadai. Maka investasi dalam pengembangan kompetensi teknis adalah investasi jangka panjang bagi reputasi perusahaan.

2. Kemampuan Analisis dan Detil

Petugas klaim bekerja di tengah data, dokumen, dan informasi yang sering kali tumpang tindih atau tidak lengkap. Oleh karena itu, kemampuan analitis dan perhatian terhadap detil adalah keahlian kritis yang menentukan kualitas keputusan klaim. Seperti menyusun potongan puzzle, petugas klaim harus menghubungkan informasi dari laporan kejadian, isi polis, bukti kerugian, dan korespondensi dengan nasabah. Mereka harus jeli melihat inkonsistensi data, potensi duplikasi klaim, hingga indikator awal dari upaya penipuan.

Kesalahan kecil dalam menafsirkan satu klausul atau mengabaikan satu dokumen pendukung bisa berujung pada dua hal ekstrem: klaim valid yang ditolak (berisiko reputasi), atau klaim tidak sah yang dibayar (berisiko kerugian). Oleh karena itu, setiap rekomendasi klaim harus dapat dipertanggungjawabkan berdasarkan dokumentasi dan pertimbangan yang logis. Kemampuan untuk berpikir kritis, menyusun kronologi, dan memverifikasi setiap elemen informasi menjadi inti dari proses ini.

Studi oleh Bonafede dan Fagin (2008) dalam jurnal *The Journal of Insurance Operations* menegaskan bahwa proses klaim membutuhkan keseimbangan antara struktur prosedural dan intuisi berbasis pengalaman. Mereka

menyarankan bahwa perusahaan harus melatih staf klaim untuk menggunakan pendekatan investigatif yang sistematis namun fleksibel, agar tidak terjebak dalam proses administratif semata. Dengan pendekatan ini, kualitas keputusan meningkat, dan klaim yang kompleks dapat diselesaikan dengan efisiensi yang tinggi.

3. Keterampilan Komunikasi dan Empati

Mengelola klaim tidak hanya persoalan logika dan perhitungan, tetapi juga hubungan manusiawi. Nasabah yang mengajukan klaim umumnya berada dalam situasi rentan—mengalami musibah, sakit, kehilangan, atau trauma. Dalam konteks ini, petugas klaim harus memiliki keterampilan komunikasi yang efektif dan empatik. Mereka harus mampu menjelaskan proses klaim secara sederhana dan mudah dipahami (*layman's term*), serta memberikan panduan dengan nada yang menenangkan, bukan mengintimidasi.

Komunikasi yang buruk sering kali menjadi penyebab utama sengketa klaim, bukan substansi penolakan itu sendiri. Ketika petugas klaim menjelaskan keputusan dengan jujur dan manusiawi, bahkan keputusan penolakan pun lebih bisa diterima. Empati juga berarti mendengarkan secara aktif, memahami perspektif nasabah, dan menghindari nada defensif. Seorang petugas klaim yang baik bukan hanya menjalankan prosedur, tetapi juga membangun rasa aman dan dihargai bagi nasabah yang sedang berada dalam tekanan.

Menurut buku *Insurance Claims: A Comprehensive Guide* oleh Malcolm Hyde (2018), salah satu indikator pelayanan klaim yang berhasil adalah sejauh mana

nasabah merasa dipahami dan didampingi selama proses klaim. Hyde menekankan pentingnya pelatihan komunikasi interpersonal dalam program pengembangan staf klaim, termasuk simulasi menghadapi nasabah yang emosional atau frustrasi. Keterampilan ini tidak muncul secara alami, tetapi dapat dibangun melalui pelatihan, role play, dan refleksi kasus.

4. Integritas dan Etika Tinggi

Fungsi klaim sangat dekat dengan risiko penyimpangan moral. Karena mengelola proses pembayaran dan memiliki wewenang administratif yang besar, petugas klaim menjadi sasaran godaan dari luar maupun dari dalam. Praktik seperti menerima “uang pelicin” dari nasabah, menjalin kolusi dengan bengkel atau rumah sakit, atau menyetujui klaim palsu demi komisi adalah bentuk pelanggaran integritas yang merusak fondasi industri perasuransian. Oleh karena itu, integritas harus menjadi nilai utama dalam setiap kebijakan dan rekrutmen staf klaim.

Integritas tidak hanya berarti tidak korup, tetapi juga berarti berpegang pada prinsip keadilan, kejujuran, dan konsistensi dalam keputusan. Petugas klaim harus berani mengatakan “tidak” pada tekanan internal (misalnya dari manajemen atau pihak eksternal yang memiliki koneksi), serta tetap memperlakukan semua klaim berdasarkan merit dan data. Mereka juga harus menolak segala bentuk penghargaan dari nasabah, karena itu akan menimbulkan konflik kepentingan dan menurunkan objektivitas penilaian. Perusahaan wajib menumbuhkan budaya kerja yang mendorong pelaporan pelanggaran (*whistleblowing*) dan menerapkan kebijakan *zero tolerance* terhadap *fraud*.

Studi oleh Ferrell, Fraedrich & Ferrell (2021) dalam buku *Business Ethics: Ethical Decision Making & Cases* menekankan bahwa lembaga keuangan seperti perusahaan asuransi harus menjadikan etika bukan sekadar slogan, tetapi sistem nilai yang terintegrasi dalam SOP, reward system, dan sistem evaluasi karyawan. Dalam konteks klaim, ini berarti setiap keputusan harus dapat ditelusuri, diaudit, dan dipertanggungjawabkan secara etis dan hukum.

5. Akuntabilitas dan Pengawasan

Sebagai bagian dari fungsi penting dan berisiko tinggi, unit klaim harus dilengkapi dengan sistem pengawasan yang ketat dan jelas. Salah satu pendekatan umum yang efektif adalah sistem *maker-checker*, di mana satu petugas membuat rekomendasi dan petugas lain melakukan verifikasi sebelum keputusan akhir diambil. Selain itu, untuk klaim bernilai besar, keputusan harus melalui persetujuan berjenjang hingga level manajemen. Proses ini tidak hanya mencegah kesalahan individual, tetapi juga menjadi benteng terhadap kolusi dan manipulasi.

Akuntabilitas berarti bahwa setiap petugas bertanggung jawab penuh atas keputusan atau rekomendasi yang dibuatnya. Ia harus mampu menjelaskan dasar keputusannya jika diminta oleh auditor internal, regulator, atau bahkan pengadilan dalam sengketa klaim. Oleh karena itu, penting bagi perusahaan untuk menyimpan dokumentasi yang lengkap, mulai dari bukti pendukung klaim, catatan verifikasi, hasil investigasi, hingga korespondensi dengan nasabah. Audit rutin, baik internal maupun eksternal, harus menjadi bagian dari budaya kerja tim klaim.

Menurut Gough (2020) dalam bukunya *Claims Management in Insurance: Governance and Practice*, tata kelola klaim yang baik tidak hanya melindungi perusahaan dari *fraud*, tetapi juga memperkuat kepatuhan terhadap regulasi dan memperkecil risiko reputasi. Gough menegaskan bahwa perusahaan yang memiliki sistem pengawasan klaim yang ketat lebih siap menghadapi pengawasan dari otoritas dan lebih dipercaya oleh mitra reasuransi serta investor.

13.9. Kesalahan yang Umum Terjadi di Bagian Klaim

Meski telah ada prosedur dan pedoman, dalam praktek sering ditemui kesalahan umum di bagian klaim yang dapat menghambat pelayanan atau menimbulkan kerugian. Mengenali kesalahan-kesalahan ini penting agar dapat dihindari. Beberapa kesalahan umum tersebut antara lain:

1. Penanganan Terlambat (*Delay*)

Keterlambatan dalam penanganan klaim adalah bentuk kelalaian paling nyata dan paling sering dikeluhkan oleh nasabah. Proses klaim yang molor tanpa alasan jelas menimbulkan kesan bahwa perusahaan asuransi tidak memiliki niat baik untuk memenuhi kewajibannya. Padahal, sesuai POJK No. 36 Tahun 2024 Pasal 55, perusahaan wajib membayar klaim dalam waktu maksimal 30 hari kerja sejak tercapainya kesepakatan nilai klaim. Jika waktu tersebut dilanggar karena kelalaian internal, seperti lambatnya verifikasi dokumen atau menunggu keputusan supervisor tanpa alasan substansial, maka bukan hanya reputasi yang hancur, tetapi juga bisa berdampak pada sanksi administratif dari regulator.

Dampak dari keterlambatan ini lebih luas daripada sekadar ketidakpuasan nasabah. Dalam situasi bencana atau musibah pribadi, nasabah sangat menggantungkan kelangsungan hidupnya pada klaim yang dijanjikan. Ketika klaim ditunda, hal itu bisa mengakibatkan trauma psikologis tambahan, hilangnya penghasilan, atau bahkan kegagalan pemulihan finansial. Petugas klaim yang menunda proses tanpa alasan kuat sama saja menambah penderitaan nasabah. Penundaan ini juga bertentangan dengan filosofi asuransi sebagai instrumen pemulihan (*recovery mechanism*).

Menurut Hyde (2018), dalam *Insurance Claims: A Comprehensive Guide*, *delay* dalam klaim seringkali berasal dari buruknya manajemen waktu dan alur kerja yang tidak efisien. Hyde menekankan pentingnya penerapan SLA (*Service Level Agreement*) yang ketat, disertai penalti internal jika proses tidak memenuhi tenggat. Tanpa mekanisme kontrol waktu yang tegas, *delay* menjadi penyakit sistemik yang memperburuk kredibilitas perusahaan asuransi.

2. Kurangnya Komunikasi dengan Nasabah

Minimnya komunikasi selama proses klaim adalah kesalahan yang sering disepelekan namun sangat berdampak. Banyak petugas klaim membiarkan nasabah menunggu dalam ketidakpastian, tanpa kabar apakah klaim sedang diproses, disetujui, atau perlu dokumen tambahan. Ketika nasabah harus terus-menerus menghubungi perusahaan hanya untuk menanyakan status klaim, itu mencerminkan bahwa sistem komunikasi perusahaan berjalan satu arah, dan tidak proaktif. Padahal dalam situasi

krisis, komunikasi yang jujur dan rutin sangat dibutuhkan nasabah untuk menjaga harapan dan kepercayaan mereka.

Komunikasi bukan hanya tentang memberi informasi, tetapi juga tentang membangun transparansi dan kepercayaan. Ketika informasi tidak disampaikan dengan jelas dan terbuka, nasabah akan merasa dipermainkan. Bahkan jika klaim akhirnya dibayar, pengalaman buruk selama proses dapat membuat nasabah memutuskan untuk tidak lagi melanjutkan hubungan dengan perusahaan. Akibatnya, perusahaan kehilangan pelanggan bukan karena klaim ditolak, tetapi karena nasabah merasa diperlakukan sebagai angka, bukan sebagai manusia.

Dalam bukunya *Managing Insurance Claims*, L. Gough (2020) menyebut bahwa perusahaan asuransi yang unggul secara sistemik menempatkan komunikasi sebagai pilar utama proses klaim. Ini dilakukan melalui notifikasi berkala otomatis, saluran bantuan interaktif, hingga SOP komunikasi yang menetapkan tanggapan maksimal 1x24 jam. Tanpa standar komunikasi yang jelas, perusahaan membuka ruang frustrasi yang bisa dengan mudah diubah menjadi gugatan hukum atau pemberitaan negatif di media sosial.

3. Dokumentasi Tidak Rapi dan Tidak Lengkap

Kesalahan dokumentasi adalah akar dari banyak masalah dalam manajemen klaim. Dokumen yang hilang, tidak terdokumentasi dengan baik, atau tidak terdigitalisasi bisa menyebabkan kesulitan besar saat klaim diaudit atau dikaji ulang. Petugas klaim yang lalai menyimpan catatan investigasi, tidak mencantumkan korespondensi email penting, atau melewatkan formulir pengesahan supervisor, telah menciptakan celah yang bisa dimanfaatkan oleh pihak

internal atau eksternal yang berniat curang. Lebih dari itu, ketika terjadi sengketa klaim, kurangnya dokumentasi akan membuat posisi perusahaan menjadi lemah secara hukum.

Dalam proses klaim yang kompleks, semua tindakan dan keputusan harus dapat ditelusuri (*audit trail*). Apabila satu keputusan klaim tidak memiliki dasar dokumentasi yang kuat, maka perusahaan tidak dapat mempertanggungjawabkan keputusannya baik kepada nasabah maupun regulator. Di sinilah peran sistem manajemen dokumen elektronik menjadi penting, bukan hanya untuk efisiensi, tetapi juga sebagai alat kontrol risiko. Semua komunikasi, formulir, bukti kerugian, serta catatan analisis harus tersip dengan format baku dan mudah diakses.

Menurut Ferma & CEA (2015), salah satu indikator kekuatan fungsi klaim dalam *claims governance framework* adalah kedisiplinan dokumentasi. Dalam laporan bertajuk *Insurance Claims Best Practice*, mereka menyatakan bahwa 87% dari masalah klaim yang disengketakan bermula dari dokumentasi yang tidak lengkap atau tidak konsisten. Dengan dokumentasi yang rapi, perusahaan dapat menghindari potensi klaim palsu, *dispute* internal, dan gugatan nasabah.

4. Investigasi dan Evaluasi Kurang Cermat

Kesalahan dalam evaluasi klaim bisa terjadi ketika petugas klaim tidak melakukan investigasi dengan sungguh-sungguh atau cenderung bekerja terburu-buru tanpa menelaah seluruh bukti secara menyeluruh. Dalam praktiknya, hal ini dapat menyebabkan dua konsekuensi ekstrem: klaim fiktif dibayar yang merugikan keuangan perusahaan, atau klaim valid ditolak yang menyebabkan

nasabah kehilangan haknya dan berpotensi menimbulkan sengketa. Evaluasi klaim adalah proses kompleks yang menuntut kehati-hatian tinggi, karena satu kesalahan kecil dalam membaca kronologi kejadian atau memahami isi polis dapat menimbulkan efek domino yang mahal.

Kecerobohan dalam investigasi juga mencakup kegagalan mengenali tanda-tanda *fraud*, seperti pola klaim berulang, kerusakan yang tidak konsisten dengan kronologi, atau penggunaan dokumen yang diragukan. Banyak *fraud* berhasil lolos bukan karena penipuan yang terlalu canggih, melainkan karena kelengahan petugas klaim dalam memverifikasi informasi dasar. Sebaliknya, penolakan klaim yang seharusnya dibayar karena kesalahan interpretasi polis akan menyebabkan reputasi perusahaan hancur, terutama jika kasus tersebut viral atau disorot media.

Dalam jurnal *Journal of Insurance Fraud in Emerging Markets* (Sharma, 2020), disebutkan bahwa lebih dari 60% kasus *fraud* asuransi di pasar negara berkembang berhasil terjadi karena kegagalan awal dalam investigasi klaim. Sharma menekankan bahwa perusahaan harus membangun investigation mindset dalam budaya klaim mereka, termasuk dengan memberi pelatihan mendalam tentang tanda-tanda *fraud*, teknik wawancara, dan pemanfaatan data digital. Investigasi yang cermat bukan hanya untuk menolak klaim yang tidak layak, tetapi juga untuk memastikan klaim yang layak dibayar tanpa ragu.

5. Sikap Tidak Profesional dan Rendahnya Empati

Petugas klaim yang bertindak tanpa empati dan profesionalisme dapat merusak hubungan baik yang dibangun sejak awal antara nasabah dan perusahaan.

Saat klaim diajukan, nasabah biasanya sedang dalam kondisi emosional yang rentan—kehilangan orang tercinta, mengalami kerugian harta benda, atau mengalami cedera. Dalam kondisi tersebut, jika mereka diperlakukan secara sinis, tidak dihormati, atau bahkan disalahkan atas musibahnya, rasa kecewa yang muncul akan sangat dalam. Layanan yang buruk secara psikologis lebih membekas daripada penolakan klaim itu sendiri.

Sikap seperti memperlakukan klaim sebagai “budi baik” perusahaan, atau bersikap arogan seolah-olah perusahaan telah “bermurah hati” dengan membayar klaim, menunjukkan kurangnya pemahaman terhadap prinsip dasar asuransi. Asuransi adalah kontrak yang legal dan sah. Maka, pembayaran klaim bukanlah hadiah, tetapi pemenuhan kewajiban berdasarkan perjanjian. Setiap tindakan atau ucapan petugas yang merendahkan hak nasabah mencerminkan kegagalan etika pelayanan dan berpotensi merusak loyalitas jangka panjang nasabah.

Menurut survei yang dikutip dalam EY *Global Insurance Consumer Study* (2019), hampir 47% pemegang polis memutuskan untuk berpindah ke perusahaan lain hanya karena satu pengalaman buruk saat klaim—terlepas apakah klaim dibayar atau tidak. Survei ini menegaskan bahwa customer experience selama klaim adalah titik krusial yang tidak boleh dianggap remeh. Pelatihan etika komunikasi dan kesadaran emosional menjadi kebutuhan mutlak bagi tim klaim agar mereka tidak menjadi sumber frustrasi bagi nasabah.

6. Sikap yang Memperlambat dan Memersulit Nasabah

Beberapa petugas klaim secara sadar atau tidak menciptakan hambatan administratif yang berlebihan bagi nasabah. Hal ini terjadi misalnya dengan meminta dokumen yang tidak relevan, mengulang permintaan dokumen yang sama, atau mempersulit akses komunikasi dengan alasan birokrasi. Sikap ini bukan hanya mengganggu kenyamanan nasabah, tetapi bisa ditafsirkan sebagai taktik pasif-agresif untuk mengurangi klaim secara tidak langsung. Dalam praktiknya, ini adalah bentuk pengingkaran terhadap prinsip *service excellence* dan menciptakan pengalaman layanan yang merugikan.

Prinsip pelayanan prima dalam asuransi menekankan bahwa nasabah tidak seharusnya dipersulit untuk mendapatkan hak yang telah dijanjikan. Jika semua syarat dan bukti sudah terpenuhi, maka proses klaim harus dijalankan tanpa menunda atau menciptakan beban tambahan yang tidak esensial. Penundaan semacam ini—meski tidak melanggar secara eksplisit isi polis—merupakan pelanggaran terhadap semangat perlindungan konsumen dan dapat menjadi alasan bagi pengawas industri untuk melakukan audit dan evaluasi mendalam terhadap fungsi klaim.

Dalam laporan *Customer Friction Survey* oleh *Accenture* (2021), ditemukan bahwa proses klaim yang lamban dan penuh hambatan adalah penyebab utama rendahnya *Net Promoter Score* (NPS) perusahaan asuransi. Perusahaan yang cenderung mempersulit klaim justru menciptakan lebih banyak risiko reputasi daripada nilai ekonomis yang dihemat dari menunda pembayaran. Oleh

sebab itu, perusahaan harus mengevaluasi ulang SOP klaim untuk memastikan tidak ada elemen yang menghambat proses tanpa alasan yang sah.

7. Kolusi dengan Pihak Ketiga untuk Menolak Klaim

Salah satu bentuk kesalahan paling serius dalam penanganan klaim adalah bekerja sama dengan pihak ketiga, seperti *loss adjuster* atau konsultan eksternal, untuk mencari-cari kesalahan nasabah guna menolak klaim. Dalam situasi seperti ini, penyelidikan tidak dilakukan untuk mencari kebenaran objektif, melainkan untuk menemukan alasan apapun yang bisa digunakan sebagai dasar penolakan. Praktik semacam ini tidak hanya tidak etis, tetapi juga melanggar asas keadilan dan prinsip *utmost good faith* dalam kontrak asuransi.

Loss adjuster seharusnya berperan netral dan profesional dalam menilai klaim berdasarkan fakta dan kondisi lapangan. Namun, jika mereka diarahkan untuk berpihak demi kepentingan ekonomi perusahaan, maka kredibilitas sistem evaluasi klaim dipertanyakan. Dalam jangka panjang, praktik ini akan menciptakan *distrust* sistemik terhadap industri perasuransian dan mendorong nasabah untuk membawa sengketa ke jalur hukum atau media. Dalam ekosistem yang transparan, kolusi seperti ini tidak hanya merugikan nasabah, tetapi juga menurunkan integritas internal perusahaan.

Menurut karya Malcolm Hyde (2018), bentuk penyalahgunaan kolaborasi dengan *loss adjuster* adalah salah satu “*red flag*” dalam audit internal klaim. Dalam bukunya, Hyde menyebut bahwa perusahaan seharusnya menerapkan prinsip *checks and balances* antara fungsi

klaim dan pihak ketiga, termasuk pengawasan independen terhadap *loss adjusting*. Keputusan klaim tidak boleh berdasarkan tekanan komersial, melainkan harus didasarkan pada proses penilaian yang obyektif dan terbuka.

8. Mencari Kesalahan Nasabah saat Polis Diterbitkan untuk Menolak Klaim

Salah satu bentuk pengingkaran tanggung jawab yang paling merusak adalah ketika petugas klaim berupaya menggali kesalahan atau ketidaksempurnaan data nasabah saat penerbitan polis untuk digunakan sebagai alasan menolak klaim. Praktik ini sangat bertentangan dengan prinsip bahwa tanggung jawab verifikasi berada di tangan *underwriting*, bukan klaim. Jika polis sudah diterbitkan dan premi telah dibayar, maka perusahaan secara hukum dan moral telah menerima risiko tersebut—kecuali ditemukan penipuan nyata (*fraudulent misrepresentation*).

Mengungkit hal-hal yang seharusnya diklarifikasi pada saat penutupan asuransi untuk membatalkan kewajiban pembayaran klaim adalah bentuk retrospective *underwriting*, yang secara etika dilarang. Tugas fungsi klaim adalah menilai validitas klaim berdasarkan polis yang telah sah dan berjalan, bukan melakukan pembatalan kontrak sepihak. Jika perusahaan ingin membatalkan polis karena kesalahan material, maka hal itu harus dilakukan sebelum klaim diajukan, bukan sesudahnya. Menunda klaim hanya untuk mencari celah pembatalan adalah bentuk manipulasi pelayanan.

Menurut *Principles of Insurance Law* oleh Clarke (2017), kontrak asuransi bersifat *uberrima fidei*, yaitu mengandalkan kejujuran maksimal kedua pihak. Jika

kesalahan ada pada perusahaan saat *underwriting*, maka tanggung jawab berada di perusahaan, bukan nasabah. Clarke menegaskan bahwa proses klaim tidak boleh menjadi arena koreksi kesalahan masa lalu yang dilakukan perusahaan sendiri. Sebaliknya, perusahaan harus bertanggung jawab atas kelemahan sistemnya dan tetap memenuhi kewajiban jika kesalahan itu tidak disengaja oleh nasabah.

Kesalahan-kesalahan di atas perlu diantisipasi melalui training, SOP yang jelas, serta budaya kerja yang berorientasi layanan. Misalnya, menetapkan SLA (*Service Level Agreement*) untuk tiap tahap klaim, melakukan peer review keputusan klaim besar, dan mendapatkan umpan balik nasabah pasca klaim untuk evaluasi. Dengan menyadari potensi kesalahan umum, bagian klaim dapat terus memperbaiki diri dan menghindari jebakan yang sama.

13.10. Fungsi Audit dalam Proses Klaim

Pengawasan melalui audit merupakan elemen penting untuk menjamin kualitas dan kepatuhan proses klaim. Fungsi audit dapat dilakukan oleh Audit Internal perusahaan maupun oleh pihak eksternal (misalnya auditor independen atau pemeriksaan regulator). Adapun peran penting audit dalam klaim adalah sebagai berikut:

1. Memastikan Kepatuhan Prosedur

Audit klaim tidak semata mencari kesalahan, tetapi berperan sebagai alat koreksi dan pembelajaran terhadap kegagalan mematuhi prosedur yang seharusnya sudah baku. Setiap perusahaan asuransi umumnya memiliki SOP klaim yang disusun untuk menjamin konsistensi, akurasi,

dan akuntabilitas. Namun sayangnya, dalam praktik banyak SOP hanya menjadi dokumen formalitas. Petugas klaim seringkali mengambil jalan pintas karena tekanan volume kerja atau demi mengejar target penyelesaian klaim. Ketika proses validasi dilewati, persetujuan klaim tidak mengikuti struktur otorisasi, atau dokumen tidak diverifikasi, maka telah terjadi pelanggaran struktural yang berbahaya.

Audit internal menjadi mekanisme yang menembus batas kelaziman yang salah kaprah ini. Melalui teknik audit sampling, auditor menelusuri setiap langkah dari sejumlah klaim yang ditangani: apakah ada dokumen yang hilang, apakah semua tanda tangan otorisasi terpenuhi, dan apakah keputusan klaim benar-benar sesuai isi polis. Audit tidak hanya mencari pelanggaran, tetapi juga menyentuh area kelalaian sistemik—misalnya penolakan klaim tanpa surat resmi, atau klaim dibayar tanpa justifikasi tertulis. Ketika ini ditemukan, audit memberi rekomendasi bukan sekadar memperbaiki kasus per kasus, tetapi memperbaiki struktur budaya kerja.

Tidak ada alasan bagi fungsi klaim untuk mengabaikan prosedur yang telah disepakati. Jika kesalahan terus terjadi dan tidak disorot melalui audit, maka itu menandakan kelemahan manajemen. Dalam jangka panjang, perusahaan akan menanggung konsekuensinya: dari kesalahan keuangan, gugatan hukum, hingga kehilangan kepercayaan publik. Audit hadir bukan sebagai ancaman, tetapi sebagai koreksi atas kelalaian yang tidak perlu terjadi jika sistem dikawal dengan disiplin.

2. Mengidentifikasi Kesalahan dan Kelemahan

Audit bertindak sebagai cermin yang memperlihatkan wajah asli dari proses klaim yang berjalan di lapangan. Sering kali, manajemen hanya menerima laporan statistik klaim: jumlah klaim disetujui, waktu penyelesaian, dan nilai klaim dibayar. Namun di balik angka-angka itu, ada kesalahan-kesalahan berulang yang tidak terdeteksi kecuali melalui audit mendalam. Misalnya, ketidakcermatan dalam menilai dokumen, keputusan yang tidak melalui investigasi menyeluruh, atau petugas yang tidak mencatat kronologi kasus. Audit mengangkat semua ini ke permukaan dan memaksa manajemen melihat kenyataan apa adanya.

Kelemahan sistemik seperti dokumentasi buruk atau ketidaktahuan terhadap klausul polis tidak semestinya menjadi bagian dari rutinitas klaim. Namun sayangnya, banyak perusahaan baru menyadari ketika diaudit. Di sinilah nilai penting audit sebagai detektor kelemahan yang tersembunyi. Auditor eksternal biasanya datang dengan *common claims handling errors checklist*—daftar kesalahan umum yang secara industri telah terbukti merugikan perusahaan. Temuan audit ini kemudian menjadi dasar untuk pelatihan ulang, revisi SOP, atau rotasi staf klaim.

Kritiknya adalah: jika perusahaan menunggu audit untuk menyadari kelemahan yang sebenarnya sudah jelas terlihat, maka itu adalah bentuk pengabaian manajerial. Fungsi klaim harusnya secara internal memiliki sistem deteksi dini kesalahan, bukan menunggu catatan merah dari auditor. Namun karena tidak semua kesalahan dilaporkan oleh staf operasional (sering disembunyikan), maka

audit menjadi alat koreksi objektif yang menyelamatkan perusahaan dari kerusakan jangka panjang.

3. Pengendalian Fraud Internal dan Eksternal

Salah satu peran paling kritis audit adalah mendeteksi potensi *fraud*—baik dari dalam (*internal fraud*) maupun luar (*external fraud*). Dalam proses klaim, *fraud* bisa terjadi dalam bentuk manipulasi dokumen, kolusi dengan penyedia layanan (bengkel, rumah sakit), atau pengajuan klaim palsu oleh pihak luar. Namun lebih mengkhawatirkan adalah *fraud* yang melibatkan petugas klaim sendiri: menyetujui klaim fiktif, mengatur pencairan klaim kepada pihak tidak berhak, atau menerima gratifikasi untuk mempercepat klaim tertentu. Tanpa audit, praktik ini dapat berakar dan menjadi pola kejahatan sistemik.

Audit internal harus mampu membaca pola. Misalnya, jika satu petugas klaim secara konsisten menyetujui klaim dalam waktu jauh lebih cepat dari rekan lainnya tanpa dokumentasi lengkap, maka itu patut dicurigai. Demikian pula, jika ada klaim yang dilaporkan dua kali dengan kerugian yang hampir identik, audit harus mampu menandai kemungkinan *double claim*. Deteksi dini terhadap anomali menjadi bagian dari *early fraud* warning system yang dibangun melalui audit. Auditor yang kompeten akan menyusuri jejak digital, *log approval*, dan mencocokkan dengan waktu kerja untuk mencari celah manipulasi.

Tidak ada ruang toleransi terhadap *fraud* dalam klaim. Ketika audit menemukan indikasi kecurangan dan tidak ada tindakan dari manajemen, maka perusahaan secara kolektif ikut bersalah. Oleh karena itu, audit harus didukung oleh komitmen penuh dari manajemen untuk menindaklanjuti

hasilnya dengan investigasi dan sanksi. Di sinilah audit menjadi koreksi terhadap kelalaian fungsi pengawasan, dan menjadi benteng terakhir integritas perusahaan.

4. Menjamin Keteraturan Pencadangan dan Pelaporan Keuangan

Klaim yang diajukan tetapi belum dibayar harus dicatat sebagai liabilitas dalam neraca keuangan perusahaan, dikenal sebagai *claim reserve* atau cadangan klaim. Sayangnya, di banyak kasus, audit menemukan perusahaan tidak mencatat kewajiban ini secara akurat, baik karena kelemahan sistem informasi atau karena upaya untuk “mempercantik” laporan keuangan. Ini adalah pelanggaran berat terhadap prinsip akuntansi dan kehati-hatian. Fungsi klaim, yang menjadi sumber data pencadangan, bertanggung jawab langsung dalam memastikan akurasi ini.

Audit memastikan bahwa setiap klaim yang masih dalam proses sudah diakui sebagai *outstanding claim*, dan klaim yang telah dibayar sudah dikeluarkan dari cadangan. Ketidakteraturan dalam proses ini menyebabkan misstatement yang bisa memengaruhi keputusan investor, penjamin ulang (reasuransi), bahkan regulator. Jika klaim besar tidak dicadangkan, dan ternyata ditolak tanpa dasar yang kuat, maka ini tidak hanya salah dari sisi finansial tetapi juga dari sisi etik. Fungsi klaim seharusnya tidak bermain-main dengan data keuangan.

Literatur Insurance Accounting and Financial Reporting oleh Feldblum (2011) menekankan bahwa cadangan klaim adalah cerminan kewajiban moral dan hukum perusahaan kepada pemegang polis. Jika fungsi klaim gagal memberikan estimasi kewajiban yang wajar, maka audit akan menjadi alat

koreksi yang sangat tajam—karena menyangkut integritas keuangan perusahaan. Audit tidak boleh lunak terhadap ketidakteraturan ini, karena kesalahan pencadangan berarti perusahaan sedang menyembunyikan kenyataan dari publik dan regulator.

5. Kepatuhan terhadap Regulasi dan Standar Industri

Fungsi audit juga berfungsi memastikan bahwa penanganan klaim mematuhi hukum, regulasi OJK, dan standar pelayanan minimum. Di Indonesia, POJK No. 36 Tahun 2024 dan POJK No. 6/POJK.07/2022 tentang Perlindungan Konsumen mewajibkan perusahaan untuk menyelesaikan klaim tepat waktu, memberikan alasan tertulis atas penolakan, dan tidak mempersulit proses pencairan hak nasabah. Audit memverifikasi bahwa perusahaan tidak hanya memenuhi kewajiban administratif, tetapi juga menjaga kualitas proses yang adil dan transparan.

Audit eksternal bahkan dapat mencakup customer experience audit, termasuk survei kepuasan pascaklaim. Ini penting karena seringkali klaim yang “secara angka” dianggap sukses ternyata menyisakan rasa tidak puas di pihak nasabah. Hal ini disebabkan oleh komunikasi yang buruk, proses yang rumit, atau sikap petugas klaim yang tidak simpatik. Fungsi klaim harus memahami bahwa kepatuhan bukan hanya soal memenuhi tenggat waktu atau kelengkapan dokumen, tetapi juga menyangkut *how the service is delivered*.

Audit regulasi adalah alarm paling kuat bagi perusahaan. Ketika audit menunjukkan pola pelanggaran terhadap aturan OJK dan tidak ditindaklanjuti, maka OJK dapat memberikan sanksi berupa denda, penghentian

produk, hingga pencabutan izin usaha. Maka dari itu, fungsi klaim harus menyadari bahwa audit bukan sekadar laporan tahunan, tetapi mekanisme koreksi terhadap semua kesalahan yang seharusnya tidak perlu terjadi—jika fungsi klaim dijalankan secara benar sejak awal.

Dengan demikian, fungsi audit bertindak sebagai mekanisme kontrol kualitas dan akuntabilitas bagi fungsi klaim. Hasil audit biasanya disampaikan ke manajemen puncak dan komite audit, sehingga manajemen dapat mengetahui efektivitas penanganan klaim di lapangan. Rekomendasi dari audit harus ditindaklanjuti, misalnya perbaikan SOP atau penegakan disiplin, agar proses klaim terus membaik. Bagi perusahaan asuransi, audit yang kuat akan membantu menjaga integritas proses klaim, melindungi perusahaan dari kerugian yang tidak perlu, dan memastikan nasabah diperlakukan secara adil sesuai aturan.

13.11. Kolaborasi Antar Fungsi (Klaim, *Underwriting*, dan Pemasaran)

Kolaborasi dan koordinasi yang baik antar berbagai fungsi di perusahaan asuransi merupakan kunci pelayanan prima secara keseluruhan. Secara khusus, bagian Klaim, *Underwriting*, dan Pemasaran harus saling bekerja sama erat, meskipun ketiganya punya fokus yang berbeda-beda. Pentingnya koordinasi ini dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Kolaborasi antara Fungsi Klaim dan *Underwriting*

Fungsi *underwriting* dan klaim memiliki peran yang sangat berbeda dalam siklus asuransi. *Underwriting* berada di tahap awal—menilai, menyaring, dan menerima risiko

dengan menetapkan syarat dan ketentuan dalam polis. Sementara itu, klaim beroperasi di ujung siklus, saat risiko tersebut benar-benar terjadi. Ketika hubungan antara keduanya tidak terjalin baik, sering muncul ketegangan. Misalnya, petugas klaim bisa mempertanyakan mengapa risiko tinggi seperti itu bisa diterima sejak awal, sementara *underwriter* mungkin merasa klaim terlalu longgar dalam membayar manfaat. Jika tidak dikomunikasikan secara terbuka, perbedaan sudut pandang ini bisa berubah menjadi sikap saling menyalahkan antar departemen.

Untuk menghindari hal tersebut, diperlukan komunikasi dua arah yang aktif antara klaim dan *underwriting*. *Underwriter* dapat memberikan informasi kepada klaim terkait polis-polis khusus yang memiliki risiko lebih tinggi atau klausul tidak lazim, agar tim klaim lebih siap dan teliti dalam memverifikasi saat klaim diajukan. Sebaliknya, bagian klaim dapat memberikan *feedback* berupa tren klaim aktual, titik lemah dalam *wording* polis, atau jenis risiko yang sering menimbulkan *dispute*. Kolaborasi ini menjadikan kedua fungsi saling belajar dan memperbaiki proses secara berkelanjutan. Dalam beberapa kasus, tim klaim bahkan dilibatkan dalam penyusunan *wording* polis untuk memastikan bahwa istilah yang digunakan jelas dan tidak membingungkan saat ditafsirkan dalam situasi nyata.

Jika sinergi ini terwujud, maka produk asuransi yang ditawarkan akan lebih realistis, dan proses klaimnya akan lebih lancar. Sebagai contoh konkret, apabila klaim mengamati bahwa banyak penolakan terjadi akibat pengecualian yang tidak dipahami nasabah, maka *underwriting* bisa memperjelas pengecualian tersebut atau

menyesuaikan premi agar risiko tersebut dapat ditanggung. Kolaborasi ini akan menghindarkan perusahaan dari tuntutan hukum dan menjaga reputasi karena masing-masing fungsi tidak bekerja dalam silo, tetapi menyadari bahwa tujuan akhir mereka sama: perlindungan dan kepuasan nasabah.

2. Kolaborasi antara Fungsi Klaim dan Pemasaran/ Penjualan

Hubungan antara klaim dan pemasaran juga sangat penting, karena fungsi pemasaran adalah wajah perusahaan di mata nasabah, dan klaim adalah saat “janji pemasaran” diuji. Banyak konflik antara nasabah dan perusahaan terjadi bukan karena penolakan klaim itu sendiri, melainkan karena perbedaan ekspektasi yang dibentuk saat penjualan. Agen atau tim pemasaran kadang tergoda menjual secara berlebihan (*over-promise*) atau tidak menjelaskan secara lengkap batas jaminan dalam polis, sehingga nasabah mengira semua risiko akan dijamin. Ketika klaim ditolak karena memang di luar cakupan, nasabah merasa dibohongi, padahal kesalahan ada pada komunikasi saat penjualan.

Kolaborasi dapat dibangun jika bagian klaim rutin memberi umpan balik kepada tim pemasaran mengenai jenis-jenis klaim yang paling sering ditolak dan penyebabnya. Informasi ini akan sangat berharga untuk mengedukasi agen di lapangan agar dapat menyampaikan informasi produk dengan jujur dan tepat. Sebaliknya, ketika klaim diajukan dan nasabah merasa kebingungan, agen atau tenaga pemasaran seharusnya tidak lepas tangan. Mereka dapat membantu menjembatani komunikasi dengan petugas klaim, mendampingi nasabah mengumpulkan dokumen, atau memberi penjelasan kronologi yang lebih utuh.

Kolaborasi ini menjadikan nasabah merasa “dilayani oleh satu perusahaan yang terintegrasi”, bukan berpindah-pindah antar bagian. Nasabah tidak peduli siapa yang bertanggung jawab di internal, mereka hanya ingin proses berjalan lancar. Oleh karena itu, pemasaran dan klaim perlu menyepakati SOP kerja bersama, khususnya untuk nasabah prioritas atau kasus kompleks. Agen juga dapat bertindak sebagai perwakilan nasabah untuk menyuarakan keluhan pascaklaim, yang bisa menjadi bahan evaluasi bagi manajemen untuk memperbaiki alur klaim di masa depan.

3. Sinergi Tiga Fungsi untuk Layanan Prima

Sinergi antara klaim, *underwriting*, dan pemasaran harus dibangun atas dasar kesadaran bahwa ketiganya tidak berdiri sendiri, tetapi merupakan satu kesatuan siklus layanan. *Underwriting* yang tidak memahami realitas klaim bisa membuat produk yang tidak aplikatif; klaim yang tidak tahu niat awal *underwriting* bisa salah menafsirkan batas tanggung jawab; pemasaran yang tidak mengetahui tantangan di bagian klaim bisa menjual secara sembarangan. Maka, jika tidak ada forum komunikasi rutin antar fungsi, setiap unit akan bekerja berdasarkan perspektif sempit dan menghasilkan keputusan yang tidak selaras satu sama lain.

Untuk menjembatani perbedaan ini, banyak perusahaan asuransi progresif membentuk forum koordinasi lintas divisi—misalnya rapat triwulanan yang melibatkan klaim, *underwriting*, aktuaria, pemasaran, bahkan teknologi informasi. Dalam pertemuan ini, data tren klaim dibagikan, kasus yang menimbulkan *dispute* dianalisis bersama, dan penyempurnaan *wording* polis dibahas berdasarkan pengalaman nyata. Ketika semua fungsi duduk bersama,

akan tercipta pemahaman lintas disiplin yang memperkaya kebijakan perusahaan dan menyempurnakan alur pelayanan dari hulu ke hilir.

Sebagai contoh konkret: jika klaim melaporkan bahwa 30% penolakan berasal dari satu pengecualian spesifik, maka pemasaran bisa menegaskan itu dalam brosur penjualan agar ekspektasi nasabah tidak salah. *Underwriting* pun bisa mengevaluasi apakah pengecualian itu masih relevan atau perlu dihapuskan dengan penyesuaian tarif. Inisiatif semacam ini menjadikan semua fungsi sebagai bagian dari customer journey, bukan sekadar unit operasional. Dengan sinergi ini, perusahaan bukan hanya lebih efisien, tetapi juga lebih dihormati karena terlihat konsisten dalam janji, pelayanan, dan penyelesaian risiko.

Kesimpulan Umum

Pada akhirnya, sinergi antarfungsi adalah prasyarat bagi keberhasilan perusahaan asuransi dalam jangka panjang. Klaim, *underwriting*, dan pemasaran tidak boleh saling menyalahkan atau bekerja sendiri-sendiri, karena kegagalan satu fungsi akan merusak keseluruhan pengalaman nasabah. Nasabah tidak tahu, dan tidak perlu tahu, siapa yang salah di dalam perusahaan. Yang mereka lihat adalah nama perusahaan yang gagal memenuhi janji.

Sebaliknya, jika semua fungsi saling mendukung dan terbuka terhadap masukan, maka produk yang ditawarkan akan lebih akurat, proses klaim lebih mulus, dan kepuasan nasabah meningkat. Kolaborasi bukan sekadar soal koordinasi teknis, tapi juga budaya organisasi yang mengutamakan pelayanan utuh. Dengan menumbuhkan budaya lintas fungsi, perusahaan

asuransi membangun ekosistem kerja yang adaptif, efisien, dan berorientasi jangka panjang.



13.12. Pencegahan dan Deteksi *Fraud* dalam Klaim Asuransi

Satu poin krusial yang juga harus dipahami oleh fungsi klaim adalah tentang *fraud* (kecurangan) dalam klaim dan bagaimana mencegah serta mendeteksinya. *Fraud* klaim asuransi adalah tindakan ilegal yang sengaja dilakukan untuk memperoleh pembayaran klaim secara tidak sah, misalnya dengan mengajukan klaim palsu atau melebih-lebihkan kerugian. Tindakan ini jelas bertentangan dengan etika dan hukum, serta

merugikan perusahaan asuransi dan pemegang polis lainnya karena potensi kenaikan premi di masa depan akibat kerugian finansial perusahaan . Beberapa contoh modus *fraud* klaim antara lain: mengajukan klaim atas kejadian fiktif, memalsukan dokumen (laporan polisi, kwitansi, rekam medis), sengaja merusak harta benda sendiri untuk klaim, atau *double claiming* ke beberapa perusahaan untuk satu kejadian .

Bagi bagian klaim, menangani *fraud* adalah tantangan besar. Setiap tahun industri perasuransian mengalami kerugian signifikan akibat klaim palsu dan penipuan yang semakin canggih . Oleh karena itu, perusahaan asuransi kini menerapkan berbagai strategi untuk mendeteksi dan mencegah *fraud* dalam klaim, di antaranya:

Memahami Pentingnya Deteksi *Fraud* Klaim

Fraud dalam klaim asuransi merupakan ancaman nyata yang merusak ekosistem perlindungan risiko. Ketika seseorang mengajukan klaim yang tidak sah—baik dengan cara memalsukan bukti, melebihkan nilai kerugian, atau merekayasa kejadian—maka kerugian tidak hanya ditanggung oleh perusahaan, tetapi juga oleh nasabah lain yang jujur. Perusahaan akan mengalami tekanan finansial, dan premi berpotensi naik untuk menutup kerugian akibat klaim palsu. Oleh karena itu, mencegah dan mendeteksi *fraud* merupakan tanggung jawab strategis dari bagian klaim.

1. *Red Flags* dan *Profiling*

Salah satu cara paling awal dan efektif untuk mengenali potensi *fraud* adalah dengan mengidentifikasi “*red flags*”, atau tanda-tanda peringatan awal yang muncul dalam

klaim. Petugas klaim dilatih untuk memperhatikan pola yang tidak biasa, seperti klaim bernilai besar yang diajukan dalam hitungan hari setelah polis aktif, laporan kronologi kejadian yang berubah-ubah, hingga kerusakan atau biaya perawatan yang tampak tidak sebanding dengan peristiwa yang diklaim. Misalnya, seseorang membeli polis kendaraan baru, dan dua minggu kemudian mengklaim kerusakan total tanpa bukti kecelakaan yang kuat—ini adalah contoh klasik *red flag*.

Red flags tidak serta merta berarti klaim tersebut pasti *fraud*, tetapi cukup untuk memicu pemeriksaan lebih lanjut. Untuk mendukung ini, perusahaan asuransi dapat membangun sistem *profiling* risiko berdasarkan histori nasabah, jenis klaim, jenis produk, dan data geografis. Klaim dari profil-profil berisiko tinggi (misalnya: banyak klaim dalam waktu singkat, dari area yang rawan) bisa diberi skor dan diprioritaskan untuk verifikasi lebih dalam. Dengan pendekatan ini, tenaga klaim bisa bekerja lebih efisien dan fokus pada klaim yang memang layak dicermati lebih serius.

2. Investigasi Mendalam oleh Tim Khusus

Untuk klaim-klaim yang mencurigakan atau berpotensi *fraud*, perusahaan asuransi perlu menyiapkan *Special Investigation Unit* (SIU) atau menunjuk investigator independen. Tim ini memiliki keahlian khusus dalam investigasi forensik, pengumpulan bukti lapangan, wawancara saksi, serta audit terhadap dokumen atau rekam jejak digital. SIU juga bisa bekerja sama dengan penyedia layanan eksternal seperti bengkel, rumah sakit, atau pihak kepolisian untuk mengecek keaslian informasi yang diberikan oleh tertanggung.

Sebagai contoh, jika nasabah mengklaim kehilangan barang elektronik akibat kebakaran, investigator bisa mendatangi lokasi kejadian, mengecek catatan pembelian, dan meninjau kemungkinan barang tersebut memang pernah dimiliki. Jika ditemukan bahwa barang tidak pernah dibeli atau tidak ada jejaknya di laporan kerugian kebakaran, maka klaim tersebut bisa ditolak secara sah. Investigasi semacam ini sangat penting terutama untuk klaim besar atau klaim yang melibatkan pihak ketiga seperti rawat inap rumah sakit, kecelakaan kerja, atau kebakaran properti.

3. Pemanfaatan Teknologi Analitik dan AI

Di era digital, deteksi *fraud* manual tidak lagi mencukupi. Perusahaan asuransi kini mengintegrasikan kecerdasan buatan (*Artificial Intelligence*) dan analitik data untuk memantau dan mendeteksi pola mencurigakan dalam pengajuan klaim. Teknologi ini mampu memproses ribuan data secara simultan dan mencari anomali yang tidak terlihat oleh manusia, misalnya satu nomor telepon yang digunakan dalam 5 klaim berbeda oleh tertanggung yang berbeda, atau satu bengkel yang terlalu sering muncul dalam pengajuan klaim dari nasabah berbeda-beda dalam waktu singkat.

Perangkat lunak seperti IBM i2 *Analyst's Notebook* atau SAS *Fraud Framework* dapat digunakan untuk membuat peta hubungan antara entitas yang berbeda (nasabah, rumah sakit, bengkel, agen), dan menyoroti keterkaitan yang mencurigakan. Teknologi ini sangat efektif dalam mengidentifikasi jaringan *fraud* terorganisir yang sebelumnya lolos dari pengamatan manual. Selain itu, penggunaan *rule-based filtering* (misalnya sistem akan menandai semua klaim rawat inap di atas Rp100 juta dalam

30 hari pertama masa polis) juga membantu bagian klaim untuk memprioritaskan kasus.

4. Kebijakan Second Opinion Medis

Dalam produk asuransi kesehatan atau kecelakaan, *fraud* bisa terjadi ketika tertanggung bekerja sama dengan dokter atau rumah sakit untuk melebih-lebihkan diagnosis atau mengeluarkan tagihan yang tidak sesuai. Salah satu solusi untuk mencegah ini adalah menerapkan kebijakan second opinion medis atau menggunakan jaringan penyedia layanan rekanan (*provider network*) yang sudah diaudit oleh perusahaan. Dengan cara ini, klaim yang meragukan bisa diverifikasi melalui dokter lain atau tim medis internal.

Misalnya, jika seorang nasabah mengklaim operasi besar dengan tagihan sangat tinggi, tim klaim dapat meminta pendapat dokter kedua untuk memastikan bahwa prosedur tersebut memang perlu dan sudah dilakukan. Kebijakan ini juga melindungi nasabah dari praktik *over-treatment* oleh rumah sakit yang tidak bertanggung jawab. Selain itu, sistem *pre-authorization* (persetujuan sebelum tindakan dilakukan) juga menjadi mekanisme kontrol penting agar klaim hanya dibayar untuk perawatan yang memang dibutuhkan dan sesuai ketentuan polis.

5. Edukasi dan Sanksi Hukum

Pencegahan *fraud* tidak akan efektif tanpa kesadaran. Oleh karena itu, edukasi internal dan eksternal menjadi senjata utama. Karyawan klaim harus dilatih secara berkala tentang risiko *fraud*, modus terbaru, dan etika kerja. Mereka juga harus tahu bahwa perusahaan mendukung pelaporan pelanggaran dan memiliki kebijakan nol toleransi terhadap kolusi atau penyuapan. Dari sisi eksternal, nasabah harus

diberi pemahaman sejak awal bahwa pengajuan klaim palsu adalah tindak pidana yang bisa dituntut secara hukum.

Publikasi atas kasus-kasus *fraud* yang berhasil dibongkar, baik di media massa atau dalam newsletter industri, memiliki efek jera yang cukup kuat. Jika perlu, perusahaan juga dapat mengajukan laporan ke kepolisian dan memproses pelaku secara hukum sesuai Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) tentang penipuan. Dalam Pasal 378 KUHP, penipuan dapat dikenai hukuman penjara hingga 4 tahun. Semakin terbuka perusahaan menindak *fraud*, semakin kecil kemungkinan pelaku lain mencoba modus serupa.

6. Kolaborasi Industri dan Berbagi Data

Fraud sering kali tidak berhenti di satu perusahaan. Pelaku bisa memanfaatkan celah di berbagai perusahaan asuransi secara bergiliran. Untuk itu, diperlukan kolaborasi industri, baik melalui asosiasi seperti AAJI (Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia), AAUI (Asosiasi Asuransi Umum Indonesia), maupun dukungan dari regulator seperti OJK. Melalui forum ini, perusahaan bisa berbagi data blacklist nasabah *fraud*, tren modus baru, dan sistem deteksi bersama.

Penggunaan data kependudukan dari Dukcapil atau sistem e-KTP juga menjadi solusi untuk mencegah penggunaan identitas palsu. Beberapa perusahaan sudah mengembangkan sistem e-KYC (*electronic Know Your Customer*) untuk memverifikasi identitas sejak awal, sehingga risiko *fraud* saat klaim berkurang. Kolaborasi ini juga menciptakan tekanan moral yang kuat: bahwa pelaku tidak akan mudah berpindah dari satu perusahaan ke perusahaan lain tanpa terdeteksi.

Waspada Tanpa Menjadi Curiga Berlebihan

Bagi tim klaim, kemampuan mendeteksi *fraud* adalah keahlian penting, tetapi harus diimbangi dengan sikap profesional dan adil. Tidak semua klaim yang mencurigakan berarti *fraud*, dan tidak semua nasabah bersalah jika ada red flag. Prinsip yang bijak adalah “*trust but verify*”—percaya bahwa nasabah jujur, tetapi tetap melakukan verifikasi sewajarnya untuk menjaga hak perusahaan dan kepercayaan publik.

Keberhasilan sistem anti-*fraud* akan menciptakan lingkungan klaim yang sehat: nasabah jujur akan merasa aman, perusahaan tetap kuat secara finansial, dan seluruh industri perasuransian terlindungi dari kerusakan sistemik. Fungsi klaim adalah garda depan dari pertahanan ini, dan karenanya, mereka harus terus belajar, beradaptasi, dan bekerja lintas fungsi dengan *underwriting*, IT, hukum, dan manajemen risiko.

Asuransi adalah janji. Tapi janji itu hanya berlaku jika dimulai dengan kejujuran.

Istilah “Susah Masuk, Gampang Keluar” bukanlah sekadar permainan kata, melainkan gambaran nyata dari situasi dilematis yang selama ini dialami dunia perasuransian. Masuk ke sistem asuransi—yakni proses penerbitan polis yang sah dan layak—seharusnya tidak mudah. Polis asuransi bukan seperti minuman kemasan yang bisa dibeli siapa saja, kapan saja. Ia adalah kontrak hukum, dan karena itu harus melalui penyaringan yang ketat: siapa yang layak, siapa yang belum. Namun kenyataannya, seringkali prinsip ini dikompromikan demi target produksi dan iming-iming komisi jangka pendek.

Padahal, sejak awal industri ini berdiri, prinsip utama yang digariskan oleh hukum dan praktik global adalah The *Utmost*

Good Faith—itikad baik yang tertinggi, bukan sekadar saling percaya, tetapi saling membuka diri secara jujur dan transparan. Di sisi tertanggung, diharapkan kejujuran dalam menyampaikan data dan kondisi sebenarnya. Di sisi penanggung, diwajibkan menjelaskan hak, batas perlindungan, dan potensi risiko secara terang benderang. Namun di lapangan, prinsip agung ini kerap dikorbankan: calon nasabah mengisi data sekenanya, petugas pemasaran menutup-nutupi klausul pengecualian, dan *underwriter* menyetujui polis tanpa analisa memadai.

Akibatnya, ketika risiko terjadi dan klaim diajukan, proses yang seharusnya sederhana justru menjadi pelik. Nasabah merasa ditipu, perusahaan merasa dibohongi, dan pada akhirnya, sistem kepercayaan yang menjadi inti industri ini runtuh. Inilah yang dimaksud dengan “Gampang Keluar”—ketika janji perlindungan gagal ditepati karena pondasi kontraknya cacat sejak awal. Polis yang seharusnya menjadi tameng perlindungan berubah menjadi sumber konflik hukum. Bukan karena niat jahat semata, tapi karena kealpaan, kompromi, dan kelalaian dalam menjaga proses masuk.

Pemasar dan *underwriter* seharusnya menjadi dua gerbang utama penjaga integritas polis. Mereka bukan sekadar menjual atau menyetujui, tetapi menyaring dan membimbing. Jika mereka membiarkan polis diterbitkan pada orang yang telah memiliki kondisi kritis tanpa pengungkapan yang memadai, itu bukan hanya kesalahan teknis, tapi pelanggaran moral. Apalagi jika dilakukan dengan sadar dan sengaja—itu bukan lagi kelalaian, tetapi bagian dari skema *fraud* yang terstruktur.

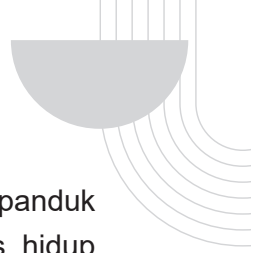
Sebaliknya, nasabah juga tidak bisa berlindung di balik ketidaktahuan. Saat mengisi aplikasi, mereka memiliki tanggung jawab hukum dan moral untuk menyampaikan informasi dengan

benar. Jika ada ketidaksesuaian data, apalagi yang disengaja demi mendapatkan manfaat klaim, maka yang terjadi bukan hanya penolakan klaim, tapi potensi tuntutan pidana atas dasar penipuan. KUHP Indonesia sangat jelas mengatur bahwa penipuan untuk mendapatkan keuntungan dari perusahaan adalah tindak pidana yang dapat dihukum penjara.

Inilah kenapa edukasi menjadi aspek krusial dalam siklus asuransi. Jika calon tertanggung diedukasi sejak awal, jika petugas pemasaran menjelaskan secara jujur dan lengkap, dan jika *underwriter* menjalankan fungsinya dengan integritas, maka kesalahan-kesalahan mendasar yang merusak industri ini bisa dicegah. *Fraud* bukan terjadi karena niat semata, tapi juga karena sistem yang longgar, informasi yang kabur, dan pengawasan yang lemah.

Bab ini telah menguraikan bagaimana klaim asuransi menjadi momen pembuktian. Bukan hanya soal apakah perusahaan membayar atau tidak, tetapi apakah seluruh proses dari penjualan hingga evaluasi risiko dan pelayanan dijalankan dengan adil, akurat, dan penuh tanggung jawab. Jika seluruh mata rantai bekerja sesuai porsinya, maka tidak akan ada celah yang dimanfaatkan oleh pihak-pihak yang tidak beritikad baik. Namun sebaliknya, satu titik lemah dalam proses akan membuka peluang bagi kerusakan sistemik.

Maka dari itu, “Susah Masuk” harus dipertahankan. Bukan untuk menyulitkan orang memiliki polis, tetapi untuk memastikan bahwa hanya mereka yang benar-benar layak dan jujur yang diberikan perlindungan. Dan jika ini dijaga, maka ketika klaim terjadi, proses “Gampang Keluar”—yakni pencairan klaim yang cepat dan adil—bisa menjadi bukti bahwa asuransi benar-benar bekerja sebagaimana mestinya.

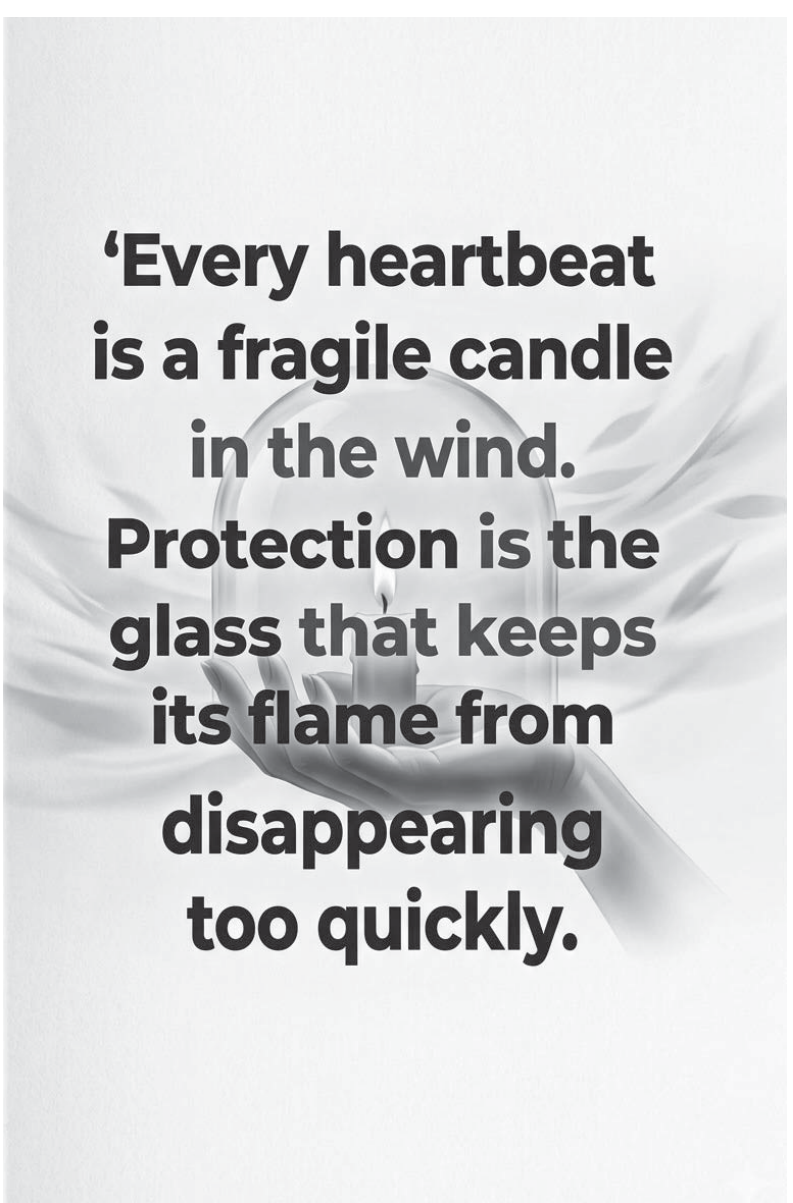


Akhir kata, integritas bukan hanya nilai abstrak di spanduk perusahaan atau slogan di laporan tahunan. Ia harus hidup dalam setiap proses: dari formulir aplikasi yang diisi dengan jujur, *underwriting* yang dilakukan penuh kehati-hatian, hingga petugas klaim yang menilai dengan adil dan empatik. Jika integritas dijaga, maka kepercayaan akan tumbuh, dan industri perasuransian bisa kembali menjadi pilar perlindungan yang dapat diandalkan oleh masyarakat luas.





**'Every heartbeat
is a fragile candle
in the wind.
Protection is the
glass that keeps
its flame from
disappearing
too quickly.'**





**'INSURANCE IS NOT A WALL
AGAINST DESTINY, BUT A LAMP
WE LEAVE BURNING FOR THOSE
WE LOVE WHEN THE NIGHT
ARRIVES TOO SOON.'**



BAB

14.

REASURANSI

KONSEP KERJA REASURANSI



AFP/2025

ChatGPT

**A WISE HEART
DOES NOT WAIT FOR THUNDER
TO BELIEVE IN RAIN;
IT PREPARES SHELTER
WHILE THE SKY IS STILL BLUE.**



14.1. Pengantar Reasuransi

Definisi: Asuransi bagi Perusahaan Asuransi

Reasuransi adalah suatu bentuk perlindungan asuransi yang dibeli oleh perusahaan asuransi dari perusahaan reasuransi untuk mengalihkan sebagian risiko yang ditanggungnya. Dalam hal ini, perusahaan reasuransi bertindak seperti perusahaan asuransi kedua, yang menerima premi dari perusahaan asuransi (*ceding company*) dan sebagai imbalannya menanggung sebagian dari potensi kerugian atas polis yang diterbitkan oleh *ceding company*. Oleh karena itu, reasuransi sering disebut sebagai “asuransi bagi perusahaan asuransi”, karena berfungsi melindungi perusahaan asuransi dari kerugian yang sangat besar atau akumulatif akibat klaim yang tidak terduga.

Dalam praktiknya, reasuransi tidak hanya mengalihkan risiko secara finansial, tetapi juga menciptakan sistem manajemen risiko yang lebih sehat dan efisien bagi perusahaan asuransi. Hubungan kontraktual antara perusahaan asuransi dan reasuradur dituangkan dalam dokumen perjanjian reasuransi, yang dapat berupa *treaty* (perjanjian otomatis) atau *facultative* (perjanjian per kasus).

14.2. Tujuan: Manajemen Risiko, Stabilitas Keuangan, dan Kapasitas Penutupan

Reasuransi memiliki beberapa tujuan utama yang sangat penting dalam operasional industri perasuransian:

A. Membantu Manajemen Risiko dan Kepatuhan Regulasi

Reasuransi membantu perusahaan asuransi mendistribusikan risiko-risiko besar yang dapat mengganggu

stabilitas keuangannya. Misalnya, dalam kasus bencana alam atau epidemi yang menimbulkan banyak klaim dalam waktu bersamaan, perusahaan asuransi dapat menghindari risiko kebangkrutan dengan adanya dukungan dari reasuransi. Reasuransi dapat digunakan sebagai alat untuk memenuhi ketentuan regulasi, termasuk diversifikasi risiko, pencadangan teknis, dan persyaratan modal minimum. Selain itu, perjanjian *treaty* sering disusun dengan batasan retensi dan *aggregate* limit untuk mengendalikan akumulasi risiko (Munich Re, 2022).

B. Stabilitas Keuangan

Dengan membagi risiko kepada perusahaan reasuransi, perusahaan asuransi dapat menghindari fluktuasi besar dalam laporan keuangannya akibat klaim besar. Reasuransi memungkinkan stabilitas dalam pengelolaan cadangan teknis, margin solvabilitas, dan kinerja jangka panjang.

C. Stabilisasi Laba dan Arus Kas

Dengan membatasi kerugian besar akibat klaim tak terduga, reasuransi membantu perusahaan menjaga stabilitas arus kas dan hasil *underwriting* dari tahun ke tahun. Ini juga mendukung perencanaan keuangan jangka panjang dan menjaga kepercayaan pemegang saham serta investor. Ini penting dalam bisnis asuransi umum yang sangat dipengaruhi oleh klaim besar tahunan.

D. Meningkatkan Kapasitas Penutupan Risiko

Perusahaan asuransi dapat menutup pertanggungan yang lebih besar dari kapasitas finansialnya sendiri karena sebagian risiko akan ditanggung oleh reasuradur. Hal ini memungkinkan perusahaan untuk melayani nasabah-

nasabah besar, termasuk industri, properti bernilai tinggi, atau proyek infrastruktur. Dengan dukungan reasuransi, perusahaan asuransi dapat menjamin risiko dengan nilai pertanggungan jauh melebihi kapasitas modalnya sendiri. Ini sangat penting untuk pertanggungan industri besar, proyek infrastruktur, atau aset-aset bernilai tinggi seperti kilang minyak atau satelit.

E. Transfer Pengetahuan dan Teknik Underwriting

Selain aspek finansial, perusahaan reasuransi sering memberikan konsultasi teknik dan *underwriting*, serta berbagi praktik terbaik dalam pengelolaan portofolio risiko. Hal ini sangat membantu terutama bagi perusahaan asuransi di negara berkembang.

F. Menjaga Solvabilitas

Reasuransi membantu perusahaan asuransi menjaga tingkat solvabilitasnya dengan mengurangi potensi kerugian besar yang dapat menggerus cadangan modal dan merusak stabilitas keuangan perusahaan. Dengan mengalihkan sebagian risiko kepada pihak ketiga (*reinsurer*), perusahaan dapat mempertahankan rasio solvabilitas sesuai dengan persyaratan regulator seperti POJK No. 71 Tahun 2016 di Indonesia atau Solvency II di Eropa.

G. Diversifikasi Risiko

Melalui reasuransi, risiko-risiko serupa yang terkonsentrasi secara geografis, sektoral, atau jenis pertanggungan dapat didistribusikan kepada banyak pihak di berbagai negara. Ini mengurangi potensi akumulasi klaim besar dalam satu wilayah atau jenis risiko yang sama, dan menciptakan portofolio yang lebih seimbang.

H. Transfer Risiko Besar

Reasuransi memungkinkan perusahaan asuransi mentransfer risiko-risiko berskala besar atau katastrofik yang melampaui kapasitas internalnya, seperti gempa bumi, tsunami, kebakaran massal, atau pandemi. Ini memastikan kelangsungan operasional perusahaan meskipun terjadi klaim berskala luar biasa.

I. Mendukung Ekspansi Bisnis

Perusahaan asuransi dapat memperluas jangkauan bisnisnya ke wilayah atau sektor baru, termasuk produk-produk inovatif dan kompleks, karena sebagian risiko ditanggung oleh reasuradur. Di samping itu, perusahaan mendapatkan akses pada keahlian teknis, analisis risiko, dan model aktuarial yang disediakan oleh *reinsurer*.

J. Akses ke Keahlian dan Teknologi Risiko Global

Reasuradur besar seperti Munich Re dan Swiss Re memiliki tim riset dan data global yang sangat mendalam. *Ceding company* dapat memanfaatkan ini untuk meningkatkan kemampuan *underwriting*, *pricing*, dan pengelolaan risiko, terutama dalam menghadapi *emerging risks* seperti *cyber*, *climate risk*, dan liability risiko kompleks.

K. Memfasilitasi Penerbitan Produk Baru

Reasuransi memberikan perlindungan finansial selama tahap awal peluncuran produk baru, ketika data historis masih terbatas dan ketidakpastian risiko masih tinggi. *Reinsurer* sering terlibat aktif dalam menguji desain produk dan membantu menyusun strategi peluncuran.

L. Mendukung Kepatuhan terhadap Regulasi

Reasuransi memungkinkan perusahaan asuransi memenuhi persyaratan pencadangan teknis, batas retensi, dan rasio kecukupan modal sebagaimana disyaratkan oleh regulator lokal dan internasional. Ini membuat struktur manajemen risiko lebih kuat dan terdokumentasi dengan baik.

M. Mengoptimalkan Penggunaan Modal

Reasuransi berperan sebagai alternatif pembiayaan, di mana perusahaan asuransi bisa mengurangi beban kebutuhan modal karena risiko telah dialihkan. Hal ini meningkatkan efisiensi penggunaan modal perusahaan dan memungkinkan ekspansi tanpa harus menghimpun dana eksternal tambahan.

14.3. Sejarah dan Perkembangan Global

Sejarah reasuransi berakar dari aktivitas perdagangan di Eropa, terutama selama abad ke-14 dan ke-15, ketika para pedagang laut di Genoa dan Venesia mulai berbagi risiko pengangkutan barang. Reasuransi formal pertama kali diatur dalam hukum tertulis di Prancis tahun 1681 dan kemudian berkembang di Jerman dan Inggris pada abad ke-19, seiring pertumbuhan industri perasuransian dan kebutuhan akan perlindungan terhadap risiko besar seperti kebakaran kota, kerusakan pelayaran, dan kematian massal akibat perang atau pandemi.

Perusahaan reasuransi tertua di dunia adalah Cologne Re (yang kemudian menjadi bagian dari General Re dan akhirnya Berkshire Hathaway), yang didirikan di Jerman pada tahun 1846.

Sedangkan Munich Re, yang berdiri pada tahun 1880, tumbuh menjadi salah satu reasuradur terbesar di dunia. Di Inggris, Lloyd's of London juga mengembangkan model asuransi dan reasuransi dengan struktur unik berupa sindikat.

Saat ini, pasar reasuransi global dikuasai oleh beberapa pemain utama seperti Munich Re (Jerman), Swiss Re (Swiss), Hannover Re (Jerman), SCOR (Prancis), dan Berkshire Hathaway Re (Amerika Serikat). Perusahaan-perusahaan ini tidak hanya menyediakan kapasitas finansial, tetapi juga memainkan peran penting dalam pengembangan model risiko, prediksi bencana, dan inovasi produk.

