

BAB 7

ASURANSI KUMPULAN & KESEHATAN (HEALTH, MEDICAL & GROUP INSURANCE)

Isi Bab

1. Pengantar
2. Asuransi Kumpulan
 - a. Prinsip Asuransi Kumpulan
 - b. Asuransi Jiwa Kumpulan
 - c. Program Pensiun Kumpulan
3. Asuransi Kesehatan
 - a. Asuransi Pengobatan & Cacat
 - b. Asuransi Kesehatan Kumpulan
 - c. Asuransi Kesehatan Perorangan

1. Pengantar

Berbagai jenis produk asuransi yang telah diuraikan dalam bab-bab sebelumnya seperti asuransi jiwa, kecelakaan, cacat, dapat dipasarkan baik kepada pelanggan *perorangan* (sebagai polis asuransi perorangan), maupun pelanggan *kumpulan* (sebagai polis asuransi kumpulan).

Polis Asuransi Perorangan (“Individual Insurance Policy”) didefinisikan sebagai polis asuransi yang diterbitkan untuk mengasuransikan jiwa atau kesehatan seseorang.

Polis Asuransi Kumpulan (“Group Insurance Policy”) didefinisikan sebagai polis asuransi yang diterbitkan untuk suatu organisasi yang membeli perlindungan asuransi bagi suatu kelompok orang atau group tertentu.

Sebagai contohnya, “Group Insurance Policy” lazimnya dibeli oleh organisasi pemberi kerja, seperti perusahaan pada umumnya, dengan tujuan untuk menyediakan perlindungan asuransi jiwa dan kesehatan untuk para karyawannya, bahkan juga untuk keluarga para karyawan tersebut.

Sejak awal terbentuknya di sekitar abad ke 20, asuransi kumpulan menunjukkan perkembangan yang cukup menggembirakan, dimana pada sekitar pertengahan dasawarsa 1990an, diperkirakan proporsi asuransi kumpulan terhadap keseluruhan asuransi jiwa adalah sekitar 40% di Amerika Serikat dan lebih dari 50% di Kanada

Di Indonesia, asuransi kumpulan juga memiliki peranan yang cukup penting khususnya dalam hal jumlah tertanggung, dimana berdasarkan publikasi Performa Bisnis Asuransi Jiwa Indonesia tahun 2019 yang diterbitkan oleh Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia, Asuransi Kumpulan memiliki uang Uang Pertanggungan Kumpulan sebesar Rp 2.037,01 Triliun sedangkan Individu sebesar Rp 2.163,80 Triliun.

2. Asuransi Kumpulan

Berdasarkan definisi, sifat dan fungsi dari asuransi kumpulan, banyak pihak pemberi kerja/organisasi menggunakan program asuransi kumpulan sebagai sarana untuk menyediakan manfaat asuransi bagi para karyawannya, sehingga asuransi kumpulan seringkali merupakan bagian penting dari program “employee benefit” selain gaji/upah.

Manfaat yang disediakan melalui program asuransi kumpulan ini pada umumnya dapat digolongkan kedalam tiga kategori, yaitu : Asuransi Jiwa Kumpulan, Asuransi Kesehatan Kumpulan, dan Program Pensiun Kumpulan.

Asuransi Jiwa Kumpulan dan Program Pensiun Kumpulan akan dibahas pada bagian 2b. dan 2c. sebagai bagian dari bagian 2 bab 7 ini yang membahas tentang Asuransi Kumpulan.

Sedangkan Asuransi Kesehatan Kumpulan akan dibahas pada bagian 3b. sebagai bagian dari bagian 3 bab 7 ini yang membahas tentang Asuransi Kesehatan

a. Prinsip Asuransi Kumpulan

Beberapa hal mendasar sehubungan dengan pembuatan kontrak, proses seleksi dan klasifikasi risiko (“underwriting”), ketentuan polis, penetapan premi dan proses administrasi dari Asuransi Kumpulan akan dibahas secara singkat pada bagian ini.

a.1. Kontrak Asuransi Kumpulan

Meskipun asuransi perorangan dan asuransi kumpulan memiliki kesamaan, namun juga terdapat banyak perbedaan diantara keduanya. Salah satu perbedaan yang sangat jelas adalah pada program asuransi kumpulan, satu kontrak asuransi tidak digunakan untuk mengasuransikan satu orang/keluarga, melainkan untuk suatu kelompok/group orang. Kontrak Asuransi Kumpulan ini biasanya disebut sebagai “Kontrak Induk Asuransi Kumpulan” (“Master Group Insurance Contract”).