Globalisasi dan digitalisasi semakin mendorong peran reasuransi dalam menjawab tantangan-tantangan modern, seperti perubahan iklim, pandemi, cyber *risk*, serta risiko-risiko sistemik yang lintas negara dan lintas industri.

14.4. Terminologi Umum Reasuransi

Capacity

Batas maksimum nilai pertanggungan atau risiko yang dapat dijamin oleh perusahaan asuransi atau reasuransi, tergantung pada modal dan struktur reasuransi yang dimiliki.

Ceding Company (Cedent, Reinsured)

Perusahaan asuransi yang mentransfer sebagian risiko kepada perusahaan reasuransi. Perusahaan ini tetap bertanggung jawab kepada pemegang polis.

Cession

Bagian dari risiko yang dialihkan oleh perusahaan asuransi kepada perusahaan reasuransi, baik secara *proportional* maupun *non-proportional*.

Claim Recoverable

Jumlah klaim yang dapat dimintakan kembali oleh *ceding company* dari perusahaan reasuransi sesuai perjanjian reasuransi.

Commission (Reinsurance Commission)

Komisi yang dibayarkan oleh *reinsurer* kepada *ceding company* sebagai kompensasi atas biaya akuisisi, administrasi, dan *underwriting*.

Excess of Loss (XL)

Jenis reasuransi *non-proportional* di mana *reinsurer* hanya membayar jika klaim melebihi batas *retention* tertentu. Sangat cocok untuk risiko besar atau bencana.

Facultative Reinsurance

Jenis reasuransi per kasus, di mana setiap risiko dinegosiasikan dan disetujui secara individual antara *ceding company* dan *reinsurer*.

Premium Ceded

Bagian dari premi yang diterima oleh perusahaan asuransi dan dibayarkan kepada perusahaan reasuransi sebagai imbalan atas pengambilalihan risiko.

Quota Share

Jenis reasuransi *proportional* di mana *ceding company* dan *reinsurer* membagi premi dan klaim dalam persentase tetap yang telah disepakati.

Reinsured

Sebutan lain bagi *ceding company*, yaitu pihak yang mentransfer risiko kepada *reinsurer*.

Reinsurer

Perusahaan yang menerima risiko dari *ceding company* dan bertanggung jawab atas sebagian klaim berdasarkan perjanjian reasuransi.

Retention

Bagian dari risiko yang tetap ditanggung sendiri oleh *ceding company*. Ini menunjukkan batas toleransi risiko internal perusahaan.

Retrocession

Perjanjian reasuransi yang dilakukan oleh *reinsurer* kepada perusahaan reasuransi lain untuk mengalihkan sebagian risiko yang telah diterima.

Sliding Scale Commission

Struktur komisi reasuransi yang nilainya tergantung pada rasio klaim (*loss ratio*); semakin rendah klaim, semakin tinggi komisi yang diterima oleh *ceding company*.

Stop Loss

Jenis reasuransi *non-proportional* yang melindungi *ceding company* dari akumulasi klaim yang melebihi batas agregat tertentu, biasanya dihitung secara tahunan.

Surplus Share

Jenis reasuransi *proportional* di mana hanya bagian risiko yang melebihi *retention* yang dialihkan ke *reinsurer*, sampai batas maksimum (*surplus line*) yang ditentukan.

Treaty Reinsurance

Perjanjian reasuransi yang mencakup portofolio risiko tertentu secara otomatis, berlaku untuk semua polis yang sesuai dengan kriteria perjanjian tersebut.

14.5. Cara Kerja Reasuransi

Reasuransi bekerja sebagai sistem kolaboratif antara perusahaan asuransi (*ceding company*) dan perusahaan reasuransi (*reinsurer*) dalam pengelolaan risiko dan keuangan. Proses ini terdiri dari tahapan utama mulai dari penempatan risiko, pengelolaan administrasi, hingga klaim. Berikut adalah uraian lengkapnya:

Alur Pertanggungan dan Penempatan Risiko (Treaty dan Fakultatif)

1. Treaty Reasuransi

Dalam sistem *treaty*, *ceding company* dan *reinsurer* menandatangani perjanjian yang berlaku untuk semua risiko dalam suatu portofolio yang telah ditentukan. Penempatan risiko dilakukan secara otomatis, tanpa perlu negosiasi untuk setiap kasus. Misalnya, semua polis kebakaran dengan nilai pertanggungan di atas Rp5 miliar akan secara otomatis masuk dalam perjanjian *treaty*. *Treaty* dibagi menjadi proporsional dan *non-proportional*, tergantung cara pembagian premi dan klaim.

2. Fakultatif Reasuransi

Penempatan secara fakultatif dilakukan secara individual untuk setiap risiko atau polis yang ingin diasuransikan ulang. Perusahaan asuransi akan mengajukan ringkasan risiko (*slip*) kepada satu atau lebih *reinsurer*, yang kemudian meninjau,

menyetujui atau menolak risiko tersebut. Fakultatif biasanya digunakan untuk risiko besar, kompleks, atau tidak biasa yang tidak tercakup dalam *treaty*.

Contoh Alur Penempatan

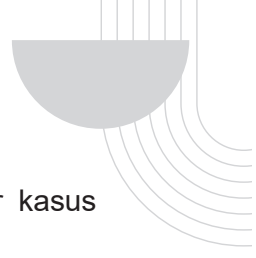
1. *Underwriter* menyeleksi risiko.
2. Menentukan apakah risiko dapat masuk *treaty* atau harus fakultatif.
3. Jika fakultatif, risiko dinegosiasikan dan disetujui.
4. Jika disetujui, risiko diikat (*bound*) dan didokumentasikan dalam slip atau sertifikat.

Proses Klaim dari Reasuransi

Ketika terjadi klaim yang nilainya melebihi *retention* perusahaan asuransi atau memenuhi ketentuan dalam perjanjian *treaty*/fakultatif, maka proses pengajuan klaim ke reasuradur dilakukan. Proses klaim mencakup:

1. Notifikasi klaim kepada reasuradur dalam jangka waktu yang ditentukan di perjanjian (sering disebut *claims notification clause*).
2. Dokumentasi pendukung seperti salinan laporan klaim, laporan *loss adjuster*, perhitungan klaim, dan salinan polis.
3. Verifikasi oleh reasuradur terhadap validitas klaim dan perhitungan *recoverable*.
4. Pembayaran *recoverable* dilakukan oleh *reinsurer* kepada *ceding company*.
5. Pelaporan berkala apabila nilai klaim berkembang (*claim development*) dalam waktu tertentu.

Dalam kasus *treaty*, klaim biasanya dilaporkan melalui sistem *bordereaux* dan disesuaikan dalam proses *accounting*



statement. Dalam kasus fakultatif, klaim dilakukan per kasus secara langsung.

Pengelolaan Data dan Bordereaux

Bordereaux adalah laporan periodik yang berisi data teknis dari polis, premi, dan klaim yang masuk ke dalam perjanjian reasuransi. *Bordereaux* sangat penting dalam pengelolaan *treaty* karena:

- Menjadi dasar perhitungan premi *ceded* dan *recoverable* klaim.
- Memberi transparansi bagi *reinsurer* tentang risiko yang telah mereka terima.
- Memudahkan audit dan rekonsiliasi tahunan.

Jenis-jenis *Bordereaux*:

- *Premium bordereaux*: rincian premi yang diserahkan ke *reinsurer*.
- *Claim bordereaux*: rincian klaim yang menjadi tanggungan *reinsurer*.
- *Policy bordereaux*: ringkasan polis yang termasuk dalam cakupan *treaty*.

Pengelolaan data ini kini banyak dilakukan melalui platform digital dengan standar ACORD untuk pertukaran data antar perusahaan.



Flowchart Reasuransi (Alur Singkat Proses Kerja Reasuransi)



14.6. Jenis Kontrak Reasuransi

A. *Treaty Reinsurance*

1. Definisi dan Esensi Treaty Reinsurance

Treaty Reinsurance adalah bentuk perjanjian reasuransi yang bersifat otomatis, di mana semua risiko dari portofolio yang telah disepakati sebelumnya akan langsung ditransfer ke reasuradur tanpa perlu negosiasi kasus per kasus. Artinya, setiap kali perusahaan asuransi menerbitkan polis yang sesuai dengan kriteria dalam perjanjian *treaty*, risiko tersebut otomatis ditanggung sebagian oleh reasuradur. Kontrak ini menciptakan efisiensi administratif karena tidak perlu dilakukan proses seleksi ulang untuk setiap risiko.

2. Ciri Khas Otomatis dan Komitmen Jangka Panjang

Treaty bersifat otomatis, tetapi di balik otomatisasi itu terdapat komitmen jangka panjang antara *ceding company* dan *reinsurer*. *Reinsurer* wajib menerima semua risiko yang sesuai dengan kriteria *treaty*, dan *ceding company* wajib menyerahkan semua risiko tersebut kepada *reinsurer*. Hal ini menciptakan hubungan saling percaya yang kuat dan menuntut kontrol *underwriting* yang disiplin dari kedua pihak.

3. Struktur dan Komponen Dasar Treaty

Isi kontrak *treaty* mencakup elemen-elemen penting seperti periode kontrak (biasanya tahunan), batas maksimum penutupan (limit), batas retensi, wilayah pertanggungan, jenis bisnis (misalnya: kebakaran, kendaraan bermotor), serta metode akuntansi dan pelaporan klaim. Selain itu, ditentukan juga struktur pembagian risiko: apakah *proportional* (misalnya *quota share*) atau *non-proportional* (misalnya *excess of loss*).

4. Cocok untuk Lini Bisnis Tertentu

Treaty sangat cocok untuk lini bisnis yang stabil, homogen, dan memiliki volume tinggi seperti asuransi kendaraan bermotor, asuransi properti perumahan, atau asuransi kecelakaan. Dalam jenis-jenis ini, risiko yang dijamin bersifat seragam dan mudah diprediksi, sehingga reasuradur bersedia menerima risiko secara otomatis berdasarkan statistik portofolio.

5. Keuntungan bagi Ceding Company

Keuntungan utama bagi perusahaan asuransi adalah efisiensi operasional, kestabilan keuangan, dan kemampuan untuk menutup risiko lebih besar tanpa harus menegosiasikan reasuransi secara individual. *Treaty* juga

membantu perusahaan dalam manajemen modal, karena risiko yang terdiversifikasi dan dibagi secara sistematis membuat pencadangan teknis menjadi lebih ringan.

6. Keuntungan bagi *Reinsurer*

Reinsurer mendapatkan akses ke volume bisnis yang besar secara konsisten dan berkesinambungan, yang memungkinkan mereka membangun portofolio risiko yang tersebar dan stabil. Selain itu, *treaty* memberikan peluang bagi *reinsurer* untuk membina hubungan bisnis jangka panjang dan memperluas pengaruh mereka dalam pasar asuransi primer.

7. Risiko dan Keterbatasan *Treaty*

Meskipun otomatis, *treaty* juga memiliki risiko. Jika *ceding company* memiliki seleksi risiko yang lemah, maka *reinsurer* bisa saja menerima risiko-risiko berkualitas rendah. Oleh karena itu, *reinsurer* biasanya melakukan audit teknis berkala, memberikan panduan *underwriting*, dan menetapkan kriteria yang ketat dalam *treaty* untuk memastikan kualitas risiko yang ditransfer.

8. Mekanisme Pelaporan dan *Bordereaux*

Dalam *treaty*, pelaporan dilakukan secara periodik (bulanan atau kuartalan) melalui *bordereaux*, yaitu laporan yang merinci semua polis, premi, dan klaim yang termasuk dalam cakupan *treaty*. *Bordereaux* menjadi dokumen penting untuk akuntansi dan verifikasi kinerja *treaty*, serta menjadi dasar pembayaran klaim recoverable dan komisi.

9. Komisi dan Skema Insentif

Ceding company biasanya menerima komisi dari *reinsurer* atas risiko yang dialihkan, yang mencakup komisi tetap (*flat commission*), komisi variabel berdasarkan

rasio klaim (*sliding scale*), atau komisi keuntungan (*profit commission*) jika kinerja portofolio bagus. Skema ini menciptakan insentif agar *ceding company* menjaga kualitas *underwriting* dan hasil klaim.

10. Peran *Treaty* dalam Strategi Jangka Panjang

Treaty bukan sekadar perjanjian tahunan, tetapi bagian dari strategi jangka panjang dalam manajemen risiko perusahaan asuransi. Melalui struktur *treaty* yang tepat, perusahaan dapat menjaga kestabilan bisnis, mengelola akumulasi risiko, memperluas kapasitas penutupan, serta menjaga hubungan yang sehat dengan *reinsurer* global. Ini menjadi fondasi pertumbuhan yang berkelanjutan dalam industri perasuransian.

B. Facultative Reinsurance

1. Definisi dan Karakter Utama Facultative Reinsurance

Facultative reinsurance adalah jenis perjanjian reasuransi yang bersifat individual, di mana setiap risiko dievaluasi dan dinegosiasikan secara terpisah oleh *ceding company* dan *reinsurer*. Tidak ada kewajiban otomatis bagi *ceding company* untuk menyerahkan, maupun bagi *reinsurer* untuk menerima, suatu risiko. Karena itu, bentuk ini disebut “*facultative*” — kedua pihak memiliki kebebasan penuh.

2. Digunakan untuk Risiko Khusus, Besar, atau Kompleks

Jenis reasuransi ini paling sering digunakan untuk risiko-risiko yang besar, unik, atau tidak biasa, seperti asuransi untuk kilang minyak, proyek infrastruktur besar, pesawat terbang, atau gedung pencakar langit. Karena nilai pertanggungannya tinggi dan karakternya kompleks,

reinsurer perlu menilai risiko secara cermat sebelum memutuskan menerima atau menolaknya.

3. Proses Penempatan dan Evaluasi Risiko

Dalam penempatan *facultative*, *ceding company* akan menyiapkan dokumen ringkasan risiko (slip), termasuk data teknis, nilai pertanggungan, lokasi, dan exposure. Dokumen ini dikirim ke calon *reinsurer*, yang kemudian akan melakukan analisis *underwriting* sendiri. Jika diterima, *reinsurer* akan menerbitkan konfirmasi tertulis (*facultative acceptance*), dan proses binding resmi dilakukan.

4. Tidak Otomatis dan Bersifat Kasus per Kasus

Berbeda dari *treaty*, *facultative* tidak berlaku otomatis. *Ceding company* dapat memilih untuk menahan seluruh risiko, mengalihkan sebagian, atau bahkan mengajukan risiko ke beberapa *reinsurer* sekaligus (*multi-quote facultative*). Hal ini membuat jenis ini lebih fleksibel, tapi juga lebih memakan waktu dan sumber daya.

5. Perlindungan terhadap Risiko di Luar Cakupan Treaty

Facultative sering digunakan untuk risiko-risiko yang tidak masuk dalam cakupan *treaty*, baik karena nilainya terlalu besar, jenis risikonya baru, atau tidak sesuai dengan klausul *treaty*. Dalam praktiknya, perusahaan asuransi memiliki prosedur standar untuk menentukan apakah suatu risiko dapat ditutup di *treaty* atau harus diajukan secara *facultative*.

6. Dokumen dan Perjanjian yang Terpisah

Setiap *facultative* deal diikat dalam dokumen terpisah, biasanya berupa cover note atau certificate of *reinsurance*. Isinya mencakup identitas risiko, persentase cession, periode, retensi, premi, serta kondisi khusus lain yang

disepakati. Kontrak ini sering lebih rinci daripada *treaty* karena sifatnya yang individual.

7. Keuntungan bagi *Ceding Company*

Keunggulan utama *facultative* adalah fleksibilitas dan kontrol. *Ceding company* bisa memilih *reinsurer* terbaik untuk tiap risiko, menegosiasikan syarat terbaik, dan bahkan memilih untuk tidak mengalihkan risiko sama sekali. Ini sangat berguna dalam menangani risiko-risiko baru, eksperimen produk, atau risiko reputasi tinggi.

8. Keuntungan bagi *Reinsurer*

Bagi *reinsurer*, *facultative* memungkinkan seleksi risiko yang ketat dan hanya menerima risiko-risiko yang sesuai dengan appetite mereka. Ini memberikan kontrol penuh terhadap kualitas portofolio, dan sering menjadi sumber data penting untuk merancang *treaty* di masa depan.

9. Tantangan dalam *Facultative*

Tantangan utama *facultative* adalah prosesnya yang memakan waktu, intensif sumber daya, dan membutuhkan keahlian teknis tinggi. Karena setiap risiko dinilai satu per satu, dibutuhkan koordinasi yang cepat dan akurat antara *underwriter*, aktuaria, serta tim pemasaran reasuransi.

10. Peran Strategis dalam Manajemen Risiko Total

Facultative tidak bisa dipisahkan dari strategi manajemen risiko menyeluruh perusahaan. Meskipun lebih mahal dan lambat, jenis ini menjadi “jaring pengaman” untuk risiko yang tidak tertampung di *treaty*. Dalam konteks ini, *treaty* dan *facultative* harus saling melengkapi, bukan saling menggantikan.

Perbandingan *Treaty* dan *Facultative Reinsurance*

Treaty dan *facultative reinsurance* mewakili dua pendekatan yang berbeda dalam hubungan antara perusahaan asuransi dan perusahaan reasuransi. *Treaty* bersifat otomatis, mengikat seluruh portofolio risiko sesuai kriteria yang telah disepakati, dan sangat efisien untuk risiko homogen dan volume tinggi. Sebaliknya, *facultative* bersifat selektif, individual, dan fleksibel, sangat cocok untuk risiko-risiko besar, kompleks, atau berada di luar cakupan *treaty*.

Dari sisi waktu, *treaty* memberikan efisiensi karena tidak memerlukan negosiasi ulang, sementara *facultative* memerlukan proses evaluasi kasus per kasus. Namun dari sisi kontrol, *facultative* memberikan keleluasaan lebih besar kepada kedua belah pihak. Dalam praktik terbaik, perusahaan asuransi menggunakan kombinasi keduanya: *treaty* untuk risiko rutin dan *facultative* untuk risiko luar biasa — menciptakan sistem perlindungan yang komprehensif dan adaptif terhadap dinamika pasar dan risiko yang berkembang.

Perbandingan *Treaty* dan *Facultative Reinsurance*

Treaty Reinsurance	Facultative Reinsurance
Kontrak otomatis mencakup seluruh portofolio risiko sesuai kriteria yang disepakati	Kontrak selektif, untuk setiap risiko dinegosiasikan secara individual
Efisien, tanpa negosiasi ulang untuk setiap kasus	Fleksibel, tetapi memerlukan proses evaluasi per kasus
Cocok untuk risiko homogen dan volume tinggi	Cocok untuk risiko besar, kompleks, atau di luar <i>treaty</i>
Memberikan kepastian kapasitas yang konsisten	Memberikan kontrol yang lebih besar

C. *Facultative Obligatory Reinsurance (Fac Oblig)*

1. Terminologi dan Definisi

Facultative Obligatory Reinsurance, disingkat sebagai *Fac Oblig*, adalah bentuk hybrid antara *treaty* dan *facultative reinsurance*. Dalam perjanjian ini, *ceding company* memiliki opsi untuk menawarkan risiko tertentu secara individual kepada *reinsurer*, dan apabila risiko tersebut ditawarkan, *reinsurer* wajib menerima risiko tersebut sesuai syarat dan batasan yang telah ditentukan di awal. Kontrak ini sering disebut juga semi-automatic *treaty*.

2. Struktur Kontrak dan Prinsip Kerja

Dalam *fac oblig*, perjanjian mencakup ketentuan umum seperti jenis risiko yang dapat diajukan, batas retensi, batas maksimum pertanggungan, jangka waktu, dan struktur komisi. Berbeda dengan *treaty* yang mengikat otomatis seluruh risiko, dalam *fac oblig* hanya risiko yang secara eksplisit ditawarkan oleh *ceding company* yang berlaku. Namun begitu risiko ditawarkan, *reinsurer* tidak bisa menolak. Ini menciptakan keseimbangan antara fleksibilitas penawaran dan kewajiban penerimaan.

3. Penggunaan *Fac Oblig* dalam Praktik

Fac oblig biasanya digunakan sebagai solusi transisi antara perjanjian *facultative* dan *treaty*. Ini sangat bermanfaat ketika volume risiko masih belum cukup untuk *treaty* penuh, atau ketika *reinsurer* ingin membangun relasi bisnis yang lebih erat dengan *ceding company*, sambil tetap memiliki kontrol awal atas jenis risiko yang akan masuk dalam perjanjian.

4. Kelebihan *Fac Oblig* – Dari Perspektif *Ceding Company*

Keuntungan utama bagi *ceding company* adalah fleksibilitas untuk memilih risiko mana yang ingin diasuransikan ulang, sambil tetap mendapatkan jaminan bahwa risiko tersebut akan diterima. Ini sangat berguna ketika perusahaan asuransi menghadapi risiko yang tidak konsisten volume atau belum memiliki *treaty* untuk jenis bisnis tertentu, namun tetap membutuhkan kapasitas reasuransi.

5. Kelebihan *Fac Oblig* – Dari Perspektif *Reinsurer*

Bagi *reinsurer*, *fac oblig* membuka jalan untuk membangun portofolio risiko yang lebih selektif, karena kontrak hanya berlaku untuk risiko yang diajukan secara eksplisit. Selain itu, *reinsurer* juga dapat mensyaratkan adanya pengawasan terhadap kualitas *underwriting*, bahkan menetapkan hak audit terhadap risiko-risiko yang masuk.

6. Kekurangan *Fac Oblig* – Risiko Asimetri Informasi

Namun, *fac oblig* juga memiliki tantangan. Salah satunya adalah risiko adverse selection, di mana *ceding company* cenderung hanya mengajukan risiko-risiko yang dianggap berat atau kurang menguntungkan. Karena *reinsurer* wajib menerima, hal ini bisa menyebabkan portofolio yang tidak seimbang jika tidak ada kontrol teknis dan monitoring yang ketat.

7. Kekurangan *Fac Oblig* – Beban Administratif

Fac oblig masih memerlukan proses dokumentasi per risiko, seperti dalam *facultative*, termasuk pengiriman slip, data exposure, dan ringkasan pertanggungan. Meskipun

ada standar, tetap dibutuhkan sistem pelaporan dan evaluasi berkala yang membedakannya dari *treaty* otomatis. Hal ini meningkatkan beban administrasi, terutama untuk risiko volume menengah.

8. Posisi *Fac Oblig* dalam Strategi Reasuransi

Fac oblig sering dijadikan sebagai pendekatan jembatan dalam strategi reasuransi. Perusahaan yang sedang bertumbuh dan belum memiliki portofolio yang stabil untuk *treaty* bisa memanfaatkan *fac oblig* sebagai solusi antara fleksibilitas dan jaminan kapasitas. Ini memberi waktu dan ruang untuk menguji kualitas portofolio sebelum membentuk *treaty*.

9. Peran dalam Pasar Berkembang

Di pasar-pasar yang sedang berkembang, *fac oblig* sangat berguna untuk lini bisnis yang masih baru tumbuh, misalnya asuransi mikro, pertanian, atau bencana alam. Dengan tingkat ketidakpastian dan volume yang fluktuatif, *fac oblig* memungkinkan pertumbuhan bertahap dengan dukungan reasuransi yang tidak kaku.

10. Potensi Digitalisasi *Fac Oblig*

Saat ini, *fac oblig* mulai didukung oleh *platform* digital yang memungkinkan otomatisasi penawaran risiko secara batch, mempercepat proses akseptasi, dan meminimalkan human error. *Reinsurer* global mulai mengintegrasikan *fac oblig* dalam sistem *underwriting* berbasis kecerdasan buatan untuk menyeimbangkan efisiensi dan seleksi risiko.

Perbandingan *Facultative* vs. *Facultative Obligatory*

Secara prinsip, *Facultative* dan *Facultative Obligatory* (*Fac Oblig*) memiliki kedekatan karena keduanya dilakukan per risiko, bukan otomatis seperti *treaty*. Namun, perbedaan utamanya terletak pada hak dan kewajiban para pihak. Dalam *facultative reinsurance*, *ceding company* bebas menawarkan atau tidak, dan *reinsurer* bebas menerima atau menolak — tidak ada kewajiban apa pun. Sebaliknya, dalam *fac oblig*, *reinsurer* wajib menerima risiko jika ditawarkan oleh *ceding company*. Ini memberikan jaminan kapasitas bagi *ceding company*, sekaligus membatasi ruang seleksi bagi *reinsurer*.

Dari sisi fleksibilitas, *facultative* memberi kebebasan penuh untuk menegosiasikan setiap aspek, sedangkan *fac oblig* umumnya menggunakan struktur dan tarif standar. Di sisi lain, *facultative* lebih lambat dan kompleks dalam administrasi, sedangkan *fac oblig*, meski tetap memerlukan dokumentasi, lebih cepat karena menggunakan kerangka kerja yang telah disepakati sebelumnya. Dalam praktik, banyak perusahaan menggunakan *facultative* untuk risiko-risiko besar yang unik, dan *fac oblig* untuk risiko menengah yang berulang, namun belum cukup mapan untuk masuk *treaty*.

PERBANDINGAN FACULTATIVE DAN FACULTATIVE OBLIGATORY

FACULTATIVE

- Ditawarkan risiko per kasus
- Reasuradur dapat menerima atau menolak
- Dapat dinegosiasikan untuk setiap aspek
- Disukai reasuradur (bebas menerima, atau menolak)

FACULTATIVE OBLIGATORY

- Ditawarkan risiko per kasus
- Reasuradur wajib menerima risiko yang ditawarkan
- Menggunakan struktur dan tarif standar
- Tidak disukai reasuradur, namun fasilitas ini biasanya diberikan reasuradur kepada ceding karena hubungan dekat (anak perusahaan) atau dengan pertimbangan

14.7. Tipe Reasuransi

Secara umum tipe reasuransi dibagi dalam 2 kelompok besar yaitu

- I. ***Proportional Reinsurance*** dan
- II. ***Non-Proportional Reinsurance***

I. ***Proportional Reinsurance***

Pengertian dan Prinsip Dasar

Reasuransi *proportional* adalah jenis reasuransi di mana perusahaan asuransi (*ceding company*) dan perusahaan reasuransi (*reinsurer*) berbagi risiko dan premi secara proporsional atau seimbang sesuai kesepakatan. Artinya, setiap risiko individu yang diasuransikan oleh perusahaan asuransi akan dibagi antara *ceding company* dan *reinsurer* dalam rasio

tertentu—baik dalam aspek premi, klaim, maupun cadangan teknis.

Contohnya, jika perjanjian ditetapkan 60% untuk *ceding company* dan 40% untuk *reinsurer*, maka setiap polis yang diterbitkan akan:

- Mengalihkan 40% nilai pertanggungannya ke *reinsurer*,
- Mengalihkan 40% dari premi yang diterima,
- Mengalihkan 40% dari beban klaim bila terjadi kerugian.

Model ini berbasis portofolio dan individu—setiap risiko yang termasuk dalam perjanjian akan otomatis dibagi berdasarkan proporsi yang telah disepakati.

Jenis Reasuransi *Proportional*:

- A. *Quota Share &*
- B. *Surplus*

A. *Proportional Reinsurance: Quota Share*

1. Definisi dan Esensi Quota Share

Quota Share adalah salah satu bentuk reasuransi *proportional*, di mana perusahaan asuransi (*ceding company*) dan perusahaan reasuransi (*reinsurer*) berbagi risiko, premi, dan klaim secara tetap berdasarkan persentase yang telah disepakati sebelumnya. Misalnya, dalam perjanjian *quota share* 60%–40%, *ceding company* menahan 60% dari setiap risiko, dan 40% sisanya dialihkan kepada *reinsurer*. Hal ini berlaku untuk seluruh portofolio atau lini bisnis yang tercakup dalam perjanjian tersebut.

2. Struktur Dasar dan Cara Kerja

Dalam *quota share*, pembagian berlaku untuk semua elemen utama dalam polis: premi, klaim, komisi akuisisi, dan cadangan teknis. *Reinsurer* menerima bagian dari premi

sesuai porsi cession, dan jika terjadi klaim, *reinsurer* juga membayar sesuai persentase tersebut. *Ceding company* menerima komisi dari *reinsurer* sebagai pengganti biaya akuisisi dan administrasi yang telah mereka tanggung dalam menerbitkan polis.

3. Kapan *Quota Share* Digunakan?

Quota share digunakan terutama dalam situasi di mana perusahaan asuransi:

- Baru berdiri dan belum memiliki modal atau portofolio yang stabil.
- Ingin membangun cadangan teknis sambil tetap memperoleh pendapatan premi.
- Menghadapi risiko-risiko homogen dalam volume besar, seperti asuransi kendaraan, rumah tinggal, atau kesehatan.

Jenis ini memberikan kestabilan dan kejelasan dalam pembagian risiko dan pendapatan, sangat cocok untuk perusahaan yang mengutamakan manajemen risiko yang terukur.

4. Manfaat Bagi *Ceding Company*

Quota share memungkinkan perusahaan asuransi meningkatkan kapasitas penutupan karena sebagian risiko ditanggung oleh *reinsurer*. Ini membantu dalam ekspansi pasar, termasuk penjaminan risiko yang lebih besar dari biasanya. Selain itu, perusahaan juga terbantu dalam mengelola cadangan teknis dan mengurangi kebutuhan modal berdasarkan proporsi risiko yang telah dialihkan.

5. Manfaat Bagi *Reinsurer*

Bagi *reinsurer*, *quota share* memberikan akses ke portofolio risiko yang luas dan stabil, serta pendapatan premi yang konsisten. Meskipun *reinsurer* tidak bisa memilih risiko secara individu seperti dalam *facultative*, sistem ini memberi jangka panjang kestabilan arus kas dan data statistik, yang sangat bermanfaat untuk evaluasi dan perencanaan reasuransi jangka panjang.

6. Komisi dan Margin *Reinsurer*

Biasanya, *reinsurer* membayar komisi akuisisi kepada *ceding company* dalam bentuk *ceding commission*. Komisi ini bisa bersifat:

- *Flat commission*: persentase tetap dari *premi cession*.
- *Sliding scale commission*: bergantung pada rasio klaim (semakin rendah klaim, semakin tinggi komisi).
- *Profit commission*: tambahan insentif jika portofolio menghasilkan *surplus underwriting*.

Ini menciptakan mekanisme insentif untuk menjaga kualitas risiko dan kendali klaim.

7. Tantangan dalam *Quota Share*

Meskipun memberikan kestabilan, *quota share* dapat mengurangi profitabilitas jangka pendek, karena *ceding company* harus menyerahkan sebagian premi. Selain itu, apabila digunakan secara berlebihan, perusahaan bisa kehilangan insentif untuk meningkatkan seleksi risiko karena setiap risiko akan dibagi proporsional.

8. Contoh Perhitungan Sederhana *Quota Share*

Misalkan ada polis asuransi properti dengan nilai pertanggungan Rp.1.000.000.000 dan premi sebesar Rp.10.000.000. *Ceding company* dan *reinsurer* menyepakati *quota share* 60% (*ceding*) – 40% (*reinsurer*).

Nilai Pertanggungan: Rp.1.000.000.000

- *Ceding company*: $60\% \times \text{Rp}1.000.000.000 = \text{Rp}600.000.000$
- *Reinsurer*: $40\% \times \text{Rp}1.000.000.000 = \text{Rp}400.000.000$

Premi:

- *Ceding company*: $60\% \times \text{Rp}10.000.000 = \text{Rp}6.000.000$
- *Reinsurer*: $40\% \times \text{Rp}10.000.000 = \text{Rp}4.000.000$

Klaim Terjadi sebesar Rp500.000.000:

- *Ceding company* membayar: $60\% \times \text{Rp}500.000.000 = \text{Rp}300.000.000$
- *Reinsurer* membayar: $40\% \times \text{Rp}500.000.000 = \text{Rp}200.000.000$

Komisi:

- Jika *reinsurer* memberi *ceding commission* 30%, maka *ceding company* mendapat: $30\% \times \text{Rp}4.000.000 = \text{Rp}1.200.000$

REASURANSI QUOTA SHARE



CEDING COMPANY

Nilai Pertanggungan:
 Rp600.000.000
 Premi: Rp6.000.000
 Klaim: Rp300.000.000
 Komisi: Rp 1.200.000
 Komisi: Rp 1.200.000



REINSURER

Nilai Pertanggungan:
 Rp400.000.000
 Premi: Rp4.000.000
 Klaim: Rp200.000.000

Perhitungan ini menggambarkan bahwa semua elemen dibagi proporsional, sesuai porsi yang disepakati.

9. Aplikasi dalam *Reinsurance Treaty* dan Program *Layering*

Quota share dapat digunakan dalam *treaty proportional*, terutama sebagai lapisan dasar (base layer) sebelum masuk ke perjanjian *surplus share* atau *excess of loss*. Hal ini menciptakan struktur proteksi berlapis (*layered protection*) yang seimbang antara kestabilan keuangan dan fleksibilitas retensi.

10. Kesimpulan Strategis

Quota share menjadi alat penting dalam strategi manajemen risiko dan pertumbuhan bisnis reasuransi. Meski terlihat sederhana, penggunaannya memerlukan perencanaan matang dalam hal retensi, kapasitas, dan penetapan komisi. Dalam portofolio yang seimbang, *quota share* membantu membangun hubungan saling

menguntungkan antara *ceding company* dan *reinsurer*, memperkuat ketahanan perusahaan dalam menghadapi risiko jangka panjang.

B. Proportional Reinsurance: *Surplus Share*

1. Definisi dan Konsep Dasar *Surplus Share*

Surplus Share adalah bentuk lain dari reasuransi *proportional*, tetapi berbeda dari *quota share* yang menggunakan pembagian tetap, *surplus share* bersifat fleksibel dan tergantung pada besar kecilnya risiko yang diasuransikan dibandingkan dengan retensi *ceding company*. *Reinsurer* hanya ikut serta pada bagian *surplus*, yaitu nilai pertanggungan yang melebihi retensi yang telah ditentukan dalam perjanjian.

2. Prinsip Retensi dan *Surplus Line*

Ceding company menetapkan retensi maksimum (misalnya Rp500 juta per risiko), dan setiap kali menerima risiko yang melebihi jumlah ini, kelebihanannya disebut *surplus*. Risiko *surplus* ini dibagi kepada *reinsurer* dalam bentuk unit *surplus line*, misalnya 1 *line* = Rp.500 juta. Jika risiko sebesar Rp.2 miliar diasuransikan, maka terdapat 3 *line surplus* ($\text{Rp.2M} - \text{Rp500jt} = \text{Rp.1,5M} / \text{Rp.00jt} = 3 \text{ line}$) yang akan diberikan kepada *reinsurer*.

3. Fleksibilitas dalam Penempatan Risiko

Surplus share memberikan fleksibilitas lebih tinggi dibandingkan *quota share*. Hanya risiko yang melebihi retensi yang akan ditransfer, sehingga *ceding company* tetap dapat mempertahankan kontrol terhadap risiko-risiko kecil dan rutin. Hal ini menghindarkan *reinsurer* dari keterlibatan dalam risiko kecil yang secara administratif tidak efisien.

4. Cocok untuk Portofolio Variatif

Surplus share ideal digunakan ketika portofolio asuransi terdiri dari campuran risiko besar dan kecil. Risiko kecil dapat ditanggung sendiri oleh *ceding company*, sementara risiko besar dibagi dengan *reinsurer*. Ini menciptakan efisiensi pembagian risiko dan alokasi modal yang lebih baik dibanding *quota share*.

5. Pembagian Premi dan Klaim secara Proporsional

Premi dan klaim dibagi secara proporsional berdasarkan porsi retensi dan *surplus*. Jika *ceding company* menahan 1 bagian (retensi) dan *reinsurer* mengambil 3 bagian (*surplus*), maka *ceding company* akan menerima 25% premi dan menanggung 25% klaim, sedangkan *reinsurer* mendapatkan 75% premi dan bertanggung jawab atas 75% klaim.

6. Komisi dan Profit Sharing

Reinsurer membayar *ceding commission* kepada perusahaan asuransi untuk menutupi biaya akuisisi dan administrasi, serupa dengan *quota share*. Dalam beberapa perjanjian *surplus*, terdapat juga *profit commission*, yang diberikan kepada *ceding company* jika portofolio menghasilkan laba *underwriting*. Ini mendorong perusahaan untuk melakukan seleksi risiko yang cermat.

7. Tantangan Administratif dan Teknis

Surplus share memerlukan penghitungan dan pelaporan yang lebih kompleks dibanding *quota share* karena tiap risiko bisa memiliki komposisi retensi dan *surplus* yang berbeda-beda. Sistem pelaporan *bordereaux* harus dirancang dengan ketelitian tinggi agar pembagian premi dan klaim akurat dan dapat diverifikasi.

8. Contoh Perhitungan Sederhana Surplus Share

Misalkan:

- Retensi *ceding company*: Rp500.000.000
- *Reinsurer* menyediakan 4 *line surplus* (setiap *line* = Rp500.000.000)
- Polis baru: nilai pertanggungan Rp2.500.000.000
- Premi: Rp25.000.000
- Klaim: Rp1.000.000.000

Langkah 1 – Hitung Porsi Risiko

- Total *line* = 1 retensi + 4 *surplus* = 5 *line*
- *Ceding* menanggung $1/5 = 20\%$
- *Reinsurer* menanggung $4/5 = 80\%$

Langkah 2 – Bagi Premi

- *Ceding*: $20\% \times \text{Rp}25.000.000 = \text{Rp}5.000.000$
- *Reinsurer*: $80\% \times \text{Rp}25.000.000 = \text{Rp}20.000.000$

Langkah 3 – Bagi Klaim

- *Ceding*: $20\% \times \text{Rp}1.000.000.000 = \text{Rp}200.000.000$
- *Reinsurer*: $80\% \times \text{Rp}1.000.000.000 = \text{Rp}800.000.000$

Ini menunjukkan bagaimana *surplus share* mengizinkan pembagian risiko yang proporsional berdasarkan eksposur aktual, bukan rasio tetap.

9. Posisi dalam Program Reasuransi Bertingkat

Surplus share biasanya diletakkan setelah *quota share* dalam program layering, atau digunakan secara mandiri bila perusahaan menginginkan sistem proteksi yang mengikuti struktur retensinya. *Surplus* dapat memberikan transisi yang baik menuju penggunaan perjanjian *excess of loss* untuk risiko katastrofik.

10. Strategi dan Manfaat Jangka Panjang

Dengan *surplus share*, perusahaan asuransi dapat meningkatkan kapasitas penutupan tanpa kehilangan kontrol terhadap risiko-risiko yang masih mampu ditanggung sendiri. Ini memperkuat fleksibilitas, efisiensi penggunaan modal, serta memungkinkan *ceding company* lebih fokus pada pertumbuhan bisnis sambil tetap menjaga kestabilan keuangan.

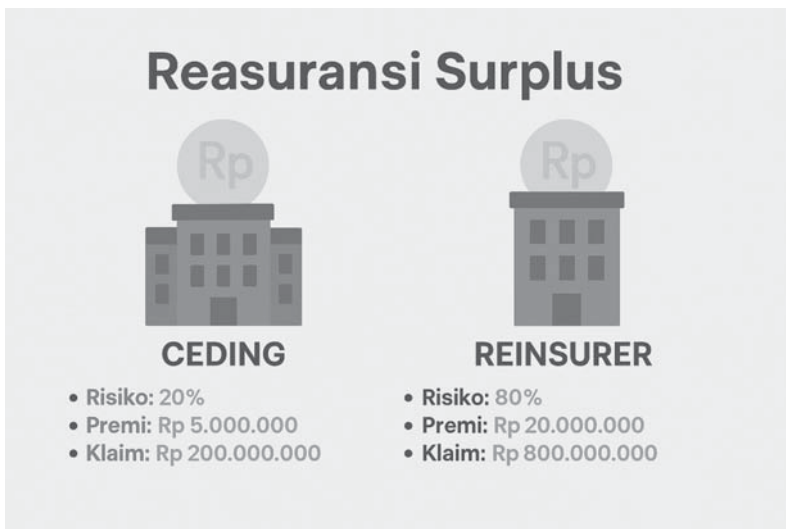
Perbedaan *Quota Share* dan *Surplus*

Quota Share dan *Surplus Share* merupakan dua bentuk dari reasuransi *proportional*, namun memiliki pendekatan teknis dan strategi pembagian risiko yang berbeda.

Quota Share adalah sistem pembagian tetap. Apapun nilai pertanggungan pada polis, pembagian risiko, premi, dan klaim antara *ceding company* dan *reinsurer* selalu menggunakan rasio yang sama. Misalnya, dalam *quota* 60%-40%, setiap polis akan dialihkan 40% ke *reinsurer* tanpa memperhatikan besar kecilnya risiko. Sistem ini sangat sederhana secara administrasi, cocok untuk portofolio homogen dan volume tinggi (misalnya asuransi kendaraan bermotor atau properti perumahan).

Sementara itu, ***Surplus Share*** bersifat fleksibel dan hanya digunakan jika nilai pertanggungan suatu polis melebihi retensi yang telah ditentukan. *Surplus* akan dihitung berdasarkan kelebihan dari retensi tersebut, dan dibagi ke *reinsurer* berdasarkan satuan "*line*" (misalnya 1 *line* = Rp500 juta). Ini membuat *surplus* lebih efisien dalam portofolio yang beragam ukuran risikonya, karena perusahaan hanya membagi risiko besar saja.

Dari sisi kontrol risiko, *surplus* lebih memungkinkan *ceding company* menahan risiko kecil dan menyalurkan risiko besar ke *reinsurer*, sementara *quota* membagi semua risiko tanpa memandang nilainya. Namun dari sisi pengelolaan data dan pelaporan, *quota* jauh lebih mudah dan terstandar, sedangkan *surplus* memerlukan sistem pelaporan yang lebih rinci per risiko. Referensi: Vaughan & Vaughan (2013), Swiss Re Institute (2023), Reinsurance Association of America (2022).



Kombinasi *Quota Share* dan *Surplus Share*

Banyak perusahaan asuransi menggabungkan kedua metode ini dalam satu struktur *treaty proportional* berlapis. Kombinasi ini memungkinkan *ceding company* mendapatkan manfaat kesederhanaan dan stabilitas dari *quota share*, sekaligus fleksibilitas dari *surplus share*.

Struktur umum:

- *Quota Share* diterapkan terlebih dahulu pada seluruh risiko.
- *Surplus Share* diterapkan hanya untuk bagian dari risiko yang melebihi retensi *quota*.

Contoh Perhitungan Kombinasi Quota dan Surplus**Asumsi:**

- Total Nilai Pertanggungan: Rp.2.500.000.000
- *Quota Share*: 60% retained, 40% ceded
- Retensi maksimum: Rp.500.000.000
- 1 *line surplus* = Rp.500.000.000
- *Reinsurer* menerima hingga 3 *line surplus* (Rp.1.500.000.000)
- Premi: Rp.25.000.000

Langkah 1: Terapkan *Quota Share* (40%)

- 40% dari nilai pertanggungan = Rp.1.000.000.000

Maka:

- *Ceding* menahan: $60\% \times \text{Rp.2.500.000.000} = \text{Rp.1.500.000.000}$
- *Quota portion to reinsurer*: Rp.1.000.000.000

Namun, *ceding company* hanya dapat menahan Rp.500 juta sebagai retensi individu.

Langkah 2: Sisa dari retensi ceding (Rp.1.000.000.000) akan ditangani lewat *Surplus Share*

- *Surplus* = Rp.1.000.000.000 (karena $\text{Rp.2.500.000.000} - \text{Rp.500.000.000}$ (retensi) - Rp.1.000.000.000 (*quota portion*))
- *Surplus* ini dibagi menjadi 2 *line* (karena 1 *line* = Rp500 juta)

Maka:

- *Ceding*: menahan Rp.500.000.000
- *Reinsurer* menerima: Rp.1.000.000.000 (*quota*) + Rp.1.000.000.000 (*surplus*) = Rp.2.000.000.000

Langkah 3: Bagi Premi Proporsional

- Total premi: Rp.25.000.000

Proporsi

- *Ceding* (retensi): 500 juta / 2,5 M = 20% → Rp.5.000.000
- *Reinsurer* (*quota + surplus*): 80% → Rp.20.000.000

Langkah 4: Bila terjadi klaim Rp1.000.000.000, maka:

- *Ceding* menanggung: 20% x Rp1.000.000.000 = Rp.200.000.000
- *Reinsurer* menanggung: 80% x Rp1.000.000.000 = Rp.800.000.000

Kombinasi *Quota* dan *Surplus* memberikan sistem perlindungan yang seimbang antara kebutuhan kestabilan premi dan fleksibilitas dalam pengelolaan risiko besar. Ini merupakan praktik umum dalam *treaty proportional* modern, khususnya pada lini bisnis properti dan *engineering*. Dengan desain program yang tepat, perusahaan dapat mengoptimalkan kapasitas internal, mematuhi batasan regulator, dan tetap kompetitif di pasar.

II. Reasuransi Non-Proportional**1. Konsep dan Prinsip Dasar**

Reasuransi *non-proportional* adalah bentuk reasuransi di mana *reinsurer* tidak menanggung risiko secara proporsional dari setiap polis, melainkan hanya bertanggung jawab untuk kerugian yang melebihi batas tertentu (retensi atau *attachment point*) yang telah disepakati dalam kontrak. Ini berbeda dengan reasuransi *proportional* (*quota share* atau *surplus*), di mana *reinsurer* dan *ceding company* berbagi premi dan klaim berdasarkan persentase tetap.

Dalam perjanjian *non-proportional*, perusahaan asuransi menanggung semua klaim sampai batas tertentu (retensi). Jika kerugian melebihi batas tersebut, *reinsurer* baru mulai menanggung kelebihan kerugian (*excess*). Oleh karena itu, sistem ini sangat fokus pada manajemen klaim besar dan perlindungan terhadap akumulasi kerugian ekstrem.

2. Jenis-Jenis Reasuransi *Non-Proportional*

A. *Excess of Loss Reinsurance (XL)*

Jenis paling umum dalam praktik. *Reinsurer* hanya menanggung kerugian di atas batas retensi per kejadian. Contohnya, jika retensi ditetapkan Rp1 miliar dan klaim mencapai Rp2,5 miliar, maka *reinsurer* menanggung Rp1,5 miliar. XL dapat dibagi menjadi:

- i. *Per Risk Excess of Loss*: Untuk risiko individu (per polis).
- ii. *Per Event Excess of Loss (Catastrophe XL)*: Untuk kerugian akumulatif akibat satu kejadian (gempa, banjir).
- iii. *Aggregate Excess of Loss*: Berdasarkan total klaim dalam suatu periode, biasanya tahunan.

B. *Stop Loss Reinsurance*

Bentuk proteksi terhadap akumulasi kerugian yang melebihi persentase tertentu dari premi atau ekspektasi teknis. Misalnya, jika total klaim melebihi 120% dari premi tahunan, maka kelebihan klaim akan ditanggung oleh *reinsurer*. *Stop Loss* memberikan stabilitas hasil *underwriting*.

3. Premi dalam Reasuransi *Non-Proportional*

Berbeda dengan sistem *proportional*, premi dalam reasuransi *non-proportional* tidak berasal dari pembagian premi polis. Sebaliknya, premi ditentukan melalui:

- Model aktuarial, berdasarkan estimasi kemungkinan kerugian.
- Analisis *exposure* dan frekuensi klaim besar di masa lalu.
- Faktor-faktor seperti *burning cost*, *loading* untuk profit dan biaya operasional *reinsurer*.

Premi ini bersifat *fixed (flat premium)* untuk satu periode kontrak, meskipun bisa disesuaikan dengan hasil klaim dari tahun ke tahun dalam perjanjian *multiyear*.

4. Manfaat dan Kelebihan Reasuransi *Non-Proportional*

Reasuransi *non-proportional* memberikan manfaat strategis yang sangat penting bagi stabilitas keuangan perusahaan asuransi:

- Perlindungan terhadap klaim besar (*severity risk*) yang dapat mengguncang neraca keuangan.
- Pengendalian akumulasi risiko, terutama pada polis yang tersebar namun terkena dampak satu kejadian (misalnya gempa bumi di satu kota).
- Efisiensi modal karena *ceding company* hanya perlu menyediakan cadangan untuk retensi, sedangkan risiko besar telah dialihkan.

- Stabilitas *underwriting* karena fluktuasi kerugian besar tidak langsung mengganggu hasil tahunan perusahaan.
- Fleksibilitas: perjanjian *non-prop* bisa dirancang untuk berbagai ukuran, wilayah, dan jenis risiko spesifik.

5. Kapan Reasuransi *Non-Proportional* Digunakan?

Penggunaan reasuransi *non-proportional* sangat tepat ketika perusahaan:

- Menghadapi risiko katastropik (gempa, badai, pandemi, terorisme).
- Memiliki portofolio besar dan beragam dengan kemungkinan akumulasi klaim.
- Ingin melindungi *margin solvabilitas*, terutama untuk asuransi properti, *liability* industri, dan *engineering*.
- Membutuhkan proteksi terhadap hasil *underwriting* yang fluktuatif.
- Tidak memiliki cukup modal untuk menahan kerugian skala besar.

Perusahaan asuransi besar biasanya menggunakan struktur *multilayer*, di mana lapisan bawah ditutupi dengan *proportional*, dan lapisan atas dilindungi oleh *non-proportional* (XL dan *Stop Loss*).

Berikut penjelasan mendalam dan sistematis mengenai *Per Risk Excess of Loss* (Per Risk XL) dalam reasuransi *non-proportional*, lengkap dengan contoh perhitungan sederhana agar lebih mudah dipahami:

II. 2.A.i. *Per Risk Excess of Loss (Per Risk XL)*

1. Pengertian dan Prinsip Dasar

Per Risk Excess of Loss adalah bentuk reasuransi *non-proportional* di mana *reinsurer* hanya bertanggung jawab atas bagian klaim yang melebihi batas retensi untuk setiap risiko individu (biasanya satu polis atau satu objek pertanggungan), dan hanya sampai batas maksimum yang disepakati. Fokus utama dari *per risk XL* adalah frekuensi klaim besar dari risiko individu, bukan akumulasi klaim dari banyak risiko dalam satu kejadian.

Contoh paling umum: jika satu gedung terbakar dan klaimnya besar, maka yang ditanggung adalah kelebihan klaim dari retensi, bukan seluruhnya.

2. Elemen Penting dalam *Per Risk XL*

- *Retention (First Layer / Deductible)*: Jumlah maksimum yang harus ditanggung oleh perusahaan asuransi untuk setiap klaim individu.
- *Limit of Liability (Reinsurer's Cover)*: Batas maksimum yang ditanggung oleh *reinsurer* di atas retensi.
- *Per Risk*: Berlaku untuk setiap klaim per objek, bukan per kejadian atau total tahunan.

Contohnya:

Jika retensi = Rp.1 miliar dan limit = Rp.4 miliar, maka total proteksi dari *reinsurer* adalah Rp4 miliar per risiko, dan klaim sampai Rp.5 miliar akan terlindungi.

3. Tujuan dan Kegunaan

Per Risk XL digunakan untuk:

- Melindungi perusahaan dari risiko besar individual, seperti bangunan pabrik, gedung bertingkat, atau mesin berat.

- Diterapkan dalam asuransi properti komersial dan industrial, di mana nilai setiap polis bisa sangat tinggi.
- Memberi kestabilan keuangan dengan membatasi eksposur atas satu klaim besar.

Contoh Perhitungan Sederhana: *Per Risk XL*

Asumsi:

- *Retention (Ceding Company)*: Rp.1.000.000.000
- *Limit (Reinsurer)*: Rp.4.000.000.000
- Total Nilai Pertanggungan Polis:
Rp.6.000.000.000
- Premi yang dibayarkan ke *reinsurer*: berdasarkan perhitungan aktuarial (misalnya flat Rp.100 juta/tahun)
- Klaim terjadi: Rp.4.500.000.000

Langkah 1: Bandingkan Klaim dengan Retensi

- Retensi: Rp.1.000.000.000
- Klaim: Rp.4.500.000.000
- Kelebihan klaim: Rp.3.500.000.000

Langkah 2: Tentukan Berapa yang Ditanggung *Reinsurer*

- *Reinsurer* menanggung: Rp.3.500.000.000
(karena masih di bawah limit Rp.4 miliar)
- *Ceding company* menanggung: Rp.1.000.000.000

Jika klaim sebesar Rp.5.800.000.000 terjadi:

- *Reinsurer* hanya menanggung Rp.4.000.000.000
(batas limit)
- Sisa kelebihan Rp.800.000.000 harus ditanggung oleh *ceding company* juga, Jadi total beban *ceding*: Rp.1.800.000.000

4. Manfaat Strategis dari *Per Risk XL*

- Menghindari ketimpangan risiko dalam satu portofolio. Misalnya, 10 rumah tinggal (nilai pertanggungan Rp500 juta) bisa ditanggung penuh sendiri, tapi satu hotel (nilai pertanggungan Rp6 miliar) bisa membahayakan keuangan bila tidak di-*reinsurance*.
- Menjadi bagian penting dalam program *layering*, biasanya menempati lapisan tengah antara *proportional (quota/surplus)* dan *catastrophe XL*.

II.2.A.ii. *Per Event Excess of Loss (Catastrophe XL)*

1. Pengertian dan Prinsip Dasar

Catastrophe Excess of Loss (Cat XL) adalah bentuk reasuransi *non-proportional* yang memberikan perlindungan terhadap kerugian akumulatif yang terjadi akibat satu kejadian besar atau bencana (*catastrophe*), seperti gempa bumi, banjir, angin topan, tsunami, atau kebakaran besar.

Tidak seperti *Per Risk XL* yang melindungi risiko individu, *Cat XL* bekerja secara agregat: *reinsurer* akan menanggung kerugian jika total klaim dari satu kejadian melebihi batas retensi yang telah disepakati. Jenis ini banyak digunakan dalam asuransi properti, *engineering*, dan portofolio risiko yang tersebar luas secara geografis.

2. Elemen Utama dalam *Catastrophe XL*

- *Retention (Priority)*: Jumlah kerugian akumulatif maksimum yang masih menjadi tanggungan *ceding company* per satu kejadian.
- *Limit of Liability*: Jumlah maksimum yang akan ditanggung *reinsurer* per kejadian.

- *Event Definition Clause*: Batas waktu dan ruang lingkup yang mendefinisikan satu kejadian (misalnya 72 jam untuk gempa atau 168 jam untuk banjir).
- *Aggregation of Losses*: Semua klaim yang timbul dari kejadian yang sama digabung untuk dihitung terhadap retensi.

3. Tujuan dan Fungsi Strategis

Cat XL digunakan oleh perusahaan asuransi untuk:

- Melindungi portofolio dari bencana besar yang memengaruhi banyak polis sekaligus.
- Menjaga keseimbangan keuangan dan solvabilitas saat terjadi kerugian massal.
- Membantu memenuhi persyaratan manajemen risiko dan pengendalian akumulasi risiko dari regulator atau *rating agency*.

Jenis ini sering kali merupakan lapisan atas (*top layer*) dalam program reasuransi berjenjang (*layered program*).

Contoh Perhitungan Sederhana *Catastrophe XL*

Asumsi:

- *Retention (Priority)*: Rp5.000.000.000
- *Limit of Liability* dari *reinsurer*: Rp10.000.000.000
- Terjadi gempa bumi yang menyebabkan klaim pada 10 polis:
- Total akumulasi klaim: Rp12.500.000.000

Langkah 1: Bandingkan Akumulasi Klaim dengan Retensi

- Total klaim: Rp12.500.000.000
- Retensi: Rp5.000.000.000
- Kelebihan klaim: Rp7.500.000.000

Langkah 2: Bandingkan dengan Limit

- Karena kelebihan klaim (Rp.7,5 miliar) masih di bawah limit Rp.10 miliar, maka *reinsurer* akan menanggung seluruh kelebihan klaim tersebut.
- *Ceding company* menanggung: Rp.5.000.000.000
- *Reinsurer* menanggung: Rp.7.500.000.000

Jika total klaim mencapai Rp.18.000.000.000:

- Retensi tetap: Rp.5.000.000.000
- Kelebihan: Rp.13.000.000.000
- *Reinsurer* hanya menanggung Rp.10.000.000.000 (batas limit)
- Sisa Rp.3.000.000.000 menjadi tanggungan *ceding* lagi atau dicarikan lapisan *Cat XL* berikutnya (jika ada *layered treaty*)

4. Penutup: Peran Cat XL dalam Proteksi Risiko Bencana

Catastrophe XL menjadi fondasi utama dalam perlindungan terhadap risiko sistemik yang dapat menghancurkan keuangan perusahaan secara tiba-tiba. Di era perubahan iklim dan meningkatnya intensitas bencana alam, perusahaan asuransi harus memiliki strategi *Cat XL* yang terukur dan adaptif terhadap portofolio mereka. Dalam praktik global, *Cat XL* sering digabungkan dengan *aggregate XL*, *stop loss*, dan model pemodelan bencana (*cat modeling*) untuk membangun proteksi komprehensif.

II.2.A.iii. Aggregate Excess of Loss Reinsurance

1. Pengertian dan Prinsip Dasar

Aggregate Excess of Loss (Agg XL) adalah bentuk reasuransi *non-proportional* di mana *reinsurer* menanggung kerugian *ceding company* jika total klaim selama suatu periode (biasanya satu tahun) melebihi batas akumulasi

tertentu (*aggregate retention*). Beda dengan *Per Risk XL* atau *Catastrophe XL* yang berbasis per risiko atau per kejadian, *Agg XL* bersifat tahunan dan berbasis total seluruh klaim dalam portofolio.

Jenis ini bertujuan untuk menjaga kestabilan *underwriting* hasil tahunan dan melindungi neraca dari kerugian beruntun yang mungkin tidak ekstrem secara individual, tetapi signifikan secara total.

2. Elemen Utama dalam *Aggregate XL*

- *Aggregate Retention (Priority)*: Jumlah total klaim dalam setahun yang harus ditanggung sendiri oleh *ceding company* sebelum *reinsurer* mulai menanggung.
- *Limit of Liability*: Batas maksimum yang ditanggung *reinsurer* setelah *aggregate retention* terlampaui.
- *Attachment Point*: Titik total klaim yang memicu kontribusi *reinsurer* (biasanya ditentukan sebagai % dari *earned premium*).
- *Period of Cover*: Biasanya 12 bulan, mengikuti tahun buku atau tahun polis.

Jenis ini sangat cocok untuk portofolio yang memiliki klaim frekuensi tinggi namun dengan nilai klaim rendah hingga menengah (misalnya asuransi kendaraan, kesehatan, atau *personal accident*).

3. Tujuan dan Strategi Penggunaan

Aggregate XL digunakan untuk:

- Menstabilkan hasil *underwriting* tahunan, terutama jika banyak klaim kecil menumpuk.
- Melindungi cadangan teknis dan modal kerja dari penyusutan mendadak.
- Mengelola risiko akumulasi non-katastrofik, misalnya:

peningkatan klaim musiman, pandemi ringan, atau inflasi biaya klaim.

- Cocok untuk lini bisnis mass market, seperti asuransi kendaraan bermotor, kesehatan, dan mikro asuransi.

Contoh Perhitungan Sederhana *Aggregate XL*

Asumsi:

- *Earned Premium (EP)*: Rp.100.000.000.000
- *Attachment Point (Retention)*: 75% dari EP = Rp.75.000.000.000
- *Limit of Liability*: Rp20.000.000.000
- Total klaim aktual dalam 1 tahun: Rp.88.000.000.000

Langkah 1: Hitung Kerugian yang Melebihi Retensi

- Total klaim = Rp.88.000.000.000
- Retensi = Rp.75.000.000.000
- Kelebihan klaim = Rp.13.000.000.000

Langkah 2: Bandingkan dengan Limit

- Karena kelebihan klaim Rp.13 miliar < limit Rp20 miliar, *reinsurer* membayar seluruh kelebihan.
- *Reinsurer* menanggung: Rp.13.000.000.000
- *Ceding company* menanggung: Rp.75.000.000.000

Jika total klaim mencapai Rp.102.000.000.000:

- Kelebihan klaim = Rp.102M – Rp.75M = Rp.27M
- *Reinsurer* hanya menanggung Rp.20M (limit)
- Sisa Rp.7M ditanggung kembali oleh *ceding* (jika tidak ada lapisan selanjutnya)

4. Catatan Strategis dan Kelebihan *Aggregate XL*

- Memberikan proteksi terhadap risiko akumulasi tak terlihat (*creeping loss*) yang tidak cukup besar untuk menembus batas per risiko atau katastrofik.

- Ideal untuk memperkuat manajemen modal dan mempertahankan rasio *loss ratio* tahunan pada tingkat aman.
- Sering digunakan bersamaan dengan struktur XL lain untuk membangun program *multilayer*:
- Per *risk* XL (untuk klaim besar per individu)
- Cat XL (untuk bencana besar)
- *Aggregate* XL (untuk kontrol tahunan keseluruhan)

II.2.A.iv. Stop-Loss Reinsurance

1. Pengertian dan Prinsip Dasar

Stop-Loss Reinsurance adalah bentuk reasuransi non-proporsional yang dirancang untuk melindungi perusahaan asuransi dari akumulasi kerugian yang melebihi persentase tertentu dari premi yang diperoleh (*earned premiums*) selama periode tertentu, biasanya satu tahun. Dalam kontrak ini, *reinsurer* mulai menanggung kerugian setelah rasio kerugian (*loss ratio*) mencapai ambang batas (*attachment point*) yang telah disepakati.

Prinsip Utama:

- *Attachment Point*: Biasanya dinyatakan sebagai persentase dari premi yang diperoleh. Misalnya, jika ditetapkan pada 75%, maka *reinsurer* akan mulai menanggung kerugian setelah total klaim melebihi 75% dari premi yang diperoleh.
- *Limit of Liability*: Batas maksimum yang akan ditanggung oleh *reinsurer* setelah melewati *attachment point*. Misalnya, jika limit ditetapkan pada 125%, maka *reinsurer* akan menanggung kerugian hingga total mencapai 125% dari premi yang diperoleh.

2. Tujuan dan Manfaat Strategis

Stop-Loss Reinsurance digunakan oleh perusahaan asuransi untuk:

- Menstabilkan Hasil *Underwriting*: Dengan membatasi eksposur terhadap kerugian akumulatif yang tinggi, perusahaan dapat menjaga stabilitas keuangan dan hasil *underwriting* tahunan.
- Melindungi dari Frekuensi Klaim Tinggi: Efektif dalam situasi di mana terdapat banyak klaim kecil hingga menengah yang secara kumulatif dapat merugikan.
- Pengelolaan Risiko Portofolio: Membantu dalam mengelola portofolio dengan risiko tinggi atau lini bisnis yang memiliki volatilitas klaim tinggi.

Contoh Perhitungan Sederhana *Stop-Loss Reinsurance* Asumsi:

- Premi yang Diperoleh (*Earned Premiums*):
Rp100.000.000.000
- *Attachment Point*: 80% dari premi yang diperoleh =
Rp80.000.000.000
- *Limit of Liability*: 120% dari premi yang diperoleh =
Rp120.000.000.000
- Total Klaim Aktual dalam Satu Tahun:
Rp95.000.000.000

Perhitungan:

1. Tentukan Apakah *Attachment Point* Terlampaui:
 - Total klaim aktual: Rp95.000.000.000
 - *Attachment point*: Rp80.000.000.000
 - Karena total klaim melebihi *attachment point*, *reinsurer* mulai menanggung kelebihan kerugian.

2. Hitung Kelebihan Klaim yang Ditanggung *Reinsurer*:
 - Kelebihan klaim = Total klaim aktual - *Attachment point*
 - Kelebihan klaim = Rp95.000.000.000 - Rp80.000.000.000 = Rp15.000.000.000
3. Bandingkan dengan *Limit of Liability*:
 - *Limit of liability*: Rp120.000.000.000
 - Karena total klaim (Rp95.000.000.000) tidak melebihi limit, *reinsurer* menanggung seluruh kelebihan klaim sebesar Rp15.000.000.000.

Distribusi Tanggung Jawab:

Ceding Company: Menanggung klaim hingga *attachment point* sebesar Rp80.000.000.000.

Reinsurer: Menanggung kelebihan klaim sebesar Rp15.000.000.000.

3. Catatan Penting dalam Implementasi *Stop-Loss Reinsurance*

- Penetapan *Attachment Point* dan Limit: Harus didasarkan pada analisis aktuarial yang cermat terhadap pengalaman klaim historis dan proyeksi risiko masa depan.
- Pengawasan Regulasi: Beberapa yurisdiksi mungkin memiliki persyaratan khusus terkait penggunaan *stop-loss reinsurance*, terutama dalam konteks asuransi kesehatan swadana.
- Kombinasi dengan Reasuransi Lain: Sering digunakan bersama dengan bentuk reasuransi lain untuk membangun program manajemen risiko yang komprehensif.

Berikut adalah dua contoh perhitungan sederhana untuk *Stop-Loss Reinsurance*, yang akan membantu memahami bagaimana mekanisme ini bekerja dalam melindungi perusahaan asuransi dari kerugian yang melebihi batas tertentu.

Contoh 1: *Stop-Loss* Berdasarkan Rasio Klaim terhadap Premi

Asumsi:

- Premi yang Diperoleh (*Earned Premium*): Rp50.000.000.000
- *Attachment Point* (Tingkat Kerugian yang Ditanggung Sendiri): 70% dari premi yang diperoleh = Rp35.000.000.000
- *Limit of Liability* (Batas Tanggung Jawab Reasuradur): 110% dari premi yang diperoleh = Rp55.000.000.000
- Total Klaim Aktual dalam Satu Tahun: Rp40.000.000.000

Perhitungan:

1. Tentukan Apakah *Attachment Point* Terlampaui:
 - Total klaim aktual: Rp40.000.000.000
 - *Attachment point*: Rp35.000.000.000
 - Karena total klaim melebihi *attachment point*, reasuradur mulai menanggung kelebihan kerugian.
2. Hitung Kelebihan Klaim yang Ditanggung Reasuradur:
 - Kelebihan klaim = Total klaim aktual - *Attachment point*
 - Kelebihan klaim = Rp40.000.000.000 - Rp35.000.000.000 = Rp5.000.000.000
3. Bandingkan dengan *Limit of Liability*:
 - *Limit of liability*: Rp55.000.000.000
 - Karena total klaim (Rp.40.000.000.000) tidak melebihi limit, reasuradur menanggung seluruh kelebihan klaim sebesar Rp.5.000.000.000.

Distribusi Tanggung Jawab:

Perusahaan Asuransi (*Ceding Company*): Menanggung klaim hingga *attachment point* sebesar Rp.35.000.000.000.

Reasuradur: Menanggung kelebihan klaim sebesar Rp.5.000.000.000.

Contoh 2: Stop-Loss dengan Batas Nominal Tetap**Asumsi:**

- Premi yang Diperoleh (*Earned Premium*): Rp.80.000.000.000
- *Attachment Point*: Rp.60.000.000.000
- *Limit of Liability*: Rp.20.000.000.000
- Total Klaim Aktual dalam Satu Tahun: Rp.85.000.000.000

Perhitungan:

1. Tentukan Apakah *Attachment Point* Terlampaui:
 - Total klaim aktual: Rp.85.000.000.000
 - *Attachment point*: Rp.60.000.000.000
 - Karena total klaim melebihi *attachment point*, reasuradur mulai menanggung kelebihan kerugian.
2. Hitung Kelebihan Klaim yang Ditanggung Reasuradur:
 - Kelebihan klaim = Total klaim aktual - *Attachment point*
 - Kelebihan klaim = Rp.85.000.000.000 - Rp.60.000.000.000 = Rp.25.000.000.000
3. Bandingkan dengan *Limit of Liability*:
 - *Limit of liability*: Rp20.000.000.000
 - Karena kelebihan klaim (Rp25.000.000.000) melebihi limit, reasuradur hanya menanggung hingga batas limit sebesar Rp20.000.000.000.
 - Sisa kelebihan klaim = Rp25.000.000.000 - Rp20.000.000.000 = Rp5.000.000.000 ditanggung oleh perusahaan asuransi.

Distribusi Tanggung Jawab:

- Perusahaan Asuransi (*Ceding Company*): Menanggung klaim hingga *attachment point* sebesar Rp60.000.000.000 dan sisa kelebihan klaim sebesar Rp5.000.000.000, total Rp65.000.000.000.
- Reasuradur: Menanggung klaim sebesar Rp20.000.000.000.

Catatan Penting:

- *Attachment Point* dan *Limit of Liability* ditetapkan berdasarkan analisis risiko dan kapasitas keuangan perusahaan asuransi.
- *Stop-Loss Reinsurance* efektif dalam melindungi perusahaan asuransi dari akumulasi kerugian yang tinggi dalam satu periode, terutama ketika terjadi frekuensi klaim yang tinggi atau kejadian katastrofik.

Semoga contoh perhitungan di atas membantu dalam memahami mekanisme dan manfaat dari *Stop-Loss Reinsurance*.



Ringkasan

Berikut adalah penjelasan mengenai berbagai jenis Reasuransi *Excess of Loss* (XOL), yang merupakan bentuk reasuransi *non-proportional* di mana reasuradur menanggung kerugian yang melebihi batas tertentu yang telah disepakati dengan perusahaan asuransi. Berikut adalah beberapa jenis utama dari Reasuransi *Excess of Loss*:

1. Risk Excess of Loss (Per Risk XOL)

Definisi:

Reasuransi ini melindungi perusahaan asuransi terhadap kerugian yang timbul dari satu risiko individu yang melebihi batas retensi tertentu. Setiap klaim atas risiko individu dievaluasi secara terpisah.

Karakteristik:

- Fokus pada Risiko Individu: Setiap klaim dari polis asuransi yang berbeda dianggap secara terpisah.
- Batas Retensi: Perusahaan asuransi menetapkan jumlah maksimum kerugian yang akan ditanggung sendiri untuk setiap risiko.
- Lapisan Perlindungan: Dapat disusun dalam beberapa lapisan (*layers*) untuk meningkatkan kapasitas perlindungan.

Contoh Penggunaan:

Digunakan dalam asuransi properti atau kecelakaan, di mana nilai pertanggungan per risiko dapat bervariasi secara signifikan.

2. *Catastrophe Excess of Loss (Cat XOL)*

Definisi:

Jenis reasuransi ini memberikan perlindungan terhadap akumulasi kerugian yang disebabkan oleh satu peristiwa katastropik yang mempengaruhi banyak polis atau risiko secara bersamaan.

Karakteristik:

- Fokus pada Peristiwa: Menangani kerugian yang berasal dari satu kejadian besar seperti gempa bumi, banjir, atau badai.
- Batas Retensi yang Lebih Tinggi: Karena potensi kerugian yang besar, perusahaan asuransi biasanya menetapkan batas retensi yang lebih tinggi dibandingkan dengan *Risk XOL*.
- Perlindungan Portofolio: Melindungi stabilitas keuangan perusahaan asuransi dari dampak finansial peristiwa besar yang mempengaruhi banyak tertanggung.

Contoh Penggunaan:

Cocok untuk portofolio asuransi yang terpapar risiko bencana alam atau kejadian luar biasa lainnya yang dapat menyebabkan kerugian besar secara simultan.

3. *Aggregate Excess of Loss (Agg XOL)*

Definisi:

Reasuransi ini dirancang untuk melindungi perusahaan asuransi ketika total akumulasi kerugian selama periode tertentu (biasanya satu tahun) melebihi batas yang telah ditetapkan.

Karakteristik:

- Fokus pada Total Kerugian Tahunan: Menghitung semua klaim yang terjadi dalam periode tertentu untuk menentukan apakah batas retensi telah terlampaui.
- Batas Retensi Agregat: Perusahaan asuransi menetapkan jumlah total kerugian yang bersedia ditanggung sendiri dalam satu periode.
- Stabilisasi Hasil Keuangan: Membantu perusahaan asuransi dalam menjaga kestabilan hasil *underwriting* dengan membatasi dampak dari frekuensi klaim yang tinggi.

Contoh Penggunaan:

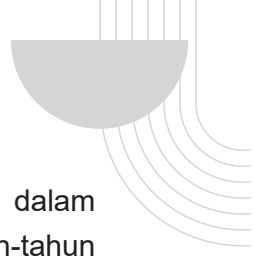
Digunakan dalam lini bisnis dengan volume klaim tinggi namun nilai klaim individu relatif kecil, seperti asuransi kendaraan bermotor atau kesehatan.

4. Stop Loss Reinsurance**Definisi:**

Bentuk reasuransi yang memberikan perlindungan ketika rasio kerugian terhadap premi yang diperoleh melebihi persentase tertentu dalam periode tertentu.

Karakteristik:

- Fokus pada Rasio Kerugian: Menilai kinerja portofolio berdasarkan perbandingan antara total klaim dan total premi yang diperoleh
- Batas Rasio Kerugian: Perusahaan asuransi menetapkan persentase maksimum rasio kerugian yang bersedia ditanggung sebelum reasuradur mulai menanggung kelebihan tersebut.



- Pengendalian Risiko Portofolio: Efektif dalam melindungi perusahaan asuransi dari tahun-tahun dengan kinerja buruk akibat frekuensi klaim yang tinggi.
Contoh Penggunaan:

Cocok untuk portofolio dengan volatilitas tinggi di mana terdapat risiko bahwa total klaim dapat secara signifikan melebihi total premi yang diperoleh.

Setiap jenis Reasuransi *Excess of Loss* memiliki fungsi dan aplikasi yang berbeda, disesuaikan dengan profil risiko dan kebutuhan perlindungan spesifik dari perusahaan asuransi.



**“Insurance is a quiet
bridge built before
the river rises, so love
can still cross when
when the waters
become wild.**



Cinta bisa menyatukan dua hati,
tapi hanya komitmen yang mampu
menjaga janji di kolong langit.

Janji di Kolong Langit

Romansa Keuangan

KODRAT
&
MARTABAT
DIUKUR
DARI
HARTA,
BUKAN
CINTA.

Kerja keras
hari ini,
untuk cinta
esok hari.

Aku tidak punya
banyak harta,
tapi aku punya
komitmen untuk
menjagamu.

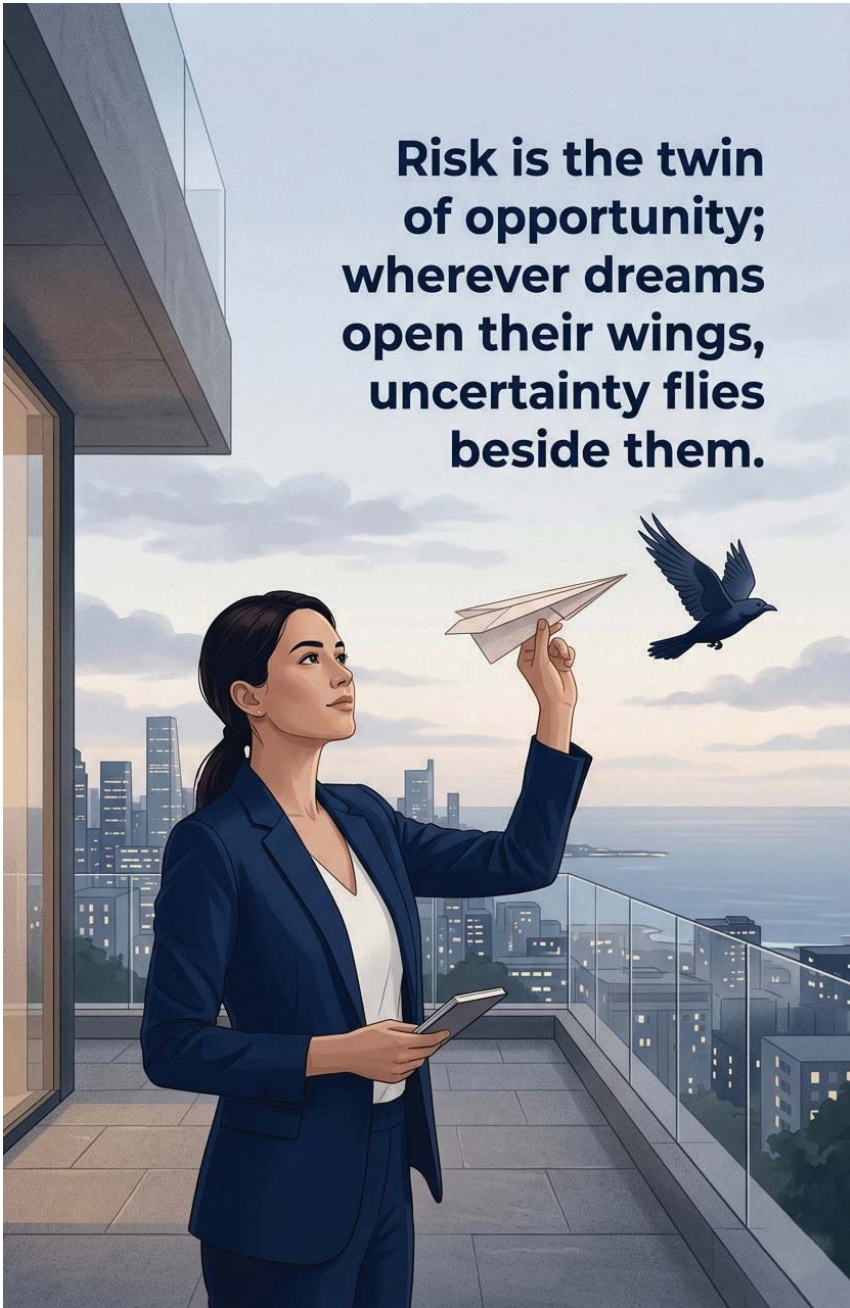
Karena cinta sejati bukan tentang memiliki,
tapi tentang berjuang bersama sampai akhir.

Andreas Freddy Pieloor



BisaAsuransi
education is our passion

**Risk is the twin
of opportunity;
wherever dreams
open their wings,
uncertainty flies
beside them.**

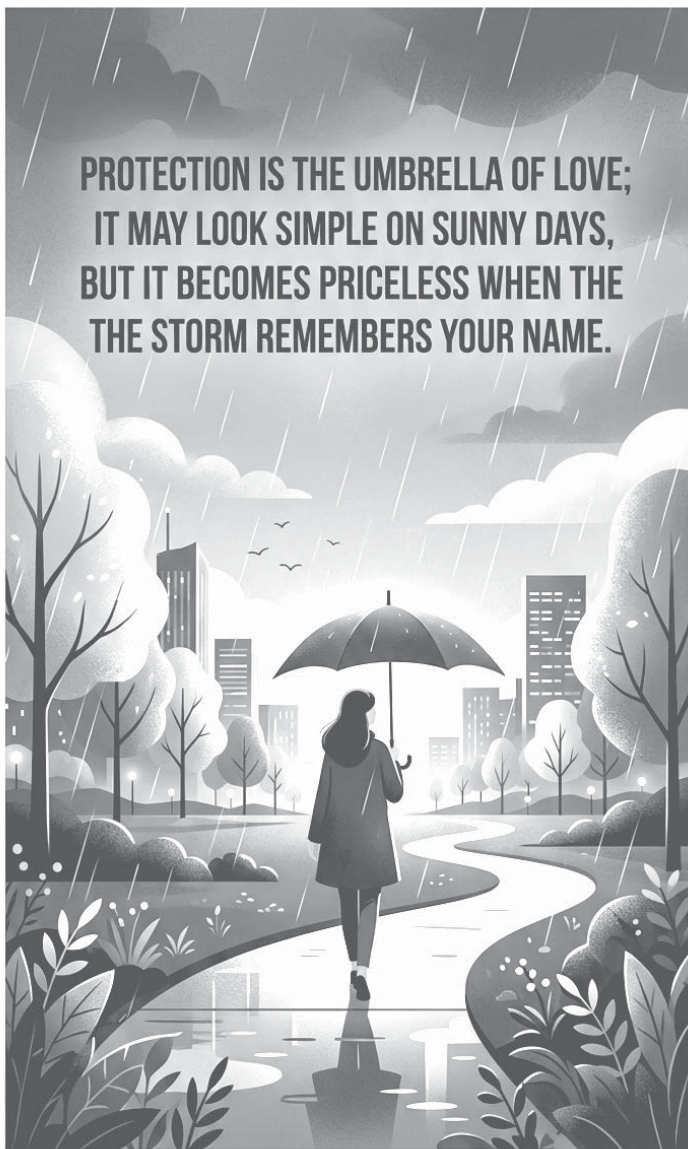


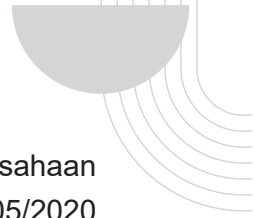
BAB
15.

MODAL & RETENSI SENDIRI



**PROTECTION IS THE UMBRELLA OF LOVE;
IT MAY LOOK SIMPLE ON SUNNY DAYS,
BUT IT BECOMES PRICELESS WHEN THE
STORM REMEMBERS YOUR NAME.**





Peraturan OJK terbaru terkait retensi dalam negeri perusahaan asuransi adalah Peraturan OJK Nomor 39/POJK.05/2020 yang merupakan perubahan kedua atas Peraturan OJK Nomor 14/POJK.05/2015. Peraturan ini mengatur tentang retensi sendiri dan dukungan reasuransi dalam negeri bagi perusahaan asuransi dan perusahaan asuransi syariah

15.1. Pengantar

Dalam industri perasuransian, kekuatan finansial perusahaan bukan hanya ditentukan oleh besarnya premi yang dikumpulkan, tetapi oleh seberapa besar modal yang dimiliki dan bagaimana perusahaan mengelola risiko melalui retensi sendiri sebelum dialihkan ke reasuransi. Modal dan retensi sendiri merupakan dua elemen kunci yang saling berkaitan erat dalam menentukan kapasitas penjaminan risiko (*underwriting capacity*), tingkat solvabilitas, serta strategi manajemen risiko yang sehat dan berkelanjutan. Pemahaman terhadap keduanya menjadi semakin penting di tengah dinamika pasar, tuntutan penguatan struktur keuangan, dan regulasi yang terus berkembang.

Modal disetor yang besar seharusnya memberikan kemampuan yang lebih tinggi bagi perusahaan untuk menahan risiko sendiri. Namun kenyataannya, tidak semua perusahaan asuransi memilih untuk meningkatkan retensinya secara sebanding dengan peningkatan modal. Hal ini terjadi karena penetapan retensi sangat bergantung pada banyak faktor, antara lain profil risiko, karakteristik portofolio, kemampuan teknis, strategi bisnis, serta tingkat kenyamanan manajemen terhadap risiko yang ditanggung (*risk appetite*). Dengan kata lain, hubungan antara modal dan retensi tidak bersifat otomatis atau linier.



Di sisi lain, regulasi nasional saat ini tengah mendorong peningkatan modal minimum bagi perusahaan asuransi secara signifikan, yang akan mencapai Rp1 triliun pada akhir tahun 2028. Kenaikan ambang batas ini bertujuan memperkuat struktur permodalan industri, tetapi di saat yang sama menimbulkan kekhawatiran akan hilangnya banyak perusahaan asuransi kecil dan menengah yang selama ini melayani segmen pasar yang tidak dijangkau oleh perusahaan besar. Padahal, beberapa perusahaan kecil ini justru memiliki kinerja keuangan yang sehat, kredibilitas tinggi, serta kemampuan teknis yang memadai. Kebijakan tersebut dapat berdampak pada berkurangnya keragaman pelaku usaha, yang pada akhirnya merugikan masyarakat dan konsumen asuransi.

Retensi sendiri merupakan manifestasi dari kepercayaan diri dan kemampuan perusahaan dalam mengelola risiko secara internal. Retensi yang dirancang secara tepat memungkinkan perusahaan memperoleh laba *underwriting* yang optimal, meningkatkan efisiensi penggunaan reasuransi, dan menumbuhkan kedewasaan manajemen risiko. Namun, retensi yang terlalu tinggi tanpa kesiapan modal, SDM, dan mitigasi dapat menjadi bumerang bagi keberlangsungan usaha. Oleh karena itu, perusahaan perlu menyeimbangkan antara besarnya modal dan batas risiko yang dipertahankan.

Bab ini akan mengulas secara mendalam berbagai aspek terkait modal dan retensi perusahaan asuransi, termasuk regulasi yang berlaku, tantangan yang dihadapi perusahaan dengan modal terbatas, serta praktik dan perbandingan internasional. Dengan demikian, pembaca diharapkan dapat memahami bahwa penguatan modal dan pengelolaan retensi tidak hanya soal angka, tetapi soal strategi, keberimbangan, serta keberlanjutan industri perasuransian secara keseluruhan.

A. Terminologi Modal Perusahaan Asuransi dan Retensi Sendiri: Korelasi dan Keterkaitannya

1. Modal Perusahaan Asuransi: Definisi dan Fungsi

Modal perusahaan asuransi merupakan fondasi keuangan yang menentukan kapasitas operasional dan kemampuan perusahaan dalam menanggung risiko. Modal ini terdiri dari:

- Modal Disetor: Dana yang disetorkan oleh pemegang saham sebagai komitmen awal dan tambahan terhadap perusahaan.
- Modal Sendiri (Ekuitas): Selisih antara total aset dan total kewajiban perusahaan, mencerminkan kekayaan bersih perusahaan.
- Modal Minimum Berbasis Risiko (MMBR): Jumlah modal minimum yang harus dimiliki perusahaan untuk menanggung seluruh risiko yang dihadapi, sesuai dengan profil risiko perusahaan. Perhitungan MMBR diatur dalam Surat Edaran Otoritas Jasa Keuangan (SEOJK) Nomor 24/SEOJK.05/2017 tentang Pedoman Perhitungan Jumlah Modal Minimum Berbasis Risiko bagi Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi.

Fungsi utama modal dalam perusahaan asuransi adalah untuk memastikan solvabilitas, memenuhi kewajiban kepada pemegang polis, dan mendukung pertumbuhan bisnis melalui peningkatan kapasitas *underwriting*.

2. Retensi Sendiri: Definisi dan Peran dalam Manajemen Risiko

Retensi sendiri adalah bagian dari risiko yang dipertahankan oleh perusahaan asuransi tanpa dialihkan kepada reasuradur. Besaran retensi sendiri ditentukan

berdasarkan profil risiko perusahaan, kapasitas modal, dan strategi manajemen risiko. Perusahaan wajib memiliki dan menerapkan retensi sendiri untuk setiap risiko yang dikelola sesuai dengan batas retensi sendiri, sebagaimana diatur dalam Peraturan Otoritas Jasa Keuangan (POJK) Nomor 14/POJK.05/2015 tentang Retensi Sendiri dan Dukungan Reasuransi Dalam Negeri.

Retensi sendiri berperan penting dalam manajemen risiko dengan:

- Meningkatkan disiplin *underwriting* melalui seleksi risiko yang lebih ketat.
- Mengoptimalkan penggunaan modal dengan menyesuaikan retensi terhadap kapasitas keuangan.
- Mengurangi ketergantungan pada reasuransi, sehingga meningkatkan profitabilitas.

3. Korelasi antara Modal dan Retensi Sendiri

Secara teoritis, terdapat korelasi positif antara besarnya modal dengan kemampuan perusahaan dalam menahan risiko melalui retensi sendiri. Semakin besar modal yang dimiliki, semakin besar pula kapasitas perusahaan untuk mempertahankan risiko tanpa perlu mengalihkannya ke reasuradur. Namun, dalam praktiknya, korelasi ini tidak selalu linier karena dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain:

- **Profil Risiko:** Jenis dan kompleksitas risiko yang dihadapi dapat membatasi besaran retensi yang dapat ditanggung, terlepas dari besarnya modal.
- **Risk Appetite:** Tingkat toleransi perusahaan terhadap risiko memengaruhi keputusan dalam menentukan batas retensi.

- Kapasitas Reasuransi: Ketersediaan dan kondisi pasar reasuransi dapat memengaruhi strategi retensi perusahaan.
- Regulasi: Ketentuan peraturan yang mengatur batas retensi dan dukungan reasuransi juga menjadi faktor penentu.

Sebagai contoh, dalam POJK Nomor 14/POJK.05/2015, perusahaan asuransi diwajibkan menanamkan 100 persen preminya untuk risiko sederhana pada reasuradur nasional. Namun, dengan diberlakukannya POJK No. 39/POJK.05/2020, tidak ada minimal persentase premi yang diwajibkan untuk ditanamkan pada reasuradur nasional, memberikan keleluasaan kepada pelaku industri perasuransian dalam menyebarkan risiko reasuransinya.

4. Implikasi Strategis bagi Perusahaan Asuransi

Pemahaman yang mendalam tentang hubungan antara modal dan retensi sendiri penting bagi perusahaan asuransi dalam merumuskan strategi bisnis yang efektif. Perusahaan harus menyeimbangkan antara keinginan untuk meningkatkan retensi guna memperoleh profitabilitas yang lebih tinggi dengan kemampuan modal yang dimiliki dan batasan regulasi yang berlaku. Selain itu, perusahaan juga perlu mempertimbangkan kondisi pasar reasuransi dan profil risiko portofolio bisnisnya dalam menentukan strategi retensi yang optimal.

B. Modal Disetor Perusahaan Asuransi Umum dan Rencana Peningkatan

1. Ketentuan Modal Minimum
 - o Saat ini: Rp150 miliar untuk perusahaan asuransi umum dan jiwa.

- o 2026: Direncanakan naik menjadi Rp500 miliar.
 - o 2028: Akan menjadi Rp1 triliun (sesuai *roadmap* OJK).
2. Dampak Peningkatan Modal
 - o Perusahaan kecil dan menengah yang sehat dan menguntungkan, tapi tidak memiliki akses ke pendanaan besar, terancam tutup.
 - o Persaingan sehat terganggu, pemain besar mendominasi pasar.
 - o Potensi hilangnya layanan asuransi untuk segmen UMKM dan masyarakat berpenghasilan rendah.
 3. Modal Tidak Otomatis Meningkatkan Retensi
 - o Tanpa manajemen risiko dan sistem *underwriting* yang kuat, tambahan modal hanya menjadi “modal menganggur”.

Kenaikan Modal Disetor Minimum Asuransi Umum di Indonesia: Regulasi, Dampak, dan Implikasi Industri

Regulasi OJK Terbaru tentang Modal Minimum Perusahaan Asuransi Umum

Otoritas Jasa Keuangan (OJK) telah menerbitkan regulasi terbaru yang menaikkan secara bertahap modal disetor minimum bagi perusahaan asuransi. Regulasi tersebut tertuang dalam Peraturan OJK (POJK) Nomor 23 Tahun 2023 tentang Perizinan Usaha dan Kelembagaan Perusahaan Asuransi, Asuransi Syariah, Reasuransi, dan Reasuransi Syariah. Aturan ini menggantikan ketentuan sebelumnya (POJK No. 67/POJK.05/2016) yang menetapkan modal awal minimum Rp100 miliar untuk asuransi umum konvensional. Melalui POJK 23/2023, OJK meningkatkan batas modal minimum tersebut secara berjenjang hingga tahun 2028:

- Tahap I (akhir 2026): Perusahaan asuransi konvensional (termasuk asuransi umum) diwajibkan memiliki ekuitas minimal Rp250 miliar. (Sebagai perbandingan, modal minimum sebelumnya yang berlaku saat ini adalah Rp100 miliar.)
- Tahap II (akhir 2028): Batas modal minimum naik signifikan menjadi Rp500 miliar atau Rp1 triliun tergantung klasifikasi perusahaan. OJK membagi perusahaan asuransi ke dalam dua kelompok berdasarkan ekuitas (Kelompok Perusahaan Perasuransian berdasarkan Ekuitas, KPPE):
 - o KPPE 1: Harus memiliki ekuitas minimum Rp500 miliar (asuransi konvensional). Kelompok ini boleh menjalankan usaha dengan produk yang sederhana saja sesuai batas kapasitas modalnya.
 - o KPPE 2: Harus memiliki ekuitas minimum Rp1 triliun (asuransi konvensional). Kelompok ini diperbolehkan menawarkan seluruh lini produk asuransi yang tersedia (dengan kata lain, modal besar memberi keleluasaan bisnis penuh).

Dengan demikian, untuk perusahaan asuransi umum konvensional, modal disetor minimum yang semula Rp100 miliar akan meningkat menjadi Rp250 miliar paling lambat pada 31 Desember 2026, kemudian ditargetkan mencapai Rp500 miliar (KPPE 1) atau Rp1 triliun (KPPE 2) pada akhir 2028. Adapun untuk perusahaan reasuransi konvensional, modal minimum dinaikkan dari Rp200 miliar menjadi Rp500 miliar (2026) dan Rp1 triliun (2028). Ketentuan serupa berlaku bagi asuransi syariah dengan angka lebih rendah (misalnya Rp100 miliar pada 2026 dan Rp500 miliar pada 2028 untuk asuransi syariah), namun fokus di sini ditujukan pada asuransi umum. Kebijakan modal ini

mulai berlaku sejak POJK 23/2023 diundangkan dan memberi masa transisi hingga tenggat 2026 dan 2028 tersebut.

Dampak Peningkatan Modal terhadap Perusahaan Asuransi Kecil dan Menengah

Kenaikan persyaratan modal minimum yang agresif ini menimbulkan tantangan besar bagi perusahaan asuransi kecil dan menengah. Banyak di antara perusahaan asuransi berskala lebih kecil yang sudah beroperasi efisien dan sehat dari sisi operasional, namun struktur permodalannya terbatas. Dengan kewajiban tambahan modal yang sangat tinggi, perusahaan-perusahaan ini terancam mengalami tekanan untuk menambah modal atau mencari investor baru. Beberapa dampak spesifik terhadap asuransi kecil-menengah antara lain:

- **Risiko Tidak Memenuhi Ketentuan:** Data OJK per Agustus 2024 menunjukkan masih terdapat 45 perusahaan asuransi dan reasuransi yang modalnya belum mencapai batas tahap I (Rp250 miliar). Di antaranya, 23 perusahaan asuransi umum konvensional dan beberapa asuransi syariah belum memenuhi ekuitas Rp250 miliar yang diwajibkan untuk 2026. Kondisi ini menggambarkan besarnya jumlah pelaku kecil-menengah yang terancam oleh aturan baru ini. Bahkan, OJK mengungkapkan terdapat dua perusahaan asuransi yang sudah berniat mengembalikan izin usahanya karena menyadari tidak akan mampu memenuhi persyaratan modal baru tersebut demi alasan efisiensi. Langkah “lempar handuk” ini menunjukkan bahwa sebagian pelaku lebih memilih menutup usaha daripada beroperasi dengan tekanan permodalan tinggi.
- **Merger dan Akuisisi Semakin Tidak Terelakkan:** Untuk tetap bertahan, opsi yang paling mungkin bagi asuransi

kecil adalah mencari tambahan modal dari pemegang saham, investor baru, atau bergabung (konsolidasi) dengan perusahaan lain. OJK sendiri menyatakan bahwa proses merger, akuisisi, dan konsolidasi menjadi keniscayaan di tengah aturan kenaikan modal ini, sebagaimana dahulu terjadi di industri perbankan. Ketua Dewan Pengurus AAJI (asosiasi asuransi jiwa) juga mengakui kemungkinan tersebut, di mana perusahaan yang tidak mampu memenuhi ketentuan ekuitas baru mau tak mau harus bergabung melalui akuisisi/merger. Tren konsolidasi ini sudah mulai tampak; beberapa perusahaan dilaporkan mulai menjajaki kolaborasi dengan investor kuat atau induk usaha demi memperkuat permodalan.

- Kekhawatiran Terhadap “Pemaksaan” Modal bagi Perusahaan Efisien: Para pelaku industri mengingatkan bahwa besarnya modal bukan satu-satunya indikator kesehatan perusahaan asuransi. Nico Prawiro, Wakil Direktur Utama PT Asuransi Cakrawala Proteksi Indonesia (perusahaan asuransi umum menengah), mengemukakan bahwa jangan sampai perusahaan asuransi yang sebenarnya sehat tapi bermodal kecil justru tersingkir gara-gara aturan ini. Ia menyoroti bahwa jika perusahaan semacam itu terpaksa tutup atau keluar dari pasar, dampaknya dapat merusak ekosistem industri (misalnya terjadi PHK karyawan dan berkurangnya layanan kepada nasabah). Beberapa perusahaan asuransi kecil mengerjakan bisnis-bisnis spesifik yang tidak terlalu *capital-intensive*, sehingga dari sudut pandang mereka, menaikkan modal berlebihan justru mengikat dana yang bisa dimanfaatkan lebih produktif di tempat lain. Pandangan ini menggugah diskusi: apakah masuk akal mewajibkan modal Rp1 triliun bagi perusahaan yang mungkin hanya

fokus pada lini bisnis risiko rendah dan telah dikelola secara *prudent*.

- Kesiapan Beragam di Kalangan Pelaku: Terdapat pula perbedaan tingkat kesiapan. Sebagian perusahaan menengah sudah relatif mendekati target modal. Misalnya, ACPI (Asuransi Cakrawala Proteksi Indonesia) menyatakan modalnya sekitar Rp400 miliar, sudah melampaui syarat 2026 namun belum cukup untuk syarat 2028. Perusahaan seperti ini optimistis dapat memenuhi ketentuan dengan dukungan pemegang saham dan peningkatan laba ditahan (peningkatan modal melalui keuntungan usaha). Sementara itu, beberapa perusahaan lain masih jauh di bawah ambang (misalnya di bawah Rp150 miliar) dan perlu usaha ekstra. AAJI mencatat sebagian besar anggota mereka sebenarnya telah bermodal di atas Rp500 miliar, hanya sedikit yang masih di kisaran Rp100–250 miliar. Ini menunjukkan bahwa dampak terbesar mungkin dirasakan oleh asuransi umum kecil, karena industri perasuransian jiwa relatif sudah lebih berkecukupan modal. Asosiasi Asuransi Umum Indonesia (AAUI) pun mendorong para anggotanya untuk tidak “lempar handuk” dan berupaya memenuhi aturan dengan optimis, sembari berharap tenggat waktu yang ada dimanfaatkan sebaik mungkin.

Secara keseluruhan, kebijakan peningkatan modal ini memaksa asuransi kecil-menengah melakukan penyesuaian strategis. Mereka dihadapkan pada pilihan: memperkuat permodalan (melalui injeksi modal baru atau laba ditahan), bergabung ke dalam kelompok usaha yang lebih besar, atau meninggalkan pasar. Dampak langsungnya bisa berupa berkurangnya jumlah perusahaan asuransi independen berskala kecil dalam beberapa tahun ke depan.

Implikasi terhadap Persaingan Industri dan Akses Masyarakat ke Asuransi

Konsolidasi dan peningkatan modal di sektor asuransi umum ini membawa konsekuensi luas terhadap struktur industri secara keseluruhan, tingkat persaingan, serta akses masyarakat terhadap layanan asuransi. Beberapa poin analisis penting meliputi aspek-aspek berikut:

- **Potensi Terbentuknya Oligopoli:** Sejumlah pakar mengkhawatirkan bahwa menyusutnya jumlah pemain akibat tingginya syarat modal akan mengurangi persaingan dan berpotensi menciptakan struktur pasar oligopoli. Hasil riset *IFG Progress* menunjukkan bahwa penerapan modal minimum di berbagai negara biasanya berdampak pada penurunan signifikan jumlah perusahaan asuransi. Bila jumlah pemain berkurang drastis, kekhawatirannya adalah beberapa perusahaan besar akan mendominasi pasar (hanya “2,3,4 pemain tertentu”), yang bisa berdampak pada pengaturan harga di antara mereka. Dengan kompetisi yang melemah, premi asuransi berisiko menjadi lebih mahal bagi konsumen karena daya tawar nasabah menurun. Selain itu, inovasi produk mungkin melambat jika hanya sedikit perusahaan besar yang menguasai pasar, sebab insentif untuk bersaing menawarkan produk unik berkurang. Kekhawatiran semacam ini telah diungkapkan oleh pengamat industri dan juga diakui OJK sebagai perhatian serius.
- **Peningkatan Kekuatan dan Stabilitas Industri:** Di sisi lain, kebijakan ini diharapkan memperkuat fundamental keuangan perusahaan asuransi yang bertahan. Dengan modal yang lebih besar, kapasitas perusahaan dalam menanggung risiko akan meningkat. OJK menekankan bahwa tujuan

peningkatan modal adalah memastikan perusahaan mempunyai “kedalaman modal” yang cukup karena bisnis asuransi sangat berbasis kemampuan menanggung risiko klaim. Perusahaan dengan modal kecil dianggap rentan gagal bayar jika terjadi lonjakan klaim, sehingga modal besar diharapkan menjamin komitmen jangka panjang kepada pemegang polis. Bagi masyarakat, ini berarti perlindungan yang lebih terjamin – kasus gagal bayar klaim di industri perasuransian diharapkan bisa diminimalisir dengan hadirnya pemain-pemain yang lebih solid secara finansial. Selain itu, kapasitas dalam negeri untuk menanggung risiko meningkat, sehingga risiko dari nasabah lokal dapat diserap di Indonesia alih-alih harus banyak direasuransikan ke luar negeri. Dalam jangka panjang, industri perasuransian yang sehat dan kuat modalnya bisa meningkatkan kepercayaan publik, yang justru dapat memperluas pasar (menarik lebih banyak masyarakat untuk berasuransi karena yakin klaim akan dibayar). OJK optimistis bahwa dengan ekosistem diperbaiki (termasuk modal yang kuat), industri perasuransian nasional bisa tumbuh pesat mengingat penetrasi asuransi saat ini masih rendah.

- Dampak pada Akses dan Pilihan Konsumen: Akses masyarakat terhadap produk asuransi dipengaruhi dua hal di atas secara berlawanan. Dari perspektif negatif, apabila sejumlah perusahaan kecil harus tutup atau bergabung, pilihan konsumen menjadi berkurang. Masyarakat di segmen tertentu yang dulu dilayani oleh asuransi kecil (misalnya asuransi mikro di daerah terpencil atau produk *niche* khusus) mungkin kehilangan penyedia jasa yang familiar. Perusahaan besar cenderung fokus pada segmen pasar yang menguntungkan secara massal, sehingga ada

risiko segmen kecil atau daerah kurang menguntungkan menjadi kurang terlayani. Selain itu, jika dominasi hanya dipegang beberapa perusahaan besar, akses bisa terhambat akibat premi tinggi atau syarat polis yang kurang fleksibel (karena minim kompetitor yang menekan mereka untuk pro-konsumen). Dari perspektif positif, perusahaan asuransi yang lebih kuat modalnya justru mampu memperluas jangkauan layanan dengan jaringan dan teknologi yang mereka miliki. Perusahaan besar bisa saja membuka cabang atau kanal digital lebih luas ke seluruh Indonesia, sehingga produk asuransi kian mudah dijangkau. Mereka juga lebih mampu berinvestasi dalam edukasi literasi asuransi ke masyarakat. Intinya, dampak pada akses akan sangat tergantung pada perilaku para pemain besar pasca konsolidasi: apakah mereka proaktif memperluas pasar (sehingga penetrasi naik), atau fokus pada efisiensi internal saja.

- Keberlanjutan Usaha Kecil di Bawah Regulasi Baru: Untuk mencegah pemusnahan total pelaku kecil, OJK memberikan kelonggaran dalam bentuk skema Kelompok Usaha Perusahaan Asuransi (KUPA). Perusahaan asuransi bermodal kecil-menengah dapat bergabung menjadi bagian dari grup yang dipimpin oleh perusahaan bermodal besar (induk). Perusahaan induk dalam KUPA harus memenuhi kualifikasi KPPE 2 (misal ekuitas $\geq$ Rp1 triliun untuk asuransi umum), sedangkan anggota KUPA cukup memenuhi ekuitas tahap pertama ($\geq$ Rp250 miliar). Dengan cara ini, asuransi kecil yang menjadi anak usaha dari induk bermodal kuat masih diizinkan beroperasi tanpa harus langsung mencapai Rp500 miliar atau Rp1 triliun sendiri. OJK menegaskan aturan ini bukan untuk “membunuh” usaha asuransi kecil, melainkan mendorong

mereka mencari jalan agar tetap eksis, misalnya melalui afiliasi dengan perusahaan lebih besar. Keberlanjutan bisnis perusahaan kecil di sektor ini bisa terjaga bila mereka mampu menemukan mitra strategis atau investor sebagai induk. Namun, bentuk keberlanjutannya tentu berbeda: kemungkinan besar identitas merek dan otonomi strategis mereka akan melebur dalam konglomerasi asuransi. Bagi konsumen, konsolidasi semacam ini mungkin kurang terasa perbedaannya dibanding penutupan total (polis biasanya dialihkan ke entitas baru dalam grup tersebut). Yang jelas, era bisnis asuransi padat modal ini menuntut perusahaan kecil beradaptasi model bisnis agar tetap hidup – entah dengan transformasi skala, bergabung, atau mengubah fokus bisnis sesuai dukungan induk.

Sebagai kesimpulan, kebijakan peningkatan modal minimum asuransi umum hingga Rp1 triliun ini membawa dilema antara stabilitas dan kompetisi. Di satu pihak, industri perasuransian diharap menjadi lebih kuat, sehat, dan terpercaya sehingga mampu melindungi pemegang polis secara optimal. Di pihak lain, proses menuju ke sana bisa menyebabkan gejolak konsolidasi: pemain kecil tersaring, persaingan menurun, dan struktur pasar berpotensi oligopolistik. Masyarakat sebagai konsumen diharapkan mendapat manfaat jangka panjang berupa perusahaan asuransi yang solid dan mampu membayar klaim, namun harus diwaspadai pula agar akses layanan tetap luas dan harga tetap kompetitif. OJK dan pelaku industri perlu memastikan transisi ini berlangsung mulus – dengan memonitor praktek persaingan sehat, memberikan waktu penyesuaian yang cukup, serta menjaga agar tidak terjadi vacuum layanan di segmen-segmen tertentu akibat hilangnya perusahaan kecil. Dengan demikian, keberlanjutan usaha asuransi skala kecil

masih bisa terjamin melalui pola kemitraan atau konsolidasi yang tepat, tanpa mengorbankan tujuan akhir memperkuat industri perasuransian nasional secara keseluruhan.

C. Fungsi Modal terhadap Kapasitas *Underwriting* dan Solvabilitas

1. *Underwriting Capacity*
 - o Modal menentukan batas maksimal pertanggungan yang dapat diambil sendiri (retensi).
 - o Menghindari *overexposure* dan risiko kumulatif.
2. Rasio Solvabilitas
 - o Rasio RBC (*Risk-Based Capital*) minimal 120% sebagai ambang minimum OJK.
 - o Menjadi dasar pengawasan terhadap kesehatan keuangan perusahaan.
3. Penetapan Retensi Sendiri
 - o Wajib didasarkan pada uji kecukupan modal dan profil risiko perusahaan.
 - o OJK melalui SEOJK melakukan evaluasi terhadap kebijakan retensi perusahaan.

Fungsi Modal Disetor terhadap Kapasitas *Underwriting* dan Solvabilitas; Pengawasan Retensi Sendiri Perusahaan Asuransi di Indonesia

Modal Disetor dan Kapasitas *Underwriting*

Modal disetor (*paid-up capital*) merupakan pondasi keuangan bagi perusahaan asuransi dan sangat menentukan kapasitas *underwriting* atau kemampuan perusahaan tersebut menanggung risiko. Secara umum, semakin besar modal disetor, semakin besar risiko yang dapat diambil sendiri oleh perusahaan asuransi sebelum harus mengalihkannya ke reasuransi. Hal

ini karena modal berfungsi sebagai *buffer* terhadap potensi kerugian: perusahaan dengan permodalan lebih kuat mampu menanggung klaim dalam jumlah lebih besar dan menulis polis dengan limit yang lebih tinggi dibanding perusahaan bermodal kecil. Analisis industri mencatat bahwa modal minimum yang terlalu rendah tidak sebanding dengan profil risiko bisnis asuransi masa kini, sehingga beberapa perusahaan asuransi kesulitan memenuhi rasio solvabilitas (RBC) yang dipersyaratkan. Dengan kata lain, terbatasnya modal akan membatasi volume dan jenis bisnis (*underwriting*) yang dapat diambil secara aman oleh perusahaan.

Regulator di Indonesia telah menetapkan persyaratan modal minimum pendirian perusahaan asuransi untuk memastikan kapasitas dasar tersebut. Melalui POJK No. 67/POJK.05/2016, modal dasar minimum perusahaan asuransi ditetapkan Rp100 miliar (dan Rp200 miliar untuk reasuransi). Namun, OJK menilai angka ini terlalu rendah sehingga berencana menaikkan modal minimum secara bertahap – menjadi Rp500 miliar pada 2026 dan Rp1 triliun pada 2028 untuk asuransi konvensional (lebih tinggi lagi untuk reasuransi). Bahkan, OJK berencana mengklasifikasikan perusahaan asuransi berdasarkan *tier* permodalannya, yang akan membatasi ruang lingkup bisnis sesuai besar kecilnya modal. Artinya, cakupan lini usaha dan kapasitas *underwriting* suatu perusahaan akan disesuaikan dengan besarnya modal: perusahaan dengan modal lebih besar dapat menawarkan produk dan limit pertanggungan lebih luas, sedangkan yang bermodal kecil akan fokus pada bisnis yang risikonya lebih sederhana atau lebih rendah. Langkah ini menunjukkan eratnya hubungan modal terhadap kapasitas *underwriting* – modal yang lebih kuat memberi fleksibilitas dan daya tampung risiko yang lebih tinggi.

Selain itu, peraturan OJK tentang retensi sendiri (*own retention*) secara eksplisit mengaitkan kapasitas retensi risiko dengan besarnya modal. Contohnya, POJK No. 14/POJK.05/2015 tentang Retensi Sendiri dan Dukungan Reasuransi Dalam Negeri (diimplementasikan lewat SEOJK No. 31/SEOJK.05/2015) menetapkan bahwa untuk lini bisnis tertentu seperti asuransi harta benda, pengangkutan, energi *onshore*, dan rekayasa, perusahaan asuransi bermodal sendiri di bawah Rp500 miliar wajib menahan (retensi) paling sedikit 1,5% dari modalnya untuk setiap risiko. Sebaliknya, perusahaan dengan modal di atas Rp.2 triliun minimal menahan Rp15 miliar per risiko untuk lini bisnis tersebut. Ketentuan ini menyiratkan bahwa semakin besar modal, persentase minimal retensi yang disyaratkan justru semakin kecil. Perusahaan besar tetap harus menahan jumlah absolut risiko yang lebih tinggi (Rp15 miliar), namun secara relatif itu porsi yang lebih kecil dari modal mereka (sekitar 0,75%). Sebaliknya perusahaan kecil menahan risiko yang lebih kecil secara nominal, namun porsi itu signifikan terhadap modal mereka. Regulasi diferensiasi retensi berbasis modal ini memastikan setiap perusahaan menanggung risiko seimbang dengan kapasitas modalnya dan tidak *over-extension*. Perusahaan bermodal kecil harus cukup menahan risiko agar memiliki "*skin in the game*" tetapi tetap harus menyerahkan selebihnya ke reasuransi demi melindungi solvabilitasnya, sedangkan perusahaan besar dapat menahan porsi risiko lebih besar sesuai kemampuan modalnya.

Implikasi praktisnya, modal menentukan seberapa banyak bisnis yang bisa ditulis sendiri oleh asuransi. Jika perusahaan ingin memperbesar premi dan eksposur risiko, modalnya harus meningkat sepadan agar tetap memenuhi persyaratan solvabilitas. Misalnya, salah satu perusahaan melaporkan

penurunan rasio solvabilitas (RBC) dari 304% menjadi 177% setelah pertumbuhan premi yang pesat dalam satu tahun. Kasus ini menunjukkan bahwa pertumbuhan *underwriting* yang tidak diimbangi tambahan modal akan menekan rasio solvabilitas, sehingga kapasitas *underwriting* efektifnya tercapai batas. Oleh karena itu, peningkatan modal (baik melalui setoran modal tambahan atau menahan laba sebagai modal sendiri) menjadi kunci untuk ekspansi bisnis yang sehat. Perusahaan reasuransi nasional bahkan menargetkan RBC jauh di atas minimum (misal 250%) untuk mengambil risiko lebih besar daripada sebelumnya – hal ini menegaskan bahwa modal yang kuat memberi ruang gerak lebih luas dalam menanggung risiko.

Peran Modal dalam Solvabilitas dan Regulasi *Risk-Based Capital* (RBC)

Modal sendiri berperan sentral dalam menjaga solvabilitas perusahaan asuransi. Solvabilitas mencerminkan kemampuan perusahaan memenuhi semua kewajibannya kepada pemegang polis (misalnya membayar klaim) tepat waktu. Di Indonesia, indikator utama kesehatan solvabilitas adalah rasio *Risk-Based Capital* (RBC), yaitu perbandingan antara aset bersih (modal tersedia setelah dikurangi seluruh liabilitas) dengan nilai risiko (modal risiko) yang harus dipenuhi sesuai profil portofolio perusahaan. OJK mewajibkan perhitungan RBC ini untuk semua perusahaan asuransi dan reasuransi sebagai upaya memastikan perusahaan memiliki modal yang cukup terhadap risiko yang dihadapi. Semakin tinggi rasio RBC, semakin besar penyangga modal terhadap potensi kerugian, dan semakin sehat kondisi keuangan perusahaan.

Regulasi OJK menetapkan nilai ambang batas minimum RBC sebesar 120% (sering disebut tingkat solvabilitas minimum) sesuai POJK No. 71/POJK.05/2016 tentang Kesehatan Keuangan Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi. Artinya, aset bersih perusahaan paling sedikit 1,2 kali jumlah modal risiko yang harus disediakan. *Threshold margin of solvency* 120% ini berlaku baik untuk asuransi konvensional maupun syariah (POJK terkait perusahaan asuransi syariah No. 72/POJK.05/2016 juga mensyaratkan RBC $\geq 120\%$). OJK memantau rasio RBC ini secara berkala melalui laporan keuangan kuartalan dan tahunan yang wajib disampaikan oleh perusahaan asuransi. Dalam praktik industri terkini, RBC rata-rata industri jauh di atas ambang tersebut – misalnya RBC industri perasuransian umum tercatat 325,62% per April 2024, jauh di atas *threshold* 120%. RBC yang tinggi mencerminkan permodalan yang solid dan memberikan keyakinan kemampuan membayar klaim.

Peran modal dalam perhitungan RBC sangat langsung: modal yang lebih besar akan meningkatkan RBC (sebagai pembilang), sedangkan eksposur risiko *underwriting*, investasi, dan risiko lain meningkatkan kebutuhan modal risiko (penyebut). Jika perusahaan menambah volume bisnis tanpa tambahan modal, RBC akan turun, sebagaimana ilustrasi kasus penurunan RBC karena lonjakan premi sebelumnya. Untuk menjaga RBC tetap sehat, perusahaan harus menyeimbangkan ekspansi risiko dengan penambahan modal atau pengaturan reasuransi. Regulasi RBC juga mendorong hal ini secara tidak langsung – bila RBC turun mendekati atau di bawah batas minimum, perusahaan harus segera mengambil tindakan penyehatan keuangan. OJK berwenang meminta perusahaan menambah modal atau mengurangi eksposur risiko agar tingkat solvabilitas kembali aman. Bahkan ketentuan menyatakan jika RBC (dan rasio

kecukupan investasi terkait) jatuh di bawah 100%, perusahaan dinyatakan mengalami kesulitan keuangan yang serius dan harus menjalani upaya penyehatan khusus. OJK dapat melarang perusahaan membagikan dividen atau bonus kepada pemegang saham apabila target solvabilitas tidak terpenuhi, hingga kondisi membaik. Langkah ini menunjukkan modal harus diprioritaskan untuk memenuhi persyaratan solvabilitas sebelum keuntungan didistribusikan.

Dalam kerangka *Risk-Based Capital*, modal berfungsi menanggung berbagai risiko: risiko *underwriting* (premi dan cadangan klaim), risiko aset/investasi, risiko kredit (termasuk risiko gagal bayar reasuransi), dan risiko operasional. Setiap eksposur risiko memiliki bobot risiko yang mengurangi RBC. Misalnya, semakin besar retensi risiko klaim (netto), semakin besar beban risiko *underwriting* yang harus ditopang modal. Di sisi lain, penggunaan reasuransi mengurangi beban risiko *underwriting*, namun menambah *risk charge* risiko kredit terhadap reasuradur. Semua ini diakumulasi dalam perhitungan RBC. Oleh sebab itu, strategi retensi dan reasuransi sangat memengaruhi tingkat RBC. Modal harus cukup untuk menanggung risiko yang tidak direasuransikan. Perusahaan dengan modal lebih kuat dapat memilih retensi risiko lebih tinggi (sehingga premi netto lebih besar) namun tetap memenuhi RBC, sedangkan perusahaan dengan modal terbatas mungkin harus lebih banyak mengalihdaya risiko ke reasuransi demi menjaga RBC di atas 120%. Kondisi ini kerap tercermin pada perbedaan RBC antar perusahaan: perusahaan besar mampu mempertahankan RBC tinggi walau menanggung banyak risiko sendiri, sedangkan perusahaan kecil bisa jadi RBC-nya menurun jika mencoba menahan risiko terlalu besar.

Regulator menganggap RBC 120% sebagai batas minimum solvabilitas, bukan target optimal. Banyak perusahaan asuransi menjaga RBC jauh di atas 120% sebagai margin keamanan. Sebagai contoh, Indonesia Re (reasuransi nasional) menargetkan RBC 250% untuk mendukung visinya menjadi pemain besar, karena menurut manajemen perusahaan RBC 120% mungkin cukup bagi regulator, tetapi tidak cukup meyakinkan pasar dalam hal kemampuan menangani risiko besar. Dengan RBC 250%, Indonesia Re ingin memastikan memiliki modal yang sangat memadai untuk menerima penugasan risiko yang semakin besar seiring upaya mengurangi *outflow* premi ke luar negeri. Ilustrasi ini menekankan bahwa modal tambahan di atas batas minimum akan meningkatkan solvabilitas dan kepercayaan pasar, serta memberikan kapasitas *underwriting* ekstra. Sebaliknya, perusahaan yang RBC-nya mendekati 120% perlu berhati-hati – pilihan strategisnya biasanya antara meningkatkan modal (misal lewat injeksi pemegang saham atau laba ditahan) atau menurunkan porsi retensi risiko agar RBC kembali jauh di atas minimum.

Regulasi OJK Terkini tentang Retensi Sendiri dan Reasuransi

Otoritas Jasa Keuangan (OJK) selaku pengawas industri perasuransian menerbitkan serangkaian regulasi untuk mengatur retensi sendiri dan dukungan reasuransi perusahaan asuransi. Tujuannya adalah memastikan perusahaan asuransi menetapkan retensi risiko yang seimbang: tidak terlalu kecil sehingga seluruh risiko lari ke luar (*fronting*), namun juga tidak terlalu besar melebihi kapasitas modalnya. Regulasi kunci di bidang ini adalah POJK No. 14/POJK.05/2015 Tahun 2015

tentang Retensi Sendiri dan Dukungan Reasuransi Dalam Negeri. Aturan ini mulai berlaku 1 Januari 2016 dan didetailkan oleh Surat Edaran OJK No. 31/SEOJK.05/2015 Tahun 2015 tentang Batas Retensi Sendiri, Besar Dukungan Reasuransi, dan Laporan Program Reasuransi/Retrosesi. SEOJK 31/2015 menetapkan batasan-batasan retensi sendiri minimum untuk masing-masing lini bisnis (seperti contoh 1,5% modal atau Rp15 miliar di atas) dan ketentuan porsi dukungan reasuransi wajib dari reasuransi dalam negeri. SEOJK ini juga mengatur kewajiban pelaporan program reasuransi/retrosesi setiap perusahaan asuransi, yang berarti perusahaan harus melaporkan ke OJK berapa porsi retensi sendiri dan kemana sisa risiko ditempatkan (reasuransi) setiap tahun. Pelaporan ini menjadi sarana evaluasi OJK atas kecukupan retensi dan penggunaan reasuransi oleh perusahaan.

Seiring perkembangan industri, OJK melakukan penyesuaian aturan. Pada tahun 2019, OJK mengeluarkan POJK No. 19/POJK.05/2019 yang merupakan perubahan (amandemen) atas POJK 14/2015. Perubahan ini bertujuan menyempurnakan pengaturan retensi dan dukungan reasuransi, kemungkinan termasuk penyesuaian ketentuan teknis atau tahapan implementasi. Tidak lama berselang, OJK kembali menerbitkan POJK No. 39/POJK.05/2020 Tahun 2020 yang merupakan perubahan kedua atas POJK 14/2015. POJK 39/2020 merupakan respons terhadap kondisi dan kesepakatan bilateral internasional di bidang reasuransi. Regulasi terbaru ini memberikan kelonggaran terbatas bagi perusahaan asuransi Indonesia untuk memperoleh dukungan reasuransi dari perusahaan reasuransi luar negeri tertentu, di luar ketentuan sebelumnya yang mewajibkan prioritas reasuransi dalam negeri. Kunci perubahan POJK 39/2020 adalah: apabila terdapat

perjanjian bilateral antar-pemerintah antara Indonesia dengan negara lain di sektor jasa keuangan (misalnya dengan Singapura), maka perusahaan asuransi Indonesia boleh menempatkan reasuransi di perusahaan reasuransi asing dari negara tersebut dengan porsi tertentu yang sebelumnya dibatasi.

Secara lebih rinci, POJK 39/2020 mengizinkan penempatan reasuransi ke luar negeri (misalnya ke Singapura) untuk risiko sederhana (*simple risks*) setelah 31 Desember 2020 dengan tetap memperhatikan perhitungan retensi sendiri perusahaan. Risiko sederhana yang dimaksud mencakup lini seperti asuransi kendaraan bermotor, kesehatan atau kecelakaan diri, asuransi kredit, suretyship/penjaminan, tanggung gugat, *property*, kargo laut, rekayasa, energi *onshore/offshore*, satelit, dsb. Sebelumnya, risiko-risiko ini diharapkan ditahan atau direasuransikan di dalam negeri semaksimal mungkin. Selain itu, untuk risiko non-sederhana (kompleks) yang melebihi persentase penempatan luar negeri yang diizinkan saat ini, POJK 39/2020 membolehkan dukungan reasuransi dari luar negeri (misalnya Singapura) setelah 31 Desember 2022. Kebijakan ini muncul karena beberapa risiko besar/kompleks (misal risiko industri besar, minyak dan gas *offshore*, penerbangan kompleks) mungkin melebihi kapasitas reasuransi domestik, sehingga diperlukan akses ke pasar reasuransi global. Dengan adanya kesepakatan bilateral, diharapkan terjadi timbal balik dukungan dan tetap dalam pengawasan regulator kedua negara.

Dalam aturan tahun 2015, fokus OJK adalah menekan larinya premi reasuransi ke luar negeri dan memperkuat kapasitas reasuransi nasional. Hasil dua tahun pertama menunjukkan defisit transaksi reasuransi luar negeri menurun signifikan, dari Rp12 triliun (2015) menjadi Rp8,8 triliun (2017). Artinya, kebijakan retensi sendiri berhasil meningkatkan retensi risiko

di dalam negeri dan menahan *outflow* premi. Namun OJK juga menegaskan kebijakan ini bukan larangan total menempatkan risiko ke luar, melainkan dorongan agar industri domestik mampu mengelola risiko lebih besar dan bersaing dengan reasuransi asing. Inilah sebabnya perubahan 2020 memberikan kelonggaran terukur ketika kapasitas dalam negeri terbatas, agar perusahaan asuransi tetap dapat memenuhi prinsip kehati-hatian dengan memperoleh kapasitas reasuransi tambahan dari luar negeri bila perlu, tanpa melanggar aturan.

Dapat disimpulkan, regulasi OJK terbaru menekankan evaluasi dan pengawasan ketat terhadap penetapan retensi sendiri. Setiap perusahaan asuransi diwajibkan memiliki kebijakan retensi dan program reasuransi tertulis yang dievaluasi secara berkala, serta dilaporkan ke OJK. OJK memonitor apakah porsi retensi sendiri setiap lini sudah memenuhi batas minimal (agar tidak terlalu kecil) dan apakah penggunaan reasuransi sudah sesuai ketentuan (misal mendahulukan reasuransi domestik kecuali diizinkan lain). Dengan pembaruan POJK 2019 dan 2020, OJK juga menyesuaikan kebijakan retensi sendiri ini dengan dinamika industri – misalnya dengan mengakomodasi kerja sama internasional dan perluasan kapasitas reasuransi agar perlindungan risiko tetap optimal. Semua regulasi ini (POJK 14/2015, 19/2019, 39/2020 dan SEOJK terkait) menjadi kerangka pengawasan OJK terhadap *self-retention* perusahaan asuransi.

Peran Pengawas dalam Menyeimbangkan Retensi dan Kapasitas Modal

OJK sebagai regulator memiliki peran sentral memastikan keseimbangan antara retensi risiko yang diambil sendiri oleh perusahaan asuransi dan kapasitas modal yang dimilikinya.

Keseimbangan ini penting agar perusahaan tidak terlalu sedikit menanggung risiko (sehingga fungsi asuransi sebagai pengelola risiko hilang), namun juga tidak terlalu banyak menanggung risiko hingga mengancam solvabilitas.

Dari sisi retensi minimum, OJK melalui regulasi di atas mendorong perusahaan menahan porsi risiko tertentu. Deputi Komisioner Pengawas IKNB OJK, Edi Setiadi, menjelaskan bahwa aturan retensi sendiri dimaksudkan untuk mendorong perusahaan asuransi meningkatkan kemampuan *underwriting* dan tidak sekadar menjadi penerus premi ke reasuransi. Dengan menahan risiko sendiri dalam jumlah yang signifikan, perusahaan asuransi diharapkan membangun keahlian dalam mengelola portofolio risiko dan tidak asal “*front loading*” (menghimpun premi lalu seluruhnya dilempar ke reasuransi). OJK mengawasi penerapan batas retensi ini melalui laporan program reasuransi tahunan serta inspeksi. Jika ada perusahaan yang *retention*-nya di bawah ketentuan (terlalu banyak ceded keluar), OJK dapat meminta penjelasan dan menginstruksikan perbaikan program reasuransi. Peran ini memastikan perusahaan punya keterlibatan risiko yang cukup sehingga berkepentingan atas kualitas *underwriting*-nya.

Di sisi lain, OJK juga menjaga agar retensi tidak melebihi kapasitas modal perusahaan. Pengawasan ini terutama melalui mekanisme pemantauan solvabilitas (RBC). Setiap penetapan retensi harus memperhitungkan dampaknya terhadap RBC perusahaan; bila penahanan risiko terlalu besar, RBC akan turun mendekati batas regulasi. OJK secara rutin memantau rasio RBC perusahaan dari laporan keuangan. Bila terlihat penurunan RBC yang signifikan atau di bawah *threshold*, OJK akan turun tangan. Salah satu instrumen pengawasan OJK adalah menetapkan

tingkat solvabilitas target (lebih tinggi dari 120% minimum) bagi perusahaan tertentu dan meminta perusahaan menjaga RBC di atas target tersebut. Apabila perusahaan tidak mampu menjaga RBC sesuai target, OJK dapat melarang ekspansi bisnis tertentu, meminta perusahaan meningkatkan permodalan, atau bahkan membatasi pembagian dividen sampai kondisi membaik. Langkah-langkah ini secara tidak langsung memaksa perusahaan menyesuaikan retensi risikonya: jika modal tidak segera bertambah, perusahaan harus menurunkan retensi atau membeli reasuransi lebih banyak agar profil risikonya mengecil dan RBC naik kembali. Dengan demikian, melalui aturan RBC dan intervensi dini, OJK mencegah perusahaan menanggung risiko di luar kapasitas modalnya.

Perlu dicatat bahwa pengawasan keseimbangan retensi-modal tidak hanya berupa sanksi, tetapi juga pembinaan industri. OJK bekerja sama dengan asosiasi industri (AAUI, AAJI) mendorong praktik manajemen risiko dan reasuransi yang sehat. Melalui forum-forum industri dan surat edaran, OJK mengingatkan agar penetapan retensi setiap tahun dievaluasi secara aktuarial, memperhitungkan pertumbuhan bisnis, pengalaman klaim, kapasitas reasuransi, serta permodalan terkini. Jika suatu lini bisnis menunjukkan tingkat kerugian tinggi, perusahaan mungkin perlu menurunkan retensinya tahun depan; sebaliknya jika modal telah bertambah dan pengalaman risiko baik, perusahaan bisa meningkatkan retensi untuk menekan biaya reasuransi. OJK mendorong proses evaluasi internal semacam itu dan dapat meminta laporannya. Dengan pendekatan ini, pengawas memastikan perusahaan proaktif menyeimbangkan *risk appetite* dengan kemampuan finansial.

Selain OJK, lembaga pemeringkat dan auditor juga berperan tidak langsung. Misalnya, perusahaan asuransi yang mencari pemeringkatan dari lembaga *rating* internasional akan dinilai aspek kecukupan modal terhadap risiko. Jika retensi dianggap terlalu agresif dibanding modal, hal itu akan tercermin pada *rating* yang lebih rendah. Masukan dari lembaga independen ini turut mendorong perusahaan menjaga keseimbangan retensi-modal. Namun, otoritas utama tetap berada di OJK sebagai pengawas resmi. OJK pula yang mengeluarkan regulasi makro (seperti kenaikan modal minimum, batas retensi, RBC) untuk ensuring stabilitas sektor.

Sebagai penutup, OJK berperan ganda: mendorong peningkatan kapasitas industri nasional dengan menetapkan retensi minimum dan dukungan reasuransi dalam negeri, sekaligus melindungi solvabilitas dengan membatasi eksposur berlebihan melalui aturan permodalan. Kebijakan seperti peningkatan modal minimum bertahap hingga 2026-2028 dan relaksasi penempatan reasuransi luar negeri melalui bilateral agreement menunjukkan upaya OJK menjaga keseimbangan tersebut secara dinamis. Keseimbangan antara retensi dan kapasitas modal sangat krusial: retensi yang optimal memastikan perusahaan asuransi berperan efektif menyerap risiko, sementara kapasitas modal yang memadai menjamin komitmen jangka panjang kepada pemegang polis terpenuhi. Dengan regulasi dan pengawasan ketat OJK, diharapkan tiap perusahaan asuransi di Indonesia terus mengkalibrasi retensinya sesuai kekuatan modal, sehingga industri tumbuh sehat, risiko terkelola baik, dan kepentingan pemegang polis terlindungi.

D. Definisi dan Peran Retensi Sendiri dalam Manajemen Risiko

Definisi Retensi Sendiri

Retensi sendiri (*own retention*) adalah porsi risiko yang secara sadar dipertahankan dan ditanggung oleh perusahaan asuransi tanpa dialihkan kepada perusahaan reasuransi. Retensi mencerminkan kemampuan finansial dan komitmen perusahaan dalam menanggung kerugian dari eksposur risiko yang diasuransikan. Retensi dapat berbentuk jumlah tertentu per risiko (*per risk retention*), per kejadian (*per event retention*), atau proporsional terhadap jumlah pertanggungan. Menurut AAJI (Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia), retensi sendiri menunjukkan sejauh mana perusahaan asuransi menanggung risiko sendiri tanpa dukungan reasuransi, dan menjadi salah satu indikator utama dalam pengelolaan risiko internal.

Peran Strategis Retensi Sendiri

Retensi sendiri memainkan peran penting dalam manajemen risiko strategis perusahaan asuransi, antara lain:

1. Meningkatkan Disiplin *Underwriting*

Dengan mempertahankan sebagian risiko, perusahaan terdorong untuk menyeleksi risiko secara cermat dan menetapkan premi yang mencerminkan eksposur aktual. Ini menumbuhkan budaya *underwriting* yang sehat dan berorientasi profitabilitas jangka panjang.

2. Mengoptimalkan Penggunaan Modal

Retensi yang sesuai dengan kapasitas modal dapat meningkatkan efisiensi penggunaan modal, sebab tidak semua risiko perlu direasuransikan. Perusahaan dapat menjaga margin solvabilitas dengan mengelola kombinasi antara retensi dan transfer risiko ke reasuransi.

3. Mengurangi Ketergantungan terhadap Reasuransi

Strategi retensi yang tepat mengurangi biaya reasuransi yang harus dibayar ke pihak ketiga, serta mengurangi risiko ketergantungan berlebihan pada kapasitas reasuransi luar negeri, yang kadang tidak selalu tersedia atau terjangkau.

4. Membangun Kapasitas Internal Manajemen Risiko

Perusahaan asuransi yang menahan risiko akan lebih berfokus pada penguatan kemampuan teknis internal seperti aktuaria, klaim, dan manajemen eksposur, yang sangat penting dalam meningkatkan daya saing di pasar.

5. Risiko *Over-Retention*

Salah satu tantangan utama dalam penetapan retensi adalah risiko *over-retention*, yaitu ketika perusahaan mempertahankan risiko melebihi kapasitas keuangannya. Dalam kondisi ini, perusahaan menghadapi potensi kerugian besar, terutama saat terjadi bencana massal seperti gempa bumi, banjir, atau pandemi. Tanpa cadangan teknis dan modal yang memadai, *over-retention* dapat mengguncang posisi solvabilitas dan menimbulkan gagal bayar klaim. Oleh karena itu, penting bagi perusahaan untuk melakukan stress testing dan simulasi loss scenario sebelum menaikkan retensi.

Regulasi Terkait Retensi Sendiri

Retensi sendiri diatur dalam sejumlah regulasi OJK, yang memberikan batasan dan pedoman berdasarkan kapasitas modal serta profil risiko perusahaan:

- POJK No. 14/POJK.05/2015 tentang Retensi Sendiri dan Dukungan Reasuransi Dalam Negeri: mewajibkan

perusahaan asuransi untuk memiliki kebijakan retensi sendiri yang tertulis dan mempertimbangkan kapasitas modal dan jenis lini usaha. Regulasi ini juga mewajibkan pelaporan retensi dan program reasuransi ke OJK setiap tahun.

- SEOJK No. 31/SEOJK.05/2015 tentang Batas Retensi Sendiri dan Besar Dukungan Reasuransi: mengatur batas minimum retensi per risiko berdasarkan kelompok lini usaha dan nilai modal. Misalnya, untuk perusahaan dengan modal di bawah Rp500 miliar, retensi minimum untuk lini harta benda adalah 1,5% dari modal sendiri.
- POJK No. 39/POJK.05/2020 sebagai perubahan kedua atas POJK 14/2015: memberikan fleksibilitas tambahan bagi perusahaan untuk menempatkan reasuransi ke luar negeri, khususnya untuk risiko kompleks, selama kapasitas reasuransi dalam negeri terbatas atau terdapat kerja sama bilateral yang sah.

Regulasi tersebut menegaskan bahwa perusahaan asuransi wajib menjaga keseimbangan antara ambisi untuk meningkatkan laba melalui retensi yang tinggi, dengan prinsip kehati-hatian agar tidak membahayakan solvabilitas. Setiap keputusan retensi harus didasarkan pada evaluasi menyeluruh terhadap modal tersedia, profil risiko, kapasitas reasuransi, dan tujuan jangka panjang perusahaan.

Kesimpulan

Retensi sendiri bukan sekadar angka, tetapi cerminan dari filosofi manajemen risiko perusahaan asuransi. Penetapan retensi yang terlalu rendah bisa mengurangi peran asuransi sebagai penanggung risiko dan meningkatkan biaya melalui premi reasuransi. Sebaliknya, retensi yang terlalu tinggi tanpa kesiapan modal dan sistem mitigasi yang memadai bisa menjadi

bumerang dalam bentuk kerugian besar yang tidak tertahan. Dengan kerangka regulasi yang ada dan komitmen terhadap tata kelola risiko, retensi sendiri dapat menjadi alat strategis untuk memperkuat posisi keuangan dan keberlanjutan perusahaan asuransi.

E. Faktor Penentu Besaran Retensi Sendiri

Penetapan besaran retensi sendiri (*own retention*) oleh perusahaan asuransi merupakan keputusan strategis yang memengaruhi stabilitas keuangan dan kemampuan perusahaan dalam menanggung risiko. Keputusan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor internal, eksternal, serta filosofi risiko (*risk appetite*) yang dianut oleh perusahaan.

1. Faktor Internal

Faktor-faktor internal yang memengaruhi besaran retensi sendiri meliputi:

- **Besaran Modal Sendiri dan Ekuitas:** Modal yang dimiliki perusahaan menentukan kapasitasnya dalam menanggung risiko. Semakin besar modal, semakin tinggi kemampuan perusahaan untuk menahan risiko tanpa perlu mengalihkan ke reasuransi. Namun, penetapan retensi harus tetap mempertimbangkan batas maksimum yang ditetapkan oleh regulator, seperti yang diatur dalam POJK No. 14/POJK.05/2015.
- **Kompetensi Tim *Underwriting*:** Kemampuan tim *underwriting* dalam menilai dan memilih risiko yang akan ditanggung sangat berpengaruh. Tim yang berpengalaman dapat menetapkan retensi yang optimal, menghindari risiko *over-retention* yang dapat membahayakan solvabilitas perusahaan.

- **Pengalaman Klaim:** Riwayat klaim yang dimiliki perusahaan memberikan gambaran tentang eksposur risiko yang dihadapi. Perusahaan dengan pengalaman klaim yang tinggi mungkin perlu menetapkan retensi yang lebih konservatif untuk menjaga stabilitas keuangan.
- **Lini Bisnis:** Setiap lini bisnis memiliki karakteristik risiko yang berbeda. Misalnya, asuransi properti mungkin memiliki risiko bencana alam yang tinggi, sementara asuransi jiwa memiliki risiko mortalitas. Penetapan retensi harus disesuaikan dengan karakteristik masing-masing lini bisnis.
- **Diversifikasi Portofolio:** Portofolio yang terdiversifikasi dengan baik dapat mengurangi risiko konsentrasi, memungkinkan perusahaan untuk menetapkan retensi yang lebih tinggi tanpa meningkatkan risiko secara signifikan.

2. Faktor Eksternal

Faktor-faktor eksternal yang memengaruhi besaran retensi sendiri meliputi:

- **Regulasi Nasional:** Peraturan yang ditetapkan oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK) memberikan batasan dan pedoman dalam penetapan retensi. Misalnya, POJK No. 14/POJK.05/2015 dan SEOJK No. 31/SEOJK.05/2015 mengatur batas minimum dan maksimum retensi berdasarkan modal dan jenis risiko.
- **Pasar Reasuransi dan Harga *Treaty*:** Ketersediaan dan harga reasuransi di pasar, baik domestik maupun internasional, memengaruhi keputusan retensi. Jika reasuransi tersedia dengan harga yang kompetitif, perusahaan mungkin memilih untuk menahan risiko

lebih sedikit.

- Volatilitas Risiko: Risiko yang tinggi dan tidak terduga, seperti bencana alam atau pandemi, dapat mendorong perusahaan untuk menetapkan retensi yang lebih rendah untuk menghindari kerugian besar.

3. **Risk Appetite**

Risk appetite adalah tingkat risiko yang bersedia diambil oleh perusahaan dalam rangka mencapai tujuan bisnisnya. Penetapan *risk appetite* dipengaruhi oleh visi, misi, dan strategi perusahaan, serta kapasitas keuangan dan operasionalnya. OJK dalam SEOJK tentang Pedoman dan Laporan Hasil Penilaian Sendiri Penerapan Manajemen Risiko bagi Lembaga Jasa Keuangan Non-Bank menekankan pentingnya perumusan *risk appetite* dan *risk tolerance* yang sejalan dengan strategi bisnis perusahaan.