Kontrak Induk Asuransi Kumpulan dibuat oleh perusahaan asuransi dengan pihak lain (organisasi, pemberi kerja, perusahaan, dsb) yang biasanya disebut “Pemegang Polis Kumpulan” (“Group Policyholder”), sedangkan pihak yang dipertanggungjawabkan (karyawan) disebut “Tertanggung Kumpulan” (“Group Insured”).

Para “Tertanggung Kumpulan” (karyawan) bukanlah pihak yang membuat dan berhak menerima salinan kontrak induk, tetapi mereka menerima “sertifikat asuransi” dari pemegang polis (perusahaan), sehingga mereka juga lazim disebut “Pemegang Sertifikat” (“Certificate Holder”).

Salah satu perbedaan lain yang perlu dicatat adalah hak-hak kepemilikan dari “*Group Policyholder*” (pemegang polis asuransi kumpulan) tidak sama dengan “*Individual Policyowner*” (pemilik polis asuransi perorangan), dimana pada pemegang polis kumpulan beberapa hak ini diberikan kepada para tertanggung kumpulan. Sebagai contohnya, pada asuransi kumpulan, hak untuk menentukan ahli waris yang akan menerima manfaat apabila terjadi klaim meninggal dimiliki oleh masing-masing tertanggung kumpulan. Sedangkan pada asuransi perorangan hak tersebut dimiliki oleh “Pemilik Polis Asuransi Perorangan”.

Apabila premi dibayar seluruhnya oleh pihak perusahaan (pemegang polis), dan karyawan (tertanggung kumpulan), tidak diharuskan melakukan kontribusi pembayaran premi, maka program ini disebut sebagai “Noncontributory Plan”. Sedangkan apabila karyawan diharuskan melakukan kontribusi pembayaran premi, baik sebagian maupun seluruhnya, program ini disebut “Contributory Plan”.

a.2. Underwriting Asuransi Kumpulan

Pada asuransi perorangan, setiap calon tertanggung secara individu harus memenuhi ketentuan underwriting. Sedangkan dalam asuransi kumpulan lebih

dipentingkan karakteristik dari group tersebut dan secara umum tidak memerlukan bukti kelayakan asuransi secara individu dari setiap tertanggung kumpulan.

Asuransi kumpulan yang biasanya diperuntukkan bagi sekelompok karyawan, juga dapat berlaku untuk sekelompok orang yang tidak bekerja di perusahaan. Polis asuransi kumpulan seperti ini juga dapat dimiliki oleh kelompok/group seperti klub sepakbola, serikat pekerja, asosiasi profesi seperti dokter, dsb.

Agar memenuhi syarat untuk memperoleh asuransi kumpulan, kelompok tersebut haruslah organisasi formal dan tidak dibentuk hanya berdasarkan alasan untuk memiliki asuransi kumpulan.

Hal ini dilakukan untuk mencegah kemungkinan terjadinya “antiseleksi”, dimana golongan orang-orang yang tidak memenuhi syarat untuk memiliki asuransi perorangan mempunyai kecenderungan yang tinggi untuk membentuk group yang hanya bertujuan untuk memperoleh asuransi kumpulan.

Untuk kepentingan underwriting asuransi kumpulan, perusahaan asuransi biasanya menetapkan beberapa ketentuan seperti :

- # Batasan minimum ukuran group; semakin besar ukuran group, kemampuan untuk memprediksi tingkat kerugian akan semakin baik.
- # Penambahan anggota baru kedalam group; khususnya yang berusia muda.
- # Stabilitas group; tetap eksis dan stabil untuk jangka waktu tertentu.
- # Minimum tingkat partisipasi; untuk mencegah “antiseleksi” dan “diskriminasi”. Di banyak negara bagian di Amerika Serikat berlaku ketentuan 100% partisipasi bagi “noncontributory plan” dan 75% bagi “contributory plan”.
- # Penetapan manfaat; boleh bervariasi sesuai kebijaksanaan untuk seluruh karyawan yang berazaskan keadilan dan tidak diskriminasi; untuk mencegah “antiseleksi”.
- # Kegiatan group; diklasifikasikan sesuai risikonya: standar, substandar, atau ditolak.

a.3. Polis Asuransi Kumpulan

Ketentuan polis asuransi kumpulan yang umum dipakai adalah:

- # “Aktif bekerja”: karyawan harus sedang aktif bekerja, tidak sedang cuti atau sakit, pada hari dimulainya program asuransi kumpulan.