Dengan mempertimbangkan faktor-faktor di atas secara holistik, perusahaan asuransi dapat menetapkan besaran retensi sendiri yang optimal, menjaga keseimbangan antara profitabilitas dan solvabilitas, serta memastikan keberlanjutan operasional dalam menghadapi berbagai risiko.

F. **Hubungan antara Retensi Sendiri dan Reasuransi**

1. **Prinsip Komplementer**

- o Retensi tinggi mengurangi premi reasuransi tapi meningkatkan eksposur.
- o Retensi rendah = perlindungan tinggi, namun biaya reasuransi tinggi.

2. Ketidakseimbangan Regulasi

- o Kebijakan peningkatan retensi dalam negeri memaksa asuransi menggunakan reasuransi domestik.
- o Namun, perusahaan reasuransi domestik tetap *ceding* ulang ke luar negeri (*retrocession*) dalam jumlah besar. Hanya menguntungkan perusahaan reasuransi nasional (dimanja oleh aturan)
- o Tidak ada manfaat signifikan bagi perekonomian nasional maupun perusahaan asuransi umum.
- o Data premi asuransi yang lari ke luar negeri sebelum dan sesudah POJK 14/2015

3. Revisi Regulasi

- o POJK terbaru mengatur ulang sistem retensi dan akses reasuransi luar negeri secara lebih fleksibel (perlu dicantumkan nomor POJK setelah diperoleh: POJK 14/2015 dan POJK 39/2020)).

G. Hubungan antara Retensi Sendiri dan Reasuransi

1. Prinsip Komplementer

Retensi sendiri dan reasuransi adalah dua konsep yang saling melengkapi dalam manajemen risiko perusahaan asuransi. Retensi sendiri merujuk pada bagian risiko yang dipertahankan oleh perusahaan asuransi, sementara sisanya dialihkan ke perusahaan reasuransi melalui mekanisme reasuransi.

- Retensi tinggi berarti perusahaan asuransi menanggung lebih banyak risiko secara langsung. Keuntungannya adalah perusahaan dapat menahan lebih banyak premi, mengurangi biaya reasuransi, dan meningkatkan profitabilitas jika risiko berhasil dikelola.

Namun, ini juga berarti eksposur kerugian lebih besar yang membutuhkan modal dan cadangan yang memadai.

- Retensi rendah menunjukkan bahwa perusahaan hanya mempertahankan sedikit risiko, dan sisanya diserahkan ke reasuransi. Ini memberikan perlindungan yang tinggi dan mengurangi volatilitas kerugian, tetapi biaya premi reasuransi menjadi lebih mahal, dan potensi keuntungan dari *underwriting* menurun.

Oleh karena itu, perusahaan harus menyeimbangkan antara seberapa besar risiko yang sanggup ditanggung dengan kapasitas modal dan keinginan untuk mempertahankan profit margin.

2. Ketidakseimbangan Regulasi

Sejak diterbitkannya POJK No. 14/POJK.05/2015 tentang Retensi Sendiri dan Dukungan Reasuransi Dalam Negeri, OJK mewajibkan perusahaan asuransi untuk mengutamakan penggunaan reasuradur dalam negeri. Kebijakan ini bertujuan mengurangi ketergantungan pada pasar reasuransi luar negeri, menahan premi tetap di dalam negeri, dan memperkuat kapasitas reasuransi nasional.

Namun dalam praktiknya, muncul beberapa ketidakseimbangan:

- Perusahaan reasuransi domestik tetap melakukan *retrocession* (reasuransi ulang) ke luar negeri dalam jumlah besar. Artinya, meskipun perusahaan asuransi wajib menempatkan risiko ke reasuransi nasional, reasuransi nasional tersebut tetap meneruskan risiko ke luar negeri. Maka, tujuan “menahan premi di dalam negeri” tidak sepenuhnya tercapai.

- Akibatnya, kebijakan tersebut lebih menguntungkan perusahaan reasuransi nasional, karena mendapat prioritas penempatan risiko secara regulatif (ibarat “dimanja oleh aturan”), namun tidak memperkuat industri perasuransian secara keseluruhan.
- Bagi perusahaan asuransi umum, kebijakan ini terasa membatasi fleksibilitas mereka dalam memilih kapasitas dan harga *treaty* terbaik. Di beberapa kasus, biaya reasuransi dalam negeri justru lebih tinggi dibandingkan dengan pasar global yang lebih kompetitif, sementara layanan teknisnya belum sebanding.
- Data premi keluar negeri sebelum POJK 14/2015 menunjukkan bahwa pada tahun 2014, defisit neraca premi reasuransi (premi yang dikirim ke luar negeri tanpa kembali sebagai klaim) mencapai lebih dari Rp 12 triliun (OJK, 2015). Setelah kebijakan retensi dalam negeri diberlakukan, defisit ini menurun menjadi Rp 8,8 triliun pada tahun 2017. Namun, Indonesia Re sendiri mengakui bahwa kapasitas dan keahlian dalam negeri belum cukup untuk menyerap seluruh risiko besar, sehingga *retrocession* tetap diperlukan.

Data Premi Reasuransi, sebelum dan sesudah POJK 14/2015 dan sesudah POJK 39/2020

Data Premi Reasuransi Indonesia (Domestik vs Luar Negeri)

Industri perasuransian Indonesia telah mengalami perubahan komposisi penempatan reasuransi domestik dan luar negeri seiring kebijakan OJK. POJK No. 14/POJK.05/2015 (efektif mulai 1 Januari 2016) mewajibkan reasuransi risiko sederhana ditempatkan di dalam negeri

100%, yang bertujuan menekan premi reasuransi lari ke luar negeri dan meningkatkan kapasitas reasuransi nasional. Kemudian, POJK No. 39/POJK.05/2020 (mulai pertengahan 2020) melonggarkan ketentuan tersebut dengan menghapus kewajiban persentase minimum dukungan reasuransi dalam negeri untuk risiko sederhana. Berikut disajikan data tahunan premi reasuransi yang dialihkan ke luar negeri vs. ke domestik, beserta perbandingannya, sesuai periode sebelum dan sesudah regulasi tersebut.

Periode Sebelum POJK 14/2015 (sebelum 2016)

Sebelum diberlakukannya kewajiban reasuransi domestik, porsi premi yang ditempatkan ke reasuransi luar negeri relatif tinggi. Pada tahun 2015, total premi reasuransi yang dialihkan ke luar negeri oleh perusahaan asuransi Indonesia tercatat sekitar Rp15,35 triliun. Jumlah ini setara ~34% dari total premi reasuransi (sisanya ~66% ditempatkan ke reasuransi domestik). Untuk konteks, OJK mencatat pada 2013 premi reasuransi ke luar negeri mencapai ~Rp20 triliun (termasuk aliran melalui reasuradur lokal). Hal ini menunjukkan bahwa sebelum aturan 2016, proporsi premi yang “lari” ke pasar reasuransi luar memang signifikan.

Periode Setelah POJK 14/2015 (Tahun 2017–2020)

Dengan adanya kewajiban reasuransi dalam negeri mulai 2016, premi reasuransi yang ditempatkan di luar negeri menurun proporsinya, meskipun nominalnya bertahap naik seiring pertumbuhan industri. Tabel di bawah merangkum perbandingan premi reasuransi luar negeri vs domestik per tahun:

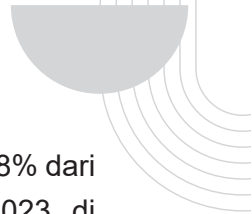
Tahun	Premi Reasuransi ke Luar Negeri (Rp triliun)	Premi Reasuransi Domestik (Rp triliun)	Porsi Luar Negeri (%)
2015 ¹	15,35	29,80 (estimasi)	34,0%
2017	15,67 (OJK)	29,89 (OJK)	34,4%
2018	17,14 (OJK)	40,36 (OJK)	29,8%
2019	18,29	47,03 (hitung)	28,0%
2020	17,83	~41,5 (estimasi)	~30% (estimasi)

Keterangan: OJK = data Statistik OJK; estimasi/hitung = perhitungan penulis berdasarkan persentase resmi. (¹) 2015 dijadikan contoh periode pra-POJK 14/2015 (aturan efektif 2016).

Terlihat bahwa setelah kebijakan 2016, premi ke luar negeri cenderung stagnan di kisaran Rp15–18 triliun per tahun, sedangkan premi reasuransi domestik meningkat pesat. Porsi premi yang dialihkan ke reasuransi luar negeri turun dari sekitar 34% (2015) menjadi hanya 28% pada 2019. Artinya, 72% premi reasuransi sudah tertahan di dalam negeri pada 2019. Hal ini sejalan dengan tujuan POJK 14/2015, dimana defisit transaksi reasuransi berkurang (contoh: neraca reasuransi 2015 defisit Rp12 triliun turun menjadi Rp8,8 triliun di 2017).

Periode Setelah POJK 39/2020 (Tahun 2021–2023)

Mulai akhir 2020, kewajiban penempatan minimum di reasuransi domestik ditiadakan. Data menunjukkan peningkatan kembali premi reasuransi yang mengalir ke luar negeri setelah pelonggaran ini. Pada 2021, premi reasuransi ke luar negeri tercatat sekitar Rp15,56 triliun (turun karena dampak pandemi 2020), dengan porsi ~35% dari total premi reasuransi (domestik ~65%). Namun, pada



2022 porsi premi ke luar negeri naik lagi menjadi 34,8% dari total premi reasuransi. Tren tersebut berlanjut di 2023, di mana proporsi premi reasuransi ke luar negeri meningkat mencapai $\approx 38\%$.

Tabel berikut memberikan ilustrasi angka premi dan proporsinya pasca 2020:

Tahun	Premi Reasuransi ke Luar Negeri (Rp triliun)	Premi Reasuransi Domestik (Rp triliun)	Porsi Luar Negeri (%)
2021	15,56 (OJK)	$\sim 28,9$ (estimasi)	$\sim 35\%$
2022	$\sim 17,8$ (estimasi)	$\sim 33,2$ (estimasi)	34,8%
2023	$\sim 20,9$ (estimasi)	$\sim 34,1$ (estimasi)	38,0%
2024	–	–	(data belum tersedia)

(Catatan: Data 2022–2023 belum dipublikasikan penuh; angka merupakan estimasi berdasarkan persentase yang disampaikan OJK. Tahun 2024 belum tersedia per April 2025.)

Dari data di atas, pasca relaksasi 2020 premi ke luar negeri cenderung naik lagi secara proporsi. OJK mencatat kontribusi premi reasuransi luar negeri meningkat dari 34,8% (2022) menjadi sekitar 38% di 2023. Nilai defisit neraca reasuransi pun melebar kembali (tahun 2023 defisit Rp10,2 triliun, naik dari Rp7,95 triliun di 2022). Hal ini mengindikasikan kapasitas reasuransi lokal masih perlu ditingkatkan agar lebih banyak premi tetap di dalam negeri. Meskipun begitu, secara absolut premi reasuransi domestik masih jauh lebih besar dibanding premi ke luar negeri, yakni sekitar 2 kali lipat di 2022–2023.

Sumber Data: Statistik Perasuransian OJK tahun 2019 dan publikasi OJK terbaru (Media Asuransi, Bisnis.com, Kumparan) untuk 2020–2023. Kami mengutamakan



sumber resmi (OJK) dan asosiasi industri; angka 2022–2023 bersifat indikatif dari pernyataan OJK karena laporan akhir tahun belum tersedia.

Dengan kata lain, meskipun tujuan regulasi cukup mulia, implementasinya menciptakan kondisi di mana perusahaan asuransi “wajib” memberikan bisnis ke reasuransi dalam negeri, yang kemudian “diberikan lagi” ke luar negeri. Manfaat makronya bagi ekonomi nasional menjadi dipertanyakan, terutama bila tidak disertai penguatan kapasitas reasuransi domestik secara nyata.

3. Revisi Regulasi

Menanggapi berbagai masukan industri dan dinamika global, OJK kemudian merevisi aturan tersebut melalui POJK No. 39/POJK.05/2020, yang merupakan perubahan kedua atas POJK No. 14/2015.

Inti dari POJK 39/2020 adalah:

- Memberikan kelonggaran bagi perusahaan asuransi untuk melakukan penempatan reasuransi ke luar negeri, terutama untuk risiko kompleks dan jika kapasitas domestik terbatas.
- Mengizinkan reasuransi luar negeri apabila ada kerja sama bilateral antar-pemerintah, misalnya Indonesia dan Singapura, sehingga membuka kembali akses ke kapasitas global dalam suasana yang lebih fleksibel namun tetap dalam pengawasan OJK.
- Menegaskan bahwa tujuan dari regulasi adalah bukan membatasi akses ke pasar internasional, melainkan memprioritaskan kekuatan dalam negeri secara bertahap dan rasional.

Dengan revisi ini, OJK mencoba menyeimbangkan antara dorongan nasionalisme ekonomi (menahan premi di dalam negeri) dan kebutuhan praktis industri (akses kapasitas global yang efisien dan andal). Perusahaan asuransi pun mendapat ruang untuk mengoptimalkan strategi retensi dan reasuransi mereka dengan tetap mengacu pada prinsip kehati-hatian.

Kesimpulan

Hubungan antara retensi sendiri dan reasuransi adalah hubungan yang saling melengkapi. Dalam industri perasuransian modern, tidak ada perusahaan yang bisa menanggung seluruh risiko sendiri tanpa dukungan reasuransi. Namun, terlalu bergantung pada reasuransi juga dapat menurunkan efisiensi dan profitabilitas.

Regulasi OJK memainkan peran penting dalam membentuk struktur hubungan ini. Ketika kebijakan terlalu membatasi akses ke reasuransi luar negeri, justru bisa melemahkan daya saing dan fleksibilitas perusahaan asuransi domestik. Oleh karena itu, penyeimbangan kebijakan melalui revisi regulasi, seperti POJK 39/2020, merupakan langkah tepat agar industri tumbuh secara sehat, berdaya saing, dan bertanggung jawab.

H. Pengaturan Modal dan Retensi Risiko di Berbagai Negara Jepang

Modal Minimum dan Solvabilitas: Regulasi Jepang mensyaratkan modal minimum yang tinggi bagi perusahaan asuransi. Undang-Undang Bisnis Asuransi (*Insurance Business Act*) mewajibkan modal disetor minimum ¥1 miliar

bagi pendirian perusahaan asuransi. Di samping modal minimum, Jepang menerapkan pengawasan solvabilitas dengan *Solvency Margin Ratio*. Perusahaan asuransi harus menjaga solvabilitas margin $> 200\%$ untuk dianggap sehat oleh Otoritas Jasa Keuangan Jepang (JFSA). Jika rasio ini turun di bawah 200% (namun masih di atas 100%), regulator akan memerintahkan rencana perbaikan; di bawah 100% dapat memicu intervensi lebih lanjut. Kerangka solvabilitas ini memastikan perusahaan memiliki modal yang memadai terhadap total risiko yang ditanggung, termasuk risiko asuransi, pasar, kredit, operasional, hingga risiko katastrofe. Mulai 2025, JFSA berencana beralih ke kerangka valuasi ekonomi untuk solvabilitas, sejalan standar global, agar perhitungan modal lebih mencerminkan nilai pasar.

Retensi Risiko dan Reasuransi: Kebijakan retensi di Jepang relatif longgar dan berbasis pasar. Regulasi tidak menetapkan porsi retensi wajib tertentu pada setiap polis. Perusahaan asuransi Jepang bebas mengatur sendiri seberapa besar risiko yang akan mereka tahan sendiri vs. yang dialihkan ke reasuransi, berdasarkan pertimbangan kapasitas dan manajemen risiko internal. Reasuransi dapat ditempatkan baik di dalam negeri maupun ke pasar internasional. Pasar reasuransi Jepang terbuka – perusahaan reasuransi asing dapat menerima bisnis reasuransi dari perusahaan Jepang tanpa perlu berlisensi penuh di Jepang (selama hanya menanggung reasuransi atau produk yang disetujui). Ketentuan ini berarti reasuradur global dapat beroperasi lintas-batas, sehingga perusahaan asuransi lokal leluasa memperoleh kapasitas reasuransi dari luar negeri. Di sisi lain, Jepang memiliki beberapa reasuradur domestik, termasuk Japan Earthquake Reinsurance Co.,

Ltd. yang khusus menanggung risiko gempa bumi, serta Toa *Reinsurance* sebagai reasuradur komersial lokal. Namun, statistik menunjukkan premi reasuransi keluar Jepang jauh lebih besar daripada premi reasuransi masuk – menandakan besarnya penempatan reasuransi ke luar negeri untuk risiko-risiko besar. Sebagai contoh, sepanjang 2017, premi reasuransi yang dibayarkan ke luar mencapai ¥792 miliar sementara klaim reasuransi yang diterima hanya ¥461,7 miliar, sehingga neraca reasuransi keluar defisit ¥330 miliar. Hal ini terutama akibat Jepang menanggung risiko katastrofe besar (seperti gempa) yang dikapalkan ke pasar reasuransi global. Regulasi tidak menghalangi aliran premi tersebut, karena fokus utamanya pada kesehatan permodalan perusahaan asuransi, bukan pada pembatasan penempatan reasuransi.

Dukungan pada Perusahaan Lokal (Mikro dan Koperasi): Meskipun standar modal konvensional tinggi, Jepang memiliki kebijakan khusus untuk mendukung asuransi skala kecil (mikro) dan koperasi. Pertama, terdapat kategori izin usaha *Small Amount and Short-Term Insurance* (SASTI) untuk entitas asuransi kecil yang menyediakan perlindungan dengan jumlah pertanggungan kecil dan jangka pendek. Persyaratan modal untuk SASTI jauh lebih rendah (hanya ¥10 juta modal dan tambahan deposito ¥10 juta), memungkinkan perusahaan asuransi mikro beroperasi melayani segmen kecil yang mungkin tidak terlayani oleh perusahaan besar. Kedua, Jepang memiliki banyak koperasi asuransi (Kyosai) yang melayani anggota kelompok tertentu (misalnya petani melalui JA Kyosai, pegawai melalui Zenrosai). Koperasi ini diatur di bawah undang-undang khusus sektor masing-masing

(seperti UU Koperasi Pertanian, UU Koperasi Konsumen) dan dikecualikan dari regulasi asuransi komersial umum. Artinya, Kyosai tidak harus memenuhi syarat modal ¥1 miliar atau aturan solvabilitas JFSA yang ketat, melainkan diawasi oleh kementerian terkait sesuai hukum koperasinya. Pendekatan ini mendukung keberlangsungan lembaga keuangan mikro dan mutual di Jepang yang berprinsip gotong-royong, sehingga komunitas atau usaha kecil dapat mengakses perlindungan asuransi melalui koperasi dengan persyaratan yang lebih fleksibel. Sebagai contoh, Zenkyoren (koperasi asuransi pertanian) dan Zenrosai (koperasi asuransi pekerja) memiliki jutaan anggota dan aset besar, beroperasi di bawah pengawasan Kementerian Pertanian atau Kementerian Kesejahteraan, bukan langsung di bawah JFSA. Dukungan regulasi semacam ini memungkinkan koperasi tumbuh dan menyediakan microinsurance tanpa dibebani modal minimum yang tinggi.

Analisis Efektivitas: Kombinasi kebijakan modal tinggi dan solvabilitas ketat telah berhasil menjaga stabilitas industri perasuransian Jepang dan kepercayaan publik. Pasar asuransi Jepang sangat maju (penetrasi asuransi ~8,6% PDB, dan densitas per kapita tertinggi di dunia), mencerminkan tingginya kepercayaan dan partisipasi masyarakat dalam asuransi. Tiga kelompok asuransi terbesar (MS&AD, Tokio Marine, Sampo Japan) menguasai pasar domestik dan termasuk pemain global, menunjukkan bahwa regulasi ketat tidak menghambat pertumbuhan perusahaan kuat. Di sisi lain, modal minimum ¥1 miliar menjadi hambatan masuk bagi perusahaan baru yang lebih kecil, sehingga pasar domestik kurang kompetitif dan inovatif. Kesenjangan ini diisi oleh koperasi dan SASTI yang melayani

ceruk khusus; namun, adanya dualisme regulasi (koperasi tidak diatur JFSA) menimbulkan isu level *playing field*. Perusahaan asuransi komersial pernah mengkritik Kyosai karena beroperasi tanpa pengawasan dan perlindungan pemegang polis seperti halnya perusahaan berlisensi. Meski demikian, Kyosai terbukti menjangkau segmen yang mungkin tidak tersentuh asuransi komersial, sehingga secara keseluruhan mendukung inklusi keuangan. Terkait retensi risiko, pendekatan fleksibel Jepang membuat premi reasuransi banyak keluar negeri, berpotensi mengurangi kapasitas dan pendapatan reasuransi domestik. Tidak adanya keharusan retensi minimum berarti perusahaan cenderung menyerahkan proporsi besar risiko katastrofe ke reasuransi luar (contoh ekstrem: skema reasuransi gempa melibatkan pemerintah dan reasuradur global). Hal ini menjaga kesehatan finansial perusahaan asuransi (karena risiko besar ditransfer), tetapi menahan premi tidak sepenuhnya tinggal di dalam negeri. Secara keseluruhan, kebijakan Jepang berhasil menciptakan pasar yang kokoh dan terpercaya, walaupun dengan konsentrasi tinggi pada pemain besar dan ketergantungan pada pasar reasuransi internasional untuk risiko-risiko ekstrim.

Korea Selatan

Modal Minimum dan Sistem Solvabilitas: Korea Selatan telah beralih menuju kerangka solvabilitas berbasis risiko yang semakin maju. Sejak 2011, Korea menerapkan *risk-based capital* (RBC) dengan ambang batas solvabilitas margin 100%. Setiap perusahaan asuransi diwajibkan mempertahankan RBC ratio $\geq 100\%$ (modal tersedia

terhadap modal risiko) dan bila jatuh di bawah itu, Financial Services Commission (FSC) dapat mengambil tindakan korektif. Tidak ada angka modal minimum statis tertentu dalam regulasi; sebagai gantinya, persyaratan modal disesuaikan dengan profil risiko. Pada Januari 2023, Korea memperkenalkan kerangka solvabilitas baru bernama Korean Insurance *Capital Standard* (K-ICS) yang secara progresif menggantikan RBC konvensional. K-ICS merupakan model berbasis nilai ekonomis yang selaras dengan standar internasional (mirip Solvency II di Eropa), di mana aset dan liabilitas dinilai berdasarkan harga pasar, dan kebutuhan modal dihitung menggunakan pendekatan *Value-at-Risk* 99,5%. Implementasi K-ICS diiringi oleh adopsi IFRS 17, sehingga neraca *insurer* mencerminkan valuasi pasar yang lebih akurat. Karena standar baru ini lebih ketat, dampaknya menurunkan rasio solvabilitas rata-rata industri (penurunan karena penilaian risiko lebih tinggi). Regulator menyadari sebagian perusahaan membutuhkan adaptasi; oleh karena itu diberikan transisional measures – perusahaan dapat mengajukan kelonggaran sementara agar penurunan rasio K-ICS tidak drastis. Sebanyak 19 perusahaan mengajukan transisional relief pada Maret 2023 untuk menyebar dampak K-ICS secara bertahap. Dengan demikian, sistem solvabilitas Korea saat ini bersifat progresif berbasis risiko: modal minimum implisit ditentukan oleh profil risiko masing-masing perusahaan dan akan meningkat sejalan pengetatan standar K-ICS secara penuh dalam beberapa tahun ke depan. Kebijakan ini memperkuat permodalan industri perasuransian Korea agar sejalan praktik global dan meningkatkan transparansi risiko.

Retensi Risiko dan Penempatan Reasuransi: Korea Selatan menerapkan kombinasi kebijakan regulasi dan inisiatif internal perusahaan untuk mengelola retensi risiko. Secara umum, penempatan reasuransi diperbolehkan luas, baik ke reasuradur domestik maupun asing. Namun, sejak 2019 regulator memperkenalkan standar minimum retensi untuk mencegah praktek *fronting* (seluruh risiko diteruskan ke reasuransi). Berdasarkan amandemen peraturan Mei 2019, setiap perusahaan asuransi umum wajib menahan sendiri paling sedikit 10% dari risiko untuk setiap lini bisnis asuransi kerugian (umum) tertentu, kecuali asuransi kendaraan bermotor. Aturan ini berarti, misalnya untuk polis properti atau tanggung gugat, perusahaan tidak boleh mereasuransikan lebih dari 90% nilai pertanggungan dan harus menyisakan minimal 10% di buku sendiri. Pengecualian diberikan jika dewan manajemen risiko perusahaan menyatakan ketidakmampuan menahan 10% karena sifat risiko yang sangat khusus atau keterbatasan kapasitas finansial. Dengan demikian, regulator masih memberi fleksibilitas bila benar-benar diperlukan (misal risiko industri besar yang 10% pun terlalu besar bagi perusahaan tertentu). Kebijakan retensi minimum ini efektif membatasi *fronting arrangements* yang berlebihan, di mana sebelumnya perusahaan domestik bisa saja berfungsi hanya sebagai perantara tanpa menanggung risiko berarti. Selain itu, Korea memiliki mekanisme listing reasuradur yang memenuhi kriteria kesehatan keuangan oleh Korea Insurance Development Institute (KIDI), agar perusahaan *cedent* memilih mitra reasuransi yang kredibel. Di pasar domestik, Korean Re (*Korean Reinsurance Company*) berperan sebagai reasuradur utama. Meskipun tidak ada

kewajiban *cession* khusus ke Korean Re, dominasi pasar dan hubungan historis menjadikannya penerima porsi signifikan bisnis reasuransi domestik. Regulasi Korea secara halus mendorong penggunaan reasuradur lokal melalui insentif: dalam perhitungan RBC sebelumnya, risiko kredit atas reasuradur lokal diperlakukan lebih ringan dibanding reasuradur asing, sehingga secara modal lebih menguntungkan bagi perusahaan untuk menempatkan reasuransi di Korean Re atau perusahaan lokal. Kebijakan K-ICS yang baru tetap mempertimbangkan risiko kredit mitra reasuransi, sehingga pemilihan reasuradur berpengaruh pada besaran modal risiko. Secara ringkas, Korea tidak membatasi reasuransi ke luar negeri, tetapi perusahaan wajib punya “*skin in the game*” (minimal 10% risiko) dan diberi insentif untuk mempertahankan bisnis di dalam negeri bila memungkinkan.

Dukungan/Dampak pada Perusahaan Lokal: Kerangka modal dan retensi Korea berdampak pada struktur pasar dan pelaku lokal. Peningkatan standar permodalan (K-ICS) mendorong perusahaan-perusahaan memperkuat basis modal, antara lain dengan injeksi modal baru, penerbitan obligasi subordinasi, atau mengurangi risiko portofolio. Ini dapat memperkuat perusahaan besar nasional, tetapi mungkin memberatkan perusahaan yang lebih kecil. industri perasuransian Korea didominasi oleh grup finansial besar domestik, sehingga sebagian besar mampu memenuhi tuntutan modal lebih tinggi; perusahaan kecil atau *niche* mungkin menghadapi tekanan konsolidasi agar bertahan. Kebijakan retensi minimum 10% relatif mudah dipenuhi oleh pemain lokal karena angkanya moderat. Bahkan perusahaan menengah pun umumnya mampu menahan 10% risiko

dengan dukungan reasuransi selebihnya. Kebijakan ini justru melindungi mereka dari praktik mengambil premi lalu melempar seluruh risiko (*fronting*) yang rentan merusak reputasi pasar. Selain itu, insentif penggunaan reasuransi lokal menguntungkan Korean Re dan reasuradur domestik lain, memastikan sebagian premi reasuransi tetap tinggal di dalam negeri. Korean Re sendiri tumbuh menjadi salah satu reasuradur besar Asia karena mendapat dukungan pasar domestik. Bagi koperasi atau entitas asuransi mikro, di Korea peranannya tidak sebesar di Jepang – pasar lebih tersegmentasi pada perusahaan komersial. Namun, Korea memiliki *small-amount insurance company* kategori baru yang diperkenalkan regulator untuk mendorong inovasi (*InsurTech*) dengan modal minimum lebih rendah (~~₩~~2 miliar) dan pembatasan bisnis (maksimum jangka 1 tahun, pembayaran pertanggungan ≤ ~~₩~~10 juta, premi tahunan ≤ ~~₩~~500 miliar). Langkah ini mirip upaya mendukung asuransi mikro/niša domestik dalam skala terbatas.

Analisis Efektivitas: Secara keseluruhan, langkah penguatan permodalan bertahap (K-ICS) memperkuat stabilitas industri dan kredibilitas pasar Korea di mata investor dan mitra internasional. Standar baru ini meningkatkan transparansi dan manajemen risiko, sehingga diharapkan mampu mencegah kegagalan perusahaan asuransi besar. Tantangannya, penerapan K-ICS menekan rasio solvabilitas; laporan menunjukkan rata-rata solvabilitas turun ke sekitar 160-170% pasca-IFRS17 & K-ICS (dibanding RBC sebelumnya lebih tinggi). Ini memaksa perusahaan meningkatkan modal atau mengurangi risiko, yang dalam jangka pendek bisa membatasi pertumbuhan agresif atau inovasi produk berisiko tinggi. Namun dalam

jangka panjang, perusahaan Korea akan lebih sehat dengan manajemen risiko yang lebih baik. Dari sisi retensi, aturan 10% retensi minimum tampak efektif menjaga keterlibatan risiko oleh *cedent* domestik dan menumbuhkan kapasitas *underwriting* lokal. Praktik *fronting* berkurang, sehingga premi reasuransi tidak seluruhnya lari ke luar – minimal 10% tetap ditanggung lokal, dan seringkali lebih karena Korean Re juga mendapat porsi. Hal ini membantu akumulasi premi domestik dan keahlian *underwriting* risiko kompleks di dalam negeri. Korean Re tetap menjadi pemain sentral (dengan pangsa signifikan), tetapi kehadiran reasurador global di Korea juga tinggi; maka persaingan dan kapasitas reasuransi cukup terjaga. Salah satu potensi kekurangan adalah ketimpangan: perusahaan besar mampu memenuhi K-ICS dan menahan risiko sendiri lebih dari 10%, sedangkan perusahaan lebih kecil mungkin selalu tepat di batas minimum retensi dan sangat bergantung pada reasuransi. Jika standar modal makin dinaikkan, bisa terjadi konsolidasi yang mengurangi jumlah pemain kecil (pasar menjadi oligopoli beberapa besar saja). Meski begitu, regulator tampak sadar akan hal ini dan memberikan kelonggaran transisi. Secara keseluruhan, Korea berhasil memperkuat industri melalui regulasi progresif tanpa secara berlebihan menghambat aliran bisnis internasional – premi reasuransi yang keluar negeri masih ada, tapi dengan adanya batas retensi dan preferensi lokal, sebagian nilai tetap tinggal dan kapasitas lokal tumbuh, sehingga keseimbangan tercapai antara keutuhan pasar domestik dan keterbukaan global.

Singapura

Modal Minimum dan Kerangka RBC: Singapura menerapkan kerangka *Risk-Based Capital* (RBC) yang dikenal cukup fleksibel namun ketat dalam praktik. Otoritas Moneter Singapura (MAS) mensyaratkan modal minimum relatif rendah untuk entitas asuransi baru – hanya S\$10 juta bagi asuradur *direct* (asuransi umum atau jiwa) dan S\$5 juta untuk asuradur yang hanya menulis lini bisnis spesifik. Sementara itu, reasuradur yang berlisensi di Singapura butuh modal lebih tinggi (S\$25 juta) atau jika hanya sebagai cabang asing cukup mendepositokan S\$2 juta per kelas bisnis. Walaupun angka modal minimum absolut ini rendah dibanding banyak negara, perusahaan harus memenuhi persyaratan RBC yang komprehensif. Sejak 2004 Singapura menjalankan RBC, dan pada 2018 diperbarui menjadi RBC 2, yang memperhitungkan lebih banyak risiko (termasuk risiko bencana dan konsentrasi). Setiap perusahaan harus menghitung *Total Risk Requirement* (TRR), yaitu modal risiko total untuk menutup risiko *underwriting* (C1), risiko pasar & kredit (C2), dan risiko operasional (C3). Kemudian perusahaan wajib memiliki *capital funds* yang melebihi TRR tersebut dengan margin tertentu (mirip *solvency ratio*). MAS menetapkan perusahaan asuransi harus senantiasa memiliki CAR (*Capital Adequacy Ratio*) $\geq 120\%$ di atas TRR, dan biasanya mensyaratkan internal target lebih tinggi (misal 150%) sebagai *buffer*. Regulasi RBC Singapura dikenal fleksibel karena MAS memberikan keleluasaan dalam hal struktur permodalan (misal, memperbolehkan *subordinated* debt sebagai komponen modal *tier 2* hingga batas tertentu) dan pendekatan manajemen risiko yang disesuaikan dengan profil masing-masing perusahaan. Tidak ada

larangan beroperasi untuk perusahaan kecil selama mereka memenuhi RBC; hal ini tercermin dari keberadaan banyak *captive insurers* dan spesialis di Singapura (beberapa hanya dengan modal S\$5-10 juta). Pada saat yang sama, MAS sangat menekankan praktik manajemen risiko dan uji tekanan (*stress test*). Setiap perusahaan diwajibkan melakukan *stress testing* dan *scenario analysis* secara berkala untuk menguji ketahanan modal terhadap skenario buruk (misal krisis pasar atau klaim katastrofe besar). Hasil *stress test* harus dilaporkan dan jika menunjukkan kelemahan, MAS dapat meminta perusahaan menyesuaikan permodalan atau mengurangi eksposur. Dengan kata lain, Singapura menerapkan RBC prinsipil: modal disesuaikan risiko, dan regulator mengawasi melalui pengujian ekstrem agar modal tetap cukup dalam keadaan skenario berat.

Kebijakan Retensi Risiko dan Reasuransi: Dalam hal retensi risiko, Singapura menganut pendekatan pasar terbuka dengan penekanan pada manajemen risiko mandiri. Tidak ada ketentuan wajib bahwa porsi tertentu risiko harus ditahan atau direasuransikan lokal. Perusahaan asuransi bebas menentukan seberapa banyak risiko yang akan mereka retensi sendiri vs. *ceding* ke reasuransi, asalkan keputusan itu konsisten dengan kapasitas modal mereka dan kerangka RBC. MAS mendorong perusahaan melakukan evaluasi mendalam – termasuk menggunakan model *catastrophe, probable maximum loss (PML) analysis*, dan *stress testing internal* – untuk menetapkan batas retensi optimal tiap lini bisnis. Sebagai contoh, untuk risiko kebakaran industri besar, perusahaan akan mensimulasikan skenario kebakaran terburuk dan melihat kerugian terhadap modal: jika terlalu besar, mereka akan

menurunkan retensi dan membeli reasuransi excess of loss tambahan. MAS melalui *guidelines risk management* menyatakan perusahaan harus memiliki *risk appetite statement* yang mencakup tingkat retensi yang diinginkan dan mekanisme proteksi reasuransi yang memadai. Setiap tahun, perusahaan menyusun *reinsurance management strategy* dan melaporkannya ke MAS sebagai bagian dari *Own Risk and Solvency Assessment* (ORSA). MAS tidak secara langsung membatasi penempatan reasuransi ke luar negeri; Singapura bahkan adalah hub reasuransi, rumah bagi banyak kantor cabang reasurador global. Perusahaan asuransi di Singapura seringkali memanfaatkan pasar internasional (London, Bermuda, dll.) untuk reasuransi kapasitas besar atau khusus. Namun, *imbalance* premi reasuransi tidak menjadi masalah karena Singapura juga menarik premi reasuransi masuk signifikan – banyak reasurador asing dan *captive* di Singapura menerima premi global, sehingga posisi bersih tidak hanya *outflow*. Reasurador lokal di Singapura sendiri jumlahnya sedikit (tidak ada reasurador negara; terdapat beberapa reasurador komersial seperti Singapore Re, Asia Capital Re sebelum ditutup). Dengan ketiadaan reasurador wajib, perusahaan mengatur program reasuransinya murni berdasarkan pertimbangan bisnis: *cost of reinsurance vs. benefit*. Dalam praktik, banyak perusahaan mempertahankan retensi relatif tinggi untuk bisnis frekuensi tinggi/rugi kecil (karena mampu menyerap volatilitas kecil) dan menggunakan reasuransi terutama untuk risiko katastrofe atau akumulasi besar. MAS telah mewajibkan *Industry-Wide Stress Test* (IWST) terkait bencana; misalnya uji skenario banjir ekstrim menunjukkan sektor asuransi masih bisa bertahan, sebagian karena

program reasuransi yang memadai. Hal ini menunjukkan pengaturan retensi di Singapura cukup *prudent* meski tanpa paksaan regulasi spesifik – perusahaan memilih retensi yang menjaga profitabilitas tapi tidak mengancam solvabilitas mereka jika terjadi musibah besar.

Dukungan/Pengaruh pada Pelaku Lokal: Kerangka RBC fleksibel dan kebebasan reasuransi di Singapura memberi ruang bagi berbagai tipe perusahaan beroperasi. Perusahaan kecil atau startup dapat masuk dengan modal relatif rendah (S\$10 juta) selama model bisnisnya fokus pada risiko yang sesuai kapasitas. Ini mendukung inovasi dan spesialisasi (banyak *InsurTech* dan penanggung risiko unik bermunculan di Singapura). Mereka dapat mengandalkan reasuransi untuk menjaga eksposur risiko rendah sesuai modal. Contohnya, sebuah perusahaan asuransi marine kargo dapat menahan hanya porsi kecil tiap risiko dan reasuransikan sisanya ke pasar global – hal ini diperbolehkan penuh dan dimonitor via RBC (karena risiko kredit reasuransi juga dihitung). Di sisi lain, perusahaan domestik besar (seperti NTUC *Income*, *Great Eastern*) dengan kapasitas modal besar bisa memilih retensi lebih tinggi dan mengambil keuntungan dari menahan lebih banyak premi. Tidak adanya proteksionisme reasuransi memastikan perusahaan lokal mendapat tarif reasuransi kompetitif dari pasar global, tapi berarti juga premi *ceding* cukup besar ke luar jika dinilai lebih efisien. Dampak pada coop atau usaha kecil: Singapura tidak memiliki koperasi asuransi tradisional seperti Jepang, namun memiliki perusahaan asuransi milik pemerintah atau serikat (misal NTUC *Income* awalnya adalah koperasi serikat pekerja). Semua tunduk pada aturan modal/RBC yang sama. Kebijakan MAS yang pro-

pasar membuat persaingan cukup ketat: perusahaan lokal bersaing dengan cabang perusahaan asing yang banyak beroperasi di Singapura. Hal ini mendorong konsolidasi; pasar asuransi Singapura meskipun kecil secara jumlah populasi, dihuni puluhan pemain internasional. Namun, regulator memastikan level *playing field* – tidak ada perlakuan istimewa untuk BUMN atau lokal. Kepercayaan pasar di Singapura sangat tinggi karena reputasi regulasi MAS yang kuat. PPF Scheme (*Policy Owners' Protection*) menjamin 100% klaim polis ritel tertentu jika ada kegagalan, namun hingga kini tidak banyak kasus gagal karena RBC sudah preventif. Adapun usaha mikro dalam bentuk agen atau broker diasuransikan melalui *professional indemnity*, tapi bukan asuransi mikro bagi konsumen (karena mayoritas populasi mampu beli polis komersial).

Analisis Efektivitas: Kebijakan RBC yang pruden tapi luwes di Singapura diakui efektif menjaga stabilitas sekaligus menjadikan Singapura pusat asuransi regional. industri perasuransian Singapura sangat *well-capitalized* – rata-rata *margin solvabilitas* jauh di atas minimum. Fleksibilitas modal menarik banyak pemain asing mendirikan kantor di Singapura (baik *insurer* maupun *reinsurer*), sehingga meningkatkan kapasitas dan keahlian domestik. Di sisi retensi risiko, pendekatan berbasis risiko dan *stress test* membuat setiap perusahaan bertanggung jawab atas kesehatannya sendiri. Hasilnya, mereka cenderung mengambil keputusan retensi reasuransi yang optimal: cukup besar untuk memperoleh keuntungan *underwriting*, tapi cukup kecil untuk melindungi neraca dari guncangan. Ketika diuji MAS pada skenario 1-in-250 tahun catastrophe, sektor asuransi Singapura secara kolektif tetap solvabel

– indikasi bahwa strategi reasuransi dan permodalan secara agregat memadai menghadapi bencana langka. Kelebihan lain, tidak adanya keharusan retensi lokal berarti premi dapat mengalir bebas sesuai mekanisme pasar. Ini menguntungkan konsumen karena tarif asuransi cenderung kompetitif (perusahaan bisa dapat reasuransi murah dari luar dan menurunkan harga premi). Dari sisi industri nasional, memang ada kekhawatiran sebagian premi keluar ke reasuratur global, namun ini diimbangi dengan premi masuk dari bisnis reasuransi yang ditulis di Singapura. Singapura berhasil menjadi *netto exporter* jasa reasuransi; banyak risiko kawasan Asia ditempatkan di reasuratur berbasis Singapura, sehingga fee dan komisi reasuransi tinggal di ekonomi Singapura. Ketimpangan bisa muncul antara perusahaan kuat dan lemah: tanpa proteksi, pemain lokal kecil bisa kalah saing dengan cabang raksasa asing. Namun MAS mengelola ini melalui kapabilitas pengawasan yang ketat dan mendorong kerjasama (misal konsorsium pool untuk risiko khusus seperti terrorism, di mana semua berbagi). Secara umum, kerangka Singapura efektif menahan shock dan meningkatkan kepercayaan pasar (terlihat dari peringkat internasional perusahaan Singapura yang tinggi), sekaligus menjadikan negeri ini hub reasuransi karena kebebasan penempatan risiko lintas batas.

Malaysia dan Thailand

Modal Minimum dan Model RBC: Malaysia dan Thailand sama-sama menerapkan model *Risk-Based Capital* (RBC) serupa untuk menjaga kecukupan modal industri perasuransian. Di Malaysia, kerangka RBC diperkenalkan pada 2009 oleh Bank Negara

Malaysia (BNM). BNM mengharuskan setiap *insurer* mempertahankan *Capital Adequacy Ratio* (CAR) di atas nilai minimum (sering disebut *supervisory target* 130%). Modal minimum formal bagi pendirian perusahaan asuransi di Malaysia adalah relatif tinggi (RM100 juta untuk *insurer*, RM500 juta untuk reasuradur lokal), namun fokus utama ada pada perhitungan modal berbasis risiko. Komponen risiko yang diperhitungkan mencakup risiko *underwriting*, pasar, kredit, operasional, dll., mirip kerangka RBC Singapura. Thailand melalui Otoritas Komisi Asuransi (OIC) menerapkan RBC sejak 2011. Modal minimum pendirian di Thailand ditetapkan THB 300 juta (asuransi umum) dan THB 500 juta (asuransi jiwa), tetapi di luar itu OIC mewajibkan perusahaan menjaga RBC ratio sesuai formula (modal/risiko $\times$ 100%). *Threshold* resmi RBC di Thailand adalah 140% (artinya modal tersedia harus $\geq 1,4$ kali modal risiko) – angka ini lebih tinggi dari Malaysia karena pengalaman klaim besar (banjir 2011) mendorong konservatisme. Baik Malaysia maupun Thailand tidak memiliki reasuradur nasional besar setara GIC Re di India, sehingga pendekatan regulasi mereka menitikberatkan pada kecukupan modal individu perusahaan dan manajemen reasuransi pragmatis. Kedua negara juga menerapkan kebijakan takaful (asuransi syariah) dengan model RBC tersendiri, namun prinsip dasarnya sama. Pasca implementasi RBC, industri di Malaysia dan Thailand mengalami konsolidasi – beberapa perusahaan kecil meningkatkan modal atau merger agar memenuhi ketentuan, tetapi secara umum hampir semua perusahaan mampu menyesuaikan. Hal ini meningkatkan rasio solvabilitas rata-rata di atas 200% di kedua negara

dalam beberapa tahun terakhir, menandakan penyangga modal yang sehat.

Retensi Risiko dan Reasuransi: Malaysia dan Thailand mengizinkan penempatan reasuransi ke luar negeri terutama untuk risiko-risiko besar, namun dengan mekanisme tiered dan preferensi lokal. Di Malaysia, BNM *historically* menerapkan sistem berjenjang: perusahaan asuransi wajib terlebih dahulu menawarkan bisnis reasuransi ke reasuradur lokal yang ada (*tier 1*), kemudian ke reasuradur di Pusat Keuangan Lepas Pantai Labuan (*tier 2*), dan baru setelah kapasitas domestik terserap, sisanya boleh ditawarkan ke reasuradur luar negeri (*tier 3*). Malaysia memiliki satu reasuradur lokal utama, Malaysian Re, yang dahulu *semi-mandatori* menerima *cession*. Bahkan, hingga sebelum *liberalisasi* tarif (tarif kebakaran dan kendaraan bermotor) selesai, BNM mewajibkan semacam “*mandatory voluntary cession*” sebesar 2.5% dari semua bisnis reasuransi (*treaty* dan fakultatif) ke Malaysian Re. Setelah tarif domestik diliberalisasi penuh (2019), aturan 2.5% tersebut dihapus. Namun, hingga kini Malaysian Re tetap diberi hak utama: setiap penempatan *treaty* (proporsional maupun non-proporsional) harus ditawarkan hingga 15% bagiannya ke Malaysian Re terlebih dahulu. Demikian pula untuk reasuransi fakultatif besar (misal risiko engineering), Malaysian Re berhak hingga 15% dari risiko dengan batas tertentu. Malaysian Re dapat memilih menerima atau menolak, baru sisanya dicari ke pasar luar. Selain itu, jika Malaysian Re melakukan *retrocession*, 20% harus ditawarkan balik ke *direct insurers* Malaysia agar kapasitas tetap berputar lokal. Kebijakan ini memastikan sebagian premi reasuransi besar tetap di domestik dan mendukung

kapasitas Malaysian Re. Selebihnya, perusahaan Malaysia bebas menempatkan reasuransi ke pasar internasional. Praktiknya, untuk risiko-risiko jumbo (contoh: kilang LNG, satelit, risiko penerbangan), porsi mayoritas tetap direasuransikan keluar karena keterbatasan kapasitas lokal – regulasi membolehkan hal ini setelah prosedur penawaran lokal dipenuhi. Di Thailand, dulunya terdapat reasuradur nasional Thai Re yang menerima *cession* wajib tertentu, tetapi sejak beberapa tahun terakhir tidak ada lagi *cession* wajib ke Thai Re (aturan tersebut dihentikan). Sebagai gantinya, OIC menggunakan insentif RBC: dalam perhitungan *capital charge risiko* kredit, reasuransi yang ditempatkan ke reasuradur lokal Thailand (termasuk Thai Re atau perusahaan asuransi lokal yang menerima *reasuransi inward*) dibebani risiko kredit yang lebih rendah dibanding reasuradur asing. Ini mendorong perusahaan Thailand untuk menempatkan reasuransi di dalam negeri jika kapasitas tersedia, karena secara perhitungan modal lebih efisien. Untuk reasuransi luar, Thailand mewajibkan reasuradur asing yang digunakan memiliki *rating* minimal (umumnya A- atau lebih) guna mengurangi risiko kredit. Dalam praktik, penempatan reasuransi luar negeri signifikan di Thailand, terutama setelah banjir besar 2011 yang menelan kapasitas lokal – perusahaan cenderung membeli perlindungan *katastrofe* dari pasar global (Bermuda, Eropa) demi keamanan. OIC tidak melarang hal itu asalkan perusahaan tetap memenuhi RBC setelah transfer risiko (ingat bahwa RBC juga menghitung risiko kredit terhadap reasuradur; jika reasuransi banyak, modal yang harus disediakan untuk risiko *underwriting* berkurang tetapi muncul modal risiko kredit). Baik Malaysia maupun Thailand juga mengizinkan

broker reasuransi internasional beroperasi membantu penempatan global, menunjukkan keterbukaan mereka.

Dukungan dan Dampaknya pada Perusahaan Lokal: Kebijakan RBC di kedua negara meningkatkan daya saing perusahaan lokal besar karena mereka didorong memperkuat modal. Di Malaysia, kelompok asuransi besar (seperti Maybank's Etiqa, AIA, Allianz Malaysia) dengan mudah memenuhi RBC dan bahkan ekspansi regional. Perusahaan kecil atau *niche* awalnya mengalami tantangan, tetapi BNM memberikan waktu transisi dan bantuan teknis; beberapa bergabung dengan grup lebih besar atau fokus ke lini ringan risiko. Hasilnya, tidak banyak perusahaan nasional yang tutup karena RBC; justru industri menjadi lebih sehat. Adapun kebijakan *reasuransi tiered* Malaysia jelas mendukung Malaysian Re sebagai institusi lokal – perusahaan *direct* harus memberinya *business share*. Ini membantu Malaysian Re tumbuh menjadi reasurador papan tengah di Asia. Dampaknya, premi reasuransi yang “tertahan” di Malaysian Re cukup besar, meningkatkan *retention* domestik. Bagi *insurer* lokal, hal ini sedikit membatasi kebebasan (karena harus menawar Malaysian Re dulu, yang tarifnya mungkin kurang kompetitif), tapi Malaysian Re juga berfungsi sebagai stabilizer pasar dengan menyediakan kapasitas di saat sulit. Sementara di Thailand, absennya *cession* wajib memberi perusahaan fleksibilitas penuh, yang menguntungkan bagi persaingan. Thai Re harus bersaing secara komersial merebut bisnis, dan beberapa tahun terakhir kinerja Thai Re tertekan karena kalah bersaing harga dengan reasurador asing pasca banjir 2011. Meski begitu, insentif RBC membantu Thai Re tetap mendapatkan porsi bisnis (karena *cedent*

menghemat modal jika pakai Thai Re). Bagi perusahaan lokal Thailand, kebebasan reasuransi berarti mereka bisa menjaga laba dengan membeli perlindungan termurah di mana pun. Namun, ada risiko premi lari keluar banyak dan pengalaman *underwriting* lokal tidak terbangun jika semuanya dibeli dari luar. Untuk mengatasinya, Thai Re dan beberapa besar *insurer* membentuk semacam pool nasional untuk risiko bencana (didukung pemerintah) pasca 2011, agar sebagian risiko katastrofe tetap ditanggung bersama di dalam negeri sebelum sisanya ke luar. Kedua negara juga membuka pintu bagi reasuradur asing mendirikan cabang lokal (Labuan di Malaysia, Bangkok di Thailand) sehingga sebagian reasuransi “asing” itu dilakukan oleh entitas yang diatur lokal – meningkatkan pendapatan dan pengawasan domestik.

Analisis Efektivitas: Model RBC yang dijalankan Malaysia dan Thailand umumnya efektif meningkatkan resiliensi keuangan industri perasuransian di masing-masing negara. Ketika terjadi guncangan (krisis 2008, banjir Thailand 2011, pandemi COVID-19), perusahaan-perusahaan mampu menyerap klaim dan volatilitas aset dengan baik, sebagian berkat persyaratan modal berbasis risiko yang telah mengantisipasi skenario ekstrem. Laporan IMF FSAP menyebut implementasi RBC di Malaysia berhasil menjaga rasio solvabilitas industri jauh di atas minimum yang dipersyaratkan, menambah kepercayaan investor. Di sisi retensi, Malaysia berhasil relatif menahan premi reasuransi di dalam negeri lebih baik daripada banyak negara berkembang lain. *Mandatory cession* 2.5% dan prioritas 15% untuk Malaysian Re membuat premi tetap berputar lokal dan tidak seluruhnya dibayar ke reasuradur

asing. Ini memperkuat neraca pembayaran sektor keuangan (mengurangi *outflow* devisa) dan memberi Malaysian Re sumber daya untuk berkembang. Kebijakan ini juga tidak menimbulkan gejolak harga; meski ada kewajiban kecil ke Malaysian Re, persaingan reasuransi tetap ada untuk sisanya sehingga tarif reasuransi tetap kompetitif. BNM dianggap berhasil menjaga keseimbangan antara melindungi kepentingan nasional dengan tetap memberi ruang pasar. Thailand, dengan pendekatan lebih liberal, mengalami *outflow* premi reasuransi yang lebih besar karena tidak ada keharusan *cession*. Setelah banjir 2011, diperkirakan miliaran dolar klaim dibayar oleh reasuradur global – membantu pemulihan ekonomi (karena dana segar masuk dari luar untuk bayar klaim) tetapi berarti premi yang sebelumnya dibayar juga banyak mengalir keluar. Tidak adanya *mandatory retention* bisa dianggap menyebabkan premi lokal “bocor” ke luar, namun perlu diingat kapasitas lokal pun terbatas – tanpa reasuransi asing, banyak risiko besar tak tertutup. OIC menilai bahwa insentif RBC sudah cukup untuk mendorong retensi wajar. Thai Re kini bukan satu-satunya pemain; hal ini menumbuhkan persaingan yang sehat di pasar reasuransi Thailand, meski dengan konsekuensi Thai Re harus mengecil peran. Dari sisi kepercayaan pasar, baik Malaysia maupun Thailand diuntungkan RBC: perusahaan asuransi mereka diakui lebih transparan dan kuat, menarik minat investor asing (banyak perusahaan asing ekspansi ke kedua negara pasca-RBC karena yakin terhadap stabilitas regulasi). Ketimpangan mungkin muncul karena kebijakan reasuransi: di Malaysia, keharusan *cession* menguntungkan Malaysian Re (BUMN) – beberapa pihak asing mengkritik ini sebagai bentuk

favoritisme. Namun Malaysian Re sendiri beroperasi secara komersial dan harus kompetitif; selain jatah wajib kecil, sisanya ia menang tender biasa. Di Thailand, liberalisasi penuh membuat perusahaan besar dengan akses ke broker internasional bisa dapat deal reasuransi lebih baik dibanding perusahaan kecil yang mungkin kurang terhubung (namun kini broker besar pun melayani semua, jadi *gap* tersebut mengecil). Secara keseluruhan, kedua negara berhasil menerapkan RBC yang sesuai kondisi masing-masing: Malaysia sedikit lebih protektif untuk bangun kapasitas nasional, Thailand lebih terbuka untuk efisiensi. Kedua pendekatan memiliki *trade-off*, namun terbukti sama-sama menjaga kesehatan industri – tidak ada gagal bayar masif atau krisis kepercayaan setelah kebijakan tersebut berjalan.

India

Modal dan Pengaturan Solvabilitas: India menerapkan regulasi permodalan dan solvabilitas yang bertujuan menjaga risiko tetap di dalam negeri sejauh mungkin. Persyaratan modal minimum di India cukup besar: ₹1 milyar untuk perusahaan asuransi langsung dan ₹2 milyar untuk reasuradur. Selain itu, setiap perusahaan asuransi wajib memenuhi Solvency Margin minimal 150% (dalam praktik, IRDAI – Otoritas Regulasi dan Pengembangan Asuransi India – mensyaratkan margin 1.5 kali liabilitas berbasis risiko). Regulasi India menekankan bahwa perusahaan harus memiliki basis finansial kuat sebelum boleh mempertanggungkan risiko. Namun yang lebih khas dari India adalah aturan mengenai pembagian risiko (retensi vs reasuransi). IRDAI secara eksplisit menetapkan tujuan reinsurance arrangement agar “memaksimalkan retensi

di dalam negeri”. Setiap perusahaan asuransi diwajibkan menyusun kebijakan retensi yang “mempertahankan semaksimal mungkin risiko sesuai kekuatan finansial, kualitas risiko, dan volume bisnisnya”. IRDAI bahkan berhak memeriksa dan mengarahkan perubahan jika dianggap perusahaan terlalu sedikit menahan risiko (hanya menjadi *fronting*). Dengan kata lain, secara solvabilitas, India tidak hanya melihat angka modal dan rasio, tapi juga apakah perusahaan sungguh menanggung risiko proporsional dengan modalnya. Ini mencegah skenario perusahaan bermodal cukup namun seluruh bisnisnya dioper ke reasuransi luar (yang bisa membuat premi lari keluar tanpa membangun kapasitas domestik). Untuk pengawasan solvabilitas kuantitatif, IRDAI menganut formula mirip RBC sederhana (disebut *Required Solvency Margin*, RSM). Namun India hingga kini belum mengadopsi RBC penuh seperti Korea/Singapura; mereka masih menggunakan pendekatan faktor risiko tetap untuk *underwriting risk* per *line* ditambah asset *risk*. Meskipun begitu, IRDAI belakangan mengarah ke RBC: ada wacana *Economic Capital Framework* dan peningkatan faktor risiko untuk mencerminkan variabilitas sebenarnya. Jadi inti kebijakan modal India: modal minimum tinggi, solvabilitas margin 150%, dan penekanan pada retensi maksimum sesuai kapasitas.

Retensi Risiko dan Urutan Reasuransi: IRDAI sangat mengatur pembagian risiko melalui serangkaian regulasi reasuransi. Tujuannya agar premi dan risiko sebanyak mungkin tetap di ekosistem domestik sebelum “bocor” ke luar. Pertama, India memiliki *cession* wajib ke reasurador nasional. Sejak lama, setiap polis non-jiwa diwajibkan meng-

Cede sebagian (saat ini 5%) dari sum assured-nya ke GIC Re (*General Insurance Corporation of India*), reasuradur milik negara. Porsi 5% *obligatory cession* ini ditetapkan setiap tahun (dulunya 10%, diturunkan bertahap, dan masih 5% hingga paling tidak 2022). Artinya, GIC Re mendapatkan potongan *surety* dari seluruh bisnis asuransi umum di India, memastikan premi reasuransi dasar terkumpul di satu entitas domestik. Kedua, IRDAI mengatur *Order of Preference* penempatan reasuransi (Regulasi 28(9) tahun 2017) yang membagi empat tingkat prioritas. *Tier 1*: Reasuradur domestik – yaitu GIC Re (satu-satunya reasuradur lokal penuh) dan reasuradur lokal lain berating internasional tinggi (saat ini selain GIC tidak ada reasuradur lokal lain dengan *rating* 3 tahun). *Tier 2*: Cabang reasuradur asing di India dan unit reasuransi di *Special Economic Zone* (IFSC GIFT City) yang memenuhi syarat menahan premi di dalam negeri. *Tier 3*: Reasuradur di IFSC yang tidak memenuhi kriteria investasi domestik, dan reasuradur luar negeri pada *cross-border* basis terbatas. *Tier 4*: *Cross-border reinsurers* (CBR) sepenuhnya, yakni reasuradur asing tanpa kehadiran di India. Regulasi mewajibkan setiap perusahaan asuransi menawarkan terlebih dahulu reasuransi ke *Tier 1* (GIC Re). GIC Re berhak mendapatkan penawaran utama dan biasanya mengambil bagian signifikan. Jika kapasitas GIC Re kurang atau perusahaan butuh diversifikasi, barulah ke *Tier 2* (cabang asing seperti Munich Re India, Swiss Re India, dll.). Setelah itu baru ke reasuradur IFSC dan akhirnya jika masih kurang, ke pasar luar negeri murni (*tier* terakhir). IRDAI juga melarang perusahaan *direct* India memberikan bisnis reasuransi kepada sesama perusahaan *direct* India (yang bukan terdaftar khusus sebagai reasuradur)

kecuali sifatnya fakultatif per risiko dan terbatas – ini untuk mencegah praktik saling tukar bisnis yang bisa mempersulit pengawasan. Selain itu, IRDAI mewajibkan setiap perusahaan menyerahkan program reasuransi tahunan dan kebijakan retensi yang disetujui dewan direksi mereka 45 hari sebelum tahun mulai. Regulator akan menelaah apakah program tersebut sesuai aturan preferensi dan apakah retensi sudah “maksimal yang mungkin”. Bila dianggap terlalu banyak *cede* ke luar padahal kemampuan finansial cukup, IRDAI dapat meminta revisi. Terobosan terbaru, mulai 2022/2023 IRDAI mengizinkan beberapa relaksasi: misalnya mengurangi level preferensi dari 6 menjadi 4 tingkat untuk menyederhanakan, dan membolehkan perusahaan tidak perlu minta persetujuan *Board* lagi untuk perubahan kecil program reasuransi (mempercepat proses). Namun esensi dasar “Indonesia Re-nya India adalah GIC Re” tetap dipertahankan. GIC Re juga dikenai aturan – misalnya minimal 50% premi yang diterima GIC Re harus ditahan di India (tidak di-*retrocede* keluar) agar GIC Re sendiri tidak jadi pipa keluar.

Dukungan/Pengaruh pada Perusahaan Lokal: Kebijakan ini jelas mendukung penguatan pelaku lokal, khususnya GIC Re dan perusahaan *direct* dalam negeri. GIC Re mendapatkan porsi bisnis terjamin (5% *mandatory + first offer share*) sehingga tumbuh pesat; kini GIC Re termasuk 10 besar reasuradur dunia dari sisi premi bruto. Keuntungan GIC Re yang tumbuh berarti kapasitas reasuransi domestik India meningkat, yang kemudian bisa dipakai perusahaan lokal untuk risiko-risiko besar tanpa selalu lari ke luar. Bagi perusahaan asuransi *direct*, prioritas reasuradur lokal memberi mereka keamanan bahwa di saat sulit, reasuradur

milik negara akan berpartisipasi membayar klaim (karena *mandatory share*). Ini meningkatkan kepercayaan penanggung untuk menulis bisnis besar knowing GIC Re backup. Usaha kecil dan koperasi: Pasar asuransi India masih didominasi perusahaan besar (publik dan privat), asuransi mikro disalurkan melalui produk pemerintah atau PSU *insurers*. Regulasi IRDAI tidak memiliki pengecualian modal khusus untuk koperasi (memang tidak banyak koperasi asuransi di India). Namun IRDAI punya inisiatif microinsurance agents dan produk mikro dengan premi murah untuk populasi rentan, yang disalurkan lewat perusahaan existing dengan persyaratan solvabilitas yang mungkin lebih longgar (misal *capital charge* lebih rendah untuk segmen mikro). Secara umum, perusahaan asuransi lokal India diuntungkan oleh proteksi regulasi ini dari kompetisi reasuransi global – mereka tidak bisa langsung bertransaksi reasuransi ke luar tanpa tawarkan ke GIC/branch lokal, sehingga broker global pun harus melalui GIC Re atau cabang lokal. Hal ini memberi kelebihan posisi tawar ke perusahaan lokal karena reasuradur asing perlu hadir di India atau bekerja sama dengan GIC Re untuk dapat porsi bisnis.

Analisis Efektivitas: Kebijakan India terbukti sukses menahan porsi besar premi di dalam negeri. Menurut data IRDAI, lebih dari c. 80-85% premi reasuransi industri tetap diurus oleh GIC Re dan cabang-cabang reasuradur di India, dengan <20% yang benar-benar lari keluar sebagai bisnis cross-border. *Mandatory cession* 5% sendiri langsung memastikan *retention* domestik minimal sebesar itu untuk setiap risiko. Kapitalisasi pasar asuransi India juga meningkat; GIC Re memikul banyak eksposur tapi didukung

modal besar (*solvency ratio* GIC Re biasanya di atas 200%). Di sisi kepercayaan pasar, penanggung global mungkin lebih percaya jika reasuransi ditanggung perusahaan ber-*rating* internasional; GIC Re mengantongi *rating* A- sehingga cukup dipercaya, namun terkadang kapasitas finansialnya diuji oleh peristiwa besar (contoh: Cyclone dan banjir, di mana GIC Re menanggung klaim besar). Meski mampu membayar, GIC Re sempat melaporkan kerugian *underwriting* beberapa tahun akibat penugasan domestik, namun pemerintah memastikan rekapitalisasi bila perlu – ini semacam *implicit guarantee*. Dari sudut pandang persaingan dan efisiensi, aturan ketat ini dikritik oleh pelaku asing sebagai *trade barrier*. Mereka menilai prioritas ke GIC Re dan cabang lokal membatasi pilihan penanggung, sehingga bisa mengurangi kompetisi harga reasuransi (premi reasuransi mungkin lebih mahal daripada jika bebas memilih pasar global). Juga, GIC Re sebagai satu-satunya reasuradur domestik besar bisa menjadi dominan (monopoli) dengan risiko *moral hazard* – misal kurang efisien karena selalu dapat bisnis wajib. IRDAI tampak menyadari hal ini dan mulai melonggarkan sedikit (mengurangi level preferensi dari 6 ke 4, mengizinkan Lloyd's India beroperasi, dsb., agar ada alternatif domestik selain GIC Re). Ketimpangan juga bisa terjadi antara perusahaan besar vs kecil: perusahaan besar mungkin punya kapasitas menahan risiko lebih banyak (mendapat izin IRDAI untuk *cede* kurang ke reasuransi demi efisiensi internal), sedangkan perusahaan kecil diwajibkan retensi maksimum tapi modal mereka terbatas sehingga tetap harus *cede* signifikan ke GIC Re/others – alhasil porsi biaya reasuransi terhadap premi mungkin lebih tinggi bagi yang kecil. Namun, sisi positifnya, perusahaan kecil

pun dilindungi oleh adanya reasuradur nasional: mereka selalu bisa mendapatkan kapasitas reasuransi (setidaknya 5%-10% otomatis diambil GIC Re, sisanya cabang asing yang wajib utamakan mereka sebelum bisnis luar). Hal ini mencegah skenario perusahaan kecil ditolak reasuransi di pasar internasional karena kurang menarik – dengan regulasi, reasuradur di India harus melayani semua *ceding* local sebelum lari ke luar. Secara keseluruhan, strategi India berhasil membangun kapasitas domestik yang kuat (GIC Re), menjaga sebagian besar premi dan risiko dalam negeri (menopang industri lokal), serta memastikan keterlibatan risiko oleh setiap *insurer* (tidak ada *fronting* murni). Meskipun ada cost berupa efisiensi pasar mungkin sedikit menurun dan keterbatasan persaingan, IRDAI tampaknya memprioritaskan kemandirian dan stabilitas jangka panjang. Hasilnya, industri perasuransian India tetap tumbuh dua digit setiap tahun dengan kesehatan finansial terjaga; pada saat yang sama, India perlahan membuka pintu bagi pemain global di bawah pengaturan yang hati-hati.

I. Analisa Kritis: Peningkatan Modal Tidak Selalu Meningkatkan Kinerja

1. Realitas Lapangan
 - o Modal besar tidak menjamin layanan prima, efisiensi, atau loyalitas nasabah.
 - o Perusahaan besar cenderung fokus pada pasar korporat dan menghindari premi kecil.
 - o Pelayanan kepada masyarakat kecil dan UMKM akan tergerus

2. Dampak Terhadap Pengusaha Nasional
 - o Membatasi peluang bisnis bagi pengusaha lokal dengan kemampuan modal terbatas.
 - o Pengusaha Nasional Konglomerat dan Investor asing akan menguasai pasar nasional (oligopoli dan monopoli)
3. *Spreading of Risk* sebagai Alternatif
 - o Dengan teknik reasuransi yang baik, perusahaan dengan modal kecil-menengah tetap bisa menjalankan bisnis secara sehat.
4. Asimetri Regulasi
 - o Aturan yang terlalu menekankan modal tanpa memperkuat *governance* dan *risk management* hanya akan menciptakan struktur industri yang tidak berimbang.

1. Realitas di Lapangan

Kenaikan modal disetor minimum sering dianggap sebagai solusi memperkuat industri perasuransian. Namun, kenyataannya modal besar tidak otomatis menjamin kinerja yang efisien, pelayanan prima, maupun loyalitas nasabah. Beberapa perusahaan asuransi terbesar di Indonesia justru masih menghadapi berbagai tantangan operasional dan kepercayaan publik. Contohnya, tingkat penetrasi asuransi Indonesia hanya ~1,4% PDB, terendah di ASEAN. Artinya, meski ada pemain bermodal besar, jangkauan layanan ke masyarakat umum dan segmen kecil masih sangat rendah. Modal besar juga tidak mencegah terjadinya mismanajemen; kasus gagal bayar Jiwasraya (BUMN asuransi jiwa besar) akibat salah kelola investasi menunjukkan bahwa perusahaan besar pun bisa tumbang tanpa tata kelola

risiko yang *prudent*. Di sisi lain, struktur bisnis perusahaan asuransi besar cenderung berfokus pada klien korporasi. Data industri menunjukkan mayoritas asuransi umum masih mengandalkan premi dari segmen korporasi, dan baru belakangan ini melirik pasar ritel dan UMKM. Akibatnya, segmen ritel seperti usaha mikro dan individu kurang terlayani, karena pemain besar lebih mengejar bisnis skala besar. Kondisi ini menggambarkan realitas bahwa tambahan modal tidak otomatis menghasilkan efisiensi operasional ataupun peningkatan kualitas layanan jika strategi bisnis dan orientasi pasar perusahaan tidak berubah. Modal besar tanpa dibarengi manajemen risiko dan layanan yang baik tidak otomatis meningkatkan kepercayaan atau loyalitas nasabah – reputasi industri tetap rentan jika masalah fundamental tidak diatasi.

2. Dampak pada Pengusaha Asuransi Nasional

Kebijakan peningkatan modal minimum yang tinggi membawa konsekuensi serius bagi perusahaan asuransi nasional berkapasitas modal terbatas. Banyak pemain lokal kesulitan memenuhi syarat modal baru, sehingga terancam tersingkir atau terpaksa mencari solusi ekstrem. OJK mencatat per Agustus 2024 terdapat 15 perusahaan asuransi jiwa dan 23 asuransi umum yang belum memenuhi ketentuan modal tahap pertama Rp250 miliar. Jika termasuk reasuransi, total ada sekitar 45 perusahaan yang modalnya masih di bawah ambang minimum 2026. Angka ini menandakan puluhan usaha asuransi lokal berpotensi terdampak. Pilihan yang tersisa bagi mereka antara lain merger atau akuisisi oleh perusahaan lain agar modal

tergabung, maupun pembubaran usaha. *IFG Progress* memproyeksikan gelombang konsolidasi: “akan ada banyak kemungkinan merger dan akuisisi” sebagai dampak langsung POJK 23/2023. Sementara itu, asosiasi industri mengakui sebagian anggotanya memang harus mencari investor baru atau bergabung ke grup agar lolos aturan.

Konsekuensi lanjutannya adalah struktur pasar cenderung menuju konsentrasi oleh segelintir pelaku bermodal raksasa. Studi *IFG Progress* menunjukkan bahwa di berbagai negara, kenaikan syarat modal berkorelasi dengan penurunan signifikan jumlah pemain. Sebagai contoh, Malaysia memangkas jumlah perusahaan asuransi umum dari >40 sebelum 2009 menjadi hanya 19 pada 2024 setelah serangkaian kenaikan modal minimum; Thailand dari 73 (tahun 2011) turun menjadi 49 perusahaan di 2023; Filipina dari 86 (2010) tersisa 55 di 2022. Pola serupa berpotensi terjadi di Indonesia: ketika banyak perusahaan kecil tersingkir, pasar dikuasai oleh beberapa kelompok usaha besar saja. Struktur oligopoli pun mengintai. Ibrahim Rohman dari *IFG Progress* mengingatkan bahwa jika pemain tersisa hanya dari “kelas” modal tertentu (besar), maka akan terbentuk struktur pasar oligopoli, dimana segelintir perusahaan bisa mengendalikan *pricing*. Dominasi konglomerat domestik maupun perusahaan asing akan meningkat, mengingat investor bermodal besar (termasuk asing) yang paling siap memenuhi syarat modal. Regulasi kepemilikan terbaru bahkan memberi kelonggaran bagi pemegang saham asing untuk menambah modal di atas 80% porsi kepemilikan, yang berpotensi mendorong akuisisi perusahaan lokal oleh perusahaan global. Jika tidak diantisipasi, pasar dapat bergerak menuju oligopoli

atau bahkan monopoli *de facto*, dengan konsekuensi negatif seperti berkurangnya inovasi, premi lebih mahal, dan ketergantungan pada beberapa entitas besar saja. Hal ini bertentangan dengan semangat pemerataan dan kemandirian pelaku nasional di industri perasuransian.

3. *Spreading of Risk*

Daripada semata-mata memaksa setiap perusahaan meningkatkan modal sendiri dalam jumlah besar, pendekatan alternatif yang lebih inklusif adalah memperkuat mekanisme penyebaran risiko (*spreading of risk*) melalui reasuransi dan *pooling*. industri perasuransian pada hakikatnya memiliki tools untuk berbagi beban risiko antara banyak pihak, sehingga perusahaan dengan modal moderat pun dapat beroperasi sehat asalkan didukung penyangga reasuransi yang kuat. Dengan membeli reasuransi, perusahaan asuransi kecil-menengah bisa mengalihkan sebagian risiko polis yang dijamin kepada reasuradur (baik domestik maupun internasional). Skema ini menurunkan eksposur risiko yang harus ditanggung sendiri, sehingga kebutuhan modal internal tidak perlu sebesar jika seluruh risiko ditanggung sendiri. Selain itu, konsorsium atau *insurance pool* memungkinkan beberapa perusahaan bersama-sama menjamin suatu risiko besar secara proporsional. Di Indonesia, konsep *pooling* telah diterapkan misalnya pada konsorsium asuransi risiko khusus (seperti konsorsium *aviation*, satelit, atau melalui reasuransi wajib untuk gempa lewat Maipark). Dukungan reasuransi global juga krusial – pengalaman Thailand saat banjir besar 2011 menunjukkan manfaat penyebaran risiko ke pasar internasional. Ketika

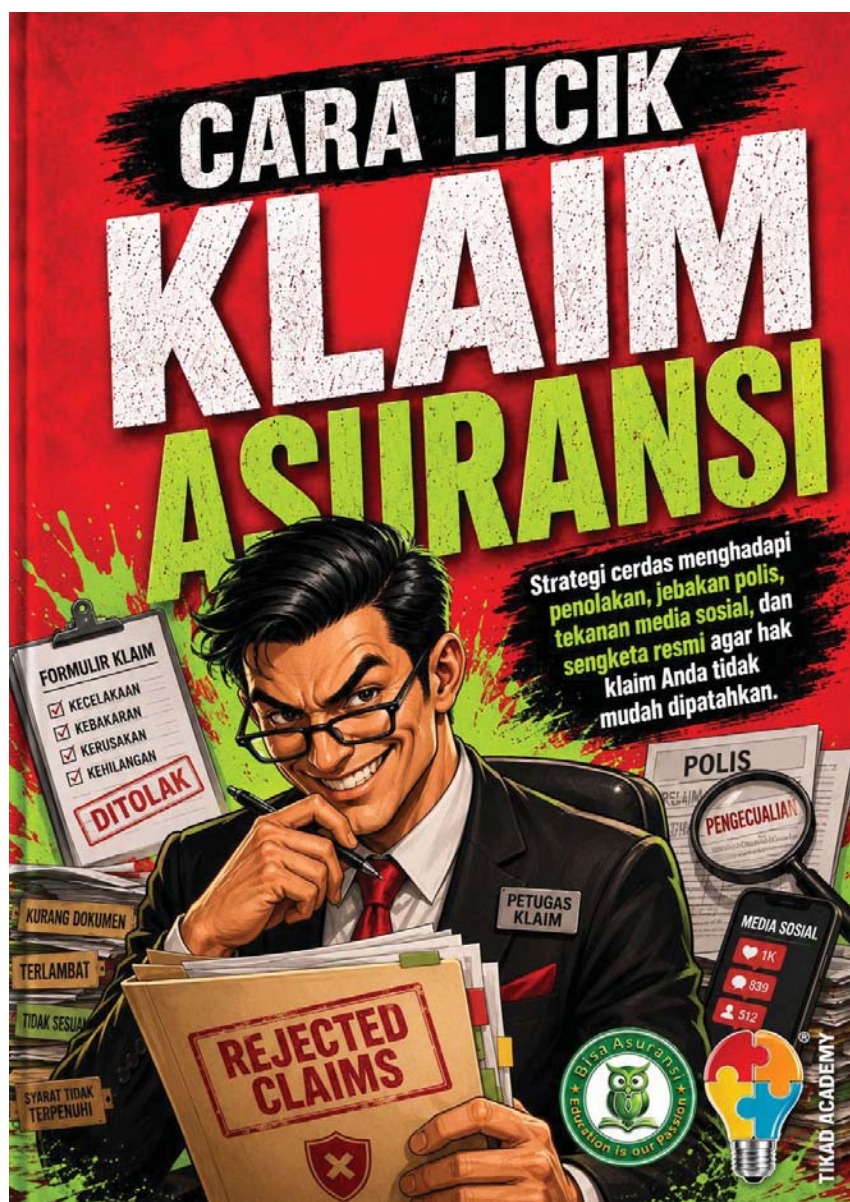
banjir tersebut menyebabkan klaim asuransi mencapai US\$15 miliar, perusahaan asuransi lokal mampu memenuhi kewajiban klaim sebagian besar karena risiko tersebut telah tersebar luas ke reasuradur luar negeri alih-alih ditanggung sendiri. Meskipun satu-satunya reasuradur domestik Thailand (Thai Re) sempat kesulitan dan butuh suntikan modal darurat, proteksi reasuransi luar negeri berhasil mencegah kolapsnya industri perasuransian Thailand secara sistemik. Pelajaran ini menegaskan bahwa kapasitas industri dapat ditingkatkan bukan hanya dengan penambahan modal di level perusahaan langsung, tetapi melalui kolaborasi *risk sharing*. Apabila perusahaan asuransi kecil dan menengah diberi akses lebih luas kepada reasuransi yang sehat dan mekanisme *pooling*, mereka tetap dapat menerima bisnis secara efisien tanpa membahayakan solvabilitas. Ini juga sejalan dengan prinsip diversifikasi risiko: semakin tersebar risiko di berbagai pihak, semakin kecil kemungkinan satu entitas gagal menanggung beban klaim besar sendirian. Dengan kata lain, kekuatan kolektif industri melalui reasuransi bisa menjadi “modal tidak terlihat” yang memperkuat perusahaan-perusahaan kecil melebihi sekadar angka modal disetor di neraca mereka. Kebijakan publik seharusnya mendorong optimalisasi mekanisme ini – misalnya dengan memastikan reasuransi nasional kuat dan mendorong integrasi dengan pasar reasuransi regional – sehingga stabilitas industri tidak semata bertumpu pada jumlah pemain besar saja.

4. Asimetri Regulasi: Modal vs. Tata Kelola

Peningkatan modal minimum sebagai kebijakan tunggal berisiko menciptakan asimetri regulasi, di mana regulator terlalu menekankan aspek permodalan tetapi kurang menyeimbangkannya dengan penguatan tata kelola dan manajemen risiko. Padahal, pengalaman menunjukkan bahwa problem terbesar industri perasuransian kerap bersumber dari lemahnya *governance*, bukan semata kekurangan modal. Persyaratan RBC (*risk-based capital*) minimum 120% sudah lama diterapkan di Indonesia untuk menjaga tingkat solvabilitas. Artinya, secara prinsip setiap perusahaan diwajibkan memiliki modal yang proporsional dengan profil risikonya. Namun, sejumlah kasus gagal bayar dan krisis asuransi terjadi walau ketentuan RBC berlaku, menandakan masalahnya lebih pada implementasi manajemen risiko yang buruk. Kasus Jiwasraya dan AJB Bumiputera misalnya, melibatkan perusahaan berusia panjang dengan aset besar, tetapi kolaps akibat *fraud* dan salah kelola investasi – bukan karena modal awalnya kurang, melainkan pengawasan internal yang lemah. Hal ini menggarisbawahi pandangan bahwa modal besar tak menjamin stabilitas tanpa dibarengi manajemen yang *prudent*. Regulasi yang hanya menaikkan batas modal bisa jadi *blunt instrument* yang tidak menysasar akar masalah. Bahkan, AAUI mengingatkan bahwa jumlah modal minimum dan tingkat risiko yang dihadapi perusahaan tidak selalu berbanding lurus. Ada perusahaan kecil yang sehat dengan manajemen risiko baik, dan sebaliknya perusahaan bermodal besar yang portofolionya berisiko rendah – memaksa keduanya memenuhi angka modal yang sama dapat dianggap tidak adil dan kurang efisien. Ketua AAUI

juga mengusulkan agar kategori perusahaan (KPPE 1 vs 2) sebaiknya mempertimbangkan indikator risiko seperti RBC, jenis produk, atau nilai pertanggungan, tidak semata nominal modal. Ini menunjukkan perlunya kerangka regulasi yang lebih holistik: meningkatkan permodalan dan sekaligus memperbaiki tata kelola, manajemen risiko, serta disiplin *underwriting*.

Jika aspek-aspek tersebut timpang, akan terjadi ketimpangan struktural di industri. Perusahaan besar yang lolos syarat modal akan semakin dominan (*too big to fail*), sementara segmen pasar bawah (ritel/UMKM) terabaikan karena ditinggal pemain kecil yang berguguran. Iklim persaingan pun menjadi kurang sehat – oligopoli bisa membuat inovasi melambat dan efisiensi menurun seiring potensi *moral hazard* pemain besar. Selain itu, regulator berisiko terfokus mengawasi rasio permodalan semata, padahal tantangan riil seperti praktek pemasaran yang menyesatkan, *mispricing* premi, hingga manajemen investasi agresif bisa luput dari perhatian. Struktur industri yang ideal harus mencakup berbagai ukuran perusahaan dengan peran masing-masing, didukung aturan yang proporsional dengan profil risiko. Oleh sebab itu, kebijakan ke depan sebaiknya menyeimbangkan antara kehati-hatian finansial (*prudential capital*) dan pembenahan *governance*. Dengan demikian, tujuan akhir – yakni industri perasuransian dan reasuransi Indonesia yang lebih kuat, stabil, dan melayani seluruh lapisan masyarakat – dapat tercapai tanpa menimbulkan efek samping berupa konsentrasi pasar ataupun eksklusivitas pemain.





‘Life hands us roses with hidden thorns. Wisdom is not refusing the roses, but knowing how to hold them gently.’

BAB
16.

BANCASSURANCE





**Insurance is a promise
folded quietly in the
pocket of time, waiting to
unfold when ordinary
days turn heavy.**

16.1. Kata Pengantar

Dalam beberapa tahun terakhir, masyarakat Indonesia semakin akrab dengan praktik penjualan produk asuransi yang dilakukan di dalam kantor bank—sebuah model distribusi yang dikenal dengan istilah *bancassurance*. Banyak nasabah mengira bahwa produk asuransi yang ditawarkan melalui bank adalah bagian dari layanan perbankan. Hal ini tidak sepenuhnya keliru, namun juga tidak sepenuhnya benar. *Bancassurance* bukanlah produk perbankan. Ia adalah produk asuransi yang dipasarkan melalui saluran bank sebagai mitra distribusi, bukan sebagai penanggung risiko.

Masyarakat perlu memahami secara jernih bahwa tanggung jawab atas polis asuransi yang dibeli melalui bank sepenuhnya berada di tangan perusahaan asuransi. Bank hanyalah perantara, bukan pihak yang menerbitkan polis, menjamin proteksi, atau bertanggung jawab atas pembayaran klaim. Meski proses pembelinya dilakukan di kantor cabang bank dan mungkin dibantu oleh staf bank, hubungan hukum dan kewajiban tetap melekat pada perusahaan asuransi sebagai pihak penanggung.

Permasalahan muncul ketika sebagian nasabah merasa “ditinggalkan” saat menghadapi penolakan klaim atau keterlambatan pembayaran manfaat. Mereka merasa tertipu karena menganggap produk asuransi tersebut dijamin oleh bank. Apalagi, bank menerima *fee-based income* dari kerjasamanya ini, yang memperkuat asumsi publik bahwa bank turut bertanggung jawab. Kasus seperti Jiwasraya dan beberapa produk unit link yang dipasarkan lewat bank memperlihatkan bahwa pemahaman publik masih jauh dari ideal.

Oleh karena itu, bab ini disusun untuk menjawab kebutuhan mendesak akan edukasi yang utuh dan mendalam tentang praktik *bancassurance*. Tujuannya adalah agar masyarakat, regulator, dan pelaku industri memahami peran, batasan, dan risiko dari *bancassurance* secara transparan. Literasi ini sangat penting agar konsumen dapat mengambil keputusan yang tepat, menyadari hak dan kewajibannya, serta tidak keliru menuntut pihak yang tidak bertanggung jawab secara hukum.

Pemahaman yang baik tentang *bancassurance* akan membantu kita membedakan antara kenyamanan akses dan perlindungan yang sesungguhnya. Sebab, membeli produk asuransi di kantor bank bukan berarti proteksi tersebut dijamin oleh bank. Dengan membekali diri dengan pengetahuan yang cukup, kita dapat menjadi konsumen yang cerdas dan kritis dalam memilih perlindungan finansial yang aman dan sesuai kebutuhan.

A. Pengertian Bancassurance secara Umum dan Menurut Regulasi OJK

Secara umum, *bancassurance* adalah model distribusi produk asuransi melalui jaringan dan fasilitas bank. Dalam pengertian sederhana, ini adalah bentuk kerja sama antara perusahaan asuransi dan lembaga perbankan, di mana bank menyediakan ruang dan tenaga pemasar untuk menawarkan produk-produk asuransi kepada nasabahnya. Model ini dianggap efisien karena memanfaatkan jaringan luas bank dan kepercayaan nasabah terhadap institusi perbankan.

Bancassurance bukan entitas baru dalam ekosistem keuangan, tetapi sering disalahpahami oleh masyarakat. Banyak yang mengira bahwa produk yang mereka beli adalah produk milik

bank, padahal bank hanya berfungsi sebagai jalur pemasaran. Risiko asuransi tetap berada pada perusahaan asuransi yang menerbitkan polis.

Menurut OJK, *bancassurance* diatur melalui berbagai regulasi, termasuk:

- POJK No. 73/POJK.05/2016 dan diperbaharui dengan POJK No. 43/POJK.05/2019 tentang Tata Kelola Perusahaan yang Baik bagi Perusahaan Asuransi
- SEOJK No. 32/SEOJK.05/2016 dan diperbaharui dengan SEOJK No. 5/SEOJK.05.2022 tentang Saluran Pemasaran Produk Asuransi yang Dikaitkan dengan Investasi (PAYDI), termasuk *bancassurance*
- POJK No. 69/POJK.05/2016 dan diperbarui dengan POJK No. 36 tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Asuransi, yang mengatur cara pemasaran dan perlindungan konsumen

Dalam regulasi OJK, secara tidak langsung *bancassurance* disebut sebagai bentuk kerja sama saluran distribusi antara perusahaan asuransi dengan pihak ketiga (dalam hal ini bank), yang wajib mematuhi prinsip transparansi, kesesuaian produk dengan kebutuhan nasabah, serta perlindungan konsumen.

OJK juga menekankan pentingnya pelatihan tenaga pemasar *bancassurance*, penyampaian informasi yang akurat kepada calon pemegang polis, serta dokumentasi penjualan yang rapi. Ini untuk mencegah kesalahpahaman, *mis-selling*, atau penyesatan informasi.

1. Tidak Ada Definisi Eksplisit, tetapi Ada Ketentuan Tertulis

Istilah *bancassurance* tidak selalu disebut secara eksplisit dalam regulasi Otoritas Jasa Keuangan (OJK),

tetapi praktik ini diakomodasi melalui aturan tentang kerja sama antara perusahaan asuransi dan pihak lain dalam memasarkan produk asuransi. Dalam konteks hukum Indonesia, *bancassurance* dikategorikan sebagai saluran pemasaran melalui pihak lain (distribution channel), yakni bank sebagai mitra distribusi.

2. POJK No. 69/POJK.05/2016 dan diperbaharui dengan POJK No. 36 tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Asuransi dan Reasuransi

Pasal 16 dan 17 dalam POJK ini mengatur bahwa:

- Perusahaan asuransi dapat bekerja sama dengan pihak lain untuk mendistribusikan produk asuransi, dengan tetap mempertahankan tanggung jawab perusahaan asuransi atas seluruh layanan, pengelolaan polis, dan pembayaran klaim.
- Dalam kerja sama distribusi, perusahaan asuransi wajib menjaga perlindungan konsumen, termasuk keterbukaan informasi dan kesesuaian produk dengan profil dan kebutuhan nasabah.

Maka, meskipun dijual oleh bank, produk asuransi tetap menjadi tanggung jawab penuh perusahaan asuransi, bukan pihak bank.

3. SEOJK No. 32/SEOJK.05/2016 dan diperbaharui dengan SEOJK No. 5/ SEOJK.05/2022 tentang Saluran Pemasaran PAYDI (Produk Asuransi yang Dikaitkan dengan Investasi)

Surat Edaran ini mengatur ketat bagaimana produk asuransi yang berunsur investasi seperti unit link dipasarkan, termasuk oleh tenaga pemasar di bank. Ketentuannya antara lain:

- Setiap pemasar harus tersertifikasi dan memahami produk.
- Wajib dilakukan pendalaman kebutuhan nasabah (*need analysis*) dan penilaian kecocokan produk (*suitability test*).
- Penawaran harus disertai dengan dokumen *fact sheet*, ilustrasi manfaat, dan pengungkapan risiko investasi secara transparan.

SEOJK ini penting karena hampir semua produk yang dijual melalui *bancassurance* adalah PAYDI (unit link).

4. POJK No. 8/POJK.05/2023 dan SEOJK No. 5/SEOJK.05/2022 sebagai Aturan Baru

POJK 8/2024 merupakan pembaruan menyeluruh dari praktik pemasaran asuransi, termasuk *bancassurance*. Beberapa poin penting:

- *Bancassurance* diakui sebagai jalur distribusi tidak langsung (*indirect marketing*).
- Bank harus memastikan bahwa proses pemasaran mematuhi prinsip transparansi, perlindungan konsumen, dan edukasi.
- Produk yang dapat dipasarkan melalui bank harus telah mendapatkan persetujuan OJK, termasuk desain dan metode pemasarannya.
- Khusus untuk PAYDI, pemasaran melalui bank dibatasi dengan syarat kelengkapan dokumentasi dan adanya pengawasan langsung dari perusahaan asuransi.

5. Produk yang Boleh Dijual Melalui *Bancassurance*

OJK membatasi jenis produk asuransi yang boleh dipasarkan melalui bank, antara lain:

1. Produk Asuransi Jiwa Tradisional, seperti *term life* dan *whole life*.
2. Produk PAYDI (unit link), dengan syarat ketat dari sisi penjelasan manfaat, risiko, dan struktur biaya.
3. Produk Asuransi Kredit, sebagai bagian dari fasilitas pinjaman nasabah bank.
4. Produk Asuransi Mikro, dalam kerja sama tertentu yang berbasis komunitas.
5. Asuransi Kesehatan Pelengkap, bukan BPJS, yang bisa dijual sebagai bagian dari benefit *bank priority*.

Namun, produk asuransi yang bersifat kompleks, spekulatif, atau tidak sesuai profil risiko nasabah dilarang dipasarkan melalui jalur *bancassurance*, sebagaimana ditekankan dalam POJK dan SE OJK terbaru.

Dengan demikian, pengertian *bancassurance* menurut regulator bukan hanya soal kerja sama bank dan asuransi, tetapi merupakan skema distribusi produk asuransi yang harus diawasi ketat demi perlindungan konsumen. Bank hanyalah perantara, dan tidak memiliki tanggung jawab atas risiko polis atau klaim.

B. Skema Kerja Sama dalam *Bancassurance*: Referensi, *Co-branding*, dan *Joint Venture*

Dalam praktik *bancassurance*, terdapat beberapa bentuk atau skema kerja sama antara perusahaan asuransi dan bank. Masing-masing skema ini memiliki tingkat keterlibatan dan risiko hukum yang berbeda. Regulasi OJK memberikan ruang bagi bank dan asuransi untuk memilih bentuk kerja sama yang paling sesuai, selama tetap menjamin prinsip transparansi, perlindungan konsumen, dan kejelasan peran masing-masing pihak.

1. Skema Referensi (*Referral Model*)

Pada skema ini, peran bank sangat terbatas. Bank hanya bertindak sebagai pemberi referensi, yaitu memberikan data nasabah yang bersedia dihubungi oleh tenaga pemasar asuransi. Selanjutnya, seluruh proses penjualan dan administrasi dilakukan oleh perusahaan asuransi, termasuk analisa kebutuhan, penandatanganan dokumen, serta pelayanan klaim.

Karakteristik:

- Risiko hukum bank relatif kecil.
- Bank menerima *referral fee* (biaya referensi).
- Cocok digunakan pada model kemitraan yang masih awal atau untuk produk asuransi yang sangat spesifik.

Skema ini dianggap sebagai bentuk kerja sama paling konservatif dan aman dari segi hukum, karena bank tidak terlibat langsung dalam penjualan.

2. Skema Co-Branding

Dalam model ini, bank dan perusahaan asuransi bersama-sama mengembangkan dan memasarkan produk asuransi dengan identitas gabungan. Nama produk mencerminkan kedua institusi, misalnya: “Proteksi Aman Plus dari Bank XYZ dan ABC *Life Insurance*”.

Karakteristik:

- Bank menyediakan ruang promosi, data nasabah, dan kadang tenaga pemasar.
- Perusahaan asuransi tetap menjadi pihak yang menerbitkan polis dan memproses klaim.
- Biasanya dilengkapi dengan pelatihan staf bank untuk menjelaskan produk.

Tantangan utama pada skema ini adalah risiko persepsi konsumen, yang menganggap bahwa produk tersebut adalah produk milik bank. Oleh karena itu, diperlukan pengungkapan yang jelas dalam semua dokumen dan interaksi dengan nasabah bahwa tanggung jawab tetap ada pada perusahaan asuransi.

3. Skema *Joint Venture*

Ini adalah bentuk kerja sama paling erat, di mana bank dan perusahaan asuransi mendirikan perusahaan patungan (*joint venture*) untuk memasarkan produk asuransi. Model ini umum ditemukan di beberapa negara seperti Tiongkok dan India, dan juga pernah terjadi di Indonesia, seperti antara CIMB Niaga dan Sun Life.

Karakteristik:

- Bank biasanya memiliki saham dalam perusahaan asuransi tersebut.
- Produk yang dijual eksklusif bagi nasabah bank tersebut.
- Hubungan jangka panjang dan membutuhkan investasi modal.

Skema ini dapat memberikan keuntungan strategis besar bagi kedua belah pihak, tetapi juga mengandung risiko reputasi yang tinggi. Jika perusahaan asuransi patungan tersebut gagal bayar atau menghadapi krisis, maka reputasi bank akan ikut terdampak, bahkan secara hukum bisa dimintakan klarifikasi oleh otoritas.

Masing-masing skema ini diatur dan diawasi oleh OJK dalam rangka memastikan bahwa masyarakat memperoleh perlindungan hukum dan informasi yang transparan. Semua bentuk kerja sama ini harus didasarkan pada perjanjian

tertulis, termasuk tata kelola informasi, pembagian tugas, dan skema pembagian imbal hasil (*fee sharing*).

C. Peran Masing-Masing Pihak dalam Skema *Bancassurance*

Dalam sistem *bancassurance*, keberhasilan dan integritas layanan ditentukan oleh sejauh mana masing-masing pihak: bank, perusahaan asuransi, dan nasabah, memahami serta menjalankan perannya dengan jelas dan bertanggung jawab. Meskipun terlihat sederhana di permukaan, setiap pihak memiliki posisi hukum dan fungsional yang berbeda.

1. Peran Bank

Bank bertindak sebagai jalur distribusi atau mitra pemasaran produk asuransi. Peran ini dapat berbeda tergantung pada skema kerja sama yang dipilih (*referensi*, *co-branding*, atau *joint venture*). Namun secara umum, tanggung jawab bank terbatas pada aspek berikut:

- Menyediakan akses ke jaringan distribusi, seperti kantor cabang, sistem *online banking*, dan tenaga *frontliners*.
- Memberikan referensi atau menjembatani interaksi awal antara nasabah dan tenaga pemasaran asuransi.
- Menerima fee pemasaran (*fee-based income*) atas kerja sama yang terjalin, sesuai perjanjian.
- Menjalankan pelatihan kepada staf bank, jika mereka terlibat dalam penawaran produk asuransi, sesuai ketentuan OJK.
- Memastikan pengungkapan informasi yang jelas dan tidak menyesatkan, khususnya bahwa produk asuransi bukan produk bank dan bukan merupakan tanggungan bank.

Bank tidak bertanggung jawab atas risiko asuransi, klaim, maupun kegagalan bayar manfaat. Namun demikian, reputasi bank bisa terdampak jika proses penjualan dilakukan secara tidak etis atau jika terjadi penolakan klaim yang menyakitkan hati nasabah.

2. Peran Perusahaan Asuransi

Perusahaan asuransi adalah penerbit polis, penanggung risiko, dan penyedia manfaat asuransi. Dalam kerangka *bancassurance*, mereka memiliki tanggung jawab penuh atas:

- Desain produk, termasuk manfaat, premi, pengecualian, dan struktur biaya.
- Evaluasi kecocokan produk dengan nasabah, melalui analisis kebutuhan (*need analysis*) dan asesmen profil risiko.
- Pelatihan dan pengawasan tenaga pemasar, baik dari internal asuransi maupun dari bank.
- Proses administrasi polis, termasuk penerbitan, pengelolaan, hingga pembatalan polis.
- Pemrosesan dan pembayaran klaim, sesuai dengan ketentuan polis dan peraturan perundangan yang berlaku.

Perusahaan asuransi wajib memastikan bahwa seluruh produk yang dipasarkan melalui bank telah memenuhi syarat perizinan dari OJK, dan tidak boleh menyerahkan tanggung jawab klaim kepada bank dalam bentuk apa pun.

3. Peran Nasabah

Nasabah memegang peran penting sebagai penerima manfaat sekaligus pihak yang wajib memahami hak dan kewajibannya sebelum membeli produk asuransi melalui

bank. Kewajiban dan hak nasabah meliputi:

- Membaca dan memahami informasi produk, termasuk manfaat, risiko, biaya, dan syarat pengajuan klaim.
- Mengisi dan menandatangani dokumen aplikasi dengan itikad baik, termasuk pengungkapan informasi yang benar dan lengkap.
- Menanyakan penjelasan secara aktif jika ada bagian dari produk yang belum dimengerti.
- Menjaga dokumen polis dan bukti pembayaran premi sebagai dasar pengajuan klaim di kemudian hari.
- Mengajukan keluhan atau permohonan penyelesaian sengketa apabila terjadi ketidakjelasan dalam pelayanan atau penolakan klaim.

Sayangnya, dalam praktiknya masih banyak nasabah yang membeli produk *bancassurance* karena percaya sepenuhnya pada bank dan tidak menyadari bahwa asuransi bukan produk bank. Hal ini memperbesar potensi *mis-selling* jika edukasi tidak dijalankan secara memadai oleh bank dan asuransi.

D. Alur Pemasaran Produk *Bancassurance*

Pemasaran produk asuransi melalui jalur *bancassurance* tampak sederhana di mata nasabah, namun di balik layar terdapat alur kerja sistematis yang melibatkan banyak tahapan, mulai dari identifikasi calon nasabah hingga penerbitan polis. Alur ini harus dilakukan dengan prinsip transparansi, kecocokan produk, dan perlindungan konsumen, sebagaimana diamanatkan oleh regulasi OJK.

Berikut adalah tahapan umum dalam alur pemasaran *bancassurance*:

Tahap 1: Identifikasi dan Segmentasi Nasabah

- Bank atau perusahaan asuransi melakukan analisis data nasabah (dengan izin dan sesuai ketentuan perlindungan data pribadi).
- Nasabah yang masuk kategori tertentu (misalnya nasabah prioritas, nasabah KPR, atau nasabah dengan saldo tinggi) diidentifikasi sebagai target potensial.

Tahap 2: Penawaran Awal

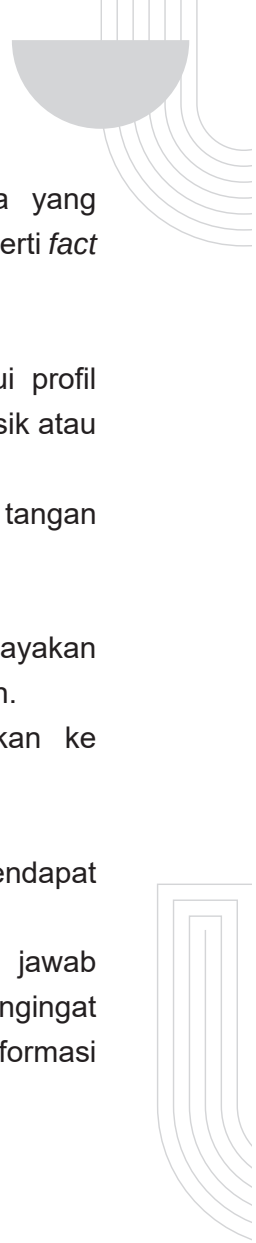
- Penawaran dapat dilakukan oleh petugas bank (yang telah mengikuti pelatihan) atau tenaga pemasar asuransi yang ditempatkan di cabang bank.
- Penawaran dilakukan secara langsung (tatap muka), melalui telepon, atau media *digital bank* (misalnya aplikasi *mobile banking*).
- Nasabah diberikan *product summary* dan *sales illustration* secara ringkas.

Tahap 3: Analisis Kebutuhan dan Profil Risiko

- Petugas melakukan *need analysis* untuk memahami kebutuhan proteksi, jangka waktu, dan anggaran nasabah.
- Dilanjutkan dengan *risk profiling* dan *suitability assessment*, khususnya untuk produk PAYDI/unit link.
- Tahapan ini sangat penting untuk menghindari *mis-selling*.

Tahap 4: Penjelasan Produk dan Pengungkapan Risiko

- Nasabah diberikan informasi rinci tentang manfaat, biaya, risiko investasi (jika ada), masa tunggu, dan ketentuan klaim.



- Penjelasan harus dilakukan dengan bahasa yang sederhana dan disertai dokumentasi tertulis seperti *fact sheet*, ringkasan polis, dan simulasi manfaat.

Tahap 5: Pengisian dan Penandatanganan Aplikasi

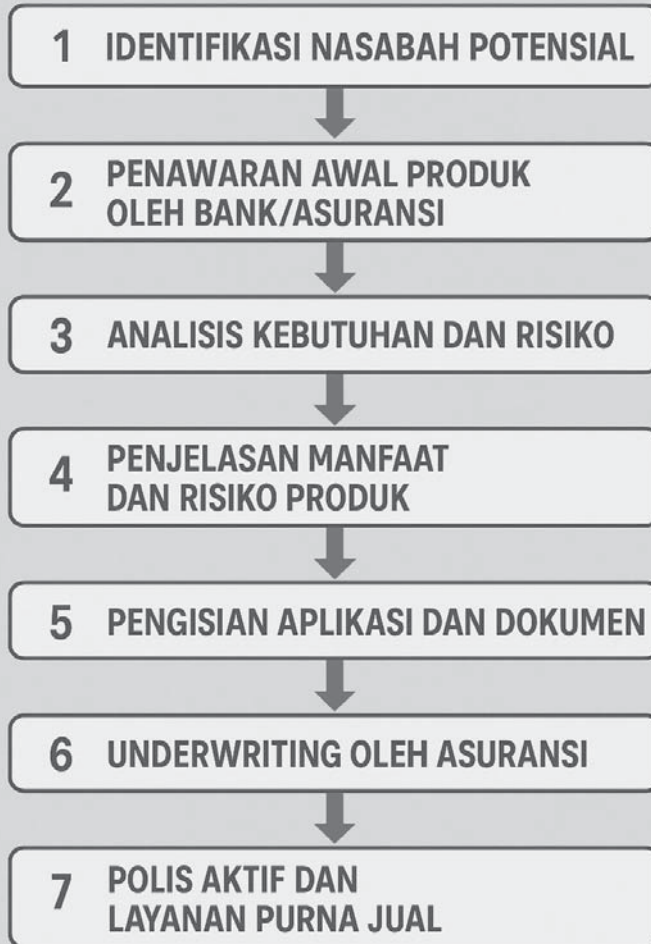
- Nasabah mengisi formulir aplikasi, menyetujui profil risiko, dan menandatangani dokumen secara fisik atau digital.
- Dokumen yang diperlukan: KTP, NPWP, tanda tangan basah/digital, dan bukti transfer premi pertama.

Tahap 6: Proses *Underwriting*

- Perusahaan asuransi melakukan evaluasi kelayakan risiko berdasarkan data yang diberikan nasabah.
- Bila disetujui, polis diterbitkan dan dikirimkan ke nasabah secara fisik atau digital.

Tahap 7: Aktivasi dan Layanan Purna Jual

- Polis dinyatakan aktif dan nasabah mulai mendapat manfaat perlindungan.
- Bank dan perusahaan asuransi bertanggung jawab atas layanan pasca-penjualan, termasuk pengingat jatuh tempo premi, perubahan data, dan informasi manfaat.

Deskripsi Infografis: Alur *Bancassurance***ALIRAN BANCASSURANCE**

AFP/2025

E. Contoh Ilustratif Praktik *Bancassurance* di Indonesia

Untuk memudahkan pemahaman tentang praktik *bancassurance*, berikut ini dua ilustrasi nyata yang mencerminkan situasi di lapangan: ilustrasi positif (praktik ideal) dan ilustrasi yang menimbulkan masalah, agar masyarakat dapat belajar membedakan mana praktik yang sehat dan mana yang perlu diwaspadai.

1. Ilustrasi Praktik *Bancassurance* yang Ideal: Kerja Sama antara Bank XYZ dan PT ABC Life

Bank XYZ menjalin kerja sama *co-branding* dengan perusahaan asuransi PT ABC Life. Mereka merancang produk asuransi jiwa murni dengan nama “Proteksi Berkah” yang ditujukan bagi nasabah tabungan premium.

Langkah-langkah yang dilakukan:

- Bank XYZ dan ABC Life menyusun brosur dan materi promosi bersama, mencantumkan secara jelas bahwa produk diterbitkan oleh PT ABC Life, bukan produk bank.
- Petugas bank yang ditugaskan untuk memberikan penjelasan telah mengikuti pelatihan intensif dan tersertifikasi oleh OJK.
- Sebelum membeli, nasabah wajib melalui proses analisis kebutuhan dan asesmen risiko, di mana mereka mengetahui bahwa proteksi ini hanya memberikan manfaat meninggal dunia, tanpa unsur investasi.
- Setelah penjelasan, nasabah menandatangani surat pernyataan memahami produk dan menerima salinan ringkasan polis, termasuk tabel manfaat, masa tunggu, dan pengecualian.

Hasil:

- Tidak ada keluhan berarti sejak kerjasama dimulai. Produk ini mendapat rating kepuasan nasabah tinggi karena kesesuaian produk dan pelayanan yang proaktif.
- Bank mendapatkan pendapatan *fee-based income* yang signifikan, namun tetap menjaga integritas reputasi karena penjualan dilakukan secara etis dan transparan.

2. Ilustrasi Praktik *Bancassurance* Bermasalah: Penjualan Unit Link oleh Tenaga Bank tanpa Penjelasan Cukup

Seorang nasabah bank DEF bernama Budi, usia 55 tahun, ditawarkan produk unit link saat membuka deposito. Petugas menyatakan bahwa produk ini “seperti tabungan, tapi dapat hasil lebih tinggi” dan “dapat ditarik kapan saja”. Tanpa penjelasan lebih lanjut, Budi menandatangani dokumen karena percaya pada bank.

Masalah yang muncul:

- Produk yang dijual adalah unit link dengan biaya akuisisi tinggi di tahun pertama, dan investasi di reksadana saham berisiko tinggi.
- Tidak ada asesmen risiko atau penjelasan lisan bahwa ada potensi rugi dari nilai investasi.
- Setelah 2 tahun, nilai unit menurun dan Budi ingin mencairkan dana, tetapi nilai tunainya jauh di bawah premi yang telah dibayar.
- Budi kecewa dan mengadukan bank, merasa ditipu, padahal bank bukan penanggung polis.

Dampak:

- Reputasi bank DEF menurun karena dianggap menjebak nasabah.
- Perusahaan asuransi terkena sorotan media, dan OJK turun tangan melakukan audit penjualan *bancassurance* di bank tersebut.

Catatan Edukasi:

Contoh di atas menekankan pentingnya:

1. Edukasi dan pelatihan petugas bank atau tenaga pemasar asuransi.
2. Kejelasan komunikasi bahwa bank hanya sebagai mitra distribusi, bukan penanggung risiko.
3. Penyesuaian produk dengan kebutuhan dan profil risiko nasabah, terutama untuk produk kompleks seperti unit link.

F. Regulasi yang Mengatur *Bancassurance* di Indonesia

Praktik *bancassurance* di Indonesia tidak berdiri di ruang hampa. Ia berada dalam pengawasan ketat Otoritas Jasa Keuangan (OJK) untuk memastikan bahwa kolaborasi antara bank dan perusahaan asuransi tidak menimbulkan risiko sistemik, potensi *mis-selling*, maupun kerugian konsumen. OJK telah menerbitkan beberapa regulasi dan surat edaran yang menjadi dasar hukum sekaligus pedoman teknis pemasaran produk asuransi melalui jalur bank.

Berikut adalah regulasi utama yang mengatur praktik *bancassurance*:

1. POJK No. 69/POJK.05/2016 dan diperbarui dengan POJK 36 tahun 2024

Tentang Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Asuransi dan Reasuransi

- Mengatur bahwa perusahaan asuransi boleh menggunakan pihak ketiga (dalam hal ini bank) untuk memasarkan produk.
- Menekankan bahwa tanggung jawab atas produk asuransi tetap sepenuhnya berada di perusahaan asuransi.
- Mengatur kewajiban tata kelola kerja sama yang transparan dan berdasarkan perjanjian tertulis, termasuk pengawasan terhadap tenaga pemasar.

2. POJK No. 8/POJK.05/2024

Tentang Produk Asuransi dan Saluran Pemasaran Produk Asuransi

- Mengganti dan menyempurnakan POJK sebelumnya tentang Produk Asuransi dan Saluran Pemasaran Produk Asuransi.
- *Bancassurance* diakui sebagai saluran distribusi yang boleh digunakan untuk memasarkan PAYDI, namun dengan persyaratan ketat, seperti:
 - o Adanya asesmen kecocokan produk (*suitability test*),
 - o Penjelasan risiko dan biaya yang transparan,
 - o Sertifikasi tenaga pemasar.

- Mengatur bahwa perusahaan asuransi harus melakukan pengawasan langsung terhadap jalur distribusi *bancassurance*.

3. SEOJK No. 5/SEOJK.05/2022

Tentang Produk Asuransi yang Dikaitkan dengan Investasi

- Mengatur teknis pemasaran PAYDI, termasuk konten brosur, *sales illustration*, dan kewajiban pengungkapan risiko investasi secara lengkap.
- Mengharuskan adanya *recorded explanation* (penjelasan lisan yang direkam) untuk produk yang kompleks jika dipasarkan melalui bank.

4. SE OJK No. 31/SEOJK.05/2022

Tentang Saluran Pemasaran Produk Asuransi melalui kerja sama dengan Bank (*Bancassurance*)

- Mengatur prinsip-prinsip pemasaran melalui pihak bank.
- Menyebut bahwa pihak ketiga tidak boleh memberi kesan bahwa produk asuransi adalah produk bank.
- Wajib ada kontrak kerja sama yang mengatur hak, kewajiban, *fee-based income*, dan mekanisme pelaporan.

5. POJK Perbankan

Meski fokus utama pengaturan ada pada sektor asuransi, regulasi perbankan juga relevan, antara lain:

- POJK No. 6/POJK.03/2016 dan diperbaharui dengan POJK 12/POJK.03/2021 tentang Kegiatan Usaha dan Jasa Perbankan, yang mengatur bahwa bank dapat bekerja sama dalam memasarkan produk keuangan non-bank, selama tidak memberikan jaminan atas produk tersebut.

- Bank juga diwajibkan untuk memastikan perlindungan konsumen dan manajemen risiko operasional, khususnya dalam kerja sama penjualan produk non-perbankan.

Kesimpulan

Regulasi-regulasi tersebut memperjelas bahwa *bancassurance* adalah kolaborasi legal yang diizinkan oleh OJK, namun harus:

1. Mengutamakan perlindungan konsumen,
2. Dilaksanakan secara transparan dan profesional,
3. Menghindari kesan bahwa bank bertanggung jawab atas risiko asuransi, dan
4. Membatasi produk-produk kompleks hanya kepada nasabah yang telah diprofilkan secara cermat.

Masyarakat perlu terus diedukasi bahwa walau produk ditawarkan di kantor bank, tanggung jawab atas polis, manfaat, dan klaim tetap berada di pihak perusahaan asuransi.

16.2. Sejarah *Bancassurance*

A. Asal-Usul Konsep *Bancassurance* di Eropa (Prancis, Inggris)

Konsep *bancassurance* pertama kali muncul di Prancis pada tahun 1970-an, sebagai respons atas kebutuhan efisiensi distribusi produk asuransi dan perkembangan sistem keuangan yang semakin terintegrasi. Di negara tersebut, bank mulai menjual produk-produk asuransi jiwa kepada nasabah mereka, memanfaatkan kepercayaan dan loyalitas yang telah terbentuk melalui hubungan perbankan.

Istilah “*bancassurance*” sendiri berasal dari dua kata dalam bahasa Prancis: *banque* (bank) dan *assurance* (asuransi), yang kemudian diadopsi secara luas dalam literatur keuangan global. Keberhasilan awal *bancassurance* di Prancis didorong oleh dua faktor utama:

- Konsolidasi sektor keuangan, yang memungkinkan bank mengembangkan anak usaha di bidang asuransi.
- Rendahnya penetrasi asuransi jiwa saat itu, sehingga bank melihat peluang pasar untuk memasarkan proteksi ke nasabah eksisting.

Model ini kemudian diadopsi oleh negara-negara Eropa lainnya seperti Spanyol, Italia, dan Inggris, meskipun dengan penyesuaian sistem hukum dan pasar lokal. Di Inggris, praktik ini mendapat momentum besar setelah deregulasi sektor keuangan (*Financial Services Act 1986*) memungkinkan institusi keuangan untuk melakukan diversifikasi usaha.

Bank di Eropa umumnya menjalin kemitraan eksklusif jangka panjang dengan perusahaan asuransi besar, atau bahkan mendirikan perusahaan asuransi sendiri sebagai anak usaha. Contoh sukses di antaranya adalah:

- BNP Paribas Cardif (anak usaha BNP Paribas Group),
- ING *Insurance* di Belanda,
- Santander *Insurance* di Spanyol.

Keunggulan *bancassurance* di Eropa terletak pada efisiensi biaya akuisisi, kecepatan distribusi, dan basis data nasabah yang solid. Ini menjadikan *bancassurance* sebagai *strategic channel* yang penting dan mendominasi penjualan asuransi jiwa di benua Eropa hingga hari ini.

Referensi Sejarah Bancassurance

1. Skipper, Harold D. (2000). *International Risk and Insurance: An Environmental–Managerial Approach*. Irwin/McGraw-Hill.

Buku ini mencatat bahwa praktik *bancassurance* pertama kali muncul di Prancis pada awal 1970-an dan dengan cepat menyebar ke negara-negara Eropa lainnya. Skipper menyebutkan *bancassurance* sebagai bagian dari evolusi distribusi asuransi yang mengandalkan saluran non-tradisional.

2. Outreville, J. François (1998). *Theory and Practice of Insurance*. Springer.

Dalam pembahasannya tentang jalur distribusi, Outreville menyebutkan bahwa *bancassurance* berkembang pesat di negara-negara Eropa Kontinental karena adanya kerangka regulasi yang mendukung integrasi antara sektor perbankan dan asuransi.

3. Swiss Re Sigma Report (2007). “*Bancassurance – emerging trends, opportunities and challenges*.”

Laporan industri yang banyak dikutip ini menekankan bahwa *bancassurance* menjadi model distribusi dominan di Eropa, dengan Prancis dan Spanyol sebagai pelopor. Swiss Re juga mencatat bahwa di negara-negara ini, lebih dari 60% produk asuransi jiwa dijual melalui saluran bank.

4. *European Insurance and Occupational Pensions Authority (EIOPA), Market Developments Report (2014)*.

EIOPA mencatat pertumbuhan *bancassurance* sebagai kanal distribusi terbesar untuk produk asuransi jiwa di Eropa, khususnya di Prancis, Italia, dan Spanyol. Laporan ini juga membahas bagaimana deregulasi dan liberalisasi sektor

keuangan di Inggris mendukung adopsi *bancassurance* pasca 1986.

5. OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) (2002). *Insurance and Private Pensions Compendium for Emerging Economies. Module 3: Insurance Intermediaries.*

Dalam laporan ini, disebutkan bahwa *bancassurance* berperan besar dalam meningkatkan inklusi asuransi, terutama di negara-negara dengan tingkat penetrasi asuransi rendah namun sistem perbankan yang kuat.

Menurut Skipper (2000), *bancassurance* pertama kali dipraktikkan secara formal di Prancis pada awal 1970-an sebagai upaya efisiensi distribusi dan penetrasi pasar asuransi jiwa yang masih rendah.

B. Perkembangan *Bancassurance* di Asia dan Amerika

Setelah sukses berkembang di Eropa, konsep *bancassurance* mulai merambah kawasan Asia dan Amerika pada dekade 1990-an dan 2000-an. Di banyak negara Asia, *bancassurance* menjadi solusi efisien untuk mengakselerasi penetrasi asuransi jiwa dan kesehatan, sementara di Amerika, pendekatan ini diadopsi secara lebih hati-hati karena kendala regulasi dan budaya distribusi asuransi yang berbeda.

1. Asia: Pertumbuhan Pesat dan Dukungan Regulasi

Di kawasan Asia, *bancassurance* mulai tumbuh di negara-negara dengan sistem perbankan yang kuat dan populasi besar yang belum tersentuh asuransi secara luas. Negara-negara seperti India, Tiongkok, Singapura, Korea Selatan, dan Indonesia menunjukkan peningkatan signifikan dalam porsi premi yang berasal dari jalur distribusi bank.

Faktor pendorong utama di Asia:

- Bank memiliki basis nasabah besar dan jaringan luas, terutama di daerah urban dan semi-urban.
- Rendahnya literasi asuransi mendorong masyarakat lebih percaya membeli dari bank dibanding agen asuransi konvensional.
- Dukungan dari regulator yang memperbolehkan dan mengatur kerja sama bank dan asuransi dalam kerangka distribusi.
- Kolaborasi strategis antara bank lokal dan perusahaan asuransi asing (misalnya kerja sama antara Standard Chartered dan Prudential di berbagai negara Asia).

Contoh praktik sukses:

- Di India, regulasi *Insurance Regulatory and Development Authority of India* (IRDAI) memperbolehkan bank menjadi *corporate agent* dari beberapa perusahaan asuransi sekaligus. Ini memperluas pilihan nasabah dan mendorong kompetisi sehat antar mitra.
- Di Tiongkok, perusahaan seperti ICBC-AXA dan Bank of China Life menjadi pionir *bancassurance* dengan model *joint venture* eksklusif yang menjangkau jutaan nasabah.
- Di Singapura, *Monetary Authority of Singapore* (MAS) mensyaratkan pelatihan khusus dan sertifikasi bagi tenaga pemasar di bank yang menjual produk asuransi, sehingga menjaga integritas dan kepercayaan publik.

Menurut data dari Swiss Re Sigma (2020), lebih dari 50% premi asuransi jiwa di beberapa negara Asia kini berasal dari jalur *bancassurance*.

2. Amerika: Pendekatan Hati-Hati dan Terganjil Regulasi

Di Amerika Serikat, *bancassurance* mengalami perkembangan yang lebih lambat dibanding Eropa dan Asia. Hal ini disebabkan oleh:

- Regulasi perbankan dan asuransi yang sangat ketat dan terpisah (berdasarkan sistem hukum federal dan negara bagian).
- Adanya prinsip pemisahan antara bank dan lembaga keuangan non-bank berdasarkan *Glass-Steagall Act* (meskipun kemudian dilonggarkan melalui Gramm-Leach-Bliley Act 1999).
- Dominasi agen dan broker asuransi independen dalam sistem distribusi tradisional di AS.

Namun, sejak pelonggaran regulasi tersebut, sejumlah bank besar seperti Citibank, Wells Fargo, dan Bank of America mulai memasarkan produk asuransi, meskipun porsi kontribusinya terhadap total premi nasional tetap kecil dibandingkan jalur tradisional.

Di kawasan Amerika Latin, terutama di Brasil dan Meksiko, *bancassurance* tumbuh lebih cepat seiring deregulasi dan peningkatan kerja sama antara bank nasional dengan perusahaan asuransi global. Di Brasil, model *bancassurance* menyumbang sekitar 35–40% dari total penjualan produk asuransi jiwa (data Swiss Re, 2021).

Kesimpulan

Perkembangan *bancassurance* sangat dipengaruhi oleh struktur regulasi, kekuatan sistem perbankan, dan kepercayaan publik terhadap institusi keuangan. Asia menunjukkan tren pertumbuhan tercepat dengan dukungan digitalisasi dan inklusi keuangan, sedangkan Amerika masih mempertahankan

dominasi agen tradisional meski perlahan membuka ruang bagi kolaborasi.

C. Awal Mula dan Evolusi *Bancassurance* di Indonesia

Praktik *bancassurance* di Indonesia mulai berkembang pada awal tahun 2000-an, ditandai dengan meningkatnya kerja sama antara perusahaan asuransi jiwa dan bank-bank komersial. Kemunculan *bancassurance* bukanlah kebetulan, melainkan bagian dari strategi industri keuangan yang ingin mengintegrasikan distribusi produk keuangan secara lebih efisien dan menjangkau masyarakat yang belum terlayani (*underinsured population*).

1. Periode Inisiasi (2000–2005): Pengenalan dan Kerja Sama Awal

Pada awal 2000-an, sejumlah perusahaan asuransi mulai menjalin kemitraan dengan bank swasta nasional dan asing untuk memasarkan produk asuransi jiwa melalui kantor cabang bank. Salah satu pionirnya adalah kerja sama antara:

- PT Prudential Life Assurance dan Standard Chartered Bank Indonesia,
- PT AIA Financial dan Citibank Indonesia.

Bank menyediakan jaringan dan basis data nasabah, sementara perusahaan asuransi menyediakan produk dan tenaga pemasar. Produk yang umum ditawarkan saat itu adalah asuransi jiwa berjangka (*term life*) dan asuransi jiwa dwiguna (*endowment*).

2. Periode Pertumbuhan Pesat (2006–2015): Dominasi Produk Unit Link

Seiring deregulasi dan pertumbuhan ekonomi, *bancassurance* berkembang pesat. Bank mulai menawarkan produk PAYDI (Produk Asuransi yang Dikaitkan dengan Investasi), khususnya unit link. Produk ini populer karena dianggap sebagai solusi proteksi sekaligus investasi.

Bank seperti Bank Mandiri, BCA, BNI, CIMB Niaga, HSBC, dan OCBC NISP menjalin kerja sama eksklusif jangka panjang dengan perusahaan asuransi seperti Manulife, Allianz, AXA Mandiri, Sun Life, dan BNI Life.

Namun, pertumbuhan ini juga memicu kekhawatiran:

- Banyak nasabah yang membeli produk tanpa pemahaman cukup tentang risiko investasi.
- Terjadi praktik *mis-selling* di mana produk disamakan dengan deposito atau tabungan.

3. Periode Evaluasi dan Regulasi Ketat (2016–2022)

OJK mulai memperketat pengawasan terhadap *bancassurance* karena meningkatnya keluhan dari masyarakat, khususnya atas produk unit link yang dipasarkan oleh petugas bank tanpa edukasi yang memadai.

Langkah yang dilakukan:

- SEOJK No. 32/SEOJK.05/2016: Mengatur teknis pemasaran PAYDI, termasuk asesmen risiko, keharusan pelatihan tenaga pemasar, dan transparansi biaya.
- POJK No. 69/POJK.05/2016: Menegaskan bahwa tanggung jawab penuh tetap berada di perusahaan asuransi.

OJK juga mengeluarkan sanksi administratif kepada beberapa perusahaan asuransi dan bank mitra atas pelanggaran prinsip fair marketing practice.

4. Periode Reformasi dan Standarisasi (2023–Sekarang)

Sejak 2023, OJK mulai menerapkan regulasi baru yang memperjelas batasan dan tanggung jawab dalam skema *bancassurance*. Beberapa langkah reformasi penting:

- POJK No. 8/POJK.05/2023 dan SEOJK No. 5/SEOJK.05/2022: Menetapkan syarat minimum untuk pemasaran PAYDI, termasuk:
 - *Recorded Explanation*,
 - *Product Summary*, dan
 - *Suitability Form*.
- OJK juga mewajibkan keterbukaan biaya dan risiko, serta menyediakan *cooling-off period* bagi nasabah yang berubah pikiran setelah membeli produk.

Kesimpulan:

Evolusi *bancassurance* di Indonesia mencerminkan dinamika antara inovasi dan perlindungan konsumen. Praktik ini berhasil memperluas akses asuransi, namun juga memunculkan tantangan serius yang mendorong regulator melakukan pengawasan lebih ketat demi memastikan nasabah tidak dirugikan akibat asimetri informasi dan praktik pemasaran yang tidak etis.

D. Perbedaan *Bancassurance* di Eropa dan Indonesia: Praktik dan Sanksi

Meskipun sama-sama mempraktikkan model *bancassurance*, terdapat perbedaan signifikan antara Eropa dan Indonesia, baik dalam pendekatan pemasaran, struktur hukum, perlindungan konsumen, maupun mekanisme penegakan sanksi. Perbedaan ini lahir dari kerangka regulasi, tingkat literasi keuangan, dan budaya perlindungan konsumen yang berbeda.

1. Praktik di Eropa: Terstandar dan Konsumen Lebih Dilindungi

Di negara-negara seperti Prancis, Jerman, dan Inggris, *bancassurance* telah menjadi kanal distribusi dominan yang diatur secara ketat oleh badan regulator seperti:

- *Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution* (ACPR) di Prancis,
- *Financial Conduct Authority* (FCA) di Inggris,
- *BaFin* (*Federal Financial Supervisory Authority*) di Jerman.

Beberapa praktik baik di Eropa:

- Konsumen wajib diberikan *Key Information Document* (KID) sebelum membeli produk, yang berisi penjelasan sederhana tentang manfaat, risiko, dan biaya.
- Larangan total terhadap *misleading sales tactics* dan *over-promising*, dengan pengawasan berkala terhadap petugas pemasaran.
- Penjual (bank atau tenaga asuransi) diwajibkan menjalin kontak lanjutan setelah pembelian, sebagai bagian dari layanan pasca-jual.
- Tingkat literasi keuangan lebih tinggi, sehingga konsumen lebih kritis dan aktif bertanya.

2. Praktik di Indonesia: Masih Menjadi Sumber Keluhan dan Ketimpangan Informasi

Di Indonesia, meski regulasi OJK telah berkembang signifikan, praktik di lapangan masih sering menghadapi masalah:

- Penawaran unit link melalui petugas bank yang belum tersertifikasi secara menyeluruh.
- Masih ditemukan narasi yang menyesatkan, seperti menyamakan produk asuransi dengan deposito atau tabungan berbunga tinggi.
- Edukasi kepada nasabah tidak dilakukan secara sistematis.
- Beberapa kasus menunjukkan bahwa penjelasan tidak dilakukan dengan tuntas, dan dokumen diberikan setelah polis terbit.

Contoh:

Laporan YLKI (2018) menyebutkan bahwa lebih dari 60% pengaduan tentang asuransi berasal dari produk *bancassurance*, terutama unit link, yang dibeli tanpa pemahaman risiko.

3. Perbedaan dalam Penegakan Sanksi

Aspek	Eropa	Indonesia
Otoritas Pengawas	FCA, ACPR, BaFin	OJK
Bentuk Sanksi	Denda besar, pencabutan lisensi, <i>public naming</i>	Peringatan tertulis, pembinaan, denda administratif
Perlindungan Konsumen	Sangat kuat, lembaga independen aktif	Masih terbatas, lembaga perlindungan masih reaktif
Edukasi Nasabah	Wajib, disertai materi standar Eropa	Tidak selalu dilakukan secara konsisten

Kesimpulan:

Perbedaan mendasar antara *bancassurance* di Eropa dan Indonesia terletak pada tingkat ketegasan regulator dan proteksi konsumen. Di Eropa, konsumen didorong menjadi pembeli yang rasional dan terlindungi, sementara di Indonesia, praktik *bancassurance* masih menyisakan celah *mis-selling* dan minim edukasi, meskipun regulasi semakin ketat. Hal ini menjadi pelajaran penting bagi Indonesia untuk memperkuat pengawasan dan mendesain ulang sistem perlindungan nasabah *bancassurance* secara lebih menyeluruh.

E. Perubahan Model Bisnis dan Pendekatan Pemasaran Seiring Waktu

Bancassurance bukan sekadar bentuk kerja sama statis antara bank dan perusahaan asuransi. Seiring waktu, model bisnis ini mengalami evolusi signifikan, mengikuti perkembangan teknologi, perubahan perilaku nasabah, serta penyesuaian terhadap tekanan regulasi. Dalam konteks Indonesia maupun global, terdapat tiga fase penting dalam perubahan pendekatan *bancassurance*: dari model transaksional, beralih ke model relasional, hingga kini berkembang menuju pendekatan digital dan terintegrasi.

1. Era Transaksional: Volume dan Komisi sebagai Tujuan Utama

Pada fase awal *bancassurance* (2000–2010 di Indonesia), pendekatan pemasaran cenderung berfokus pada volume penjualan. Bank mengarahkan *frontliners* atau *relationship managers* untuk menawarkan produk asuransi kepada nasabah yang dianggap potensial, dengan penekanan pada:

- Target premi sebagai ukuran kinerja,
- Komisi penjualan yang tinggi sebagai insentif,
- Penjelasan produk yang sering kali bersifat singkat dan tidak mendalam.

Model ini memang efektif dalam mencetak angka penjualan, tetapi memiliki kelemahan besar: tingginya risiko *mis-selling* karena produk dijual tanpa mempertimbangkan kecocokan dengan profil nasabah.

2. Era Relasional: Pendekatan Kebutuhan dan Loyalitas Nasabah

Memasuki dekade kedua (2011–2019), sebagian pelaku industri mulai beralih ke pendekatan relasional. *Bancassurance* tidak lagi dilihat hanya sebagai alat jual cepat, tetapi sebagai bagian dari strategi manajemen relasi nasabah (*customer relationship management*). Beberapa karakteristiknya antara lain:

- Pemetaan nasabah berdasarkan siklus hidup dan kebutuhan keuangan,
- Penawaran produk berdasarkan tahapan hidup (*life stage*) seperti: kelahiran anak, pembelian rumah, pensiun,
- Kolaborasi dalam pelatihan dan sertifikasi tenaga pemasar untuk menjamin penjelasan produk yang lebih etis.

Model ini memupuk loyalitas nasabah jangka panjang, meskipun memerlukan investasi pelatihan dan pengawasan lebih tinggi.

3. Era Digital dan *Hybrid*: Integrasi Data dan Teknologi

Sejak pandemi COVID-19 dan masuknya generasi *digital-savvy* ke dunia keuangan, *bancassurance* memasuki era baru yang mengedepankan teknologi dan *customer experience*. Perubahan paling mencolok dalam model bisnis ini mencakup:

- Integrasi data bank dan asuransi untuk membuat penawaran berbasis kecerdasan buatan (AI) dan data *analytics*.
- Kehadiran layanan *digital onboarding*, termasuk *e-policy*, tanda tangan digital, dan *video call* untuk penjelasan produk.
- Peluncuran *platform* digital *bancassurance* yang memungkinkan nasabah membeli, memantau, dan mengklaim produk asuransi secara mandiri.
- Penerapan robo-advisor dan chatbot dalam penjelasan awal produk.

Di Indonesia, perusahaan seperti Allianz, Prudential, AXA Mandiri, dan FWD mulai memanfaatkan teknologi ini, bekerja sama dengan bank seperti BCA, Mandiri, dan DBS.

Kesimpulan

Model *bancassurance* telah mengalami transformasi besar dari pendekatan berbasis volume ke pendekatan berbasis kebutuhan dan kini ke digitalisasi terintegrasi. Setiap fase membawa peluang sekaligus tantangan baru: dari risiko *mis-selling* di awal, kebutuhan edukasi nasabah di tahap menengah, hingga perlindungan data dan transparansi di era digital. Masa depan *bancassurance* sangat bergantung pada kemampuan industri untuk mengedepankan integritas, teknologi, dan edukasi konsumen secara berimbang.

F. Dampak Krisis Finansial Global terhadap *Bancassurance*

Krisis finansial global tahun 2008–2009 memberikan dampak yang besar dan luas terhadap industri jasa keuangan, termasuk sektor asuransi dan perbankan. *Bancassurance* sebagai jalur distribusi lintas sektor pun tidak luput dari pengaruhnya. Krisis ini menjadi momentum penting yang memaksa banyak pihak untuk mengevaluasi ulang model kerja sama bank dan perusahaan asuransi, khususnya dalam aspek ketahanan sistemik, kepercayaan nasabah, dan transparansi produk.

1. Menurunnya Kepercayaan terhadap Produk Keuangan Kompleks

Salah satu dampak paling signifikan dari krisis global adalah turunnya kepercayaan publik terhadap produk keuangan yang kompleks, termasuk produk asuransi yang dikaitkan dengan investasi (*unit-linked insurance plans* atau PAYDI). Di banyak negara, nasabah *bancassurance* mengalami kerugian karena portofolio investasi produk unit link terkoreksi tajam akibat kejatuhan pasar modal.

- Di Inggris, FCA menerima ribuan pengaduan atas produk-produk *bancassurance* yang dipasarkan tanpa penjelasan risiko yang memadai.
- Di Spanyol dan Irlandia, terjadi tuntutan hukum terhadap bank karena menjual produk investasi berisiko kepada pensiunan tanpa asesmen risiko yang layak.

2. Revisi Regulasi dan Pengawasan Lebih Ketat

Krisis global juga mendorong regulator di berbagai negara untuk mereformasi pendekatan terhadap *bancassurance*, baik dari sisi izin, pengawasan, hingga standar pemasaran. Di Eropa, beberapa langkah yang diambil termasuk:

- Pemisahan yang lebih ketat antara fungsi bank dan asuransi, untuk mencegah konflik kepentingan.
- Kewajiban dokumentasi dan rekaman penawaran produk kepada nasabah (*recorded disclosure*).
- Penegakan prinsip *Treating Customers Fairly* sebagai bagian dari etika distribusi produk keuangan.

Di Indonesia, dampaknya terasa sedikit tertunda, namun krisis tersebut menjadi pemicu awal evaluasi terhadap praktik *bancassurance*, terutama menyangkut penjualan produk unit link melalui bank.

3. Penyesuaian Model Bisnis dan Penguatan Edukasi Nasabah

Sebagai respons terhadap tekanan dan ketidakpercayaan publik, perusahaan asuransi dan bank mitra melakukan penyesuaian model bisnis *bancassurance*. Beberapa strategi pasca-krisis:

- Fokus pada produk proteksi murni (*term life, hospital cash plan*) daripada produk investasi,
- Penguatan sesi edukasi dan pelatihan petugas *frontliners* bank untuk memastikan pemahaman produk sebelum ditawarkan,
- Pembentukan unit kepatuhan pemasaran khusus *bancassurance* untuk memantau proses penjualan secara *real-time*.

Di Indonesia, perusahaan seperti AXA Mandiri dan Allianz mulai memperkenalkan pendekatan *value-based selling*, yaitu menjual produk yang sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan nasabah, bukan semata berdasarkan target premi.

Kesimpulan

Krisis finansial global menjadi titik balik penting bagi *bancassurance*. Ia memperlihatkan bahwa model distribusi lintas industri memerlukan kehati-hatian ekstra dalam etika penjualan, pengawasan regulator, dan literasi konsumen. Pengalaman krisis menjadi pelajaran bahwa kepercayaan masyarakat adalah aset utama dalam industri jasa keuangan, dan hanya dapat dipelihara melalui transparansi, integritas, dan edukasi yang terus-menerus.

G. Inovasi Digital dan Era *Bancassurance* 4.0

Memasuki dekade 2020-an, *bancassurance* memasuki babak baru yang ditandai dengan akselerasi digitalisasi layanan keuangan. Konsep ini sering disebut sebagai *Bancassurance* 4.0, yaitu transformasi kolaborasi antara bank dan perusahaan asuransi berbasis data, teknologi digital, dan pengalaman nasabah (*customer experience*) sebagai pusat model bisnis. Era ini melanjutkan evolusi dari pendekatan tradisional tatap muka menuju integrasi sistem digital lintas *platform* yang *real-time*, personal, dan mudah diakses.

1. Pemanfaatan Big Data dan AI untuk Penawaran yang Presisi

Salah satu inovasi utama adalah pemanfaatan data nasabah perbankan untuk menghasilkan penawaran asuransi yang lebih akurat dan relevan. Dengan bantuan *Artificial Intelligence* (AI) dan data *analytics*, sistem perbankan kini dapat:

- Mendeteksi pola transaksi nasabah yang menunjukkan kebutuhan proteksi (misalnya pembelian rumah, kelahiran anak, *traveling*),

- Menghitung estimasi premi yang sesuai dengan profil keuangan dan usia nasabah,
- Menyajikan *real-time offers* yang dikirim melalui aplikasi *mobile banking* atau email personal.

Contoh praktik ini dapat dilihat pada kerja sama antara Bank DBS dan Manulife di Singapura, yang meluncurkan *platform* digital untuk penawaran asuransi berbasis perilaku keuangan nasabah.

2. Kemudahan Akses Melalui *Platform Digital* dan *Mobile Apps*

Inovasi lain yang menonjol di era ini adalah digital onboarding. Nasabah kini dapat:

- Membeli produk asuransi langsung melalui aplikasi *mobile banking*,
- Mengakses polis secara digital tanpa kertas (*paperless e-policy*),
- Mengajukan klaim secara daring tanpa harus ke kantor cabang.

Di Indonesia, beberapa perusahaan dan bank telah mengembangkan ekosistem digital ini, seperti:

- Allianz dan BCA Digital meluncurkan *platform e-bancassurance* berbasis aplikasi,
- AXA Mandiri dan Livin' by Mandiri menghadirkan fitur proteksi yang bisa diakses 24 jam.

3. Tantangan Baru: Perlindungan Data dan Kepercayaan Nasabah

Meski teknologi membuka banyak peluang, era *Bancassurance* 4.0 juga menimbulkan tantangan serius:

- Keamanan data pribadi nasabah menjadi isu sensitif. Pelaku wajib mematuhi UU Perlindungan Data Pribadi (UU No. 27/2022).

- Otoritas Jasa Keuangan (OJK) kini mewajibkan pengungkapan yang transparan di media digital, termasuk simulasi risiko dan biaya pada saat penawaran dilakukan secara daring.
- Kehilangan sentuhan personal dan keterbatasan pemahaman nasabah terhadap detail polis secara digital bisa memicu kesalahpahaman.

Regulator pun mendorong pendekatan hibrida: digital dengan sentuhan edukatif, misalnya melalui video *explainer*, *chatbot edukatif*, dan *fitur live agent support* di dalam aplikasi.

Kesimpulan

Era *Bancassurance* 4.0 adalah fase modern dari kolaborasi bank dan asuransi yang menekankan kecepatan, personalisasi, dan kenyamanan, namun harus tetap mengedepankan keamanan data dan pemahaman produk. Teknologi hanyalah alat; etika pemasaran, transparansi, dan edukasi tetap menjadi fondasi utama keberhasilan *bancassurance* yang berkelanjutan di masa depan.

16.3. Kelebihan dan Kekurangan *Bancassurance* bagi Bank dan Perusahaan Asuransi

A. Kelebihan bagi Bank: *Fee-Based Income*, Loyalitas Nasabah, dan Diversifikasi Produk

Bagi pihak bank, kerja sama dalam skema *bancassurance* bukan sekadar aktivitas tambahan, melainkan bagian dari strategi bisnis jangka panjang yang mampu mendatangkan nilai tambah finansial dan relasional. Ada tiga manfaat utama yang paling sering disebut oleh bank sebagai keuntungan utama dari kemitraan *bancassurance*:

1. **Fee-Based Income: Sumber Pendapatan Non-Bunga**

Salah satu alasan utama bank tertarik menjalankan *bancassurance* adalah potensi pendapatan berbasis komisi (*fee-based income*) dari setiap polis yang berhasil dijual. Skema komisi ini biasanya diatur dalam perjanjian kerja sama, dan dapat mencapai:

- 30–50% dari premi tahun pertama,
- 5–15% dari premi lanjutan atau *top-up* pada tahun-tahun berikutnya.

Pendapatan ini tidak tergantung pada bunga pinjaman atau risiko kredit, sehingga menjadi sumber pendapatan yang stabil dan mendiversifikasi sumber pemasukan bank. Ini sangat bermanfaat dalam kondisi ekonomi yang tidak menentu, ketika pendapatan bunga mengalami tekanan akibat penurunan suku bunga.

2. **Loyalitas Nasabah dan Peningkatan Hubungan Jangka Panjang**

Dengan menawarkan produk proteksi yang melengkapi layanan keuangan, bank dapat membangun relasi yang lebih dalam dengan nasabah, khususnya di segmen ritel menengah ke atas. Nasabah yang membeli asuransi melalui bank cenderung:

- Memiliki keterikatan emosional dan finansial lebih kuat dengan bank,
- Menjadi lebih jarang berpindah ke bank lain (*customer stickiness*),
- Lebih terbuka terhadap penawaran produk lain seperti investasi, kartu kredit, atau KPR.

Bancassurance menjadi bagian dari strategi *financial life cycle advisory*, yaitu melayani kebutuhan nasabah secara holistik: tabungan, proteksi, investasi, hingga pensiun.

3. Diversifikasi Produk dan Diferensiasi Kompetitif

Bancassurance juga memberi bank keleluasaan untuk memperluas portofolio produk dan memberikan nilai tambah kepada nasabah tanpa harus menjadi perusahaan asuransi. Produk asuransi yang ditawarkan dapat disesuaikan dengan segmen pasar dan program bank, seperti:

- Asuransi jiwa untuk nasabah payroll atau pensiunan,
- Asuransi properti untuk pemilik KPR,
- Asuransi perjalanan bagi pemegang kartu debit premium.

Dalam dunia perbankan yang semakin kompetitif, kemampuan menyajikan berbagai solusi keuangan yang terpadu memberikan keunggulan kompetitif yang nyata, terutama dalam mempertahankan nasabah kelas menengah dan atas.

B. Kekurangan bagi Bank: Risiko Reputasi, Regulasi, dan Kompleksitas Operasional

Di balik potensi keuntungan finansial dari *bancassurance*, bank juga menghadapi sejumlah risiko dan kelemahan yang cukup serius. Apabila tidak dikelola secara hati-hati dan profesional, *bancassurance* justru dapat menjadi sumber kerugian reputasi, konflik hukum, dan beban kepatuhan. Tiga isu utama yang paling menonjol adalah sebagai berikut:

1. Risiko Reputasi akibat Salah Penawaran atau Penjualan

Salah satu risiko terbesar dalam *bancassurance* adalah kerusakan reputasi akibat keluhan nasabah terhadap produk asuransi yang dipasarkan oleh pegawai bank. Banyak nasabah tidak menyadari bahwa produk yang ditawarkan adalah produk asuransi, bukan produk tabungan atau investasi bank. Kesalahpahaman ini sering kali berakar dari:

- Rendahnya kompetensi teknis pegawai bank dalam memahami produk asuransi,
- Penekanan berlebihan pada manfaat investasi tanpa menjelaskan risiko dan biaya,
- Narasi menyesatkan seperti “asuransi ini seperti deposito tapi hasilnya lebih tinggi”.

Dalam berbagai kasus, nasabah yang merasa dirugikan mengajukan komplain kepada bank, dan publik menilai bank-lah yang harus bertanggung jawab, meskipun secara hukum produk diterbitkan oleh perusahaan asuransi.

OJK secara eksplisit menegaskan bahwa apabila pegawai bank melakukan kesalahan penawaran yang menyebabkan kerugian konsumen, maka bank wajib ikut bertanggung jawab secara administratif dan dapat dimintai pertanggungjawaban hukum (SEOJK NO. 5/SEOJK.05/2022; SE OJK NO. 31/SEOJK.05/2022, POJK 22 tahun 2023, dan POJK 31 tahun 2023).

2. Risiko Regulasi dan Kepatuhan (*Compliance Risk*)

Kerja sama *bancassurance* memerlukan pengawasan lintas sektor, yang berarti bank harus:

- Mematuhi ketentuan dari OJK sektor perbankan dan sektor asuransi,
- Menjaga dokumentasi pemasaran, seperti *recorded explanation*, *fact sheet*, dan *suitability test*,
- Menghindari konflik kepentingan antara target penjualan dan kepentingan nasabah.

Bank yang tidak memenuhi kewajiban ini berisiko dikenai:

- Sanksi administratif dari OJK,
- Peringatan publik yang berdampak reputasi,
- Gugatan hukum perdata dari nasabah.

3. Beban Operasional Tambahan dan Kompleksitas Kolaborasi

Bancassurance juga membawa kompleksitas operasional yang tidak kecil bagi bank, termasuk:

- Pelatihan dan sertifikasi tenaga pemasar,
- Integrasi sistem dan data dengan perusahaan asuransi,
- Pelayanan purna jual yang kerap membingungkan bagi *frontliners* yang tidak dibekali keahlian teknis klaim.

Kegagalan dalam menyelaraskan proses ini dapat menciptakan frustrasi internal dan ketidakpuasan nasabah, terutama ketika terjadi penolakan klaim dan tidak ada staf bank yang mampu menjelaskan secara tepat.

Banyak bank akhirnya membentuk unit khusus *bancassurance*, namun ini menambah beban biaya SDM dan pengawasan internal yang tidak sedikit.

Kesimpulan

Bank perlu memahami bahwa keuntungan dari *bancassurance* datang bersama tanggung jawab yang besar. Bila pegawai bank menawarkan produk tanpa kompetensi atau melanggar prinsip keterbukaan, maka bukan hanya perusahaan asuransi yang akan terkena dampaknya, tetapi juga bank secara hukum dan reputasi. Oleh karena itu, peningkatan kompetensi, pengawasan internal, dan integritas dalam proses penjualan adalah hal mutlak.

C. Kelebihan bagi Perusahaan Asuransi: Akses Pasar, Efisiensi Biaya, dan *Branding*

Bagi perusahaan asuransi, kerja sama dengan bank dalam skema *bancassurance* merupakan strategi distribusi yang sangat menguntungkan. Dengan memanfaatkan infrastruktur dan basis nasabah milik bank, perusahaan asuransi memperoleh manfaat yang tidak selalu bisa diraih melalui jalur distribusi tradisional. Ada tiga keuntungan utama yang biasa menjadi pertimbangan utama dalam memilih jalur *bancassurance*:

1. Akses Langsung ke Nasabah Bank: Luas dan Tersegmentasi

Bank memiliki jaringan distribusi yang luas dan basis data nasabah yang tersegmentasi dengan baik, mulai dari segmen mass, *mass-affluent* hingga nasabah *high-net-worth* (HNW). Melalui kerja sama *bancassurance*, perusahaan asuransi dapat:

- Memasarkan produk ke jutaan nasabah secara langsung tanpa harus membangun saluran distribusi sendiri,
- Menyesuaikan produk dengan profil risiko, gaya hidup, dan kebutuhan nasabah berdasarkan data perbankan,
- Mengakses nasabah di daerah yang sebelumnya sulit dijangkau oleh agen atau kantor cabang asuransi.

Di Indonesia, penetrasi produk asuransi jiwa melalui *bancassurance* diperkirakan telah mencapai lebih dari 40% dari total premi industri jiwa, menjadikannya jalur distribusi terbesar sejak tahun 2015.

2. Efisiensi Biaya Distribusi dan Beban Operasional

Dibandingkan dengan membangun jaringan agen atau membuka cabang sendiri, kerja sama dengan bank memberikan penghematan biaya distribusi yang signifikan. Beberapa alasan efisiensinya:

- Tidak perlu menyewa gedung atau membangun kantor cabang baru,
- Memanfaatkan SDM bank atau tenaga pemasaran eksklusif yang ditempatkan di cabang,
- Biaya promosi dan edukasi dapat dikonsolidasikan bersama pihak bank,
- Struktur biaya penjualan (komisi) biasanya berbasis hasil (*fee-sharing*), sehingga lebih fleksibel.

Selain itu, biaya akuisisi awal (*acquisition cost*) bisa ditekan karena proses digitalisasi melalui bank sudah tersedia: mulai dari data *entry*, verifikasi KYC, hingga integrasi pembayaran premi.

3. Penguatan Citra Merek (*Branding*) dan Kepercayaan Publik

Kerja sama dengan institusi perbankan yang sudah terpercaya dan mapan dapat meningkatkan *brand awareness* dan *brand trust* terhadap perusahaan asuransi, terutama di kalangan masyarakat yang sebelumnya tidak akrab dengan asuransi.

Beberapa keuntungan reputasional yang diperoleh:

- Produk asuransi yang dikemas dalam model *co-branding* sering kali dianggap lebih kredibel karena diasosiasikan dengan bank,

- Adanya tampilan produk di dalam cabang bank, situs resmi, dan *mobile banking* memperkuat eksistensi perusahaan asuransi di mata nasabah,
- Bank menjadi “endorser reputasi tidak langsung” bagi produk asuransi.

Di Indonesia, merek seperti AXA Mandiri, BNI Life, BRI Life, dan Manulife mengalami percepatan reputasi karena keterhubungan langsung dengan institusi perbankan induknya.

Kesimpulan

Bagi perusahaan asuransi, *bancassurance* adalah jalan cepat untuk tumbuh—bukan hanya dari sisi premi, tetapi juga dari sisi efisiensi, *brand equity*, dan ketepatan segmen pasar. Namun demikian, peluang ini hanya dapat dimaksimalkan bila perusahaan juga memastikan kompetensi pemasaran, pengawasan etika, dan kelengkapan informasi produk berjalan seiring.

D. Kekurangan bagi Perusahaan Asuransi: Ketergantungan, Kontrol Terbatas, dan Risiko Kepatuhan

Di balik segala kelebihan *bancassurance* bagi perusahaan asuransi, terdapat pula tantangan struktural yang signifikan, terutama menyangkut kontrol atas proses pemasaran, ketergantungan yang tinggi terhadap mitra bank, serta beban reputasi yang tidak selalu proporsional. Ketidakseimbangan peran dan tanggung jawab inilah yang menjadikan *bancassurance* sebagai peluang yang penuh risiko jika tidak dikelola dengan hati-hati dan setara.

1. Ketergantungan terhadap Bank dan Kehilangan Akses Langsung ke Nasabah

Dalam skema *bancassurance*, perusahaan asuransi tidak memiliki akses langsung ke mayoritas nasabah. Kontak pertama, pengenalan produk, hingga pengelolaan data sering kali sepenuhnya dikendalikan oleh bank. Akibatnya:

- Asuransi tidak leluasa mengedukasi nasabah secara langsung,
- Relasi antara nasabah dan perusahaan asuransi menjadi lemah,
- Sulit melakukan *up-selling* atau *cross-selling* karena interaksi dikendalikan oleh bank.

Ketika bank menghentikan kerja sama atau mengganti mitra asuransi, arus premi dan basis nasabah bisa hilang dalam sekejap, karena relasi tidak dibangun oleh asuransi secara langsung.

2. Kontrol Terbatas atas Tenaga Pemasar Bank

Meskipun perusahaan asuransi menyediakan pelatihan, materi pemasaran, dan supervisi berkala, kontrol atas cara penawaran produk oleh petugas bank tetap sangat terbatas. Dalam praktiknya:

- Banyak pegawai bank menawarkan produk asuransi tanpa pemahaman mendalam,
- Penjelasan yang disampaikan tidak lengkap, atau bahkan menyesatkan,
- Pengisian formulir sering dibantu secara tidak akurat.

Namun, keluhan dan kemarahan nasabah biasanya ditujukan kepada perusahaan asuransi, yang dianggap sebagai penerbit dan penanggung polis.

Beban reputasi, tuntutan hukum, dan laporan media hampir selalu menyasar perusahaan asuransi, meskipun kesalahan terjadi di pihak bank. Ini menciptakan ketidakseimbangan tanggung jawab yang perlu diantisipasi dengan struktur kerja sama yang adil.

3. Risiko Hukum dan Kepatuhan yang Asimetris

Perusahaan asuransi menanggung seluruh tanggung jawab hukum atas isi polis, ilustrasi manfaat, dan pembayaran klaim, padahal:

- Mereka tidak selalu mengontrol proses asesmen kebutuhan,
- Tidak dapat memastikan bahwa semua nasabah menerima *sales illustration* atau *recorded explanation*,
- Tergantung pada kedisiplinan petugas bank dalam mengikuti prosedur.

Ketidakseimbangan ini diperparah jika tidak terdapat perjanjian kerja sama yang eksplisit dan adil, yang menjabarkan bahwa kesalahan yang dilakukan oleh pegawai bank menjadi tanggung jawab bersama, dan bank wajib:

- Menyediakan SDM yang bersertifikat,
- Menjamin proses pemasaran sesuai regulasi,
- Menanggung kerugian akibat penyimpangan oleh personelnnya.

Oleh karena itu, perusahaan asuransi harus memastikan bahwa Perjanjian Kerja Sama *Bancassurance* (PKS) mencakup:

- Mekanisme audit dan kontrol bersama,
- Sanksi atas pelanggaran pemasaran oleh pihak bank,
- Skema penanganan komplain bersama.

Kesimpulan

Perusahaan asuransi berada dalam posisi rentan bila kerja sama *bancassurance* tidak dibangun di atas prinsip kesetaraan tanggung jawab. Tanpa kontrol terhadap tenaga pemasar bank, asuransi bisa menanggung risiko reputasi, hukum, dan keuangan yang besar. Maka diperlukan mekanisme kerja sama yang transparan, adil, dan dapat diaudit bersama, agar kemitraan tidak hanya menguntungkan secara bisnis, tapi juga berkelanjutan dan etis.

16.4. Kelebihan dan Kekurangan *Bancassurance* bagi Masyarakat

A. Kelebihan bagi Masyarakat: Akses Mudah, Proses Cepat, dan Kenyamanan Layanan

Bagi masyarakat, *bancassurance* menawarkan berbagai manfaat yang menjadikannya sebagai saluran yang mudah diakses dan praktis dalam memperoleh produk asuransi. Beberapa kelebihan utama dirasakan terutama oleh nasabah perbankan yang belum pernah terpapar produk asuransi sebelumnya. Berikut tiga keunggulan utamanya:

1. Akses Mudah dan Praktis Melalui Jaringan Bank

Salah satu daya tarik utama *bancassurance* bagi masyarakat adalah kemudahan akses terhadap produk asuransi. Bank memiliki:

- Jaringan cabang luas, bahkan hingga ke kota-kota kecil,
- Sistem *digital banking* yang memungkinkan penawaran dan pembelian secara *online*,

- Hubungan nasabah yang sudah terbentuk, sehingga tingkat kepercayaan awal terhadap bank lebih tinggi.

Nasabah tidak perlu mengunjungi kantor asuransi atau mencari agen secara terpisah. Dengan memanfaatkan satu jalur layanan (*one-stop financial service*), masyarakat dapat memperoleh produk asuransi bersamaan dengan layanan keuangan lainnya seperti tabungan, kredit, atau investasi.

2. Proses Pembelian Cepat dan Administrasi Lebih Ringkas

Bancassurance menawarkan kecepatan dan efisiensi dalam proses pembelian polis:

- Data nasabah sudah tersedia di sistem bank, sehingga verifikasi KYC (*Know Your Customer*) lebih cepat,
- Proses pembayaran premi bisa dilakukan otomatis (*auto-debit*),
- Beberapa bank menyediakan *e-policy* yang dapat langsung diakses melalui aplikasi *mobile banking*.

Keunggulan ini sangat dihargai oleh nasabah yang sibuk atau kurang akrab dengan prosedur teknis asuransi konvensional. Banyak nasabah memilih *bancassurance* karena merasa terbantu oleh pegawai bank dalam mengurus seluruh proses dari awal hingga selesai.

3. Kenyamanan Psikologis dan Kepercayaan karena Berinteraksi dengan Bank

Bank telah lama menjadi institusi yang dipercaya oleh masyarakat, sehingga ketika produk asuransi ditawarkan oleh pegawai bank, nasabah merasa lebih nyaman dan percaya. Faktor-faktor pendukung kenyamanan ini antara lain:

- Hubungan personal antara nasabah dan petugas bank sudah terbangun,
- Lokasi cabang bank sering dikunjungi, sehingga terasa lebih akrab dibanding kantor asuransi,
- Pegawai bank dianggap sebagai penasihat keuangan yang netral.

Kepercayaan ini menjadi pintu masuk yang kuat untuk mendorong masyarakat mencoba produk asuransi, terutama mereka yang belum pernah membeli asuransi sama sekali sebelumnya.

Kesimpulan

Bagi masyarakat, *bancassurance* memberikan akses yang lebih mudah, proses yang lebih cepat, dan rasa percaya karena berada di bawah naungan bank. Ketiga hal ini menjadikannya sebagai saluran penting dalam memperluas inklusi asuransi di Indonesia, terutama di kalangan masyarakat perkotaan dan segmen menengah ke atas.

B. Kekurangan bagi Masyarakat: Risiko *Mis-selling*, Minim Edukasi, dan Perlindungan Konsumen Lemah

Meskipun *bancassurance* memberi kemudahan dan kenyamanan bagi masyarakat, dalam praktiknya masih terdapat sejumlah kelemahan serius yang berpotensi merugikan nasabah, terutama bila proses penawaran dilakukan secara tidak etis atau tanpa penjelasan yang memadai. Ironisnya, beberapa kelebihan dari *bancassurance* justru bisa berbalik menjadi kelemahan, terutama bila nasabah terlalu percaya dan tidak bersikap kritis.

1. Kepercayaan Tinggi kepada Bank Menyebabkan Sikap Tidak Kritis

Salah satu akar masalah utama adalah tingginya tingkat kepercayaan masyarakat terhadap bank, yang justru

menurunkan kewaspadaan dalam membeli produk asuransi. Banyak nasabah yang:

- Tidak membaca detail polis karena percaya penuh pada pegawai bank,
- Tidak memahami bahwa produk yang ditawarkan adalah produk asuransi, bukan tabungan atau deposito,
- Menganggap bahwa karena ditawarkan di bank, maka semua risikonya juga ditanggung oleh bank.

Akibatnya, saat terjadi penolakan klaim atau penurunan nilai investasi (terutama pada produk unit link), nasabah merasa tertipu, tetapi tidak mengetahui harus menuntut siapa. Padahal secara hukum, bank bukan penanggung dan tidak memiliki kewajiban membayar klaim.

2. Risiko *Mis-selling*: Penawaran Tidak Sesuai Profil dan Kebutuhan Nasabah

Karena orientasi pegawai bank sering kali lebih pada target penjualan daripada kecocokan produk, nasabah berisiko:

- Ditawari produk yang tidak sesuai kemampuan keuangan,
- Tidak diberikan penjelasan tentang risiko, masa tunggu, pengecualian, atau biaya tersembunyi,
- Dibuat seolah-olah membeli “tabungan proteksi” padahal sebenarnya produk investasi berisiko tinggi.

Dalam banyak kasus, penjelasan hanya dilakukan sepiantas, tanpa dokumen ilustrasi manfaat, tanpa rekaman penjelasan (*recorded explanation*), dan tanpa asesmen profil risiko yang memadai.

3. Minimnya Edukasi dan Dokumentasi yang Tidak Memadai

Nasabah sering menerima dokumen polis setelah pembelian atau tidak pernah menerima *soft copy* maupun *hard copy* sama sekali. Akibatnya:

- Nasabah tidak tahu hak dan kewajiban mereka,
- Tidak paham mekanisme klaim, batasan perlindungan, dan risiko investasi,
- Baru menyadari adanya ketidaksesuaian ketika klaim ditolak atau manfaat tidak sesuai ekspektasi.

Kurangnya literasi asuransi yang memadai membuat masyarakat tidak memiliki daya tawar dan kerap terjebak dalam produk yang tidak dimengerti.

4. Ketika Terjadi Masalah, Masyarakat Tidak Bisa Menuntut Bank

Ini adalah dilema utama dalam skema *bancassurance*: meskipun produk ditawarkan oleh pegawai bank, bank tidak memiliki kewajiban hukum terhadap polis asuransi. Masyarakat tidak bisa menuntut bank secara langsung karena:

- Hubungan hukum ada antara nasabah dan perusahaan asuransi,
- Pegawai bank hanya dianggap sebagai agen distribusi, bukan penanggung.

Hal ini menyebabkan banyak nasabah merasa tidak mendapatkan keadilan, karena pihak yang menawarkan produk tidak ikut bertanggung jawab ketika terjadi gagal bayar, penolakan klaim, atau kesalahan informasi.

Kesimpulan

Kelebihan *bancassurance* dalam hal kepercayaan dan kemudahan justru bisa menjadi jebakan risiko bagi masyarakat jika tidak disertai edukasi, transparansi, dan perlindungan konsumen yang memadai. Masyarakat harus memahami bahwa yang mereka beli adalah asuransi, dan tanggung jawab penuh berada di tangan perusahaan asuransi—bukan bank. Oleh karena itu, penting bagi nasabah untuk bersikap kritis, memahami isi polis, dan meminta penjelasan tertulis serta rekaman penawaran sebelum membeli.

C. Kurangnya Transparansi dan Perbedaan Perlakuan Produk Bank vs Produk Asuransi

Dalam praktik *bancassurance*, salah satu tantangan besar yang dihadapi oleh masyarakat adalah minimnya transparansi informasi, terutama saat produk asuransi dijual berdampingan dengan produk perbankan lainnya. Perbedaan karakteristik dan perlakuan hukum antara produk bank dan produk asuransi sering tidak dijelaskan secara tuntas, sehingga menimbulkan kesan seolah-olah keduanya memiliki jaminan dan keamanan yang sama—padahal tidak demikian.

1. Produk Bank Dianggap Lebih Aman dan Dijamin Negara

Produk perbankan seperti tabungan, deposito, atau giro di Indonesia dijamin oleh Lembaga Penjamin Simpanan (LPS) hingga batas tertentu (maksimum Rp2 miliar per nasabah per bank). Nasabah umumnya sudah memahami bahwa jika bank mengalami kebangkrutan, simpanan mereka tetap aman selama sesuai ketentuan LPS.

Sebaliknya, produk asuransi tidak memiliki skema penjaminan resmi, meskipun terdapat wacana pembentukan

Program Penjaminan Polis (PPP) di bawah LPS yang hingga kini masih dalam tahap perancangan. Akibatnya, produk asuransi yang dijual lewat bank membawa risiko penuh kepada nasabah jika perusahaan asuransi gagal bayar.

2. Nasabah Sering Tidak Dibedakan dalam Penjelasan Produk

Karena ditawarkan di tempat yang sama dan oleh orang yang sama (pegawai bank), banyak nasabah tidak menyadari perbedaan mendasar antara produk perbankan dan produk asuransi:

- Produk bank: dijamin, mudah dicairkan, memiliki bunga tetap,
- Produk asuransi: memiliki unsur risiko, ketentuan klaim, masa tunggu, dan syarat pengecualian.

Banyak kasus terjadi di mana nasabah menyangka membeli “tabungan berhadiah asuransi”, padahal sebenarnya mereka membeli produk asuransi jiwa unit link dengan risiko pasar dan biaya akuisisi tinggi.

3. Kurangnya Transparansi Biaya, Risiko, dan Ketentuan Klaim

Produk *bancassurance*, khususnya unit link, memiliki struktur biaya yang tidak sederhana. Namun, dalam praktiknya, biaya-biaya ini:

- Tidak dijelaskan secara utuh,
- Hanya tercantum dalam dokumen ilustrasi yang jarang dibaca,
- Disampaikan tanpa penekanan atas konsekuensi jangka panjangnya.

Sebagai contoh, biaya akuisisi 40–80% pada tahun pertama sering tidak disebutkan secara eksplisit. Begitu pula dengan syarat pengecualian manfaat (*pre-existing condition*, masa tunggu), yang baru disadari nasabah saat klaim ditolak.

Kesimpulan

Tanpa penjelasan yang transparan dan perbandingan yang jujur, masyarakat rentan mengira bahwa produk asuransi yang dijual di bank memiliki perlakuan hukum dan jaminan yang sama dengan produk bank. Perbedaan yang mendasar ini wajib disampaikan secara terbuka, agar masyarakat bisa membuat keputusan finansial yang cerdas dan sesuai kebutuhan. Ketidaktahuan ini telah menjadi sumber utama dari krisis kepercayaan publik terhadap *bancassurance*, terutama dalam kasus-kasus yang melibatkan gagal bayar atau penolakan klaim.

D. Perbandingan Perlindungan Konsumen *Bancassurance* di Negara Lain

Untuk memahami kelemahan dan tantangan perlindungan konsumen dalam *bancassurance* di Indonesia secara lebih menyeluruh, penting membandingkannya dengan sistem di negara lain. Negara-negara dengan industri *bancassurance* yang matang umumnya telah mengembangkan kerangka perlindungan konsumen yang lebih progresif dan preventif, bukan hanya reaktif terhadap keluhan.

Berikut ini adalah ringkasan perbandingan dengan beberapa negara kunci:

1. Inggris: Perlindungan Konsumen Terintegrasi melalui FCA

Di Inggris, *Financial Conduct Authority* (FCA) mewajibkan seluruh produk keuangan, termasuk *bancassurance*, untuk mematuhi prinsip *Treating Customers Fairly* (TCF). Dalam konteks *bancassurance*:

- Tenaga pemasar harus memberikan *Key Facts Document* sebelum penjualan.
- Semua penjelasan produk PAYDI harus direkam dan terdokumentasi.
- Ada mekanisme pengembalian premi (*cooling-off period*) selama 30 hari jika nasabah berubah pikiran.
- FCA secara rutin mempublikasikan daftar perusahaan dengan praktik buruk dan memberikan sanksi tegas terhadap bank yang menjual produk asuransi secara menyesatkan.

2. Singapura: Edukasi dan Sertifikasi Ketat Tenaga Pemasar

Otoritas Moneter Singapura (MAS) mewajibkan bahwa:

- Semua tenaga pemasar *bancassurance* harus lulus ujian sertifikasi asuransi dan investasi (CMFAS).
- Produk PAYDI hanya boleh dijual setelah analisis kebutuhan dan tes kecocokan dilakukan secara digital dan disetujui sistem.
- Setiap nasabah menerima dokumen digital interaktif yang merinci manfaat, biaya, dan risiko.
- Pengawasan dilakukan melalui audit berkala dan pengujian misteri (*mystery shopping*).

Singapura juga memiliki Pusat Resolusi Sengketa Keuangan (FIDReC) yang independen untuk menyelesaikan sengketa antara nasabah dan lembaga keuangan.

3. India: Disclosure Wajib dan Regulasi Distribusi yang Transparan

India, melalui *Insurance Regulatory and Development Authority of India* (IRDAI), menetapkan bahwa:

- Bank dapat menjadi corporate agent maksimal untuk tiga perusahaan asuransi berbeda,
- Semua penjualan harus disertai *video explanation* dan bukti rekaman penjelasan,
- Biaya dan komisi penjualan wajib diungkapkan secara eksplisit dalam ilustrasi penjualan,
- IRDAI memiliki sistem pelaporan pengaduan nasional dan pangkalan data untuk melacak bank dengan tingkat keluhan tinggi.

4. Indonesia: Perlindungan Masih Reaktif dan Bertumpu pada Itikad Baik

Di Indonesia, perlindungan konsumen *bancassurance* masih bertumpu pada kepatuhan sukarela oleh pelaku industri, meskipun OJK telah menerbitkan berbagai regulasi:

- POJK No. 22 tahun 2023 dan SEOJK No. 5/2022 mengatur struktur informasi produk, penilaian kecocokan, dan perlindungan pasca-penjualan.
- Namun, pengawasan di lapangan masih terbatas, dan tidak semua penjualan melalui bank disertai penjelasan atau dokumentasi yang sah.
- Mekanisme penyelesaian sengketa masih bertumpu pada BPSK, OJK, atau pengadilan perdata, yang kerap menyulitkan konsumen karena prosesnya panjang dan tidak ramah awam.

Kesimpulan

Perlindungan konsumen dalam *bancassurance* memerlukan sistem yang proaktif, transparan, dan berpihak kepada nasabah awam. Negara-negara seperti Inggris, Singapura, dan India telah menunjukkan bahwa edukasi, sertifikasi, dokumentasi wajib, dan kanal pengaduan independen adalah elemen krusial untuk mencegah krisis kepercayaan. Indonesia perlu memperkuat sistem ini, bukan hanya dari sisi regulasi, tapi juga implementasi dan pengawasan di lapangan.

16.5. Unit Link sebagai Produk yang Menuai Kritik di Jalur *Bancassurance*

A. Definisi dan Struktur Produk Unit Link

Produk unit link adalah jenis asuransi jiwa yang menggabungkan manfaat perlindungan (proteksi) dengan elemen investasi dalam satu polis. Dalam konteks pemasaran *bancassurance*, unit link menjadi produk andalan karena menawarkan potensi imbal hasil investasi sekaligus perlindungan jiwa, yang dinilai menarik bagi nasabah bank yang melek keuangan. Namun, justru karena kombinasi ini, produk unit link juga menjadi sumber utama keluhan dan kontroversi dalam praktik pemasaran *bancassurance* di Indonesia.

1. Komponen Pokok dalam Produk Unit Link

Unit link terdiri dari dua komponen utama:

A. Proteksi Asuransi Jiwa

Memberikan manfaat santunan jika tertanggung meninggal dunia, cacat tetap, atau terkena risiko penyakit tertentu (jika dilengkapi *rider*).

B. Investasi

Sebagian dari premi dialokasikan ke instrumen investasi, seperti reksa dana pasar uang, pendapatan tetap, atau saham, sesuai pilihan nasabah.

Struktur aliran dana dalam premi unit link dapat digambarkan sebagai berikut:

- Premi → dipotong biaya akuisisi dan administrasi → sisanya dialokasikan ke dana investasi (unit),
- Nilai unit yang terbentuk menjadi dana yang dapat dipantau dan dicairkan, tergantung performa pasar.

2. Karakteristik Khusus Produk Unit Link

- Biaya awal tinggi: Biaya akuisisi di tahun pertama bisa mencapai 40–80% dari premi, tergantung pada jenis produk dan perusahaan.
- Nilai investasi fluktuatif: Bergantung pada kinerja pasar, bisa naik atau turun.
- Proteksi bersyarat: Jika nilai unit habis (akibat penurunan investasi atau tidak membayar premi *top-up*), perlindungan dapat gugur.
- Tidak dijamin: Tidak ada jaminan hasil investasi, berbeda dengan produk tabungan atau deposito bank.

Inilah yang membedakan unit link secara mendasar dari asuransi tradisional (*term life*) atau produk keuangan bank. Unit link bersifat kompleks dan membutuhkan pemahaman menyeluruh sebelum pembelian.

3. Mengapa Unit Link Banyak Dijual melalui *Bancassurance*?

Bank sangat tertarik memasarkan unit link karena:

- Memberikan komisi (*fee*) lebih tinggi dibanding asuransi tradisional.
- Dapat diposisikan sebagai “tabungan proteksi”, yang menarik bagi nasabah *high-net-worth*.
- Memberi kesan produk investasi, yang lebih mudah dipasarkan oleh petugas bank daripada menjual “murni proteksi”.

Namun, alasan inilah pula yang menjadikan produk unit link rentan dipasarkan secara keliru atau menyesatkan bila tidak dijelaskan secara transparan.

Kesimpulan

Unit link adalah produk asuransi yang kompleks, mengandung risiko pasar, dan memiliki struktur biaya yang tidak ringan. Dalam konteks *bancassurance*, produk ini seharusnya hanya ditawarkan kepada nasabah yang telah memahami risiko dan manfaat secara utuh. Tanpa edukasi dan pengungkapan yang jujur, unit link berpotensi menjadi produk yang menyesatkan, bukan melindungi.

B. Alasan Unit Link Menjadi Fokus dalam Penawaran *Bancassurance* dan Potensi Salah Kaprah

Dalam praktik *bancassurance* di Indonesia, produk unit link sering kali menjadi “produk unggulan” yang ditawarkan kepada nasabah bank, terutama di segmen menengah ke atas. Meskipun secara teknis unit link bukan satu-satunya produk yang dapat dijual melalui bank, dalam realitasnya, lebih dari 80% penjualan *bancassurance* selama satu dekade terakhir didominasi oleh

produk unit link. Fenomena ini disebabkan oleh beberapa faktor yang bersifat struktural dan strategis—namun juga membuka ruang bagi banyak kesalahan persepsi dan praktik pemasaran yang keliru.

1. Potensi Komisi Tinggi bagi Bank dan Tenaga Pemasar

Salah satu alasan utama bank fokus memasarkan unit link adalah struktur komisi yang sangat menguntungkan. Komisi pada tahun pertama bisa mencapai:

- 30–50% dari premi tahun pertama untuk bank,
- 20–30% untuk tenaga pemasar (bila menggunakan tenaga asuransi yang ditugaskan di cabang bank).

Komisi ini jauh lebih tinggi dibandingkan produk asuransi tradisional (seperti *term life*), sehingga secara bisnis unit link menjadi “jualan favorit” karena mendatangkan pendapatan *fee-based* yang besar bagi bank.

2. Daya Tarik “Perlindungan plus Investasi” bagi Nasabah Bank

Nasabah bank, khususnya dari segmen prioritas, sangat tertarik pada produk yang menawarkan:

- Proteksi jiwa (untuk warisan atau ketenangan pikiran),
- Potensi hasil investasi yang “lebih tinggi dari deposito”,
- Fleksibilitas untuk *top-up* atau penarikan sebagian (*partial withdrawal*).

Dalam banyak kasus, narasi penjualan lebih menekankan pada potensi imbal hasil investasi, sehingga unit link dipersepsikan sebagai “tabungan proteksi dengan hasil lebih tinggi”. Aspek risiko dan biaya sering kali disampaikan sangat minim, atau bahkan tidak dijelaskan.

3. Produk Kompleks yang Rentan Menimbulkan Salah Kaprah

Kompleksitas struktur unit link menjadikannya produk yang tidak cocok untuk semua nasabah, terutama bila:

- Nasabah memiliki ekspektasi jangka pendek, padahal unit link cocok untuk horizon investasi menengah-panjang (10–20 tahun),
- Nasabah tidak memahami bahwa hasil investasi tidak dijamin dan bisa negatif,
- Biaya-biaya seperti akuisisi, administrasi, dan manajemen investasi tidak dijelaskan secara rinci.

Akhirnya, produk unit link sering dipersepsikan secara keliru sebagai tabungan bank atau deposito berbunga tinggi, terutama bila dijual oleh petugas bank yang tidak tersertifikasi secara mendalam dalam bidang asuransi.

4. Tuntutan Target Penjualan dan Tekanan Internal Bank

Banyak tenaga pemasar *bancassurance* (termasuk pegawai bank) mengaku mendapatkan tekanan target penjualan unit link secara bulanan. Beberapa bank menjadikan keberhasilan penjualan unit link sebagai bagian dari *Key Performance Indicator* (KPI), sehingga:

- Mendorong gaya penjualan yang menekankan “kecepatan menutup penawaran”,
- Mengabaikan langkah-langkah edukasi dan pengujian kecocokan produk,
- Melahirkan praktik overpromise, di mana manfaat investasi ditekankan berlebihan.

Situasi ini mengarah pada pola pemasaran yang agresif namun tidak etis, dan menjadi salah satu penyebab krisis

kepercayaan masyarakat terhadap produk asuransi yang ditawarkan lewat bank.

Kesimpulan

Unit link menjadi fokus utama dalam penjualan *bancassurance* karena secara bisnis sangat menguntungkan bagi bank dan asuransi. Namun, justru karena itu, produk ini sering disampaikan secara tidak utuh, terlalu menekankan imbal hasil, dan mengabaikan risiko. Tanpa edukasi dan kontrol yang kuat, unit link berubah dari “solusi keuangan cerdas” menjadi sumber salah paham dan kerugian bagi nasabah—khususnya di jalur *bancassurance*.

C. Kritik Publik dan Kasus-Kasus Unit Link dalam Bancassurance di Indonesia

Sejak tahun 2018, produk unit link menjadi sorotan tajam masyarakat, media, dan lembaga perlindungan konsumen. Keluhan paling sering muncul justru dari nasabah yang membeli unit link lewat bank, bukan lewat agen asuransi langsung. Hal ini memunculkan pertanyaan kritis tentang transparansi, etika pemasaran, dan perlindungan konsumen dalam jalur *bancassurance*.

1. Gelombang Keluhan Massal Nasabah Unit Link

YLKI mencatat bahwa lebih dari 60% pengaduan asuransi yang diterima setiap tahun berasal dari produk unit link, dan mayoritas di antaranya adalah hasil penjualan di kantor bank. Bentuk keluhan yang umum meliputi:

- Nilai tunai tidak sesuai harapan bahkan lebih rendah dari premi dibayarkan,
- Informasi tentang biaya akuisisi dan risiko investasi tidak pernah dijelaskan,

- Produk dikira “tabungan proteksi”, padahal adalah produk berisiko.

Kekecewaan ini bukan hanya karena nilai investasi menurun, tetapi karena nasabah merasa tidak diberi informasi yang cukup sejak awal.

2. Kasus-Kasus Nyata yang Viral di Media

Beberapa kasus mencuat dan menjadi perhatian publik karena melibatkan nama-nama bank dan asuransi besar, seperti:

A. Kasus Nasabah Bank di Jakarta (2020)

Seorang nasabah prioritas bank swasta mengklaim kehilangan lebih dari Rp300 juta dari produk unit link yang dibeli di kantor bank. Ia mengira produknya seperti deposito, namun ternyata ada potongan biaya besar dan nilai tunai anjlok.

→ Kasus ini viral di media sosial dan diliput media nasional.

B. Kasus BPSK Yogyakarta (2019)

Nasabah mengadukan bahwa ilustrasi manfaat tidak diberikan saat membeli unit link di kantor bank. BPSK memutuskan bahwa perusahaan asuransi dan bank bersama-sama bertanggung jawab, dan nasabah berhak mendapat ganti rugi sebagian.

→ Ini menjadi preseden penting bahwa bank bisa dianggap turut bertanggung jawab secara moral dan administratif.

C. Kasus Komplain Massal ke OJK (2021)

Kelompok nasabah dari beberapa kota besar mengajukan protes kolektif ke OJK karena merasa

“terjebak” produk unit link dari *bancassurance*. Mereka menuntut refund atau pengembalian premi karena merasa tidak mendapat penjelasan yang adil.

3. Munculnya Gerakan Refund dan Desakan Regulasi Baru

Kondisi ini melahirkan gerakan refund unit link dari masyarakat sipil dan tekanan terhadap OJK untuk:

- Mewajibkan *recorded explanation*,
- Memperketat kualifikasi tenaga pemasar di jalur bank,
- Meningkatkan transparansi ilustrasi biaya dan risiko,
- Memberikan ruang *cooling-off* yang lebih fleksibel.

OJK merespons dengan menerbitkan SEOJK No. 5/SEOJK.05/2022 yang menegaskan bahwa:

- Produk unit link hanya boleh dijual setelah asesmen risiko dan kebutuhan selesai,
- Semua penjelasan wajib didokumentasikan dan disimpan,
- Nasabah berhak mendapatkan edukasi dan waktu refleksi sebelum membeli.

Kesimpulan

Kritik publik terhadap unit link di jalur *bancassurance* menunjukkan bahwa penjualan produk kompleks tanpa edukasi yang memadai adalah pelanggaran terhadap prinsip perlindungan konsumen. Kasus-kasus di atas menunjukkan bahwa bukan hanya perusahaan asuransi, tapi juga bank—sebagai mitra distribusi—perlu membenahi cara pemasaran dan membangun kembali kepercayaan nasabah melalui transparansi, kejujuran, dan pendampingan pasca-penjualan yang lebih baik.

D. Reformasi Regulasi dan Implikasi terhadap *Bancassurance*

Gelombang kritik terhadap produk unit link yang dijual melalui *bancassurance* telah mendorong Otoritas Jasa Keuangan (OJK) untuk melakukan reformasi regulasi secara menyeluruh. Tujuannya bukan hanya memperbaiki persepsi publik, tetapi juga memastikan bahwa penawaran dan pembelian produk asuransi yang dikaitkan dengan investasi (PAYDI) dilakukan secara adil, transparan, dan sesuai kebutuhan nasabah. Reformasi ini berdampak langsung pada pola kemitraan bank–asuransi serta tanggung jawab yang menyertainya.

1. Regulasi Baru: SEOJK 5/2022

Regulasi penting yang menjadi tonggak reformasi adalah:

- POJK NO. 8/POJK.05/2024
Mengatur seluruh aspek desain, penjualan, pengelolaan dan evaluasi produk PAYDI, termasuk yang dipasarkan melalui bank.
- SEOJK No. 5/SEOJK.05/2022
Memberikan panduan teknis dalam hal:
 - o Asesmen kebutuhan dan profil risiko wajib sebelum penawaran produk,
 - o Penjelasan manfaat dan risiko melalui media tertulis dan/atau rekaman video/audio,
 - o Pengungkapan biaya secara eksplisit termasuk biaya akuisisi, administrasi, dan pengelolaan investasi,
 - o Penerapan *cooling-off period* dan *free-look period* untuk memberi waktu refleksi bagi calon pemegang polis.

2. Implikasi Langsung bagi Praktik *Bancassurance*

Regulasi baru ini memaksa perubahan dalam hubungan kerja sama bank dan asuransi, antara lain:

A. Pengetatan Proses Penjualan

Setiap pegawai bank atau tenaga pemasar asuransi di cabang bank harus:

- a. Bersertifikat,
- b. Mengikuti pelatihan produk secara berkala,
- c. Menyampaikan semua informasi produk secara rekam-dokumentatif.

B. Kewajiban Pengawasan Internal dan Audit Pemasaran

Bank dan perusahaan asuransi diwajibkan membuat sistem pemantauan internal atas proses penjualan unit link, termasuk audit acak, pelaporan keluhan, dan pengawasan etik.

C. Perjanjian Kerja Sama Harus Menjelaskan Pembagian Tanggung Jawab

OJK mendorong agar bank dan asuransi secara tertulis menyepakati bahwa kesalahan yang dilakukan tenaga pemasar dari pihak bank menjadi tanggung jawab bersama, dan mekanisme penyelesaiannya diatur secara rinci.

3. Tantangan Implementasi dan Harapan Masa Depan

Meskipun regulasi telah diperbarui, tantangan implementasi di lapangan masih besar, antara lain:

- Kurangnya SDM bank yang memiliki pemahaman mendalam tentang produk asuransi,
- Potensi konflik kepentingan antara target penjualan bank dan prinsip perlindungan konsumen,

- Rendahnya literasi asuransi masyarakat, yang belum banyak berubah dalam 5 tahun terakhir.

Ke depan, keberhasilan reformasi *bancassurance* bergantung pada tiga pilar utama:

1. Integritas dalam pemasaran,
2. Edukasi yang konsisten dan terstruktur,
3. Kepatuhan terhadap prinsip transparansi dan kesesuaian produk.

Kesimpulan

Reformasi regulasi oleh OJK merupakan langkah penting untuk memulihkan kepercayaan masyarakat terhadap produk unit link dan jalur *bancassurance*. Namun regulasi hanya akan efektif jika semua pihak—bank, asuransi, regulator, dan nasabah—memainkan perannya dengan benar. *Bancassurance* dapat tetap menjadi jalur distribusi yang efisien dan bermanfaat, asalkan dijalankan dengan integritas, edukasi, dan tanggung jawab yang setara.

16.6. Pelayanan dan Premi Asuransi dalam *Bancassurance*

A. Pola Penetapan Premi dalam *Bancassurance* dan Perbandingan dengan Jalur Lain

Dalam jalur distribusi *bancassurance*, premi yang dibayarkan oleh nasabah sering kali lebih tinggi dibandingkan produk serupa yang ditawarkan melalui jalur agen tradisional atau *platform* digital. Perbedaan ini bukan semata-mata karena produk yang berbeda, melainkan karena adanya struktur biaya distribusi, margin bank, dan segmentasi pasar yang berbeda pula.

1. Komponen dalam Penetapan Premi Bancassurance

Premi asuransi yang dipasarkan melalui bank biasanya mencakup komponen biaya berikut:

- A. Biaya Akuisisi dan Komisi Bank
 - a. Komisi untuk bank dapat mencapai 30–50% dari premi tahun pertama.
 - b. Biaya ini dimasukkan dalam struktur premi sehingga otomatis membuat premi lebih mahal.
- B. Biaya Admin dan Layanan
 - a. Produk *bancassurance* sering dikemas dengan layanan tambahan seperti customer service prioritas, pengingat digital, dan fitur auto-debit, yang menambah biaya operasional.
- C. Biaya untuk Rider atau Tambahan Manfaat
 - a. Produk yang dipasarkan lewat bank biasanya dilengkapi manfaat tambahan (*rider*) seperti penyakit kritis, cacat tetap, atau pembebasan premi.
- D. Margin untuk *Branding* Bersama
 - a. Produk co-branded antara bank dan asuransi sering kali mengandung markup untuk mendanai aktivitas pemasaran bersama.

2. Perbandingan Premi dengan Jalur Agen dan Digital

Jalur Distribusi	Premi Tahun Pertama	Biaya Akuisisi	Ketentuan Layanan	Akses Informasi
<i>Bancassurance</i>	Lebih tinggi	30–50%	Melalui bank, cepat	Sering terbatas
Agen Tradisional	Lebih fleksibel	20–30%	Konsultasi personal	Rinci dan interaktif
Digital (<i>online</i>)	Lebih rendah	<10%	Minim interaksi manusia	Transparan penuh

Premi melalui jalur digital cenderung paling murah karena:

- Tidak ada biaya kantor cabang,
- Tidak ada tenaga pemasar fisik,
- Proses sepenuhnya dilakukan mandiri oleh nasabah.

Namun, kelemahan jalur digital adalah keterbatasan edukasi bagi nasabah awam, sedangkan *bancassurance* unggul dalam akses langsung dan kenyamanan administrasi.

3. Tantangan: Transparansi dalam Menjelaskan Premi kepada Nasabah

Sayangnya, dalam banyak kasus, nasabah tidak mengetahui rincian komponen biaya dalam premi *bancassurance*. Brosur dan penjelasan yang diberikan cenderung menyoroti manfaat, bukan rincian biaya. Akibatnya:

- Nasabah menganggap premi mahal tanpa memahami alasannya,
- Tidak ada dasar perbandingan dengan produk serupa di kanal lain,
- Potensi rasa kecewa saat tahu nilai tunai rendah karena sebagian besar premi terpotong biaya akuisisi.

Regulasi OJK melalui SEOJK No. 5/2022 kini mewajibkan perusahaan asuransi untuk memberikan ilustrasi manfaat dan biaya secara eksplisit termasuk perbandingan simulatif.

Kesimpulan

Premi dalam produk *bancassurance* memang lebih tinggi karena memuat biaya komisi, layanan, dan *branding*. Namun, premi yang lebih mahal seharusnya diimbangi dengan

transparansi, pelayanan lebih baik, dan edukasi menyeluruh. Jika tidak, maka akan muncul persepsi bahwa nasabah membayar lebih untuk produk yang seharusnya bisa diperoleh dengan harga lebih wajar di kanal lain.

B. Pelayanan Nasabah dalam *Bancassurance*: Kelebihan, Tantangan, dan Keluhan Umum

Pelayanan kepada nasabah merupakan aspek krusial dalam menjaga kepercayaan dan keberlanjutan hubungan antara tertanggung dan perusahaan asuransi. Dalam konteks *bancassurance*, pelayanan menjadi lebih kompleks karena jalur komunikasi tidak langsung—nasabah sering berinteraksi melalui bank, bukan langsung ke perusahaan asuransi. Hal ini membawa sejumlah kelebihan, namun juga menyimpan tantangan dan sumber keluhan yang kerap muncul.

1. Kelebihan Pelayanan dalam *Bancassurance*

1. Kemudahan Administrasi dan Pembayaran
 - o Nasabah dapat melakukan pembayaran premi secara otomatis melalui autodebet dari rekening bank.
 - o Perubahan data dan pengelolaan polis dapat dilakukan melalui layanan pelanggan bank, tanpa harus ke kantor asuransi.
2. Aksesibilitas Cabang dan CS Bank
 - o Nasabah merasa lebih nyaman mendatangi kantor cabang bank yang sudah akrab dibanding datang ke kantor asuransi.
 - o Bank sering memiliki layanan prioritas untuk nasabah premium, yang mempercepat proses administrasi dan *respons*.

3. Dukungan Digital dan Integrasi Layanan
 - o Beberapa bank telah menyediakan fitur *e-policy viewer*, *tracking* klaim, dan notifikasi jatuh tempo premi di aplikasi *mobile banking*.
 - o Layanan digital ini memberikan kenyamanan, terutama bagi nasabah muda dan *tech-savvy*.

2. Tantangan dalam Pelayanan *Bancassurance*

1. Ketidaktahuan Nasabah akan Jalur Komunikasi yang Tepat
 - o Banyak nasabah mengira bahwa bank adalah pihak yang bertanggung jawab penuh atas polis, padahal pelayanan teknis tetap berada di perusahaan asuransi.
 - o Saat terjadi masalah (klaim tertunda, tidak bisa mengakses data polis), nasabah bingung harus menghubungi siapa.
2. *Frontliners* Bank Tidak Selalu Menguasai Detail Produk Asuransi
 - o Pegawai bank sering kali tidak dapat menjelaskan rincian manfaat, pengecualian polis, atau status klaim secara akurat.
 - o Ini menimbulkan frustrasi nasabah dan memperpanjang proses penyelesaian masalah.
3. Lemahnya Koordinasi Antara Bank dan Asuransi
 - o Proses validasi perubahan data, pengajuan rider tambahan, dan permintaan ilustrasi nilai tunai terkadang memerlukan komunikasi silang antara dua institusi yang lamban.
 - o Akibatnya, waktu pelayanan menjadi tidak konsisten dan nasabah merasa “dilempar-lempar”.

3. Keluhan Umum dari Nasabah Bancassurance

Beberapa keluhan yang sering muncul dalam laporan YLKI, BPSK, dan media sosial terkait pelayanan *bancassurance* antara lain:

- Kesulitan mengakses nilai tunai unit link: tidak tersedia di aplikasi bank dan harus menghubungi *call center* asuransi.
- Keterlambatan informasi jatuh tempo atau gagal *autodebit*: menyebabkan polis *lapse* tanpa pemberitahuan cukup.
- Ketidaksesuaian antara janji petugas bank dengan realitas isi polis: nasabah merasa dijanjikan satu hal, namun tidak menemukan manfaat tersebut dalam dokumen.

Kesimpulan

Pelayanan dalam *bancassurance* memiliki keunggulan dari sisi kenyamanan dan kemudahan akses, tetapi di sisi lain, rentan terhadap miskomunikasi, ketidaktepatan informasi, dan lemahnya koordinasi antarinstansi. Untuk meningkatkan kepercayaan dan kepuasan nasabah, diperlukan:

- Edukasi awal yang jelas,
- Layanan bersama bank-asuransi yang responsif,
- Penguatan sistem digital yang terintegrasi dengan akses informasi polis secara *real time*.

C. Siapa yang Bertanggung Jawab atas Pelayanan Nasabah – Bank, Asuransi, atau Keduanya?

Pertanyaan tentang siapa yang bertanggung jawab atas pelayanan kepada nasabah dalam *bancassurance* merupakan isu sentral yang sering menjadi sengketa di lapangan. Hal ini disebabkan oleh kaburnya batas antara peran distributor

(bank) dan penerbit polis (perusahaan asuransi) dalam mata nasabah. Meskipun secara hukum perusahaan asuransi adalah penanggung jawab utama, dalam praktiknya, bank sering menjadi pintu masuk pertama dan utama bagi nasabah untuk memperoleh informasi maupun menyampaikan keluhan.

1. Posisi Hukum: Perusahaan Asuransi sebagai Penanggung Risiko

Secara yuridis, tanggung jawab atas:

- Isi dan manfaat polis,
- Proses *underwriting*,
- Pengelolaan premi dan nilai tunai,
- Penanganan klaim, sepenuhnya berada pada perusahaan asuransi.

Hal ini ditegaskan dalam:

- POJK No. 69/POJK.05/2016 dan POJK No. 36/2024 tentang Penyelenggaraan Usaha Asuransi,
- SEOJK No. 5 tahun 2022 tentang PAYDI, dan
- Pasal-pasal umum dalam KUH Perdata tentang perikatan dan perjanjian.

Bank, dalam hal ini, bertindak sebagai saluran distribusi atau pihak ketiga yang memfasilitasi penawaran produk, bukan sebagai pihak yang terikat langsung dalam perjanjian pertanggungan.

2. Fakta Praktik: Bank sebagai Wajah Depan dan Sumber Informasi Awal

Namun dalam praktik, nasabah lebih mengenal dan percaya kepada bank:

- Produk dijelaskan pertama kali oleh pegawai bank,
- Dokumen diserahkan di kantor cabang bank,

- Pembayaran premi dilakukan lewat rekening bank.

Hal ini menimbulkan persepsi publik bahwa bank adalah pihak yang bertanggung jawab langsung atas seluruh layanan, termasuk ketika terjadi:

- Keterlambatan klaim,
- Ketidaksesuaian manfaat,
- Ketidakjelasan status polis.

Akhirnya, ketika pelayanan asuransi tidak memuaskan, bank ikut terseret dalam keluhan dan gugatan, bahkan meskipun secara kontraktual tidak bertanggung jawab atas risiko.

3. Tanggung Jawab Bersama: Konstruksi Etis dan Regulasi Terkini

Oleh karena itu, OJK dan beberapa putusan BPSK menyatakan bahwa dalam konteks perlindungan konsumen, tanggung jawab dapat menjadi tanggung jawab bersama apabila:

- Penjualan dilakukan oleh pegawai bank (bukan tenaga asuransi),
- Informasi produk tidak disampaikan secara transparan oleh pihak bank,
- Tidak dilakukan asesmen risiko atau edukasi yang layak.

Dalam kerja sama *bancassurance* yang sehat, seharusnya terdapat:

- Perjanjian Kerja Sama (PKS) yang jelas membagi peran layanan antara bank dan asuransi,
- Protokol pelayanan terpadu: siapa menangani perubahan data, cetak ulang polis, perhitungan nilai tunai, atau penjelasan manfaat,

- Sistem pelaporan keluhan bersama, sehingga tidak ada pihak yang “cuci tangan”.

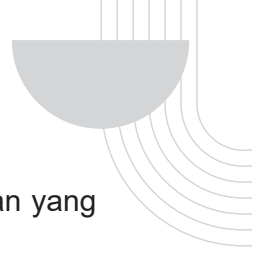
Kesimpulan

Secara hukum, perusahaan asuransi adalah pihak yang bertanggung jawab atas polis. Namun secara moral, operasional, dan persepsi publik, bank juga memiliki tanggung jawab etis dan fungsional dalam memastikan pelayanan kepada nasabah berjalan baik. Dalam skema *bancassurance* yang modern dan beretika, tanggung jawab atas pelayanan nasabah harus dibagi secara adil, dijelaskan secara eksplisit, dan dijalankan secara kolaboratif.

Penutup Bab: *Bancassurance* – Peluang Besar, Tanggung Jawab Lebih Besar

Bancassurance hadir sebagai jembatan antara dunia perbankan dan dunia asuransi. Di satu sisi, ia membuka jalan baru untuk meningkatkan literasi dan inklusi keuangan masyarakat. Di sisi lain, ia membawa tantangan serius dalam hal edukasi, etika pemasaran, dan perlindungan konsumen. Apa yang tampak sebagai kemudahan dan efisiensi, ternyata dapat menyimpan risiko tersembunyi jika tidak dijalankan secara hati-hati dan bertanggung jawab.

Bank dan perusahaan asuransi memang memperoleh manfaat besar dari kerja sama ini, akses pasar yang luas, efisiensi distribusi, dan pendapatan berbasis komisi yang menjanjikan. Bagi masyarakat, *bancassurance* menawarkan kemudahan membeli produk asuransi tanpa perlu keluar dari jalur layanan finansial yang telah dikenal. Namun, sejarah *bancassurance* di Indonesia juga mencatat banyaknya keluhan, kebingungan, bahkan konflik hukum, terutama terkait produk



unit link yang kompleks namun dijual dengan pendekatan yang terlalu sederhana.

Pelajaran penting dari perjalanan panjang *bancassurance* adalah: produk yang baik pun bisa menimbulkan ketidakpuasan jika dijual dengan cara yang salah. Kepercayaan publik terhadap institusi keuangan harus dijaga dengan cara yang jujur dan edukatif. Ketika pegawai bank menawarkan produk asuransi, mereka tidak sekadar menjual proteksi, tapi juga membawa tanggung jawab moral atas pemahaman nasabah terhadap risiko dan manfaatnya.

Reformasi regulasi oleh OJK telah menjadi langkah awal yang positif. Namun, keberhasilan skema *bancassurance* di masa depan sangat bergantung pada komitmen etika para pelaku industri, transparansi informasi, dan kemauan kolektif untuk menempatkan kepentingan nasabah di atas target penjualan. Bank dan asuransi tidak boleh hanya berbagi keuntungan—mereka juga harus berbagi tanggung jawab.

Akhirnya, bagi pembaca buku ini, pahamiilah bahwa meski asuransi bisa dijual lewat bank, asuransi tetaplah produk yang unik dan kompleks. Ia membutuhkan pemahaman, bukan sekadar persetujuan. Belilah asuransi dengan sadar, bukan karena ditawarkan oleh orang yang Anda percaya, tapi karena Anda sudah benar-benar paham apa yang Anda beli disesuaikan dengan kebutuhan dan keadaan ekonomi Anda.



16.7. Praktik Bank dengan Anak Perusahaan - Pialang Asuransi

Integrasi Bisnis Asuransi dalam Bank. Beberapa negara maju seperti Singapura dan Inggris menunjukkan tren di mana bank membentuk anak perusahaan khusus sebagai pialang asuransi. Dalam model ini, bank tidak sekadar menjadi agen penjual bagi satu perusahaan asuransi, melainkan mendirikan unit pialang tersendiri yang dapat menjual berbagai produk asuransi kepada nasabah bank. Strategi ini memperdalam praktik *bancassurance* (aliansi bank dan asuransi) karena bank menguasai jalur distribusi asuransi secara langsung melalui anak usahanya.

Hasil riset Boston Consulting Group (BCG) menunjukkan bahwa *bancassurance* merupakan peluang besar – bank ritel yang sukses memanfaatkannya bisa meningkatkan profit hingga 15–20% . *Bancassurance* terbukti lebih menguntungkan daripada bisnis asuransi pada umumnya (yang bahkan lebih menguntungkan daripada perbankan inti), sehingga banyak bank kini semakin serius menggarap segmen ini .

Keuntungan Finansial Jangka Panjang. Memiliki pialang asuransi sendiri memberikan multiple income stream bagi bank di luar pendapatan bunga. Penjualan polis asuransi menghasilkan *fee-based income* (komisi) yang cenderung stabil dan non-siklis. Berbeda dari kredit yang sensitif terhadap suku bunga, pendapatan komisi asuransi tidak terlalu terpengaruh siklus ekonomi, sehingga dapat menstabilkan laba dan meningkatkan return on capital bank.

BCG mencatat bahwa sifat bisnis asuransi yang non-siklis membuat pendapatan fee dari penjualan asuransi mampu

meningkatkan ketahanan permodalan dan laba bank, yang umumnya sangat bergantung pada margin bunga . Bahkan komisi dari produk asuransi yang lebih kompleks (misalnya unit-link, investasi, atau *pension*) dapat membuat kinerja laba bank lebih tahan terhadap penurunan marjin pada produk perbankan tradisional. Selain itu, nasabah yang membeli asuransi melalui bank cenderung meningkat loyalitasnya – mereka lebih kemungkinan akan menggunakan produk bank lainnya di masa depan. Hal ini berarti *bancassurance* tak hanya menambah pendapatan, tapi juga memperkuat hubungan jangka panjang dengan nasabah.

Diversifikasi Produk di Luar Kredit. Pialang asuransi milik bank dapat menawarkan produk asuransi yang luas, tidak terbatas pada proteksi terkait pinjaman (misalnya asuransi kredit atau *mortgage insurance*). Bank dapat menjual polis jiwa jangka panjang, kesehatan, properti, kendaraan, dan lainnya sesuai kebutuhan nasabah, terlepas apakah nasabah tersebut sedang mengambil kredit atau tidak. Di banyak negara, bank sebelumnya lebih fokus menjual asuransi jiwa yang dikaitkan dengan pinjaman, namun masih banyak peluang di lini asuransi lain (seperti properti/kendaraan dan kesehatan) yang dapat digarap melalui model broker ini.

Karena polis asuransi (terutama jiwa dan kesehatan) umumnya berjangka panjang dan dapat diperpanjang, bank bisa menjalin kontak dan pendapatan komisi berkelanjutan sepanjang umur polis, bahkan melewati tenor kredit yang mungkin hanya beberapa tahun. Dengan kata lain, unit pialang asuransi memungkinkan bank melayani kebutuhan finansial nasabah secara lebih lengkap dan berkesinambungan dibanding jika bank hanya menjual produk perbankan inti.

Meningkatkan Perlindungan Nasabah melalui Tenaga Profesional. Keberadaan pialang asuransi yang profesional di bawah bank juga membawa manfaat dari sisi nasabah. Tenaga pemasar asuransi di pialang anak usaha bank umumnya memiliki kompetensi khusus di bidang asuransi, sertifikasi, dan fokus pada penjualan berbagai produk asuransi. Ini berbeda dengan skema *bancassurance* tradisional yang mengandalkan pegawai bank biasa sebagai agen, di mana sering terjadi keterbatasan pemahaman produk dan potensi *mis-selling*.

Penelitian mencatat bahwa karyawan bank tidak selalu terlatih dalam penjualan produk asuransi, sehingga membutuhkan edukasi dan pelatihan tambahan. Dengan model broker, bank dapat memastikan hanya tenaga terlatih yang menawarkan polis, sehingga nasabah mendapat edukasi dan rekomendasi yang lebih tepat. Bahkan, kebijakan di India untuk mengizinkan bank menjadi broker asuransi dilandasi harapan dapat mengurangi praktik *mis-selling* dan memberikan nasabah pilihan produk lebih luas. Sebagai broker independen, anak perusahaan ini mewakili kepentingan nasabah (bukan sekadar menjadi perpanjangan salah satu perusahaan asuransi) sehingga wajib menawarkan produk terbaik sesuai kebutuhan nasabah.

Seorang pakar menjelaskan bahwa broker bertanggung jawab memahami kebutuhan nasabah, memberikan perbandingan polis dari berbagai perusahaan, lengkap dengan layanan purna jual, agar nasabah mendapat solusi paling menguntungkan. Nasabah diuntungkan dengan akses kepada banyak opsi asuransi melalui bank mereka sendiri, meningkatkan peluang mendapatkan perlindungan yang benar-benar sesuai, alih-alih terbatas pada satu merek saja. Dari sisi perlindungan konsumen, model broker juga biasanya diiringi persyaratan

asuransi profesional dan tanggung gugat (*professional indemnity*) bagi broker, sehingga jika terjadi kecurangan atau kesalahan, bank dan nasabah terlindungi secara hukum. Regulasi ini membuat standar layanan pialang bank lebih tinggi dan kepercayaan nasabah meningkat.

Contoh Penerapan di Singapura, Inggris, dan Negara Lain. Strategi memiliki anak perusahaan pialang asuransi sudah diterapkan oleh sejumlah kelompok perbankan terkemuka. Di Singapura, misalnya, OCBC Bank mengoperasikan bisnis asuransinya melalui anak usaha asuransi Great Eastern Holdings (kepemilikan ~87%). Integrasi ini menjadikan kemitraan *bancassurance* OCBC-Great Eastern sangat erat, dengan koordinasi yang luwes dalam manajemen penjualan dan pengembangan produk.

Dampaknya signifikan: Great Eastern berkontribusi sekitar 15% terhadap laba bersih OCBC setiap tahunnya selama dekade terakhir, menunjukkan betapa menguntungkannya bisnis asuransi bagi bank. Bank-bank Singapura lain memilih model kemitraan eksklusif jangka panjang dengan perusahaan asuransi, namun tetap memisahkan unit penjualan asuransi secara profesional. Sebagai contoh, Standard Chartered Bank Singapore menjalin aliansi *bancassurance* 25 tahun dengan Prudential dan membentuk tim finansial khusus untuk memasarkan produk Prudential di cabang-cabangnya. Langkah semacam ini memastikan penjualan ditangani tenaga terlatih meski bukan melalui anak perusahaan terpisah.

Di Inggris, bank besar juga memiliki lengan bisnis asuransi terafiliasi. Barclays Bank UK, contohnya, memiliki anak perusahaan perantara asuransi bernama Barclays Insurance Services Company Ltd yang sepenuhnya dimiliki Barclays. Unit

ini mengatur penjualan asuransi rumah (*home insurance*) kepada nasabah Barclays, bekerja sama dengan insurer seperti Hiscox dan Aviva, dan terdaftar serta diawasi oleh regulator keuangan Inggris secara terpisah.

Contoh Barclays ini menunjukkan bank dapat menjaga kepatuhan regulasi dengan memisahkan entitas broker, sekaligus memperoleh fee komisi dari polis yang dijual (Barclays menerima komisi persentase premi dari setiap polis rumah yang terjual) . Grup perbankan lain seperti Lloyds Banking Group juga telah mengintegrasikan bisnis asuransi secara mendalam – Lloyds memiliki Scottish Widows (perusahaan asuransi jiwa & pensiun) dan sebelumnya memiliki divisi asuransi umum sendiri. Kontribusi lini asuransi & wealth management Lloyds pun signifikan; pada 2024 divisi *Insurance, Pensions & Investments* mereka membukukan pertumbuhan laba *underlying* 16%, membantu menopang kinerja grup di tengah tantangan sektor perbankan.

Sementara itu, HSBC pernah memiliki anak perusahaan broker asuransi global (HSBC *Insurance Brokers*) yang beroperasi di Inggris, Asia, dan Timur Tengah. Unit ini menyediakan jasa broker risiko korporat dan asuransi umum bagi klien HSBC hingga akhirnya diakuisisi oleh perusahaan broker Marsh pada 2010. Sebelum dijual, HSBC *Insurance Brokers* merupakan salah satu broker terbesar di Inggris dengan reputasi profesionalisme yang tinggi, menjadi benchmark bahwa bank dapat membangun unit broker berkelas dunia. Contoh HSBC juga menunjukkan fleksibilitas strategi: bank dapat memilih mengembangkan sendiri lalu melepas unit asuransi tersebut ketika sudah matang, untuk memonetisasi nilainya. Namun banyak bank memilih mempertahankan bisnis pialang asuransi karena manfaat jangka panjangnya.

Selain Singapura dan Inggris, praktik serupa terlihat di negara lain. Di Amerika Serikat, pasca deregulasi melalui Gramm-Leach-Bliley Act akhir 1990-an, ratusan bank – terutama bank komunitas – berbondong-bondong masuk bisnis asuransi dengan mengakuisisi broker/agen asuransi independen.

Langkah ini dipandang sebagai cara untuk mendiversifikasi pendapatan non-bunga dan melayani kebutuhan nasabah secara menyeluruh. Tren tersebut begitu kuat hingga bank-bank kecil rela mengeluarkan miliaran dolar untuk membeli agen asuransi lokal. Kini, setelah lebih dari dua dekade, beberapa bank memang menjual kembali unit asuransinya dengan keuntungan (tertarik oleh harga jual yang tinggi mencapai puluhan kali lipat pendapatan tahunan unit tersebut).

Namun, banyak bank AS tetap mempertahankan bisnis broker asuransi mereka karena aliran pendapatan yang stabil dan konsisten yang dihasilkan unit tersebut. Para eksekutif bank menyebut bahwa komisi asuransi memberikan sumber laba yang steady serta meningkatkan valuasi perusahaan. Hal ini sejalan dengan pandangan bahwa *bancassurance* memberikan *win-win solution*: nasabah mendapat *one-stop financial services*, bank mendapat pendapatan berkelanjutan, dan perusahaan asuransi memperoleh saluran distribusi luas secara efektif.

Dampak terhadap Bisnis *Bancassurance*. Kehadiran anak perusahaan pialang asuransi terbukti mengakselerasi bisnis *bancassurance* bank secara keseluruhan. Bank dapat lebih leluasa merancang strategi penjualan asuransi karena memiliki kontrol langsung atas kanal distribusi dan tenaga penjual. Produk asuransi dapat diprioritaskan setara dengan produk perbankan, tidak lagi sekadar tambahan, sehingga potensi pasarnya tergarap optimal.

Data BCG menunjukkan bahwa *bancassurance* yang digarap serius membuat bank dan insurer sama-sama lebih untung, sekaligus meningkatkan inklusi perlindungan bagi nasabah. Di tingkat organisasi, koordinasi antara bank dan unit asuransi menjadi lebih terintegrasi. Misalnya, OCBC mampu meluncurkan inisiatif penjualan silang dan inovasi produk secara terpadu bersama Great Eastern karena berada dalam satu grup. Hal serupa juga terjadi pada bank-bank dengan model broker; feedback nasabah di cabang dapat langsung diteruskan ke tim pialang untuk dicarikan solusi asuransi terbaik di pasar. Dengan demikian, nilai tambah bagi nasabah meningkat dan reputasi bank sebagai penyedia layanan keuangan lengkap pun terangkat.

Pada akhirnya, strategi bank memiliki anak perusahaan pialang asuransi menawarkan beragam keunggulan: pendapatan komisi yang lebih besar dan berkelanjutan, diversifikasi layanan finansial yang melampaui kredit, serta peningkatan perlindungan nasabah melalui penyediaan solusi asuransi yang profesional. Pengalaman di Singapura, Inggris, dan negara-negara lain membuktikan bahwa model ini dapat memperkuat kinerja bank jangka panjang.

Bank mampu “menjual proteksi” selain “menjual uang”, memperpanjang *customer lifetime value* dengan nasabah, sekaligus berkontribusi menutup protection gap di masyarakat. Dengan struktur yang jelas dan tata kelola yang baik, anak perusahaan pialang asuransi dapat menjadi pilar penting bisnis *bancassurance* yang menguntungkan semua pihak – bank, perusahaan asuransi, maupun nasabah.





**Risk is the small crack
in the glass of
tomorrow; ignored, it
may spread,
but understood, it teaches
us to hold life
with care.**

BAB

17.

RING OF FIRE



**Risk is not the darkness
itself; it is the possibility
that the lamp may go out.**



**Preparation is the hand
that keeps matches ready.**



17.1. Pengantar

Mengenal Risiko Geologis untuk Perlindungan Masa Depan

Indonesia berada kawasan geologis aktif yang dikenal sebagai *Ring of Fire* - sebuah sabuk gunung api dan patahan tektonik yang membentang dari Samudra Pasifik, mencakup Asia Timur, lalu menyusuri kepulauan Nusantara, hingga ke Amerika Latin. Letak ini menjadikan Indonesia sebagai negeri yang sangat kaya akan sumber daya vulkanik, namun sekaligus rentan terhadap gempa bumi, letusan gunung berapi, dan tsunami. Dalam satu sisi, posisi ini membawa berkah mineral dan kesuburan tanah. Namun di sisi lain, juga menyimpan potensi bencana yang dapat menghancurkan kota, menelan nyawa, dan mengguncang perekonomian.

Pemahaman tentang risiko yang ditimbulkan dari *Ring of Fire* bukan sekadar pengetahuan akademik. Ia adalah kebutuhan dasar bagi setiap individu, pemimpin komunitas, pelaku usaha, dan pengambil kebijakan. Mengabaikan risiko geologis berarti membiarkan diri tidak siap saat bencana datang, padahal bukti sejarah telah berkali-kali menunjukkan betapa dahsyat dampak gempa dan letusan gunung api di Indonesia. Dari Aceh 2004 hingga Palu 2018, dari Krakatau 1883 hingga Merapi 2010, semua meninggalkan jejak luka yang dalam—namun juga pelajaran berharga tentang pentingnya kesiapsiagaan dan perlindungan.

Bab ini hadir untuk mengajak kita menyelami sejarah, memahami dinamika lempeng bumi, mengidentifikasi wilayah rawan, dan memetakan berbagai bentuk kerentanan yang melekat pada wilayah-wilayah di Indonesia yang berada di jalur patahan aktif. Selain itu, bab ini juga menawarkan sudut pandang



ilmu asuransi dalam memitigasi risiko, melalui pengenalan sistem penjaminan, perhitungan premi, serta kajian atas klaim-klaim yang pernah terjadi, baik di dalam maupun luar negeri.

Lebih dari sekadar respons terhadap bencana, memahami *Ring of Fire* adalah bagian dari perencanaan masa depan yang berkelanjutan. Dengan informasi yang akurat, kita dapat membangun rumah yang lebih aman, merancang sistem evakuasi yang efisien, melindungi aset dengan polis asuransi yang tepat, dan menyusun kebijakan pembangunan yang berbasis risiko. Edukasi tentang risiko *Ring of Fire* akan menjadikan masyarakat tidak hanya tangguh secara fisik, tapi juga cerdas secara strategis.

Oleh karena itu, mari kita pelajari bab ini dengan semangat untuk menghargai bumi sekaligus melindungi kehidupan. Karena hidup di tengah *Ring of Fire* bukanlah pilihan, tetapi cara kita menyikapinya akan menentukan apakah kita menjadi korban dari ketidaksiapan, atau pelaku perubahan yang bijak dalam menghadapi risiko geologis di tanah air tercinta.

A. Sejarah Peristiwa Gempa Bumi dan Letusan Gunung Berapi di Dunia dan di Indonesia

Sejak awal peradaban, gempa bumi dan letusan gunung berapi telah menjadi bagian dari sejarah umat manusia, meninggalkan jejak yang mendalam dalam catatan geologi dan budaya. Di seluruh dunia, peristiwa-peristiwa ini tidak hanya mengubah lanskap fisik, tetapi juga mempengaruhi perkembangan sosial dan ekonomi masyarakat.

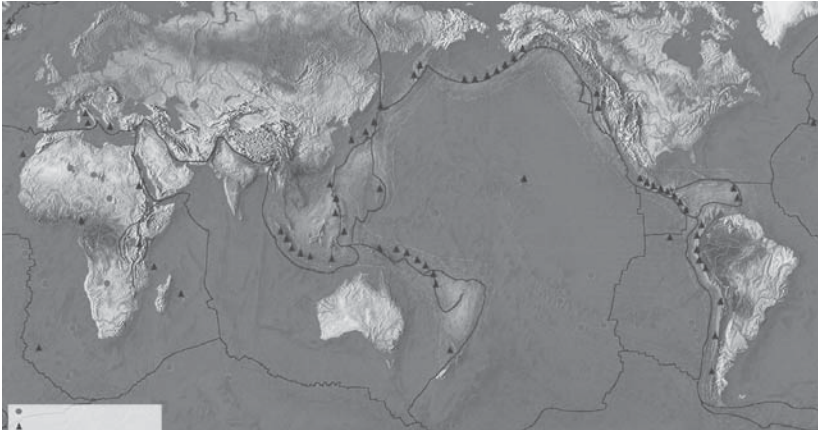
Salah satu gempa bumi terbesar yang pernah tercatat adalah Gempa Valdivia di Chili pada tahun 1960, dengan magnitudo 9,5, yang menyebabkan tsunami besar dan kerusakan luas di

wilayah tersebut. Di Asia, Gempa Tohoku di Jepang pada tahun 2011 dengan magnitudo 9,1 menyebabkan tsunami dahsyat yang merusak reaktor nuklir Fukushima, menimbulkan krisis energi dan lingkungan yang signifikan.

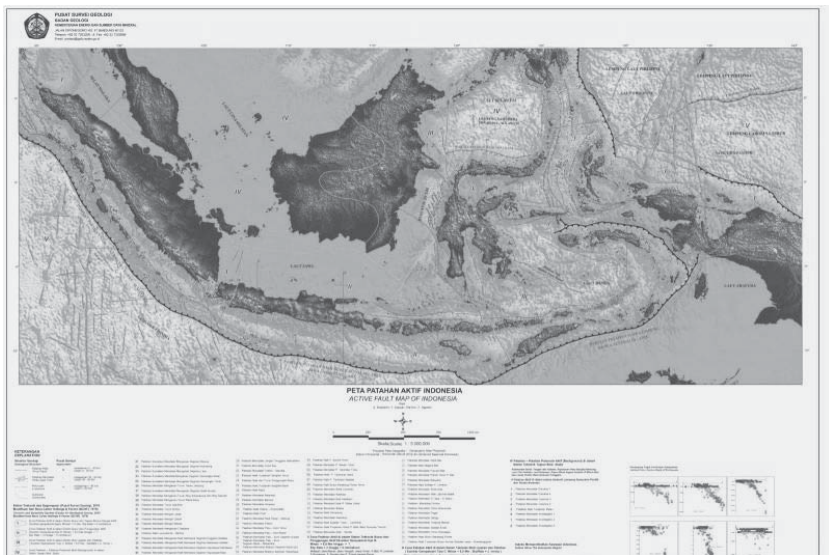
Indonesia, yang terletak di pertemuan tiga lempeng tektonik utama, memiliki sejarah panjang terkait aktivitas seismik dan vulkanik. Letusan Gunung Tambora pada tahun 1815 di Sumbawa adalah letusan gunung berapi terbesar dalam sejarah modern, dengan skala VEI 7, yang menyebabkan perubahan iklim global dan dikenal sebagai “tahun tanpa musim panas” di Eropa dan Amerika Utara. Letusan Gunung Krakatau pada tahun 1883 menghasilkan tsunami besar yang menewaskan lebih dari 36.000 orang dan mempengaruhi pola cuaca global.

Dalam sejarah gempa bumi, Gempa dan Tsunami Aceh pada 26 Desember 2004 dengan magnitudo 9,1 adalah salah satu bencana alam paling mematikan, menewaskan lebih dari 230.000 orang di 14 negara. Peristiwa ini menjadi titik balik dalam sistem peringatan dini tsunami di kawasan Samudra Hindia.

Peristiwa-peristiwa ini menekankan pentingnya pemahaman dan kesiapsiagaan terhadap bencana geologi, terutama bagi negara seperti Indonesia yang berada di jalur Cincin Api Pasifik. Mempelajari sejarah ini bukan hanya untuk mengenang, tetapi juga untuk membangun strategi mitigasi dan adaptasi yang lebih baik di masa depan.



https://tugujatim.id/wp-content/uploads/2020/12/37.-Thumbnail-Sumber-mirror.co_.uk_.jpg



<https://img21.com/storage/patahan-indonesia.jpeg>

B. Kajian Ilmiah *Ring of Fire*: Mengapa dan Apa Dampaknya?

Ring of Fire, atau Cincin Api Pasifik, adalah zona geologis berbentuk tapal kuda sepanjang sekitar 40.000 kilometer yang mengelilingi Samudra Pasifik. Zona ini merupakan pertemuan dari beberapa lempeng tektonik utama, termasuk Lempeng Pasifik, Indo-Australia, Eurasia, dan Amerika. Interaksi antar lempeng ini, terutama melalui proses subduksi di mana satu lempeng menyusup ke bawah lempeng lainnya, menyebabkan aktivitas seismik dan vulkanik yang intens di sepanjang *Ring of Fire*. Sekitar 90% gempa bumi dunia dan 75% gunung berapi aktif berada di zona ini.

Indonesia terletak di pertemuan tiga lempeng tektonik utama: Indo-Australia, Eurasia, dan Pasifik. Posisi ini menjadikan Indonesia sebagai salah satu negara dengan aktivitas seismik dan vulkanik tertinggi di dunia. Proses subduksi Lempeng Indo-Australia ke bawah Lempeng Eurasia membentuk busur gunung api yang membentang dari Sumatra, Jawa, Bali, hingga Nusa Tenggara. Sementara itu, interaksi antara Lempeng Pasifik dan lempeng-lempeng mikro di bagian timur Indonesia, seperti di Maluku dan Papua, juga menghasilkan aktivitas geologis yang signifikan.

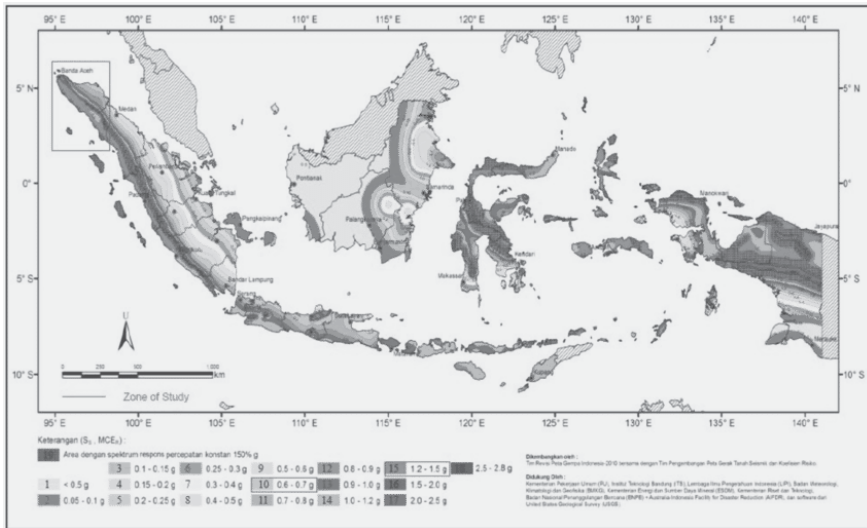
Dampak dari aktivitas geologis di *Ring of Fire* sangat luas. Gempa bumi dapat menyebabkan kerusakan infrastruktur, korban jiwa, dan gangguan ekonomi. Letusan gunung berapi dapat mempengaruhi iklim global, seperti yang terjadi pada letusan Gunung Tambora pada tahun 1815 yang menyebabkan “tahun tanpa musim panas”. Selain itu, aktivitas seismik di bawah laut dapat memicu tsunami yang menghancurkan, seperti yang terjadi pada tsunami Aceh 2004.

Statistik menunjukkan bahwa Indonesia mengalami ratusan gempa bumi setiap tahunnya, dengan puluhan di antaranya berkekuatan signifikan. Data dari Badan Meteorologi, Klimatologi, dan Geofisika (BMKG) mencatat bahwa pada tahun 2020 saja, terjadi lebih dari 11.500 gempa bumi di wilayah Indonesia. Selain itu, Indonesia memiliki lebih dari 120 gunung berapi aktif, menjadikannya negara dengan jumlah gunung berapi aktif terbanyak di dunia.

Memahami dinamika *Ring of Fire* sangat penting bagi Indonesia. Pengetahuan ini dapat digunakan untuk meningkatkan sistem peringatan dini, perencanaan tata ruang yang lebih aman, serta pengembangan kebijakan mitigasi bencana yang efektif. Dengan demikian, risiko yang ditimbulkan oleh aktivitas geologis dapat diminimalkan, dan masyarakat dapat hidup lebih aman di tengah lingkungan yang rawan bencana.



https://1.bp.blogspot.com/-x6hbw_94tzY/Uhe0CEntd1I/AAAAAAAAQBA/DKASIZUBGBs/s1600/IMG_0013.jpg



<https://www.researchgate.net/profile/Mubarak-Mubarak/publication/324965127/figure/fig1/AS:622787194540>

<032@1525495446476/The-map-of-Indonesian-earthquake-zone.png>

C. Peta Patahan Bumi dan Mengapa Indonesia Disebut *Ring of Fire*

Indonesia dikenal sebagai bagian dari *Ring of Fire* atau Cincin Api Pasifik, sebuah zona geologis aktif yang membentang sepanjang sekitar 40.000 kilometer di sekitar Samudra Pasifik. Zona ini merupakan pertemuan dari beberapa lempeng tektonik utama, termasuk Lempeng Pasifik, Indo-Australia, dan Eurasia. Interaksi antar lempeng ini, terutama melalui proses subduksi di mana satu lempeng menyusup ke bawah lempeng lainnya, menyebabkan aktivitas seismik dan vulkanik yang intens di sepanjang *Ring of Fire*.

Di Indonesia, terdapat beberapa patahan aktif yang menjadi sumber utama gempa bumi. Beberapa di antaranya adalah Patahan Semangko yang membentang di sepanjang Bukit

Barisan di Sumatra, Patahan Lembang di Jawa Barat, dan Patahan Palu-Koro yang melintasi Sulawesi Tengah. Patahan-patahan ini merupakan bagian dari sistem tektonik kompleks yang menjadikan Indonesia sebagai salah satu negara dengan aktivitas seismik tertinggi di dunia.

Peta patahan aktif Indonesia yang diluncurkan oleh Badan Geologi Kementerian ESDM menunjukkan sebaran keberadaan patahan-patahan aktif di seluruh wilayah Indonesia. Peta ini menyediakan informasi penting untuk meningkatkan kewaspadaan terhadap potensi bencana gempa bumi, khususnya gempa bumi patahan aktif. Peta ini juga menjadi dasar dalam perencanaan tata ruang dan pembangunan infrastruktur yang tahan terhadap gempa bumi.

Selain patahan-patahan tersebut, Indonesia juga memiliki lebih dari 120 gunung berapi aktif yang tersebar di seluruh kepulauan. Gunung-gunung berapi ini terbentuk akibat aktivitas subduksi lempeng tektonik dan menjadi bagian integral dari *Ring of Fire*. Letusan gunung berapi seperti Tambora pada tahun 1815 dan Krakatau pada tahun 1883 telah meninggalkan dampak signifikan, tidak hanya di Indonesia tetapi juga secara global.

Pemahaman tentang lokasi dan karakteristik patahan serta gunung berapi aktif sangat penting dalam upaya mitigasi bencana. Dengan informasi yang akurat, pemerintah dan masyarakat dapat merencanakan pembangunan yang lebih aman, meningkatkan sistem peringatan dini, dan mengembangkan strategi evakuasi yang efektif. Hal ini menjadi kunci dalam mengurangi risiko dan dampak dari bencana geologis di masa depan.

D. Daerah di Indonesia yang Dilalui Patahan Tektonik

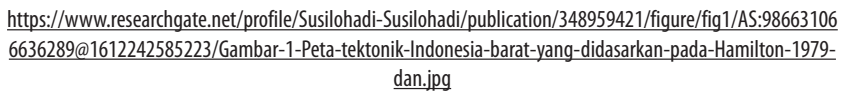
- Pulau-pulau besar: Sumatra, Jawa, Bali, Nusa Tenggara, Sulawesi, Maluku, Papua
- Provinsi, kabupaten/kota yang berada di zona merah gempa dan letusan
- Nama-nama patahan aktif: Semangko, Lembang, Palu-Koro, Sorong, dll.
- Penjelasan tentang mikrozonasi risiko bencana

Perhatikan Peta Geologi di bawah ini. *

Manakah daerah yang termasuk wilayah rawan gempa....



<https://media.studyx.ai/ue/ec29de6b/48c61a157fbc4b0c8cbcd14e9147a90a.jpg>



Pulau	Provinsi	Kabupaten/ Kota	Contoh Desa/ Kecamatan	Nama Patahan Utama
Sumatra	Aceh	Kabupaten Aceh Besar	Kecamatan Lhoong	Patahan Sumatra (Semangko)
Sumatra	Sumatera Barat	Kota Padang	Kecamatan Koto Tengah	Patahan Sumatra (Semangko)
Sumatra	Sumatera Utara	Kabupaten Tapanuli Utara	Kecamatan Sipoholon	Patahan Sumatra (Semangko)
Jawa	Jawa Barat	Kabupaten Bandung Barat	Kecamatan Lembang	Patahan Lembang
Jawa	Jawa Tengah	Kabupaten Cilacap	Kecamatan Dayeuhluhur	Patahan Ajibarang
Jawa	Jawa Timur	Kabupaten Malang	Kecamatan Ampelgading	Patahan Kendeng
Bali	Bali	Kabupaten Karangasem	Kecamatan Abang	Patahan Flores
Nusa Tenggara	Nusa Tenggara Barat	Kabupaten Lombok Utara	Kecamatan Bayan	Patahan Flores
Sulawesi	Sulawesi Tengah	Kota Palu	Kecamatan Palu Timur	Patahan Palu-Koro
Sulawesi	Sulawesi Selatan	Kabupaten Luwu	Kecamatan Latimojong	Patahan Matano
Maluku	Maluku	Kabupaten Seram Bagian Barat	Kecamatan Kairatu	Patahan Seram
Papua	Papua Barat	Kabupaten Manokwari	Kecamatan Manokwari Barat	Patahan Sorong
Papua	Papua	Kabupaten Jayapura	Kecamatan Sentani	Patahan Jayapura

Daftar Wilayah Indonesia yang Dilalui Patahan Tektonik Aktif

1. Sumatra – Aceh – Kabupaten Aceh Besar – Kecamatan Lhoong – Patahan Semangko (Sumatra Fault Zone)
2. Sumatra – Sumatera Barat – Kota Padang – Kecamatan Koto Tengah – Patahan Semangko
3. Sumatra – Sumatera Barat – Kabupaten Solok – Kecamatan Lembang Jaya – Patahan Sumani
4. Sumatra – Sumatera Utara – Kabupaten Tapanuli Utara – Kecamatan Sipoholon – Patahan Renun
5. Sumatra – Bengkulu – Kabupaten Rejang Lebong – Kecamatan Curup – Patahan Musi
6. Jawa – Jawa Barat – Kabupaten Bandung Barat – Kecamatan Lembang – Patahan Lembang
7. Jawa – Jawa Tengah – Kabupaten Cilacap – Kecamatan Dayeuhluhur – Patahan Ajibarang
8. Jawa – Jawa Tengah – Kabupaten Kebumen – Kecamatan Karangsambung – Patahan Kebumen
9. Jawa – Jawa Timur – Kabupaten Malang – Kecamatan Ampelgading – Patahan Kendeng
10. Jawa – Banten – Kabupaten Lebak – Kecamatan Bayah – Patahan Cimandiri
11. Bali – Bali – Kabupaten Karangasem – Kecamatan Abang – Patahan Flores
12. Nusa Tenggara – Nusa Tenggara Barat – Kabupaten Lombok Utara – Kecamatan Bayan – Patahan Flores
13. Nusa Tenggara – Nusa Tenggara Timur – Kabupaten Sikka – Kecamatan Alok – Patahan Flores
14. Sulawesi – Sulawesi Tengah – Kota Palu – Kecamatan Palu Timur – Patahan Palu-Koro

15. Sulawesi – Sulawesi Selatan – Kabupaten Luwu – Kecamatan Latimojong – Patahan Matano
16. Sulawesi – Sulawesi Utara – Kabupaten Minahasa – Kecamatan Tondano – Patahan Minahasa
17. Maluku – Maluku – Kabupaten Seram Bagian Barat – Kecamatan Kairatu – Patahan Seram
18. Maluku – Maluku Utara – Kota Ternate – Kecamatan Ternate Tengah – Patahan Halmahera
19. Papua – Papua Barat – Kabupaten Manokwari – Kecamatan Manokwari Barat – Patahan Sorong
20. Papua – Papua – Kabupaten Jayapura – Kecamatan Sentani – Patahan Jayapura

E. Bagaimana Bisa Hidup Berdamai di Daerah Ring of Fire dan Menyikapi dalam Kewaspadaan

Hidup di wilayah Cincin Api Pasifik (*Ring of Fire*) seperti Indonesia berarti tinggal di daerah yang rawan terhadap gempa bumi, letusan gunung berapi, dan tsunami. Namun, dengan pemahaman yang baik dan langkah-langkah mitigasi yang tepat, masyarakat dapat hidup berdampingan secara harmonis dengan potensi bencana tersebut.

1. Memahami Risiko dan Mengakses Informasi

Langkah pertama adalah memahami risiko yang ada di lingkungan sekitar. Masyarakat perlu mengetahui apakah mereka tinggal di dekat patahan aktif, gunung berapi, atau zona rawan tsunami. Informasi ini dapat diperoleh melalui peta risiko bencana yang disediakan oleh Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) dan Badan Meteorologi, Klimatologi, dan Geofisika (BMKG).

2. Membangun dan Merenovasi Bangunan Tahan Gempa

Struktur bangunan yang kuat dan sesuai standar tahan gempa sangat penting untuk mengurangi risiko kerusakan dan korban jiwa. Penggunaan material yang sesuai dan teknik konstruksi yang tepat dapat meningkatkan ketahanan bangunan terhadap guncangan.

3. Menerapkan Kearifan Lokal

Beberapa komunitas di Indonesia telah lama menerapkan kearifan lokal dalam menghadapi bencana. Misalnya, rumah adat Minangkabau dengan atap yang melengkung dirancang untuk tahan terhadap gempa. Mengintegrasikan kearifan lokal dengan teknologi modern dapat meningkatkan ketahanan masyarakat terhadap bencana.

4. Pendidikan dan Simulasi Kebencanaan

Pendidikan kebencanaan perlu dimasukkan dalam kurikulum sekolah dan program pelatihan masyarakat. Simulasi evakuasi dan pelatihan tanggap darurat dapat meningkatkan kesiapsiagaan masyarakat dalam menghadapi bencana.

5. Sistem Peringatan Dini dan Komunikasi Efektif

Pengembangan dan pemeliharaan sistem peringatan dini yang efektif sangat penting. Selain itu, komunikasi yang jelas dan cepat antara pemerintah dan masyarakat dapat memastikan respons yang tepat waktu saat terjadi bencana.

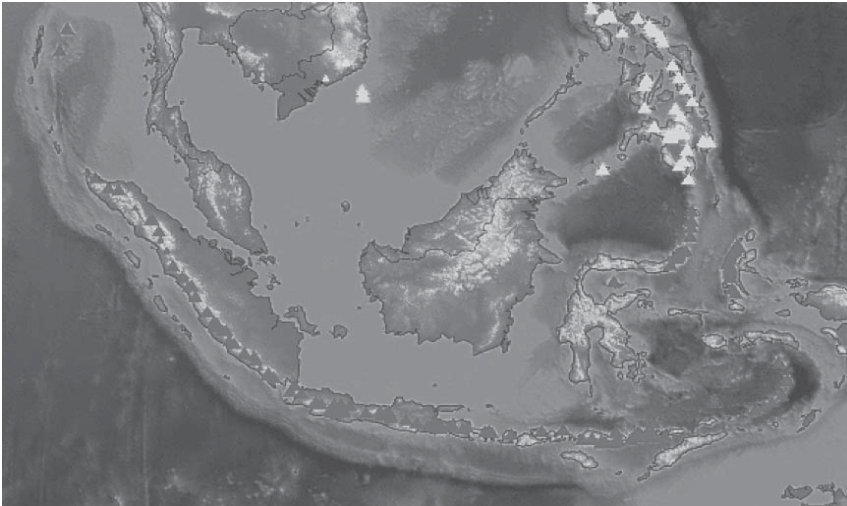
6. Perencanaan Tata Ruang yang Berbasis Risiko

Pemerintah perlu mengintegrasikan informasi risiko bencana dalam perencanaan tata ruang. Pembangunan

di zona rawan bencana harus dikendalikan, dan kawasan evakuasi serta jalur evakuasi harus dirancang dengan baik.

7. Penguatan Kapasitas Komunitas

Membentuk kelompok masyarakat siaga bencana dapat meningkatkan kapasitas lokal dalam menghadapi bencana. Kelompok ini dapat berperan dalam edukasi, peringatan dini, dan koordinasi saat terjadi bencana.



<https://www.centralstation.net.au/wp-content/uploads/2017/11/3.2-copy.png>

F. Sudut Pandang Asuransi atas Risiko Ring of Fire dan Dampak Kerugian yang Dapat Timbul

Indonesia, sebagai bagian dari Cincin Api Pasifik (*Ring of Fire*), menghadapi risiko tinggi terhadap bencana alam seperti gempa bumi, letusan gunung berapi, dan tsunami. Risiko ini tidak hanya mengancam keselamatan jiwa, tetapi juga menimbulkan kerugian ekonomi yang signifikan. Dalam konteks ini, industri perasuransian memainkan peran penting dalam memberikan perlindungan finansial terhadap dampak bencana tersebut.

1. Peran Asuransi dalam Mitigasi Risiko Bencana

Asuransi berfungsi sebagai mekanisme transfer risiko yang memungkinkan individu dan perusahaan untuk mengalihkan potensi kerugian finansial akibat bencana kepada perusahaan asuransi. Dengan membayar premi, tertanggung mendapatkan jaminan ganti rugi jika terjadi kerusakan atau kerugian yang dijamin dalam polis asuransi. Hal ini membantu mempercepat pemulihan ekonomi pasca-bencana dan mengurangi beban finansial pemerintah dalam penanggulangan bencana.

2. Produk Asuransi yang Menjamin Risiko Bencana

Beberapa produk asuransi yang dirancang untuk menanggulangi risiko bencana di Indonesia antara lain:

- Asuransi Gempa Bumi: Menjamin kerusakan atau kerugian harta benda akibat gempa bumi, letusan gunung berapi, dan tsunami.
- Asuransi Properti dengan Perluasan Jaminan Bencana: Menambahkan perlindungan terhadap risiko bencana pada polis asuransi properti standar.
- Asuransi Mikro: Produk asuransi dengan premi terjangkau yang ditujukan untuk masyarakat berpenghasilan rendah, memberikan perlindungan dasar terhadap risiko bencana.

3. Tantangan dalam Industri Perasuransian Bencana

Industri perasuransian menghadapi beberapa tantangan dalam menyediakan perlindungan terhadap risiko bencana, antara lain:

- Penetapan Premi yang Adil: Menentukan premi yang mencerminkan tingkat risiko sebenarnya tanpa memberatkan tertanggung.

- Peningkatan Kesadaran Masyarakat: Masih rendahnya pemahaman masyarakat tentang pentingnya asuransi bencana.
- Ketersediaan Data Risiko: Keterbatasan data historis dan pemodelan risiko yang akurat untuk menentukan tarif premi dan cakupan polis.

4. Upaya Pemerintah dan industri perasuransian

Pemerintah Indonesia, melalui Otoritas Jasa Keuangan (OJK), telah mengeluarkan regulasi untuk mengatur tarif premi asuransi bencana, seperti Surat Edaran OJK Nomor 6/SEOJK.05/2017. Selain itu, perusahaan asuransi juga bekerja sama dengan lembaga internasional untuk mengembangkan model risiko dan produk asuransi yang lebih efektif.

G. Menghitung Premi Risiko Gempa Bumi dan Letusan Gunung Berapi serta Tsunami

Indonesia, sebagai bagian dari Cincin Api Pasifik (*Ring of Fire*), menghadapi risiko tinggi terhadap bencana alam seperti gempa bumi, letusan gunung berapi, dan tsunami. Untuk mengelola risiko ini, asuransi menjadi instrumen penting dalam memberikan perlindungan finansial. Perhitungan premi asuransi untuk risiko-risiko tersebut diatur oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK) melalui Surat Edaran OJK Nomor 6/SEOJK.05/2017.

1. Komponen Perhitungan Premi

Premi asuransi gempa bumi dihitung berdasarkan beberapa komponen utama:

- Nilai Pertanggungan (*Sum Insured*): Merupakan nilai total dari aset yang diasuransikan.

- Tarif Premi (*Premium Rate*): Ditentukan berdasarkan zona risiko gempa bumi dan jenis konstruksi bangunan.
- Biaya Administrasi: Termasuk biaya polis dan materai.

Rumus perhitungan premi adalah:

$$\text{Premi} = \text{Nilai Pertanggungan} \times \text{Tarif Premi}$$

2. Zona Risiko dan Tarif Premi

OJK membagi wilayah Indonesia ke dalam lima zona risiko gempa bumi, dengan tarif premi yang berbeda-beda. Tarif premi dinyatakan dalam permil (‰) dan ditentukan berdasarkan jenis konstruksi bangunan. Sebagai contoh, untuk rumah tinggal dengan konstruksi rangka baja, kayu, atau beton bertulang, tarif premi per tahun adalah sebagai berikut:

- Zona I: 0,85‰
- Zona II: 0,95‰
- Zona III: 1,05‰
- Zona IV: 1,20‰
- Zona V: 1,50‰

3. Contoh Perhitungan Premi

Sebagai ilustrasi, jika seseorang memiliki rumah tinggal di DKI Jakarta (Zona IV) dengan nilai pertanggungan sebesar Rp1.000.000.000, maka perhitungan premi asuransi gempa bumi adalah:

- $\text{Premi} = \text{Rp1.000.000.000} \times 1,20\text{‰} = \text{Rp1.200.000}$

Biaya ini belum termasuk biaya administrasi seperti biaya polis dan materai.

4. Risiko Sendiri (*Deductible*)

Dalam polis asuransi gempa bumi, terdapat ketentuan risiko sendiri atau *deductible*, yaitu bagian kerugian yang menjadi tanggung jawab tertanggung. Besarnya risiko sendiri biasanya ditetapkan sebesar 2,5% dari nilai klaim yang disetujui. Misalnya, jika nilai klaim sebesar Rp200.000.000, maka risiko sendiri adalah Rp5.000.000, sehingga jumlah klaim yang dibayarkan oleh perusahaan asuransi adalah Rp195.000.000.

5. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Premi

Beberapa faktor yang mempengaruhi besarnya premi asuransi gempa bumi antara lain:

- Lokasi Geografis: Wilayah dengan risiko gempa bumi yang lebih tinggi akan memiliki tarif premi yang lebih tinggi.
- Jenis Konstruksi Bangunan: Bangunan dengan konstruksi yang lebih tahan gempa akan dikenakan tarif premi yang lebih rendah.
- Nilai Pertanggungan: Semakin tinggi nilai aset yang diasuransikan, semakin besar premi yang harus dibayarkan.
- Periode Pertanggungan: Lama waktu pertanggungan juga mempengaruhi besarnya premi.

Perbandingan Premi Asuransi Gempa Bumi di Indonesia, Singapura, Jepang, dan Korea Selatan

Premi asuransi gempa bumi bervariasi secara signifikan di setiap negara, tergantung pada tingkat risiko gempa, skema asuransi yang berlaku, dan dukungan pemerintah.

Berikut ini disajikan perbandingan premi tahunan untuk pertanggungan yang setara (~USD 100.000 atau ~Rp1,5 miliar) pada rumah tinggal standar, serta penjelasan metode perhitungan premi di Indonesia, Singapura, Jepang, dan Korea Selatan. Analisis juga mencakup apakah premi di Indonesia lebih mahal atau murah dibanding ketiga negara lain, beserta faktor-faktor penyebab perbedaan tersebut.

Indonesia

Metode Perhitungan Premi: Di Indonesia, tarif premi asuransi gempa bumi diatur oleh regulator. Otoritas Jasa Keuangan (OJK) melalui Surat Edaran No. 6/SEOJK.05/2017 menetapkan tarif referensi untuk asuransi harta benda (termasuk gempa bumi) berdasarkan okupasi dan kelas konstruksi bangunan. Untuk rumah tinggal (kode okupasi 2976) tidak lebih dari 3 lantai, tarif premi yang ditetapkan berkisar antara 0,85‰ hingga 1,50‰ dari nilai pertanggungan per tahun, tergantung kelas konstruksi bangunan (kelas konstruksi I paling tahan api/struktur kuat, hingga kelas konstruksi III yang paling rentan). Tarif ini merupakan batas bawah dan atas; perusahaan asuransi dapat mematok premi dalam rentang tersebut.

Zona Risiko: Indonesia memiliki peta zonasi risiko gempa yang dikembangkan oleh industri (melalui PT Maipark, reasuransi khusus gempa) dan digunakan sebagai acuan penetapan premi. OJK/Maipark membagi wilayah Indonesia ke dalam beberapa zona gempa berdasarkan tingkat kerawanan di tiap kabupaten/kota. Wilayah seperti Kalimantan memiliki risiko rendah (zona gempa rendah), sedangkan wilayah Sumatera, Jawa, Sulawesi dan kawasan cincin api lainnya masuk zona risiko lebih tinggi. Meski tarif

OJK 2017 tidak secara eksplisit memisahkan premi per zona dalam tabelnya, perusahaan asuransi mempertimbangkan zona risiko ini dalam underwriting. Data historis gempa yang kaya (misalnya dari BMKG dan Maipark) membantu aktuaria menyesuaikan tarif dengan risiko lokal. Bahkan, OJK menyadari pentingnya data gempa seperti di Jepang untuk mempermudah penetapan premi yang akurat.

Contoh Premi: Dengan tarif ~0,3–0,5% sum insured, untuk pertanggungan Rp1,5 miliar, premi gempa di Indonesia sekitar Rp4,5 juta – Rp7,5 juta per tahun (sekitar USD 300–500). Angka ini mengasumsikan konstruksi rumah standar di zona risiko menengah. Jika rumah berada di zona sangat rawan, premi mendekati batas atas tarif (0,558%); sebaliknya di zona lebih aman bisa mendekati batas bawah 0,294%. Perusahaan asuransi biasanya mengenakan premi tambahan gempa sebagai perluasan dari polis kebakaran/property, sesuai tarif minimal OJK.

Struktur Reasuransi dan Dukungan: Indonesia tidak memberikan subsidi pemerintah langsung untuk premi gempa. Namun, ada mekanisme *pooling* risiko melalui PT Reasuransi MAIPARK Indonesia. Setiap perusahaan asuransi umum wajib menyerahkan (*cede*) sebagian porsi risiko gempa ke Maipark, yang kemudian mendiversifikasi risiko tersebut secara nasional dan ke pasar reasuransi internasional. Skema ini meningkatkan kapasitas industri dan menstabilkan tarif. Pasca deregulasi akhir 1980-an, premi asuransi di Indonesia sempat jatuh sangat rendah (setara negara tanpa risiko bencana) sehingga tidak mencerminkan risiko sebenarnya. Setelah beberapa gempa besar (misal tsunami Aceh 2004), penetapan tarif minimum oleh regulator

dan peran Maipark bertujuan mencegah underpricing dan memastikan dana premi cukup untuk membayar klaim. Tidak ada keterlibatan pemerintah sebagai penjamin terakhir; seluruh risiko ditanggung industri (dengan reasuransi). Hal ini membuat premi Indonesia murni berbasis risiko pasar dan model aktuarial, tanpa subsidi.

Singapura

Metode Perhitungan Premi: Singapura terletak di luar zona cincin api dan secara geologis sangat jarang mengalami gempa bumi. Oleh karena itu, tidak ada tarif khusus yang signifikan untuk gempa bumi. Gempa bumi termasuk dalam cakupan polis standar properti atau rumah di Singapura sebagai salah satu “*named perils*” (bahaya yang dijamin) bersama kebakaran, petir, ledakan, banjir, angin topan, kerusakan, dsb. industri perasuransian Singapura biasanya memasukkan risiko gempa tanpa biaya tambahan berarti, karena kemungkinan terjadinya amat rendah.

Zona Risiko: Karena wilayahnya kecil dan relatif bebas gempa, tidak ada pembagian zona risiko di Singapura untuk gempa. Seluruh negara dianggap zona risiko rendah. Tidak diperlukan model aktuarial khusus gempa untuk pasar Singapura; perusahaan asuransi mengandalkan data historis yang menunjukkan frekuensi gempa minimal. Risk modeling global juga mengkategorikan Singapura dalam zona risiko sangat rendah, sehingga eksposur gempa tidak menjadi faktor penggerak tarif.

Contoh Premi: Premi asuransi rumah di Singapura sangat terjangkau. Menurut Asosiasi Asuransi Umum Singapura (GIA), premi home insurance (termasuk

perlindungan gempa) umumnya berkisar USD 50–350 per USD 100.000 pertanggungan per tahun, tergantung paket dan perluasan jaminan. Kisaran ini setara dengan ~0,05%–0,35% dari nilai pertanggungan, jauh lebih rendah daripada tarif di Indonesia. Sebagai contoh, polis standar untuk bangunan senilai USD 100.000 mungkin hanya sekitar SGD 100–200 (Rp1–2 juta) per tahun. Perlu dicatat angka tersebut biasanya sudah mencakup berbagai risiko (multi-peril) termasuk kebakaran dan banjir; komponen risiko gempa di dalamnya nyaris nol. GIA menegaskan premi asuransi rumah di Singapura relatif rendah karena negara ini aman dari banyak bencana.

Struktur Reasuransi dan Dukungan: Singapura tidak memiliki subsidi pemerintah untuk asuransi gempa (karena tidak diperlukan). Struktur reasuransi untuk lini properti di Singapura tentu tersedia, tetapi peran reasuransi untuk gempa murni kecil akibat rendahnya eksposur. Perusahaan asuransi mungkin membeli program reasuransi catastrophe regional, namun premi reasuransi gempa untuk wilayah Singapura sangat murah. Pemerintah Singapura lebih fokus pada asuransi wajib kebakaran (misal skema Fire Insurance untuk HDB flats), dan gempa sudah otomatis dijamin dalam polis kebakaran tersebut. Dengan kata lain, pasar asuransi komersial menanggung risiko gempa Singapura tanpa skema khusus. Tingkat penetrasi asuransi rumah cukup tinggi, namun murni digerakkan kebutuhan perlindungan aset dan persyaratan hipotek, bukan kekhawatiran gempa.

Jepang

Metode Perhitungan Premi: Jepang memiliki skema asuransi gempa rumah tangga yang sangat terstruktur dan melibatkan pemerintah. Asuransi gempa di Jepang merupakan tambahan (rider) dari polis asuransi kebakaran tempat tinggal, diatur di bawah Japanese Earthquake Insurance Law sejak 1966. Premi ditetapkan secara uniform secara nasional oleh Non-Life Insurance Rating Organization of Japan (NLIROJ) dan disetujui pemerintah. Tarif premi bergantung pada jenis bangunan dan lokasi (zona gempa). Secara garis besar, bangunan diklasifikasikan menjadi dua: kayu (wooden) vs non-kayu (tahan api), karena rumah kayu lebih rentan rusak saat gempa. Selain itu, prefektur di Jepang dibagi ke dalam beberapa kelompok zona risiko gempa (berdasarkan catatan seismik); zona dengan hazard lebih tinggi memiliki tarif lebih tinggi. Pemerintah Jepang memiliki basis data gempa yang komprehensif, sehingga aktuaria dapat memodelkan frekuensi dan severitas gempa untuk menentukan premi yang sesuai.

Tarif Premium: Premi asuransi gempa di Jepang relatif tinggi mencerminkan risiko yang besar. Sumber dari Jepang menunjukkan tarif rata-rata sekitar 2–4% dari nilai pertanggungan per tahun, tergantung struktur dan wilayah. Sebagai ilustrasi, rumah kayu dikenai tarif ~3,7% dari nilai pertanggungan per tahun, sedangkan rumah selain kayu ~2,48% per tahun. Angka ini berlaku untuk banyak area perkotaan (misalnya Tokyo). Artinya, untuk pertanggungan ¥13 juta ($\pm$ USD 100.000), premi gempa tahunan dapat mencapai ¥481.000 (sekitar Rp55 juta, ~USD 3.300) untuk rumah kayu, atau sekitar ¥322.400 (Rp37 juta, ~USD 2.200) untuk rumah non-kayu.

Bahkan sebelum memasukkan rider gempa, premi asuransi kebakaran di Jepang sendiri cukup tinggi – ~1,33% untuk bangunan tahan api dan 2,32% untuk yang tidak tahan api – karena mencakup risiko topan, banjir, dll. Rider gempa menambah persentase di atas premi kebakaran tersebut. Perlu dicatat, hukum Jepang membatasi jumlah pertanggungan gempa bumi (hanya 30-50% dari nilai pertanggungan kebakaran, dengan plafon ¥50 juta untuk bangunan rumah), agar eksposur bisa dikendalikan dan premi tetap terjangkau bagi nasabah. Meskipun tarif terkesan tinggi, pembatasan nilai pertanggungan itu berarti efektif nasabah tidak membayar 3-4% dari keseluruhan harga rumah, melainkan dari sebagian nilai yang dijamin.

Zona Risiko: Jepang secara resmi membagi wilayah ke dalam beberapa zona gempa. Misalnya, Tokyo dan sekitarnya termasuk zona risiko tinggi (mengingat potensi gempa Kanto), demikian pula daerah pantai Pasifik Tohoku dan Tokai/Nankai. Daerah dengan sejarah gempa lebih jarang (misal beberapa prefektur di utara) mendapat tarif lebih rendah. Meskipun contoh angka di atas (3,7%/2,48%) telah mewakili rata-rata tinggi, zona risiko terendah bisa mendekati ~0,8%–1% untuk bangunan non-kayu (angka spesifik bervariasi sesuai penyesuaian terkini). Pemerintah dan industri rutin meninjau tarif; misalnya, premi gempa dinaikkan beberapa kali dalam dekade terakhir mengikuti update model aktuarial mengenai potensi gempa besar yang baru.

Struktur Reasuransi dan Dukungan: Jepang memiliki skema reasuransi gempa nasional melalui perusahaan khusus bernama Japan Earthquake Reinsurance Co. (JER).

Mekanismenya: seluruh polis gempa yang diterbitkan perusahaan asuransi swasta di-ceded 100% ke JER. JER lalu mendistribusikan risiko tersebut dalam suatu struktur layering antara perusahaan asuransi asal, JER sendiri, dan Pemerintah Jepang. Pemerintah bertindak sebagai reasuradur terakhir untuk lapisan katastrofik terbesar. Contohnya, kerugian gempa hingga batas tertentu ditanggung oleh perusahaan asuransi dan JER; kerugian di atasnya hingga batas kedua ditanggung oleh JER dan sebagian pemerintah; dan kerugian ekstrim di atas threshold (sekitar ¥11,5 triliun total industri, angka per 2021) dijamin hampir seluruhnya oleh pemerintah (dengan pembayaran klaim gempa bisa di pro-rata jika melampaui kapasitas maksimum). Skema ini memastikan ketersediaan kapasitas – bahkan untuk skenario gempa dahsyat pemerintah siap menanggung sebagian besar klaim.

Pemerintah Jepang tidak mensubsidi premi secara langsung (nasabah membayar premi sesuai tarif teknis), namun dengan menanggung risiko katastrofik, pemerintah menurunkan beban risiko bagi industri. Ini menjaga premi tetap stabil dan lebih rendah daripada jika perusahaan asuransi harus menanggung sendiri risiko maksimum (dalam ketiadaan dukungan pemerintah premi mungkin lebih mahal lagi). Selain itu, pemerintah memberikan insentif pajak: premi asuransi gempa dapat dikurangkan dari penghasilan kena pajak hingga jumlah tertentu, mendorong masyarakat membeli polis gempa. Secara keseluruhan, premi asuransi gempa di Jepang adalah yang termahal di antara keempat negara yang dibandingkan, sepadan dengan frekuensi gempa yang tinggi dan pendekatan perlindungan penuh yang melibatkan pemerintah.

Korea Selatan

Metode Perhitungan Premi: Korea Selatan hingga pertengahan 2010-an dianggap negara risiko gempa rendah, sehingga asuransi gempa kurang berkembang. Tidak ada skema wajib khusus seperti di Jepang. Perlindungan gempa disediakan sebagai rider opsional pada polis asuransi kebakaran/properti yang dijual perusahaan asuransi umum. Tarif premi ditetapkan secara kompetitif oleh masing-masing perusahaan, karena regulator Korea (FSC/FSS) tidak menetapkan tarif baku gempa. Sebelum tahun 2016, premi gempa sangat rendah dan sedikit yang membeli karena gempa besar nyaris tidak pernah terjadi di Korsel modern. Namun, setelah gempa Gyeongju M5,8 tahun 2016 dan Pohang M5,4 tahun 2017 yang merusak banyak bangunan, kesadaran meningkat. Perusahaan asuransi sempat menghentikan penjualan rider gempa karena kerepotan menghitung risiko baru, tetapi kemudian melanjutkannya di bawah pengawasan otoritas.

Saat ini metode perhitungan premi di Korsel menggunakan pendekatan aktuaria yang memper-timbangkan skenario gempa maksimum yang mungkin terjadi (misalnya gempa M7 di zona patahan aktif Korea) dan kerentanan bangunan lokal. Meski data historis terbatas, studi menunjukkan Seoul dan sebagian besar wilayah Korea relatif aman dibanding Jepang/Taiwan. Model gempa sederhana dikembangkan oleh Korean Insurance Development Institute, namun persepsi industri sebelumnya adalah sulit memprediksi risiko gempa secara akurat sehingga produk gempa kurang diprioritaskan. Pasca Kejadian 2016-2017, pemerintah mendorong penggunaan

model ilmiah (misal data KMA – Badan Meteorologi Korea) untuk mengestimasi tarif secara lebih tepat. Rider gempa biasanya dihargai sebagai persentase tambahan di atas premi kebakaran, serupa konsepnya dengan Indonesia, namun nilainya rendah.

Skema Asuransi Bencana (Subsidi): Selain rider komersial, pemerintah Korea Selatan meluncurkan program asuransi bencana alam bersubsidi yang mencakup gempa. Dikenal sebagai “*Windstorm and Earthquake Insurance*” (풍수해·지진재해보험), program ini dikelola Kementerian Administrasi dan Keamanan Publik (MOIS) bekerjasama dengan konsorsium perusahaan asuransi. Polis ini memberikan perlindungan gempa (dan bencana alam lain seperti topan, banjir) untuk rumah, usaha kecil, dan aset pertanian dengan subsidi premi 55% hingga 100% dari pemerintah pusat/daerah. Subsidi 100% diberikan bagi kelompok kurang mampu tertentu, sehingga beberapa warga bisa mendapatkan perlindungan gempa gratis. Skema ini mirip dengan di Taiwan (TREIF) dan diperkenalkan agar cakupan asuransi gempa meningkat tanpa membebani premi penuh ke masyarakat.

Contoh Premi: Karena dua jalur asuransi (komersial vs subsidi) ini, premi gempa di Korsel bisa berbeda:

- Polis komersial (rider pada asuransi kebakaran): Premi tanpa subsidi cukup rendah, diperkirakan sekitar 0,1–0,2% dari nilai pertanggungan per tahun (lebih rendah dari Indonesia, karena hazard lebih rendah). Misal untuk rumah senilai USD 100.000, premi rider gempa mungkin sekitar KRW 150 ribu – 300 ribu (Rp1,7–3,4 juta, ~USD 120–240) per tahun. Seorang pakar memberi ilustrasi bahwa dengan premi ₩10.000 per bulan (₩120.000

per tahun) kita bisa melindungi rumah senilai ₩1 miliar. Itu setara ~0,012% dari nilai pertanggungan untuk rumah mahal – angka ini mungkin setelah subsidi, namun menunjukkan betapa murahanya premi relatif terhadap aset di Korea. Perusahaan asuransi besar (Samsung F&M, Hyundai Marine, DB Insurance, dll.) menawarkan rider gempa, dan pada 2022 sekitar 14 perusahaan aktif menjualnya.

- Polis subsidi pemerintah (asuransi bencana): Setelah subsidi, premi yang dibayar pemegang polis jauh lebih kecil. Contohnya, jika tarif premi sebenarnya 0,2% dan pemerintah mensubsidi 70%, maka pemilik rumah hanya bayar 0,06% dari nilai pertanggungan. Dengan skema ini, pemerintah melaporkan terjadi peningkatan signifikan: pada 2023, ~33% rumah tinggal di Korsel telah terlindungi oleh asuransi gempa (mayoritas melalui program subsidi). Namun untuk rider gempa komersial murni, penetrasi tetap rendah – hanya 3,3% dari polis kebakaran yang dilengkapi rider gempa pada 2022. Angka ini mencerminkan masih banyak pemilik properti yang mengandalkan nasib atau belum sadar pentingnya gempa kecuali difasilitasi pemerintah.

Zona Risiko: Korea Selatan tidak secara resmi membagi wilayah ke zona tarif gempa berbeda; sebagian besar polis menerapkan tarif nasional. Secara ilmiah, bagian tenggara (dekat Ulsan-Pohang) punya sedikit lebih banyak aktivitas seismik karena patahan aktif (misal Sesar Yangsan), dan kawasan sekitar Seoul ada patahan Chugaryeong yang berpotensi namun sangat jarang aktif. Meski demikian, perbedaan risiko antar daerah dianggap tidak seekstrem di Indonesia/Jepang, sehingga premi seragam lebih lazim.

Pemerintah pusat menggalang data gempa dari KMA untuk terus mengevaluasi apakah zona tarif diperlukan, tapi sejauh ini premi lebih dipengaruhi kategori objek (rumah vs fasilitas usaha) daripada lokasi.

Struktur Reasuransi dan Dukungan: Dalam hal reasuransi, perusahaan asuransi Korea biasanya memproteksi risiko gempa melalui Korean Re (reasuransi nasional) dan pasar reasuransi global. Seperti di Indonesia, tidak ada jaminan pemerintah langsung terhadap klaim gempa di polis komersial. Namun, untuk polis subsidi pemerintah, pemerintah berperan sebagai penanggung sebagian risiko: premi disubsidi dan klaim yang dibayar sebagian dapat berasal dari dana pemerintah (terutama untuk subsidi 100%). Program ini *essentially* sebuah public-private partnership: pemerintah mensubsidi premi dan mungkin menanggung layer risiko terdalam, sementara klaim hingga level tertentu dibayar oleh perusahaan asuransi yang menerbitkan polis. Dukungan pemerintah menurunkan harga bagi masyarakat sekaligus memastikan jika terjadi gempa besar, beban tidak sepenuhnya di industri perasuransian (mirip konsep berbagi beban seperti Jepang, namun di Korea dilakukan via subsidi di muka alih-alih *reinsurance post-event*).

Secara keseluruhan, premi asuransi gempa di Korea Selatan relatif rendah bila dilihat dariacamata teknis (hazard rendah). Dengan subsidi, biaya efektif bagi banyak pemegang polis bahkan lebih murah lagi, menjadikan Korea Selatan salah satu negara dengan harga asuransi gempa paling terjangkau bagi konsumen.



Perbandingan Premi dan Analisis

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan perbandingan kuantitatif premi dan posisi Indonesia relatif terhadap Singapura, Jepang, dan Korea Selatan:

- Jepang memiliki premi tertinggi. Tarif gempa ~2–4% menyebabkan premi untuk USD 100 ribu mencapai ribuan dolar. Ini menjadikan premi di Jepang paling mahal di antara keempat negara. Penyebabnya: frekuensi gempa sangat tinggi, eksposur kerugian besar, cakupan pertanggungan luas (hampir semua rumah diasuransikan gempa secara sukarela karena kesadaran tinggi), serta model aktuarial yang memasukkan skenario gempa katastrofik. Meskipun pemerintah terlibat, dukungan itu untuk kapasitas, bukan subsidi harga, sehingga premi tetap mencerminkan risiko sebenarnya yang tinggi.
- Singapura memiliki premi terendah. Risiko nyaris nol membuat tambahan premi gempa praktis tidak ada. Untuk pertanggungan USD 100 ribu, premi khusus gempa dapat dikatakan ~\$0 (sering sudah included dalam polis) – mungkin hanya beberapa puluh dolar sekalipun diperhitungkan. Total premi polis rumah standar di Singapura sekitar 0,1% of sum insured, paling rendah di antara negara yang dibandingkan. Jadi Indonesia jauh lebih mahal daripada Singapura dalam hal premi gempa, mengingat Singapura hampir bebas risiko.
- Korea Selatan berada di antara, cenderung rendah. Tanpa subsidi, premi gempa Korea mungkin sedikit lebih rendah daripada Indonesia (karena hazard lebih



rendah). Dengan subsidi, premi efektif yang dibayar masyarakat jauh di bawah Indonesia. Sebagai contoh, bila Indonesia $\sim 0,3-0,5\%$ vs Korea unsubsidized $\sim 0,1-0,2\%$, maka premi di Indonesia sekitar dua kali lipat lebih mahal daripada premi di Korea (sebelum subsidi). Setelah subsidi, gap-nya makin besar (premi yang dibayar warga Korea bisa $<0,1\%$). Namun perlu dicatat, tanpa subsidi pun premi Korea masih relatif murah akibat sedikitnya kejadian gempa besar yang harus dicover historis. Jadi secara umum premi Indonesia lebih tinggi daripada di Korea Selatan, kecuali mungkin objek komersial tertentu.

- Indonesia: posisi menengah. Premi asuransi gempa Indonesia lebih mahal daripada di Singapura dan Korea Selatan, tetapi jauh lebih murah dibanding di Jepang. Misalnya, untuk USD 100 ribu: Indonesia $\approx$ USD 300-500; Singapura $\approx$ USD 50-100 (estimasi porsi gempa); Korea Selatan $\approx$ USD 150-250 (tanpa subsidi, dan bisa $<$ USD100 dengan subsidi); Jepang $\approx$ USD 2.000-3.500. Dengan demikian Indonesia berada di tengah: tidak semurah negara berisiko rendah, namun tidak setinggi negara berisiko ekstrim.

Mengapa perbedaan ini terjadi? Faktor utama adalah tingkat risiko bencana (hazard). Jepang dan Indonesia sama-sama rawan gempa (*ring of fire*); namun Jepang telah mengalami banyak gempa merusak di area metropolitan, sehingga tarifnya tinggi mengikuti ekspektasi kerugian yang besar. Indonesia juga rawan, tapi beberapa wilayah pusat ekonomi (contoh Jakarta) relatif jarang diguncang gempa sangat besar; selain itu penetrasi asuransi gempa masih rendah, sehingga data klaim mungkin lebih terbatas.

Frekuensi bencana di Singapura nyaris nol, di Korea rendah – ini menjelaskan premi yang rendah di kedua negara tersebut.

Peran pemerintah dan struktur pasar juga berpengaruh: Di Jepang, meski ada dukungan pemerintah, premi tetap tinggi karena pendekatan kehati-hatian (pemerintah lebih berperan menanggung klaim ekstrim daripada menurunkan premi). Di Indonesia, pemerintah belum terlibat langsung, namun industri dibantu melalui *pooling* Maipark. Tanpa subsidi, premi Indonesia harus cukup mengandung margin untuk bayar klaim sendiri dan biaya reasuransi komersial, yang umumnya mahal untuk risiko gempa tropis. Sebaliknya di Korea, subsidi pemerintah langsung menurunkan harga yang dibayar konsumen hingga sebagian kecil dari tarif murni. Itu sebabnya premi efektif di Korea bisa lebih murah daripada Indonesia meskipun risikonya sedikit lebih tinggi daripada Singapura.

Selain itu, struktur reasuransi memengaruhi harga: Indonesia dan Jepang membeli reasuransi dari pasar global (Jepang sebagian via JER, Indonesia via Maipark/ internasional). Biaya reasuransi untuk Indonesia mungkin tinggi karena global reinsurer memandang Indonesia berisiko tinggi (ergo, tarif harus cukup tinggi untuk membayar premi reasuransi). Jepang memiliki keunikan: pemerintah sebagai ‘reasuransi’ terakhir dapat dianggap semacam subsidi implisit karena pemerintah tidak mengambil premi komersial sepadan risikonya; ini membantu menahan agar premi Jepang tidak lebih tinggi lagi dari yang ada.

Vulnerability atau ketahanan bangunan juga faktor. Jepang menerapkan kode bangunan anti-gempa sangat

ketat; banyak rumah didesain tahan gempa, sehingga meski hazard tinggi, proteksi fisik mengurangi kerugian (ini salah satu alasan tarif di zona tertentu bisa lebih rendah dari maksimum). Indonesia dan Korea, kode gempa baru berlaku penuh belakangan; banyak bangunan lama kurang tahan gempa sehingga potensi kerugian relatif tinggi, mendorong premi naik. Singapura tidak relevan karena jarang terjadi gempa kuat, dan bangunan di sana umumnya kokoh (bila pun terjadi guncangan kecil dari jauh, dampak minimal).

Terakhir, tingkat insurance *take-up* dan kompetisi pasar turut mempengaruhi. Di Jepang, hampir setiap pemilik rumah yang punya polis kebakaran menambahkan rider gempa (sekitar 60% penetrasi gempa untuk rumah tangga). Besarnya pangsa pasar dan dukungan pemerintah membuat skema berjalan efektif, namun juga berarti risiko ditanggung luas sehingga premi harus cukup mengumpulkan dana menghadapi gempa besar. Indonesia masih rendah penetrasinya (polis gempa kebanyakan dibeli untuk properti komersial atau lewat paket industrial, rumah tangga relatif sedikit yang beli secara mandiri), sehingga di satu sisi total eksposur industri lebih kecil, tapi di sisi lain perusahaan tak bisa mengandalkan volume besar untuk cross-subsidy – premi cenderung tetap tinggi per unit. Korea Selatan kini mendorong peningkatan *take-up* via subsidi; seiring lebih banyak yang ikut serta, premi teknis mungkin bisa stabil atau turun karena *pooling* risiko lebih baik. Singapura, meski penetrasi asuransi properti tinggi, efeknya terhadap premi gempa tidak nyata karena risiko gempa memang nihil (premi rendah bukan karena banyak peserta, tapi karena hazard kecil).

Tabel Perbandingan Premi

Untuk merangkum, berikut tabel perbandingan estimasi premi asuransi gempa bumi tahunan di keempat negara, dengan asumsi nilai pertanggungan setara (USD 100.000 ≈ Rp1,5 miliar) pada rumah tinggal standar konstruksi biasa:

Negara	Estimasi Premi Tahunan (USD)	Estimasi Rate (%) of sum insured)	Keterangan Khusus
Indonesia	USD 300–500 (± Rp4,5–7,5 juta)	~0,3% – 0,5%	Tarif diatur OJK (2017). Berdasarkan konstruksi; zona risiko tinggi mendekati 0,5%. Tanpa subsidi pemerintah; risiko tinggi (<i>Ring of Fire</i>). Reasuransi via Maipark & global.
Singapura	~USD 50–100 (± S\$70–135) (komponen gempa nyaris nol)	~0,05% – 0,1% (included in multi-peril)	Tidak ada tarif khusus gempa – sudah termasuk dalam premi polis kebakaran/rumah. Risiko gempa sangat rendah (nyaris nol). Tidak ada subsidi (tidak perlu).
Jepang	~USD 2.200–3.300 (± ¥320k–¥480k)	~2,5% – 3,7%	Tarif nasional ditetapkan pemerintah. Variasi menurut jenis bangunan (kayu vs tahan api) & zona. Skema JER: pemerintah tanggung risiko katastrofe (bukan subsidi premi). Penetrasi tinggi, risiko sangat tinggi.

Korea Selatan	Tanpa subsidi: USD ~150–250 ($\pm$ ₩200k–330k) (perkiraan) Dengan subsidi: bisa $\leq$ USD 100	~0,1% – 0,2% (tanpa subsidi) (perkiraan actuary) Effective <0,1% (disubsidi)	Rider opsional pada polis kebakaran (14 perusahaan) – uptake rendah 3,3%. Sejak 2018 ada polis windstorm/earthquake disubsidi 55–100% sehingga 33% rumah kini tercover. Risiko relatif rendah dibanding Jepang/Indonesia. Pemerintah berbagi biaya premi & risiko (polis subsidi).
---------------	--	---	--

Catatan: Angka di atas adalah estimasi untuk perbandingan; premi aktual dapat bervariasi tergantung detail polis, lokasi persis, konstruksi, dan nilai tukar. USD 1 $\approx$ Rp15.000; USD 1 $\approx$ ¥130; USD 1 $\approx$ S\$1,34; USD 1 $\approx$ ₩1.300 (kurs asumsi).

Dari tabel tersebut, jelas bahwa premi asuransi gempa bumi di Indonesia berada di tingkat menengah: lebih mahal daripada di Singapura dan Korea Selatan, namun lebih murah dibanding di Jepang. Dengan kata lain, secara nominal Indonesia tidak semahal Jepang yang ekstrim, tetapi secara relatif terhadap daya beli, premi gempa bisa menjadi beban signifikan bagi masyarakat Indonesia bila dibanding Singapura/Korea yang premi gempa-nya rendah. Hal ini menandakan perlunya upaya berkelanjutan untuk menurunkan gap tersebut – misalnya melalui peningkatan kualitas bangunan (agar risiko turun), perluasan basis tertanggung (agar risiko tersebar dan tarif bisa lebih turun), atau mungkin mempertimbangkan peran pemerintah (seperti pembentukan *pool* bencana atau subsidi silang) supaya premi lebih terjangkau tanpa mengorbankan kesehatan finansial industri perasuransian.

H. Pengalaman Klaim Asuransi Terkait Bencana *Ring of Fire*

Wilayah Cincin Api Pasifik (*Ring of Fire*) dikenal sebagai kawasan dengan aktivitas seismik tinggi, termasuk gempa bumi dan letusan gunung berapi. Negara-negara seperti Indonesia, Jepang, Korea Selatan, dan Singapura memiliki pengalaman berbeda dalam menangani klaim asuransi akibat bencana alam ini.

Indonesia

Indonesia, sebagai bagian dari *Ring of Fire*, sering mengalami gempa bumi dan letusan gunung berapi. Pada tahun 2018, gempa bumi di Sulawesi Tengah menyebabkan kerugian besar, dengan klaim asuransi mencapai Rp1,67 triliun, mencakup 93% dari total klaim bencana alam tahun tersebut. Prosedur klaim di Indonesia mengacu pada Polis Standar Asuransi Gempa Bumi Indonesia (PSAGBI), yang mencakup kerusakan akibat gempa bumi, letusan gunung berapi, kebakaran, ledakan, dan tsunami. Perusahaan asuransi seperti Tokio Marine Indonesia menyediakan panduan klaim yang mencakup formulir klaim, dokumentasi kerusakan, laporan BMKG, dan estimasi kerugian.

Jepang

Jepang memiliki sistem asuransi gempa bumi yang kuat, dengan dukungan pemerintah melalui Japan Earthquake Reinsurance Co., Ltd. (JER). Setelah Gempa Besar Jepang Timur tahun 2011, klaim asuransi mencapai sekitar ¥12,3 triliun. Proses klaim dipercepat melalui metode deklarasi kerusakan mandiri oleh pelanggan, tanpa survei langsung, untuk mempercepat pembayaran. Selain itu, asuransi

parametrik mulai diterapkan, di mana klaim dibayarkan berdasarkan parameter tertentu seperti intensitas gempa, memungkinkan pembayaran yang lebih cepat.

Korea Selatan

Korea Selatan menghadapi peningkatan klaim asuransi akibat bencana alam. Pada tahun 2022, perusahaan asuransi membayar klaim sebesar 1.250 miliar KRW (sekitar USD 992 juta) untuk kerusakan akibat bencana alam. Setelah gempa bumi di Busan, perusahaan asuransi bersiap menghadapi lonjakan klaim kerusakan properti.

Singapura

Singapura, meskipun jarang mengalami gempa bumi, mulai mengadopsi asuransi parametrik untuk bencana alam, termasuk gempa bumi. Asuransi ini menawarkan klaim yang lebih cepat dan sederhana, berdasarkan parameter yang telah ditentukan, seperti indeks cuaca atau intensitas gempa. Proses klaim di Singapura melibatkan pengumpulan dokumentasi yang diperlukan dan penyelesaian sengketa melalui mekanisme yang tersedia.

1. Pengalaman klaim asuransi di negara-negara *Ring of Fire* menunjukkan pentingnya sistem asuransi yang responsif dan adaptif terhadap risiko bencana alam. Inovasi seperti asuransi parametrik dan kolaborasi antara pemerintah dan sektor asuransi dapat meningkatkan ketahanan finansial masyarakat terhadap bencana.

I. Literasi Risiko dan Pendidikan Asuransi di Wilayah *Ring of Fire*

1. Pentingnya Edukasi Risiko Geologis Sejak Dini

Indonesia yang terletak di atas jalur Cincin Api Pasifik (*Ring of Fire*) menjadikan masyarakatnya hidup berdampingan dengan risiko geologis seperti gempa bumi, letusan gunung berapi, dan tsunami. Kondisi geografis ini bukanlah pilihan, tetapi kenyataan yang harus dihadapi dengan kesiapsiagaan. Karena itu, edukasi tentang risiko geologis sejak dini sangat penting untuk membangun budaya sadar bencana dalam masyarakat. Anak-anak dan remaja sebagai generasi masa depan perlu dibekali dengan pemahaman yang benar, bukan hanya agar mereka selamat ketika bencana terjadi, tetapi juga agar mereka dapat menjadi agen perubahan di lingkungan mereka.

Materi edukasi harus mencakup pengenalan terhadap jenis-jenis bencana geologis, penyebabnya, tanda-tanda awal yang dapat dikenali, serta langkah penyelamatan diri yang efektif. Misalnya, siswa perlu memahami bagaimana posisi tubuh saat terjadi gempa, jalur evakuasi di sekolah, serta pentingnya tas siaga bencana. Pelajaran ini sebaiknya diberikan secara interaktif melalui simulasi, permainan edukatif, hingga kunjungan lapangan ke daerah rawan bencana seperti museum geologi atau pos pemantauan gunung api.

Selain aspek teknis, penting juga untuk menanamkan pemahaman bahwa bencana bukan semata-mata takdir yang harus ditakuti, melainkan risiko yang bisa dikelola. Dengan pendekatan ini, anak-anak tidak hanya menjadi korban pasif, tetapi individu yang tangguh dan sadar akan

lingkungan sekitarnya. Edukasi dini menciptakan kesadaran kolektif yang pada akhirnya membentuk masyarakat yang lebih siap menghadapi risiko bencana, sehingga mengurangi korban jiwa dan kerugian material.

Pemerintah dan pemangku kepentingan lain perlu menyusun kurikulum tematik tentang bencana yang sesuai dengan tingkatan usia dan jenjang pendidikan. Materi ini tidak harus membebani anak, namun dibuat menyenangkan dan inspiratif. Ketika anak-anak dibekali pemahaman ini, maka secara tidak langsung keluarga mereka pun akan teredukasi, sebab anak sering menjadi pengingat di rumah. Edukasi risiko geologis sejak dini bukan hanya investasi keselamatan, tetapi juga pondasi masa depan bangsa yang lebih tangguh.

2. Program Literasi Asuransi Bencana di Sekolah dan Komunitas

Literasi asuransi bencana merupakan bagian integral dari kesiapsiagaan masyarakat yang tinggal di wilayah rawan bencana seperti *Ring of Fire*. Meskipun edukasi tentang asuransi selama ini lebih banyak menyasar kalangan dewasa, pendekatan baru yang menyentuh sekolah dan komunitas terbukti lebih efektif untuk menjangkau masyarakat akar rumput. Sekolah sebagai tempat pendidikan formal dan komunitas sebagai ruang interaksi sosial menjadi dua pilar penting dalam memperluas wawasan masyarakat tentang perlindungan keuangan dari risiko bencana.

Program literasi asuransi bencana di sekolah dapat dimulai dengan pengenalan konsep dasar seperti risiko, perlindungan, dan bagaimana asuransi bekerja. Anak-anak dapat diberikan simulasi sederhana tentang peristiwa

bencana dan bagaimana asuransi bisa membantu keluarga mereka bangkit kembali. Dalam komunitas, pendekatan dapat dilakukan melalui kegiatan rutin seperti pengajian, arisan, posyandu, atau pertemuan RT/RW, dengan materi yang kontekstual dan mudah dimengerti.

Penting bagi penyelenggara literasi untuk menggunakan bahasa yang membumi dan menyentuh pengalaman nyata masyarakat, misalnya melalui kisah korban bencana yang berhasil pulih karena memiliki asuransi. Penyampaian informasi juga sebaiknya tidak bersifat satu arah, melainkan melibatkan dialog dan tanya jawab agar terjadi pemahaman mendalam. Pemberian alat bantu visual, booklet, dan video singkat juga sangat membantu menjelaskan konsep yang abstrak menjadi konkret.

Kegiatan literasi ini bukan hanya tanggung jawab pemerintah, melainkan harus melibatkan sinergi berbagai pihak seperti LSM kebencanaan, perusahaan asuransi, relawan, hingga tokoh masyarakat. Mereka menjadi jembatan yang mampu menerjemahkan kebijakan atau produk asuransi yang kompleks menjadi sesuatu yang relevan bagi masyarakat. Ketika literasi asuransi sudah menyentuh tingkat komunitas dan sekolah, maka penetrasi asuransi di daerah rawan bencana akan meningkat secara alami, bukan melalui pemaksaan.

3. Keterlibatan OJK, BNPB, dan Perusahaan Asuransi

Keterlibatan aktif otoritas seperti Otoritas Jasa Keuangan (OJK), Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB), serta pelaku industri perasuransian sangat penting dalam mendorong literasi risiko dan penetrasi asuransi bencana. OJK memiliki peran utama dalam

mengatur dan mengawasi produk asuransi yang tersedia, serta memastikan perlindungan konsumen yang tinggal di daerah rawan bencana. Melalui inisiatif seperti *roadshow*, *literacy campaign*, dan program inklusi keuangan, OJK dapat mendorong peningkatan pemahaman masyarakat terhadap manfaat asuransi.

BNPB sebagai lembaga penanganan bencana memiliki data dan pengalaman lapangan yang sangat berharga. Kolaborasi antara BNPB dan perusahaan asuransi dapat menghasilkan peta risiko yang lebih akurat, sehingga produk asuransi bisa disesuaikan dengan karakteristik geografis masing-masing wilayah. Selain itu, BNPB juga dapat menjadi penyampai pesan yang kuat dalam membangun kesadaran bahwa bencana bisa menyebabkan kehancuran ekonomi rumah tangga jika tidak ada perlindungan finansial.

Perusahaan asuransi di sisi lain tidak cukup hanya menjual produk, tetapi harus ambil bagian dalam edukasi publik, terutama di wilayah yang memiliki tingkat penetrasi asuransi rendah namun risiko tinggi. Mereka dapat membuat program CSR yang berbasis literasi asuransi, mendanai pelatihan komunitas tangguh, dan memberikan simulasi klaim sebagai bentuk transparansi dan edukasi. Keberadaan produk-produk asuransi mikro untuk bencana menjadi contoh nyata bahwa industri bisa menjangkau masyarakat menengah ke bawah dengan premi terjangkau.

Dengan sinergi antara OJK, BNPB, dan pelaku industri, literasi risiko dan pemahaman tentang perlindungan asuransi dapat menyebar lebih cepat dan merata. Sinergi ini juga penting untuk membentuk kepercayaan masyarakat terhadap sistem perlindungan yang ditawarkan, karena

selama ini ketidakpercayaan terhadap industri perasuransian menjadi salah satu penghambat utama pertumbuhan. Keterlibatan aktif dan konsisten dari ketiga pihak ini akan memperkuat ekosistem kesiapsiagaan risiko di wilayah *Ring of Fire*.

4. Strategi Memperluas Jangkauan Perlindungan: Subsidi Premi, Program Tangguh Bencana, Platform Digital

Agar masyarakat di wilayah rawan bencana dapat mengakses asuransi, dibutuhkan strategi perluasan jangkauan yang menyentuh aspek ketersediaan produk, keterjangkauan harga, serta kemudahan akses. Salah satu pendekatan yang telah dilakukan di beberapa negara adalah pemberian subsidi premi oleh pemerintah atau lembaga donor. Melalui skema ini, premi asuransi bencana dapat ditekan hingga 50%–80% agar lebih terjangkau oleh masyarakat kelas bawah, yang justru paling rentan terhadap dampak bencana.

Strategi lain yang terbukti efektif adalah pembangunan program tangguh bencana berbasis komunitas, yang tidak hanya mencakup edukasi dan simulasi bencana, tetapi juga penyediaan akses terhadap asuransi mikro. Program ini dapat melibatkan koperasi lokal, bank mikro, atau lembaga keuangan desa yang lebih dipercaya masyarakat. Di dalam program ini, masyarakat dapat menabung secara kolektif untuk membayar premi asuransi kelompok, sehingga tercipta gotong royong dalam perlindungan risiko.

Pemanfaatan platform digital menjadi pilar ketiga dalam memperluas perlindungan. Melalui aplikasi ponsel, masyarakat dapat dengan mudah mendaftarkan diri, membayar premi, bahkan mengajukan klaim secara

online tanpa harus datang ke kantor asuransi yang jauh dari lokasi mereka. Platform digital juga bisa digunakan untuk menyampaikan edukasi dan simulasi interaktif, serta menyediakan notifikasi dini tentang ancaman bencana.

Pemerintah dan pelaku industri perlu mendorong inovasi asuransi yang sesuai dengan karakteristik masyarakat Indonesia, seperti asuransi berbasis indeks bencana (parametric insurance) yang mempermudah klaim tanpa proses verifikasi panjang. Dengan kombinasi subsidi, program komunitas, dan teknologi digital, maka jangkauan perlindungan risiko bencana bisa diperluas secara cepat dan efisien.

J. Inovasi dan Kolaborasi dalam Asuransi Bencana di Kawasan Ring of Fire

Wilayah Cincin Api Pasifik (*Ring of Fire*) dikenal dengan aktivitas seismik yang tinggi, menjadikan negara-negara di kawasan ini rentan terhadap bencana alam seperti gempa bumi dan letusan gunung berapi. Untuk mengurangi dampak finansial dari bencana tersebut, berbagai inovasi dan kolaborasi telah dikembangkan dalam sistem asuransi bencana di negara-negara seperti Indonesia, Jepang, Korea Selatan, dan Singapura.

Indonesia: Strategi Keuangan Risiko Bencana

Indonesia telah mengembangkan Strategi Keuangan Risiko Bencana Nasional (DRFI) untuk memperkuat respons terhadap bencana. Strategi ini mencakup penggunaan asuransi dan instrumen keuangan lainnya untuk melindungi anggaran negara dari beban biaya bencana yang tidak terduga. Selain itu, Indonesia juga terlibat dalam inisiatif regional seperti Southeast Asia Disaster Risk Insurance Facility (SEADRIF) yang menyediakan solusi asuransi bagi negara-negara anggota.

Jepang: Sistem Asuransi Gempa Bumi yang Terintegrasi

Jepang memiliki sistem asuransi gempa bumi yang didukung oleh pemerintah melalui Japan Earthquake Reinsurance Co., Ltd. (JER). Sistem ini memungkinkan pembayaran klaim secara cepat dan efisien setelah terjadi bencana besar. Selain itu, Jepang juga mulai mengadopsi asuransi parametrik yang memungkinkan pembayaran klaim berdasarkan parameter tertentu seperti intensitas gempa, sehingga mempercepat proses klaim.

Korea Selatan: Peningkatan Kesadaran dan Penetrasi Asuransi

Korea Selatan menghadapi tantangan dalam meningkatkan penetrasi asuransi bencana. Meskipun demikian, upaya untuk meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap pentingnya asuransi bencana terus dilakukan. Pemerintah dan sektor asuransi bekerja sama untuk mengembangkan produk asuransi yang lebih terjangkau dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

Singapura: Adopsi Asuransi Parametrik

Singapura, meskipun jarang mengalami bencana alam besar, telah mengadopsi asuransi parametrik untuk melindungi sektor-sektor tertentu dari risiko bencana. Asuransi parametrik memungkinkan pembayaran klaim secara otomatis berdasarkan parameter yang telah ditentukan sebelumnya, seperti intensitas gempa atau curah hujan, sehingga mempercepat proses klaim dan memberikan kepastian bagi pemegang polis.

Inovasi dan kolaborasi dalam asuransi bencana di kawasan *Ring of Fire* menunjukkan komitmen negara-negara tersebut dalam meningkatkan ketahanan terhadap bencana alam. Dengan terus mengembangkan sistem asuransi yang adaptif dan inklusif, diharapkan dampak finansial dari bencana dapat diminimalkan, dan pemulihan dapat dilakukan dengan lebih cepat dan efisien.



**No one can command the wind,
but a prepared soul knows how to raise the sail,
fasten the ropes, and protect the ship.**

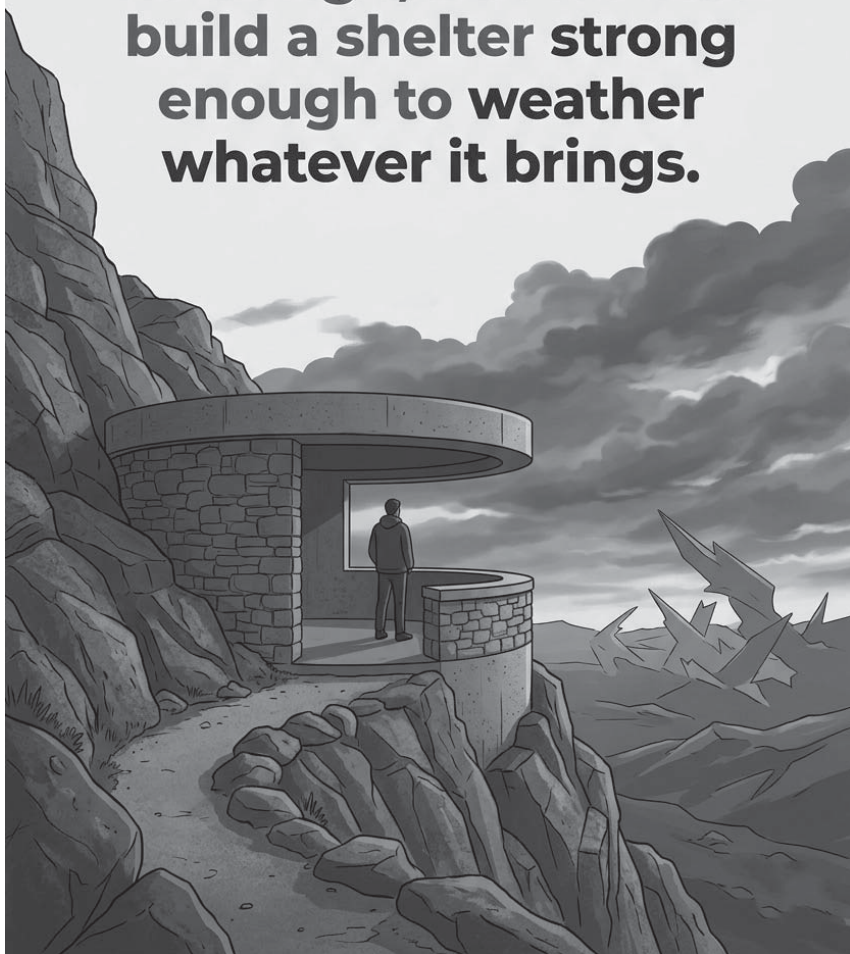


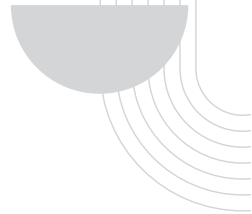
BAB
18.

GLOBAL WARMING & CLIMATE RISK



**Risk is the silent
architect of tomorrow.
We cannot tear down
its design, but we can
build a shelter strong
enough to weather
whatever it brings.**





18.1. Pengantar

Global Warming and Climate Risk: Ancaman Nyata bagi Umat Manusia dan Tantangan Baru bagi Dunia Asuransi

Pemanasan global dan perubahan iklim bukan lagi isu masa depan. Ia telah hadir di depan mata kita, nyata, terasa, dan kian mengancam. Mulai dari suhu ekstrem, curah hujan yang tak menentu, kekeringan berkepanjangan, kebakaran hutan hebat, hingga kenaikan permukaan laut—semua ini merupakan gejala dari ketidakseimbangan iklim yang semakin parah akibat aktivitas manusia selama puluhan tahun.

Kita hidup di masa ketika risiko-risiko iklim tak lagi bersifat lokal, tapi sistemik dan lintas batas. Risiko tersebut tidak hanya mengancam ekosistem, tetapi juga mengganggu ketahanan ekonomi, kesehatan masyarakat, dan stabilitas sosial. Di tengah kompleksitas ancaman ini, dunia asuransi memiliki peran yang sangat penting: bukan hanya sebagai penyedia jaminan, tetapi sebagai pihak yang mampu mengukur, memodelkan, dan memitigasi risiko-risiko yang bersifat ekstrem, jangka, namun sangat berdampak.

Memahami *global warming* dan *climate risk* adalah langkah awal untuk membangun ketahanan kolektif, baik sebagai individu, masyarakat, korporasi, maupun negara. Bagi pelaku industri perasuransian, pemahaman ini menjadi pondasi penting dalam mengembangkan produk, merancang strategi mitigasi, serta memperhitungkan risiko jangka panjang yang belum pernah terjadi dalam sejarah perasuransian konvensional.

Bab ini ditulis untuk menjawab kebutuhan akan pemahaman menyeluruh tentang *global warming* dan *climate risk*, dengan menggabungkan sudut pandang ilmiah, kemanusiaan, dan



asuransi. Kami mengajak pembaca untuk tidak hanya melihat perubahan iklim sebagai ancaman lingkungan semata, tetapi sebagai tantangan multidimensi yang membutuhkan kolaborasi ilmu pengetahuan, kebijakan publik, dan inovasi keuangan—termasuk asuransi sebagai alat mitigasi yang strategis.

Semoga bab ini dapat memberikan pemahaman baru, membangun kesadaran yang lebih luas, dan mendorong keterlibatan aktif kita semua dalam menghadapi krisis iklim dengan cara yang cerdas, adil, dan berkelanjutan.

A. Definisi Global Warming dan Climate Risk

1. Global Warming: Pemanasan Bumi yang Meningkat dan Terus Berlangsung

Global warming adalah istilah yang merujuk pada peningkatan suhu rata-rata atmosfer bumi, laut, dan daratan akibat peningkatan konsentrasi gas rumah kaca (GRK) yang dihasilkan oleh aktivitas manusia. Sejak era Revolusi Industri, pembakaran bahan bakar fosil, deforestasi, dan pertanian intensif telah meningkatkan jumlah karbon dioksida (CO_2), metana (CH_4), dan nitrous oxide (N_2O) di atmosfer. Gas-gas ini membentuk selimut yang memerangkap panas bumi, menyebabkan suhu bumi meningkat melebihi batas normal alami.

Laporan *Intergovernmental Panel on Climate Change* (IPCC) menyebut bahwa suhu bumi telah meningkat sekitar 1.1°C sejak akhir abad ke-19, dan diperkirakan akan mencapai atau melampaui ambang batas 1.5°C dalam beberapa dekade mendatang jika tidak ada tindakan drastis. Kenaikan suhu ini memicu berbagai konsekuensi seperti mencairnya es di kutub, naiknya permukaan laut,

dan meningkatnya frekuensi serta intensitas kejadian cuaca ekstrem.

2. ***Climate Risk*: Risiko-Risiko yang Timbul dari Perubahan Iklim**

Climate risk adalah potensi kerugian yang timbul akibat dampak langsung maupun tidak langsung dari perubahan iklim. Risiko ini dibagi menjadi tiga kategori besar:

- Risiko Fisik (*Physical Risks*): Termasuk bencana alam seperti badai, banjir, kekeringan, dan kebakaran hutan yang terjadi lebih sering dan lebih parah akibat perubahan iklim.
- Risiko Transisi (*Transition Risks*): Risiko yang timbul dari perubahan kebijakan, peraturan, teknologi, atau persepsi pasar dalam upaya mengatasi perubahan iklim. Misalnya, perusahaan batu bara yang kehilangan nilai pasar karena kebijakan net-zero emission.
- Risiko Tanggung Gugat (*Liability Risks*): Risiko hukum atau finansial yang timbul ketika individu, perusahaan, atau negara digugat karena dianggap turut menyebabkan atau tidak mengurangi perubahan iklim.

3. **Perspektif industri perasuransian terhadap Global Warming dan Climate Risk**

Industri perasuransian melihat *global warming* dan *climate risk* sebagai risiko sistemik yang dapat memengaruhi seluruh portofolio risiko—baik dari sisi klaim, cadangan teknis, maupun investasi. Perusahaan asuransi menghadapi tekanan dari dua arah:

- Peningkatan jumlah dan nilai klaim akibat bencana iklim (risiko fisik), dan
- Risiko perubahan nilai investasi yang terkait sektor karbon intensif (risiko transisi).

Climate risk tidak lagi dianggap sebagai risiko jangka panjang semata. Menurut *Insurance Information Institute* dan laporan Swiss Re, kerugian ekonomi global akibat bencana terkait iklim telah meningkat signifikan, dengan klaim asuransi yang melonjak terutama dari sektor properti dan agrikultur.

Banyak regulator kini mewajibkan perusahaan asuransi untuk melakukan stress test dan mengungkapkan eksposur mereka terhadap *climate risk*—sebuah langkah menuju asuransi yang lebih tangguh secara iklim.

Kesimpulan

Pemanasan global bukan sekadar masalah lingkungan, tetapi krisis multidimensi yang menimbulkan risiko kompleks bagi manusia, ekonomi, dan sistem keuangan global. *Climate risk*—sebagai produk dari perubahan iklim—harus dipahami secara mendalam, terutama oleh pelaku industri perasuransian. Tanpa pemahaman ini, mustahil menyusun strategi perlindungan yang efektif di masa depan.

B. Mengapa Terjadi *Global Warming* dan *Climate Risk*, serta Dampaknya bagi Kehidupan dan Bumi

1. Penyebab *Global Warming* dan *Climate Risk*: Campur Tangan Manusia dan Ketidakseimbangan Alam

Global warming adalah fenomena yang secara ilmiah terbukti dipicu oleh aktivitas manusia dalam kurun dua abad terakhir, terutama sejak era Revolusi Industri.

Ketergantungan manusia terhadap energi fosil seperti batu bara, minyak bumi, dan gas alam telah melepaskan emisi karbon dioksida (CO_2), metana (CH_4), dan nitrous oxide (N_2O) dalam jumlah besar ke atmosfer. Ditambah dengan deforestasi masif, sistem pendingin alami bumi pun terganggu, membuat panas matahari terperangkap lebih lama dan suhu bumi meningkat secara progresif.

Kenaikan suhu ini kemudian mengganggu sistem iklim global, yang tercermin melalui pergeseran pola cuaca, perubahan musim, peningkatan suhu permukaan laut, dan perubahan distribusi curah hujan. Inilah yang dikenal sebagai *climate risk*, yakni kumpulan risiko yang muncul dari ketidakseimbangan sistem iklim bumi yang mempengaruhi manusia, ekosistem, dan aktivitas ekonomi secara luas.

Climate risk tidak berdiri sendiri. Ia merupakan produk dari *global warming* yang berkelanjutan, diperburuk oleh hilangnya penyangga alam seperti hutan, laut dalam, dan gletser. Setiap tahun yang berlalu tanpa tindakan, menambah intensitas dan kompleksitas risiko iklim yang harus dihadapi oleh umat manusia.

Perubahan iklim kemudian muncul sebagai dampak lanjutan dari pemanasan global. Ketidakseimbangan ini memicu *climate risk*, yaitu kumpulan risiko yang mencakup kejadian cuaca ekstrem, bencana alam, dan instabilitas sistem alam serta sosial akibat perubahan iklim yang tak terduga dan semakin sulit dikendalikan.

Beberapa faktor utama penyebab *global warming* antara lain:

- Pembakaran bahan bakar fosil: untuk listrik, transportasi, dan industri.
- Deforestasi besar-besaran: mengurangi kemampuan bumi menyerap CO₂.
- Agrikultur intensif dan peternakan besar-besaran: melepaskan CH₄ dan N₂O.
- Urbanisasi dan pembangunan tidak berkelanjutan: meningkatkan jejak karbon.

Semakin banyak emisi yang dilepaskan, semakin besar pula gangguan terhadap sistem iklim global. Ketidakseimbangan ini menghasilkan *climate risk*, yaitu bentuk-bentuk risiko yang dipicu atau diperparah oleh perubahan iklim yang makin tidak menentu.

2. Dampaknya bagi Kehidupan Umat Manusia

Global warming dan *climate risk* membawa serangkaian konsekuensi serius yang saling terkait dan dapat meluas secara cepat. Berikut adalah dampak utama yang harus kita cermati:

a. Peningkatan Frekuensi dan Intensitas Bencana Alam

Perubahan iklim mempercepat dan memperkuat siklus bencana. Banjir besar, badai tropis, kekeringan ekstrem, dan kebakaran hutan menjadi lebih sering terjadi dan lebih parah dibanding masa lalu. Fenomena seperti El Niño dan La Niña pun menjadi lebih tidak menentu, memperparah ketidakseimbangan iklim global.

Salah satu dampak yang paling terlihat adalah semakin sering dan semakin kuatnya bencana alam.

Banjir besar, badai topan, kekeringan ekstrem, serta kebakaran hutan yang meluas kini menjadi fenomena tahunan di berbagai belahan dunia. Cuaca ekstrem yang dahulu disebut sebagai “kejadian 100 tahunan” kini bisa terjadi dalam hitungan tahun.

Contohnya, pada tahun 2022, banjir besar di Pakistan disebabkan oleh curah hujan ekstrem yang melampaui pola historis, menenggelamkan lebih dari sepertiga wilayah negara tersebut dan mempengaruhi puluhan juta orang.

b. Kerusakan Ekosistem dan Keanekaragaman Hayati

Kenaikan suhu dan pergeseran pola cuaca menghancurkan habitat alami berbagai spesies. Hewan dan tumbuhan tidak memiliki cukup waktu untuk beradaptasi. Akibatnya, kita menyaksikan percepatan kepunahan spesies, kerusakan terumbu karang, hilangnya populasi serangga penyerbuk, dan gangguan rantai makanan yang kompleks.

Global warming menyebabkan gangguan besar terhadap ekosistem alami. Suhu laut yang meningkat menyebabkan pemutihan terumbu karang, pergeseran habitat memaksa spesies hewan dan tumbuhan bermigrasi atau punah, dan peristiwa iklim ekstrem menghancurkan kawasan konservasi yang penting.

Kerusakan keanekaragaman hayati tidak hanya berdampak ekologis, tetapi juga ekonomis, karena mengganggu keseimbangan ekosistem yang menopang pertanian, perikanan, dan sumber daya alam lainnya.

c. Ancaman terhadap Ketahanan Pangan dan Air

Perubahan iklim mengganggu musim tanam dan ketersediaan air. Hujan yang datang tidak menentu, kekeringan berkepanjangan, dan cuaca ekstrem menghancurkan lahan pertanian, memicu gagal panen, serta memperburuk krisis air bersih di banyak wilayah dunia.

FAO menyebutkan bahwa ketahanan pangan global sangat rentan terhadap perubahan iklim, terutama di negara berkembang yang belum memiliki sistem pertanian adaptif. Krisis ini berdampak langsung pada kelaparan, malnutrisi, dan harga pangan yang melonjak.

d. Dampak Ekonomi: Kerugian Properti dan Infrastruktur

Bencana iklim menyebabkan kerugian ekonomi yang sangat besar, baik secara langsung maupun tidak langsung. Properti rumah tangga, gedung perkantoran, jalan, jembatan, dan fasilitas publik rusak akibat banjir, angin topan, atau tanah longsor. Sektor pertanian, perikanan, pariwisata, dan logistik ikut terdampak. Biaya pemulihan dan adaptasi meningkat pesat, membebani APBN negara-negara berkembang dan mengganggu pertumbuhan ekonomi secara global.

Menurut Swiss Re Institute, kerugian ekonomi global akibat bencana alam yang terkait perubahan iklim telah melampaui US\$ 275 miliar per tahun selama dekade terakhir—dan jumlah ini terus meningkat.

e. Kesehatan, Migrasi, dan Ketidakstabilan Sosial

Gelombang panas memperparah penyakit pernapasan, infeksi tropis menyebar lebih luas, dan polusi udara memperpendek harapan hidup. Di saat yang sama, populasi yang terdampak bencana terpaksa bermigrasi, menciptakan tekanan baru pada kota-kota, membuka potensi konflik sosial dan ketegangan lintas negara atas sumber daya seperti air dan pangan.

Global warming dan *climate risk* membawa konsekuensi serius terhadap kualitas hidup, kesehatan, ekonomi, dan keamanan manusia, antara lain:

- Kesehatan masyarakat terancam: meningkatnya penyakit tropis, penyakit pernapasan akibat polusi, dan gelombang panas yang mematikan.
- Ketahanan pangan terganggu: pola hujan berubah, musim tanam tak menentu, hasil panen menurun.
- Air bersih semakin sulit diakses: kekeringan berkepanjangan dan pencemaran sumber air.
- Migrasi dan konflik sosial: meningkatnya bencana memicu perpindahan penduduk dan potensi konflik sumber daya.
- Kerugian ekonomi: bencana alam akibat iklim seperti badai, banjir, dan kebakaran hutan merusak properti, infrastruktur, dan menghentikan aktivitas ekonomi.

Menurut Bank Dunia, perubahan iklim dapat mendorong lebih dari 130 juta orang jatuh ke dalam kemiskinan pada tahun 2030 jika tidak ada intervensi mitigasi yang serius.

3. Dampak lainnya: Kelestarian Bumi, Krisis Sosial dan Ketidakpastian Masa Depan

Global warming juga memicu perpindahan penduduk secara besar-besaran akibat wilayah pesisir yang tenggelam, lahan pertanian yang tak lagi produktif, serta konflik sosial atas air, pangan, dan energi. Gelombang pengungsi iklim menjadi fenomena baru yang belum sepenuhnya mampu diantisipasi oleh negara-negara dan lembaga kemanusiaan.

Selain itu, krisis ini menciptakan ketidakpastian besar terhadap masa depan generasi mendatang—baik dalam pendidikan, lapangan kerja, hingga kualitas hidup secara umum. Dunia dipaksa untuk mengevaluasi ulang seluruh model pembangunan yang ada, agar dapat beradaptasi dan bertahan menghadapi ancaman global ini.

Tidak hanya manusia, seluruh planet merasakan beban perubahan iklim:

- Laut memanas dan permukaan air laut naik, mengancam pulau kecil dan pesisir.
- Terumbu karang mengalami pemutihan massal, mematikan ekosistem laut yang menjadi sumber pangan dan ekonomi jutaan orang.
- Hutan kehilangan kemampuannya menyerap karbon, mempercepat siklus pemanasan global.
- Lapisan es mencair, mempengaruhi aliran laut dan pola cuaca global.
- Kepunahan spesies: banyak hewan dan tumbuhan tidak mampu beradaptasi dengan cepat terhadap perubahan suhu dan pola cuaca.
- Perubahan pola migrasi satwa: mengganggu rantai makanan dan ekosistem regional.

Bumi sedang menghadapi krisis keberlanjutan. Tanpa langkah kolektif yang serius, banyak fungsi alamiah bumi—penyimpan air, penyejuk suhu, penyaring udara, dan sumber pangan—akan rusak secara permanen.

Ekosistem yang terganggu akan kehilangan kemampuan alaminya untuk menyeimbangkan suhu, membersihkan udara, menyimpan air, dan menyerap karbon—yang semuanya justru memperparah pemanasan global dalam siklus yang semakin merusak.

Global warming dan *climate risk* adalah realitas yang kita hadapi sekarang, bukan di masa depan. Dampaknya bukan hanya pada suhu, tetapi merembet pada bencana alam, kerusakan alam, krisis pangan dan air, serta guncangan ekonomi dan sosial. Dengan menyadari besarnya ancaman ini, kita dapat menyusun langkah strategis dan adaptif, termasuk melalui pendekatan manajemen risiko dan perlindungan berbasis asuransi. Memahami adalah langkah awal menuju penyelamatan.

C. Bagaimana Mencegah dan/atau Memperkecil Risiko *Global Warming* dan *Climate Risk*

1. Dua Pendekatan Utama: Mitigasi dan Adaptasi

Untuk menghadapi ancaman *global warming* dan *climate risk*, komunitas internasional mengembangkan dua pendekatan strategis yang saling melengkapi: mitigasi dan adaptasi.

- Mitigasi bertujuan untuk mengurangi atau menahan laju perubahan iklim dengan menurunkan emisi gas rumah kaca. Ini adalah upaya jangka panjang untuk mengatasi penyebab utama *global warming*.

- Adaptasi adalah penyesuaian terhadap dampak perubahan iklim yang sudah terjadi atau tidak bisa dihindari, dengan memperkuat ketahanan sistem sosial, ekonomi, dan lingkungan.

Keduanya harus berjalan beriringan. Tanpa mitigasi, dampak iklim akan makin parah. Tanpa adaptasi, masyarakat akan tetap rentan meskipun emisi berhasil dikurangi.

2. Strategi Mitigasi: Menangani Akar Masalah

Mitigasi mengacu pada upaya sistematis dan kolektif untuk mengurangi emisi gas rumah kaca dan memperlambat laju pemanasan global. Strategi utamanya meliputi:

a. Transisi Energi

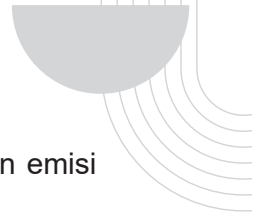
- Beralih dari bahan bakar fosil ke sumber energi terbarukan seperti surya, angin, dan hidro.
- Meningkatkan efisiensi energi dalam sektor industri, transportasi, dan perumahan.
- Mengembangkan kendaraan listrik dan sistem transportasi publik rendah emisi.

b. Perlindungan dan Rehabilitasi Ekosistem

- Melindungi hutan tropis dan lahan gambut sebagai penyerap karbon alami.
- Mendorong reboisasi dan konservasi keanekaragaman hayati.
- Mengelola lahan pertanian dan peternakan secara berkelanjutan.

c. Ekonomi Rendah Karbon dan Pajak Karbon

- Memberlakukan pajak karbon untuk menginternalisasi biaya kerusakan lingkungan.



- Mengembangkan mekanisme perdagangan emisi (carbon trading).
- Mendorong perusahaan mengadopsi *Environmental, Social, and Governance* (ESG).

3. Strategi Adaptasi: Menyesuaikan Diri dengan Realitas Iklim

Karena sebagian dampak perubahan iklim sudah tidak bisa dihindari, strategi adaptasi menjadi penting untuk melindungi komunitas dan sistem kehidupan. Strateginya antara lain:

- a. Infrastruktur Tangguh Iklim
 - Membangun bendungan dan tanggul untuk mencegah banjir.
 - Meningkatkan ketahanan bangunan terhadap badai dan gempa.
 - Mendesain ulang kota agar tahan panas, memiliki ruang hijau dan drainase baik.
- b. Pertanian Adaptif dan Ketahanan Pangan
 - Mengembangkan varietas tanaman tahan kekeringan dan banjir.
 - Memperbaiki sistem irigasi dan pengelolaan air.
 - Diversifikasi mata pencaharian petani agar tidak tergantung pada satu musim.
- c. Sistem Peringatan Dini dan Edukasi Publik
 - Menyediakan akses informasi cuaca ekstrem secara *real-time*.
 - Melatih masyarakat dalam menghadapi bencana dan evakuasi.
 - Memasukkan pendidikan iklim dalam kurikulum sekolah dan pelatihan kerja.



4. Peran Pemerintah, Komunitas, dan Sektor Swasta

Pencegahan dan pengurangan risiko iklim memerlukan sinergi dari semua pihak:

- Pemerintah bertanggung jawab menetapkan kebijakan nasional dan meratifikasi perjanjian global seperti Paris Agreement.
- Komunitas lokal menjadi aktor kunci dalam pelaksanaan adaptasi berbasis lokasi.
- Sektor swasta dan industri perasuransian memiliki peran strategis dalam inovasi pendanaan, proteksi risiko, dan pengembangan solusi berbasis data.

Model kemitraan publik-swasta (PPP) dan pembiayaan hijau (*green financing*) juga memainkan peran penting dalam mendanai proyek adaptasi dan mitigasi, terutama di negara berkembang.

5. Peran Dunia Asuransi dalam Mengurangi Risiko

Industri perasuransian dapat berkontribusi secara signifikan melalui:

- Pengembangan produk asuransi berbasis risiko iklim seperti asuransi parametris, indeks cuaca, dan perlindungan bencana.
- Pemberian insentif untuk praktik berkelanjutan, misalnya premi lebih rendah bagi bangunan ramah lingkungan.
- Pemetaan risiko dan model proyeksi yang membantu pemerintah dan bisnis menilai kerentanan iklim dan menyesuaikan kebijakan.

Asuransi tidak hanya bertugas mengganti kerugian setelah bencana, tetapi juga berfungsi sebagai bagian dari sistem peringatan dini dan perencanaan ketahanan masa depan.

Global warming dan *climate risk* dapat dicegah dan diminimalkan dampaknya jika semua pihak bekerja bersama melalui mitigasi dan adaptasi. Setiap individu, lembaga, dan negara memiliki tanggung jawab moral dan strategis untuk melindungi bumi dan penghuninya. Dunia asuransi pun ditantang untuk keluar dari peran tradisionalnya dan menjadi mitra utama dalam menghadapi krisis iklim global.

D. Risiko *Global Warming* dalam Perspektif Asuransi

- Risiko Fisik: Kerusakan akibat bencana alam.
- Risiko Transisi: Perubahan regulasi atau teknologi yang mempengaruhi nilai aset.
- Risiko Tanggung Gugat: Klaim hukum terhadap perusahaan yang dianggap berkontribusi pada perubahan iklim.

Risiko-risiko *Global Warming* dan *Climate Risk* yang Dapat Dipelajari dan Dihitung dari Sudut Pandang Ilmu Asuransi

Perubahan iklim telah menciptakan dimensi baru dalam manajemen risiko, di mana ketidakpastian bukan hanya bersumber dari frekuensi kejadian alam, tetapi juga dari eskalasi dampak yang tidak linier. Dunia asuransi, yang secara esensial dibangun di atas prinsip prediktabilitas dan pengukuran risiko, menghadapi tantangan besar dalam memahami, memodelkan, dan menghitung risiko-risiko iklim.

Dalam ilmu asuransi modern, risiko-risiko yang berkaitan dengan perubahan iklim dikategorikan berdasarkan sumber dan dampaknya terhadap sistem ekonomi, sosial, dan lingkungan. Klasifikasi ini bukan hanya memudahkan analisis, tetapi juga menjadi dasar dalam

pengembangan model aktuarial, penetapan tarif premi, dan manajemen portofolio.

Secara umum, terdapat tiga kelompok utama: risiko fisik, risiko transisi, dan risiko tanggung gugat (*liability risk*).

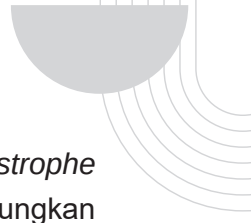
1. Risiko Fisik (*Physical Risks*)

Risiko ini berkaitan dengan kerusakan langsung akibat perubahan iklim, baik yang terjadi secara bertahap maupun mendadak.

- a. Risiko Kronis, terjadi secara bertahap dan menimbulkan kerusakan dalam jangka panjang:
 - Kenaikan suhu rata-rata tahunan, memengaruhi produktivitas pertanian dan kesehatan
 - Kenaikan permukaan laut yang perlahan-lahan menenggelamkan wilayah pesisir,
 - Perubahan pola presipitasi yang memengaruhi pertanian dan sumber air.
- b. Risiko Akut, merujuk pada kejadian mendadak yang menyebabkan kerusakan besar seperti:
 - Banjir bandang akibat curah hujan ekstrem,
 - Topan dan badai tropis yang lebih kuat dan meluas,
 - Kebakaran hutan akibat kekeringan ekstrem,
 - Gelombang panas yang mematikan.

Konsekuensi bagi asuransi:

- Meningkatnya klaim asuransi properti, agrikultur, dan bisnis serta engineering. Kerugian kerap kali bersifat agregat dan berulang, menimbulkan lonjakan klaim serta memengaruhi rasio kerugian (*loss ratio*)
- Tantangan besar dalam penyesuaian tarif premi berbasis lokasi (*location-specific pricing*).



- Kebutuhan pemodelan ulang untuk *catastrophe risk* (*CAT modeling*) dengan memperhitungkan intensitas dan frekuensi baru.

2. Risiko Transisi (*Transition Risks*)

Risiko ini timbul dari proses peralihan menuju ekonomi rendah karbon, yang dapat menimbulkan gejolak terhadap nilai aset dan model bisnis.

- a. Regulasi dan Kebijakan
 - Pembatasan emisi industri tertentu
 - Penetapan Standar efisiensi energi yang baru
 - Larangan terhadap bahan bakar fosil,
 - Penerapan pajak karbon atau biaya emisi,
 - Kewajiban *disclosure* risiko iklim untuk emiten dan institusi keuangan.
- b. Teknologi dan Inovasi
 - Peralihan mendadak ke teknologi hijau (EV, energi surya),
 - Penurunan nilai aset fosil (*stranded assets*)
 - Disrupsi pada industri tradisional seperti batu bara, semen, minyak bumi.
- c. Perubahan Preferensi Pasar
 - Konsumen dan investor beralih ke perusahaan berorientasi ESG,
 - Penurunan nilai aset "*brown industries*" secara cepat.

Konsekuensi bagi asuransi:

- Portofolio investasi perusahaan asuransi harus disesuaikan (*ESG investing*),
- Asuransi proyek baru perlu memperhitungkan kelayakan teknologi transisi,



- Revisi risiko kredit dan risiko gagal bayar dari sektor terdampak transisi (misalnya batu bara, migas).

3. Risiko Tanggung Gugat (*Liability Risks*)

Liability risk timbul ketika pihak-pihak tertentu dianggap bertanggung jawab secara hukum atas kerusakan akibat perubahan iklim.

Contoh kasus:

- Gugatan terhadap perusahaan minyak atas kontribusi emisinya terhadap perubahan iklim.
- Pemerintah atau lembaga dituntut karena gagal mencegah kerusakan lingkungan.
- Perusahaan konstruksi digugat karena membangun properti di zona risiko tinggi tanpa mitigasi.

Konsekuensi bagi asuransi:

- Lonjakan klaim untuk lini produk *liability insurance: Directors & Officers (D&O), professional indemnity, environmental liability*.
- Kebutuhan *underwriting* berbasis ESG compliance dan risiko reputasi.
- Perlunya pengembangan *climate liability clauses* dalam polis komersial.

4. Risiko Sistemik dan Risiko Agregat

Global warming juga menciptakan risiko sistemik, yaitu risiko yang menjalar ke seluruh sistem keuangan atau ekonomi. Risiko-risiko ini sulit dihitung secara konvensional karena mencakup ketidakpastian jangka panjang dan interkoneksi antar sektor.

Dampak potensial:

- Korban massal akibat cuaca ekstrem yang memicu lonjakan klaim jiwa dan kesehatan,

- Runtuhnya jaringan logistik dan suplai, memengaruhi asuransi pengangkutan dan rantai pasok,
- Pemicu krisis keuangan jika perusahaan asuransi atau bank tidak siap menghadapi paparan risiko iklim.

Kesimpulan

Risiko-risiko *global warming* dan *climate risk* tidak hanya bisa dipelajari, tetapi juga dapat dimodelkan, dihitung, dan dikelola melalui pendekatan ilmu aktuaria, *underwriting*, dan manajemen risiko strategis. Dunia asuransi memiliki kesempatan dan kewajiban untuk berinovasi dalam merespons tantangan iklim ini, dengan membangun produk, sistem penilaian, dan pendekatan mitigasi berbasis data yang komprehensif.

E. Apa Risiko yang Terendah hingga Terburuk yang Dapat Terjadi Akibat *Global Warming* dan *Climate Risk*

Dalam dunia asuransi, risiko selalu dinilai berdasarkan dua faktor utama: frekuensi (seberapa sering terjadi) dan keparahan (dampaknya jika terjadi). *Global warming* dan *climate risk* membawa berbagai jenis risiko yang tersebar dari risiko minor yang sering terjadi hingga bencana sistemik yang langka namun berakibat sangat besar.

Untuk itu, risiko dapat diklasifikasikan dalam tiga tingkatan:

1. Risiko Terendah: Dampak Jangka Pendek yang Sering Terjadi, namun Terlokalisasi

Risiko ini memiliki frekuensi tinggi tetapi dampak relatif rendah. Ia mengganggu kenyamanan hidup dan produktivitas, namun masih bisa dikendalikan secara lokal.

Contoh Risiko:

- Perubahan pola cuaca ringan yang mengganggu musim tanam lokal.
- Hama pertanian baru akibat pergeseran suhu.
- Lonjakan suhu harian yang berdampak pada produktivitas kerja.
- Genangan air di wilayah urban karena saluran tidak mampu menampung curah hujan meningkat.

Konsekuensi Asuransi:

- Kenaikan klaim kecil tapi rutin untuk pertanian, kesehatan, dan properti.
- Penyesuaian premi tahunan dan syarat polis yang lebih spesifik pada kondisi wilayah.

2. Risiko Menengah: Dampak Regional dengan Potensi Kerugian Ekonomi Besar

Risiko menengah memiliki frekuensi sedang dan dampak yang mulai terasa luas secara ekonomi maupun sosial. Jenis risiko ini memerlukan intervensi lintas sektor dan memengaruhi infrastruktur dasar.

Contoh Risiko:

- Banjir besar di kota atau kawasan industri akibat hujan ekstrem.
- Kekeringan panjang yang mengganggu irigasi dan pasokan pangan.
- Gangguan pada rantai pasok karena bencana alam atau cuaca ekstrem.
- Lonjakan kasus penyakit tropis karena perubahan iklim.

Konsekuensi Asuransi:

- Lonjakan klaim massal pada sektor pertanian, kendaraan, rumah, dan logistik.

- Penyesuaian model pricing untuk *regional exposure*.
- Perlunya reasuransi dan pooling risiko antar perusahaan.

3. Risiko Tinggi dan Terburuk: Risiko Sistemik dan Bencana Multinasional

Risiko ini jarang terjadi namun berakibat sangat parah dan berpotensi sistemik. Dalam kategori ini, *global warming* dan *climate risk* menjadi pemicu dari bencana lintas negara yang merusak stabilitas sosial, ekonomi, dan lingkungan secara bersamaan.

Contoh Risiko:

- Kenaikan permukaan laut yang menenggelamkan negara-negara pulau kecil dan kota pesisir besar.
- Topan kategori 5 yang menghancurkan infrastruktur strategis nasional.
- Kebakaran hutan skala besar yang memusnahkan kawasan konservasi dan pemukiman.
- Migrasi iklim besar-besaran akibat kombinasi kelangkaan pangan, air, dan suhu ekstrem.
- Gagal panen beruntun yang memicu kelaparan dan inflasi global.

Konsekuensi Asuransi:

- Kerugian raksasa yang tidak dapat ditanggung oleh satu perusahaan (risiko katastrofik).
- Ketergantungan penuh pada reasuransi global dan *catastrophe bond*.
- Kebutuhan akan skema *government-backed insurance* atau *sovereign risk pool*.

Ilustrasi Spektrum Risiko Berdasarkan Frekuensi dan Keparahan

Tingkatan Risiko	Frekuensi Kejadian	Tingkat Dampak	Contoh	Kebutuhan Asuransi
Rendah	Tinggi	Ringan	Pergeseran musim, gelombang panas ringan	Penyesuaian premi lokal
Menengah	Sedang	Sedang	Banjir kota, kekeringan regional	Skema reasuransi regional
Tinggi	Rendah	Sangat Besar	Topan besar, migrasi iklim, tenggelamnya pulau	Catastrophe modeling, sovereign pool

Global warming dan *climate risk* memiliki spektrum risiko yang sangat luas. Dari risiko mikro seperti perubahan suhu lokal, hingga bencana global seperti tenggelamnya wilayah pesisir, semua dapat dihitung dan diklasifikasikan. Dunia asuransi dituntut untuk tidak hanya membayar klaim saat bencana terjadi, tetapi juga untuk menjadi mitra yang aktif dalam mengukur, memodelkan, dan mencegah risiko-risiko masa depan yang lebih kompleks dan sistemik.

F. Polis Asuransi Khusus Risiko *Global Warming* dan *Climate Risk*

Seiring meningkatnya frekuensi dan intensitas dampak perubahan iklim, dunia asuransi telah merespons dengan merancang produk asuransi khusus untuk risiko iklim. Produk ini tidak hanya bertujuan menanggung kerugian akibat bencana, tetapi juga untuk mendorong kesiapsiagaan dan adaptasi terhadap dampak iklim yang semakin tidak dapat diprediksi.

Polis khusus ini umumnya dibagi menjadi dua kelompok besar: asuransi tradisional berbasis kerugian (*indemnity insurance*) dan asuransi parametrik (*parametric insurance*). Keduanya terus berkembang, termasuk melalui skema nasional dan multinasional yang difasilitasi oleh pemerintah, lembaga keuangan internasional, dan sektor swasta.

1. Asuransi Parametrik: Cepat, Terukur, dan Adaptif terhadap Risiko Iklim

Asuransi parametris adalah bentuk polis di mana pembayaran klaim tidak bergantung pada penilaian kerugian aktual, tetapi pada tercapainya parameter atau indeks tertentu yang telah disepakati. Misalnya, apabila curah hujan di suatu wilayah tercatat di bawah 50 mm selama sebulan, maka klaim otomatis dibayarkan.

Keunggulan Asuransi Parametris:

- Proses klaim lebih cepat (tidak perlu survei kerusakan),
- Mengurangi moral hazard dan biaya administrasi,
- Cocok untuk negara atau komunitas yang terdampak bencana iklim secara berulang.

Contoh nyata:

- *African Risk Capacity (ARC)*: Lembaga antarnegara di Afrika yang menyediakan asuransi parametris untuk kekeringan, banjir, dan wabah penyakit, dengan dukungan dari World Food Programme dan UNDP.
- *Caribbean Catastrophe Risk Insurance Facility (CCRIF)*: Menyediakan asuransi parametris bagi negara-negara kepulauan di Karibia untuk risiko gempa bumi, badai tropis, dan curah hujan ekstrem.

2. Asuransi Tradisional: Proteksi terhadap Kerugian Fisik Polis tradisional tetap digunakan untuk menanggung

kerusakan aktual akibat kejadian iklim, terutama pada properti, bisnis, pertanian, dan infrastruktur. Dalam polis ini, nilai klaim dihitung berdasarkan nilai kerugian yang ditaksir secara aktual melalui survei lapangan.

Jenis Polis Tradisional:

- Asuransi Pertanian: Menanggung gagal panen akibat kekeringan, banjir, atau suhu ekstrem.
- Asuransi Properti Komersial: Meliputi kerusakan karena badai, hujan ekstrem, atau tanah longsor.
- Asuransi Konstruksi dan Rekayasa: Digunakan untuk proyek-proyek infrastruktur di wilayah rawan bencana iklim.

3. Skema Inovatif dan Multinasional

Selain polis individual, berbagai skema inovatif telah dikembangkan untuk memberikan perlindungan kolektif terhadap risiko iklim:

- a. *Reef Insurance* (Mexico & Hawaii)
 - Polis yang melindungi terumbu karang dari kerusakan akibat badai tropis, karena terumbu berfungsi sebagai pelindung alami wilayah pesisir.
 - Dana klaim digunakan untuk memulihkan dan merehabilitasi ekosistem secara langsung.
- b. *Urban Heat Insurance* (Prototype)
 - Polis eksperimental untuk mengkompensasi komunitas kota yang terdampak oleh gelombang panas ekstrem, dengan trigger berbasis data suhu dari satelit atau badan meteorologi.
- c. *Sovereign Risk Pooling*
 - Negara-negara dengan risiko iklim tinggi (seperti

Vanuatu, Tuvalu, dan Maladewa) membentuk aliansi pembiayaan risiko bencana bersama, agar premi lebih terjangkau dan daya tahan fiskal meningkat.

4. Tantangan Pengembangan Polis Iklim

Meskipun semakin dibutuhkan, pengembangan polis asuransi iklim menghadapi beberapa kendala:

- Keterbatasan data historis: Untuk membangun model premi yang akurat.
- Kurangnya literasi risiko di kalangan tertanggung: Terutama pada masyarakat petani atau nelayan.
- Tingginya biaya premi: Untuk daerah dengan eksposur risiko tinggi.
- Ketidakpastian regulasi dan subsidi pemerintah di beberapa negara berkembang.

Kesimpulan

Polis asuransi untuk risiko *global warming* dan *climate risk* merupakan inovasi penting dalam merespons realitas iklim saat ini. Dengan pengembangan produk yang adaptif, berbasis data, dan terjangkau, asuransi dapat menjadi alat proteksi sekaligus pendorong perubahan perilaku kolektif. Dukungan dari pemerintah, komunitas internasional, dan lembaga keuangan akan sangat menentukan keberhasilan jangka panjang produk-produk ini sebagai bagian dari sistem manajemen risiko iklim global.

G. Menghitung dan Menetapkan Premi Asuransi Iklim

Asuransi iklim menghadapi tantangan besar dalam

penetapan premi karena sifat risikonya yang tidak linier, sangat tidak pasti, dan berubah cepat. Berbeda dengan asuransi konvensional yang menggunakan data historis yang stabil, asuransi iklim harus menggabungkan data historis dengan proyeksi berbasis iklim masa depan, termasuk perubahan frekuensi dan intensitas bencana.

Oleh karena itu, penetapan premi dalam asuransi iklim memerlukan pendekatan multidisipliner, melibatkan aktuaria, klimatolog, ahli risiko, serta teknologi pemodelan berbasis geospasial dan satelit.

1. Komponen Utama dalam Perhitungan Premi Asuransi Iklim

Premi dalam asuransi iklim umumnya terdiri dari lima komponen utama:

- a. *Expected Loss* (Kerugian yang Diharapkan)
 - Menghitung kemungkinan kerugian dalam jangka waktu tertentu berdasarkan data iklim historis dan proyeksi.
 - Gunakan model statistik seperti *Poisson Distribution* untuk frekuensi, dan *Lognormal/ Exponential* untuk keparahan.
- b. *Catastrophe Load* (Beban Bencana)
 - Tambahan premi untuk bencana besar (*low probability–high impact*) seperti topan kategori 5 atau kekeringan ekstrem.
 - Biasanya dimodelkan dengan perangkat lunak *CAT modeling* (misalnya AIR, RMS, Swiss Re CAT model).



- c. *Loading for Uncertainty and Volatility*
 - Penyesuaian karena ketidakpastian tinggi akibat perubahan iklim global yang mempercepat.
 - Diperlukan untuk mengimbangi risiko salah estimasi.
- d. *Expense Loading*
 - Biaya operasional, akuisisi, reasuransi, dan biaya administrasi.
- e. *Profit Margin*
 - Komponen keuntungan yang dibutuhkan perusahaan asuransi agar tetap solvabel dan dapat mengembangkan layanan.

2. Metode dan Alat Penetapan Premi Modern

- a. *Catastrophe Modeling (CAT Models)*
 - Digunakan untuk mensimulasikan kerugian ekstrem dari bencana iklim.
 - Memperhitungkan lokasi geografis, nilai properti, jenis tanah, serta parameter cuaca.
- b. *Geospatial Risk Mapping*
 - Pemetaan wilayah risiko menggunakan data satelit dan GIS untuk memperkirakan intensitas kerentanan suatu wilayah.
- c. *Climate Projection Integration*
 - Menggabungkan data dari IPCC, NOAA, atau BMKG untuk membangun skenario masa depan (Representative Concentration Pathways - RCP).
- d. *Weather Derivatives dan Indeks Parametris*
 - Menggunakan indikator yang ditentukan sebelumnya, seperti curah hujan atau suhu maksimum, untuk menetapkan trigger klaim dan tarif.



3. Tantangan Penetapan Premi Asuransi Iklim

- a. Keterbatasan Data
 - Banyak wilayah, terutama di negara berkembang, tidak memiliki data historis iklim yang lengkap atau akurat.
- b. Model *Uncertainty*
 - Proyeksi iklim memiliki banyak ketidakpastian yang membuat kalkulasi premi sangat sensitif terhadap asumsi dasar.
- c. Aksesibilitas dan *Affordability*
 - Premi sering kali menjadi terlalu mahal untuk masyarakat rentan yang paling membutuhkan proteksi.
- d. Ketergantungan pada Subsidi dan Dukungan Pemerintah
 - Tanpa dukungan pemerintah atau skema risiko bersama, asuransi iklim sering kali tidak berkelanjutan secara komersial.

4. Inovasi untuk Menjaga Keseimbangan Premi

- *Premium Subsidy Scheme*: Dukungan pemerintah untuk petani atau nelayan yang membeli asuransi iklim.
- *Public–Private Partnership* (PPP): Kolaborasi pemerintah dan perusahaan asuransi untuk menanggung premi risiko tinggi.
- *Climate Risk Pooling*: Mekanisme pembagian risiko antarnegara atau wilayah agar premi lebih merata dan stabil.
- *Parametric Insurance Development*: Meminimalkan biaya klaim dan waktu pencairan, sehingga memungkinkan premi lebih rendah.

Kesimpulan

Penetapan premi dalam asuransi iklim adalah proses yang jauh lebih kompleks dibandingkan produk asuransi tradisional. Ia membutuhkan penggabungan ilmu aktuaria, pemodelan iklim, data spasial, serta analisis ketidakpastian. Meskipun penuh tantangan, melalui inovasi, kolaborasi lintas sektor, dan dukungan kebijakan, premi yang adil dan berkelanjutan dapat dirumuskan untuk menjamin perlindungan masyarakat dari krisis iklim yang semakin nyata.

H. Isi Kondisi dan Persyaratan Polis Khusus Risiko Iklim yang Ada dan Pernah Diterbitkan di Dunia

Polis asuransi yang ditujukan untuk risiko iklim memiliki struktur dan persyaratan yang unik. Karena karakteristik risiko iklim yang sangat kontekstual dan dinamis, isi polis tidak hanya menekankan pada perlindungan keuangan pascabencana, tetapi juga mendorong adaptasi, kesiapsiagaan, dan partisipasi lokal. Polis ini dapat berbentuk asuransi mikro, parametris, tradisional berbasis ganti rugi, atau gabungan dari berbagai pendekatan.

1. Struktur Umum Isi Polis Asuransi Iklim

Walau bentuknya bervariasi, polis-polis ini umumnya mencakup:

- a. Tujuan Pertanggungan
 - Memberikan kompensasi keuangan saat risiko iklim (seperti kekeringan, banjir, atau angin topan) terjadi, berdasarkan indikator objektif atau kerugian nyata.

- b. Objek yang Diasuransikan
 - Tanaman pertanian, properti, ternak, kawasan pesisir, terumbu karang, atau penghidupan masyarakat yang rentan terhadap iklim.
- c. Jenis Risiko yang Dijamin
 - Parameter iklim seperti suhu, curah hujan, kecepatan angin.
 - Bencana alam spesifik: kekeringan, banjir, badai tropis, atau longsor.
- d. Parameter atau Indeks (untuk polis parametris)
 - Contoh: Curah hujan < 50 mm dalam 30 hari atau suhu maksimum $> 40^{\circ}\text{C}$ selama 10 hari berturut-turut.
- e. Periode Pertanggungan
 - Sering kali bersifat musiman, misalnya hanya selama musim tanam atau musim topan.
- f. Mekanisme Klaim
 - Parametris: Otomatis dibayarkan jika parameter terpenuhi, tanpa survei kerusakan.
 - *Indemnity*: Didasarkan pada hasil survei dan penilaian aktual kerusakan.
- g. Batasan dan Pengecualian
 - Misalnya: peristiwa yang tidak memenuhi ambang batas parameter, kelalaian tertanggung, risiko non-iklim seperti hama tanaman, konflik sosial.
- h. Klausul Khusus
 - Misalnya: dana klaim wajib digunakan untuk rehabilitasi ekosistem (pada asuransi terumbu karang).

2. Contoh Nyata Polis Asuransi Iklim di Dunia

- a. *African Risk Capacity* (ARC) – Polis Parametris Kekeringan
 - Menanggung kerugian nasional akibat kekeringan berdasarkan NDVI (Normalized Difference Vegetation Index) dan curah hujan bulanan.
 - Pembayaran langsung ke pemerintah untuk operasi bantuan darurat.
 - Masa tunggu: 30 hari sejak parameter tercapai.
- b. CCRIF SPC – Karibia
 - Menyediakan tiga polis: badai tropis, gempa bumi, dan curah hujan ekstrem.
 - Polis kolektif antarnegara, dengan trigger berbasis indeks iklim.
 - Waktu pembayaran: dalam 14 hari setelah kejadian.
- c. *Mexico Coral Reef Insurance* (Quintana Roo)
 - Menjamin kerusakan terumbu karang akibat badai.
 - Dana klaim digunakan secara langsung untuk memperbaiki ekosistem terumbu karang.
 - Disepakati antara pemerintah lokal, komunitas, dan perusahaan asuransi Swiss Re.
- d. *India Weather-Based Crop Insurance Scheme* (WBCIS)
 - Menjamin petani terhadap kegagalan panen akibat variasi iklim seperti hujan rendah atau suhu tinggi.
 - Basis data: stasiun meteorologi resmi India *Meteorological Department*.
 - Disubsidi oleh pemerintah dan dikelola oleh perusahaan asuransi swasta dan nasional.

- e. *Pacific Catastrophe Risk Assessment and Financing Initiative (PCRAFI)*
- Polis bersama untuk negara-negara Pasifik seperti Tonga, Vanuatu, dan Samoa.
 - Menjamin bencana gempa, tsunami, dan badai.
 - Dikelola dengan dukungan Bank Dunia dan Pacific Islands Forum.

3. Perkembangan Klausul Baru dalam Polis Iklim

Perusahaan asuransi mulai menyusun climate-related policy wording yang lebih cermat, misalnya:

- *Climate Trigger Clauses*: hanya aktif jika suhu global melewati ambang batas tertentu.
- *Green Rebuild Clause*: jika bangunan hancur karena bencana iklim, maka dana klaim didorong untuk membangun kembali secara berkelanjutan.
- *Resilience Clause*: premi lebih murah bila tertanggung menggunakan teknologi tahan iklim (seperti sistem drainase hujan atau bangunan tahan panas).

Kesimpulan

Polis asuransi iklim telah berkembang dari perlindungan kerugian menjadi alat strategis untuk mendukung ketahanan iklim komunitas. Keberhasilan polis-polis ini tergantung pada kejelasan parameter, kecepatan pencairan dana, keadilan premi, dan pelibatan komunitas dalam desain dan implementasinya. Dengan pendekatan yang inklusif dan berbasis risiko, asuransi iklim dapat menjadi tulang punggung perlindungan terhadap ancaman perubahan iklim global.

I. Studi Kasus Polis Asuransi *Global Warming* dan *Climate Risk* di Eropa dan Amerika

Perubahan iklim telah mendorong industri perasuransian di Eropa dan Amerika untuk mengembangkan produk-produk asuransi yang khusus menangani risiko iklim. Berikut adalah beberapa studi kasus yang menunjukkan bagaimana polis-polis ini diterapkan dan bagaimana klaim diajukan serta ditangani.

1. Amerika Serikat: Krisis Asuransi Akibat Kebakaran Hutan di California

Pada tahun 2025, kebakaran hutan yang melanda Los Angeles menyebabkan kerugian ekonomi hingga \$275 miliar, dengan kerugian yang diasuransikan mencapai \$75 miliar. Perusahaan asuransi besar seperti *State Farm* dan *Travelers* mengalami tekanan finansial yang signifikan. *State Farm* membayar klaim sebesar \$1 miliar dan mengajukan permintaan kenaikan tarif darurat sebesar 17% untuk pemilik rumah. *Travelers* mencatat kerugian bencana sebesar \$2,27 miliar namun tetap mencatat laba berkat kinerja *underwriting* yang kuat.

Situasi ini memperlihatkan tantangan besar yang dihadapi oleh industri perasuransian dalam menghadapi risiko iklim yang semakin intensif, serta perlunya penyesuaian dalam penetapan premi dan strategi mitigasi risiko.

2. Eropa: Asuransi Parametris untuk Proyek Konstruksi di Prancis

Perusahaan *Descartes Underwriting* di Prancis mengembangkan produk asuransi parametris untuk melindungi proyek konstruksi dari risiko cuaca ekstrem, seperti curah hujan berlebih. Dalam salah satu kasus, sebuah proyek konstruksi mengalami curah hujan sebesar 7,13 inci dalam empat hari, menyebabkan gangguan signifikan. Polis

parametris yang diterapkan memungkinkan pembayaran klaim secara cepat berdasarkan parameter cuaca yang telah ditentukan sebelumnya, tanpa perlu survei kerusakan fisik.

Pendekatan ini menunjukkan fleksibilitas dan kecepatan dalam penanganan klaim, serta memberikan perlindungan yang lebih adaptif terhadap risiko iklim yang tidak dapat diprediksi.

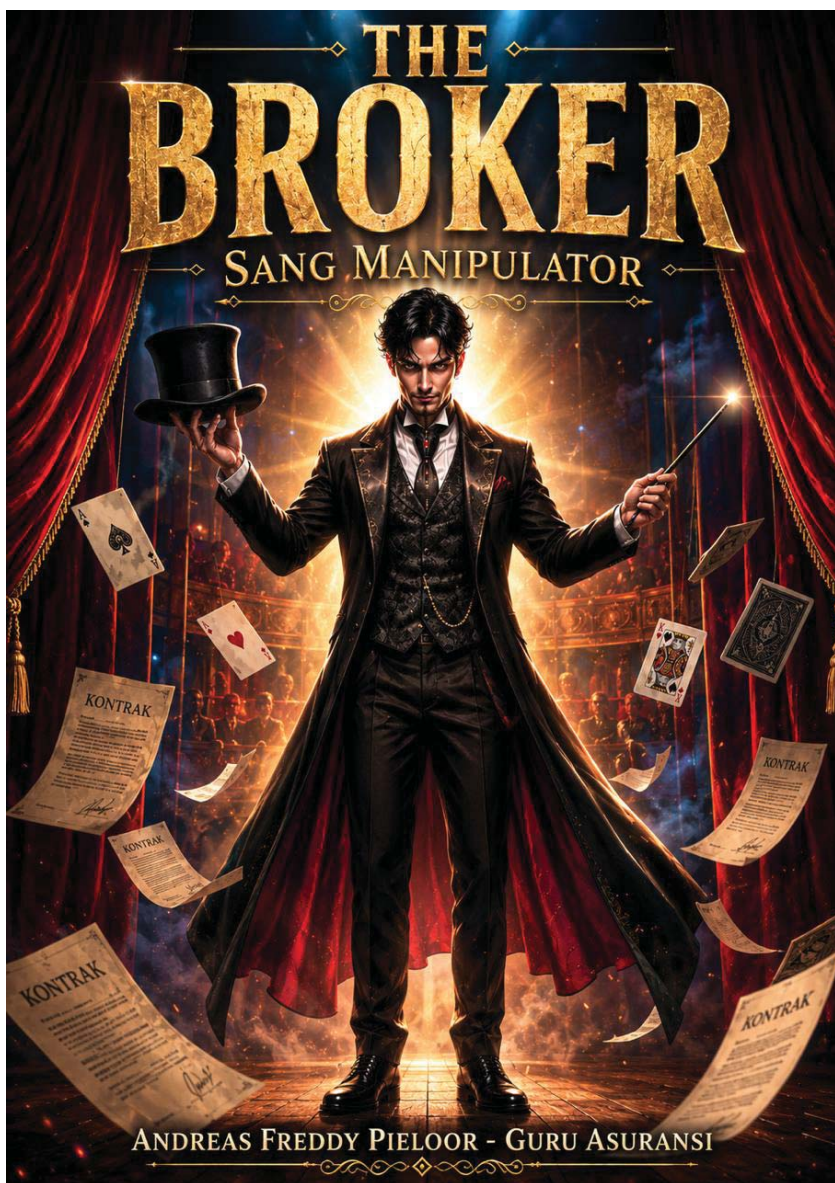
3. Eropa: Penggunaan Data Klaim Asuransi untuk Perencanaan Adaptasi di Norwegia

Di Norwegia, proyek percontohan “*Insurance Loss Data Sharing Project for Climate-Resilient Municipalities*” melibatkan sembilan kotamadya yang bekerja sama dengan industri perasuransian untuk berbagi data klaim terkait kerugian akibat banjir dan badai. Data ini digunakan untuk merencanakan adaptasi infrastruktur dan prioritas investasi publik.

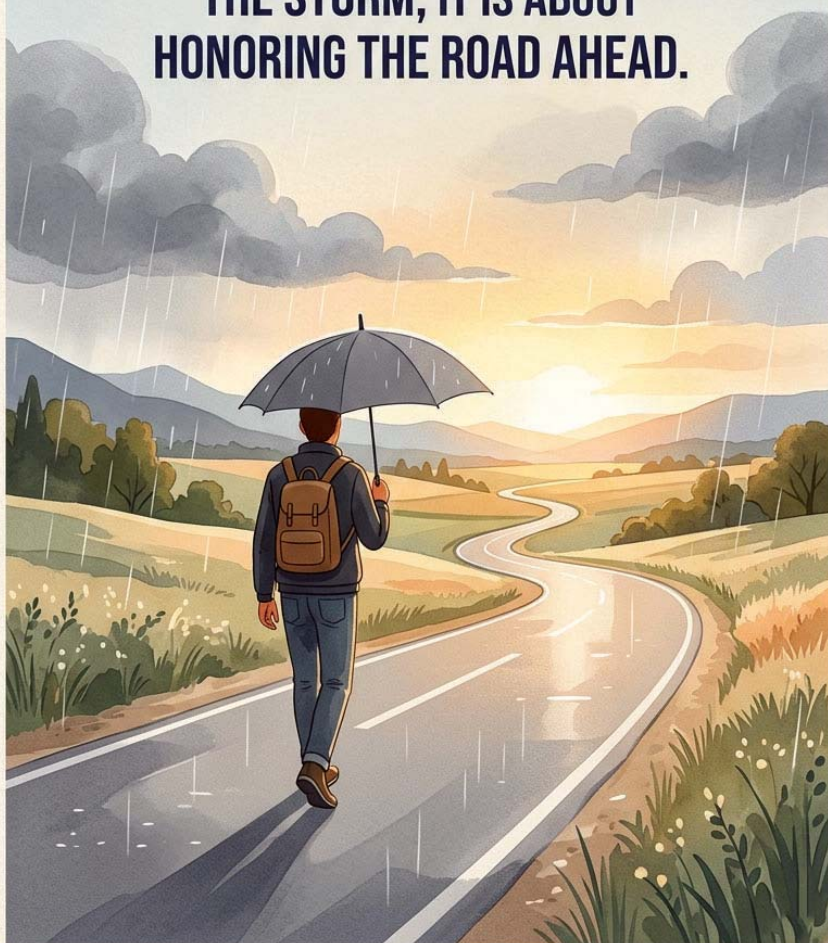
Inisiatif ini menunjukkan bagaimana data klaim asuransi dapat menjadi alat penting dalam perencanaan adaptasi terhadap perubahan iklim di tingkat lokal.

Kesimpulan

Studi kasus di atas menggambarkan bagaimana industri perasuransian di Eropa dan Amerika menanggapi tantangan perubahan iklim melalui pengembangan produk asuransi yang inovatif dan adaptif. Pendekatan seperti asuransi parametris dan kolaborasi dengan pemerintah lokal menunjukkan potensi besar dalam meningkatkan ketahanan terhadap risiko iklim. Namun, tantangan seperti penyesuaian tarif, regulasi, dan keterbatasan data tetap menjadi perhatian utama dalam pengembangan lebih lanjut.



**WE DO NOT CARRY AN UMBRELLA
BECAUSE WE HATE THE RAIN,
BUT BECAUSE WE LOVE THE JOURNEY.
PROTECTION IS NOT ABOUT FEARING
THE STORM; IT IS ABOUT
HONORING THE ROAD AHEAD.**





ITIKAD ACADEMY

School of Insurance Professionals

<https://ItikadAcademy.com>

Established 2017

INSURANCE FUTURE LEADERS PROGRAM

Buku Materi Peserta

CLAIM FOR NON-CLAIM

★ PROGRAM ★

Memahami Sengketa Klaim agar
Fungsi Non-Claim Tidak Menjadi
Sumber Masalah



UNDERWRITING FOR MARKETING

Memahami Risiko agar Marketing
Membawa Bisnis yang Sehat dan
Diterima Underwriter



Training • Books • Insurance Knowledge



Jl. S. O. 1 Maret (Jl. Bantul) No. 55-57
Yogyakarta 55142
0274-381063
pohoncahaya@pohoncahaya.com
www.pohoncahaya.com
● pohoncahaya ● @pohoncahaya ● pohoncahayaajogja

ISBN: 978-602-4917-94-4



9 786024 917944