- # “Masa percobaan”: tenggang waktu sebelum karyawan diikut sertakan dalam program asuransi, umumnya antara 1 – 6 bulan.
- # “Masa leluasa”: tenggang waktu leluasa untuk keterlambatan pembayaran premi, biasanya 31 hari.
- # “Incontestability”: batasan waktu dimana perusahaan asuransi dapat menggugat kontrak asuransi, biasanya maksimum 2 tahun, kecuali apabila ditemukan kecurangan (“fraudulent”).
- # “Pemberhentian”: umumnya kedua belah pihak dimungkinkan untuk memberhentikan kontrak dan program asuransi kumpulan.

a.4. Premi Asuransi Kumpulan

Untuk mengestimasi premi dipakai beberapa metode perhitungan :

- # “manual rating”: penetapan premi tidak berdasarkan pengalaman klaim dari group tertanggung, tetapi berdasarkan pengalaman dari perusahaan asuransi penanggung atau lainnya.
- # ”experience rating”: penetapan premi berdasarkan pengalaman klaim group tersebut.
- # “blended rating”: metode campuran manual dan blended rating.

Rate premi asuransi kumpulan biasanya ditetapkan setiap tahun, tetapi pembayaran premi dapat dilakukan setiap periode yang ditentukan baik bulanan, triwulanan, semesteran maupun tahunan dimana besarnya premi yang dibayar bervariasi tergantung program asuransi yang aktif berlaku saat itu.

Di setiap akhir tahun polis asuransi kumpulan, dimungkinkan adanya pengembalian premi (“Premium Refunds”) kepada group pemegang polis berdasarkan pengalaman klaim dan biaya.

a.5. Administrasi Asuransi Kumpulan

Apabila administrasi diselenggarakan oleh perusahaan asuransi, maka hal ini disebut “insurer-administered plan”. Bila dilakukan oleh group pemegang polis, disebut “self-administered plan”.

b. Asuransi Jiwa Kumpulan

Polis asuransi jiwa kumpulan yang umum adalah asuransi jiwa kumpulan berjangka. Sebagai contoh, sekelompok karyawan bekerja pada suatu pabrik dimana semua atau sejumlah besar karyawan pabrik diproteksi di dalam satu polis asuransi jiwa kumpulan

berjangka. Besarnya jumlah uang pertanggungan yang dibayarkan jika salah satu karyawan meninggal dapat sama besar atau bervariasi antara satu karyawan dengan karyawan lainnya.

Variasi uang pertanggungan lebih sering dilakukan oleh perusahaan. Seringkali besarnya uang pertanggungan tergantung dari besarnya penghasilan karyawan atau kadangkala juga berdasarkan jabatan karyawan tersebut.

Polis asuransi jiwa kumpulan berjangka hanya memberikan manfaat kematian saja dan dirancang untuk diperbarui setiap tahunnya. Premi dihitung dan dibayar setiap tahun. Premi akan berbeda setiap tahunnya karena adanya perubahan usia dan adanya penambahan dan pengurangan peserta asuransi.

Tingkat premi yang dikenakan asuransi jiwa kumpulan biasanya lebih rendah dari asuransi jiwa individu. Hal ini karena biaya pemasaran dan pelayanan polis lebih rendah. Premi yang dibayarkan mungkin seluruhnya ditanggung oleh perusahaan atau oleh karyawan sendiri; atau perusahaan dan karyawan sama-sama menanggung premi.

b.1. Ketentuan polis asuransi jiwa kumpulan yang umum dipakai:

- # “Skedul Manfaat”: penetapan besarnya manfaat, mungkin sama atau bervariasi tergantung penghasilan atau jabatan masing-masing karyawan.
- # “Penetapan Ahli Waris”: setiap karyawan berhak menetapkan sendiri ahli warisnya masing-masing, kecuali pada polis asuransi jiwa kreditur.
- # “Hak Konversi”: karyawan yang berhenti dari program asuransi kumpulan diperbolehkan, dengan mengikuti beberapa ketentuan yang umum berlaku, untuk mengkonversikan program tersebut ke polis asuransi perorangan tanpa menunjukkan bukti kelayakan asuransi.
- # “Kesalahan Usia”: premi akan disesuaikan dengan usia yang sebenarnya.
- # “Opsi Pembayaran Manfaat Meninggal”: biasanya dibayarkan sekaligus (“lump sum”), tetapi ahli waris juga berhak memilih opsi cara pembayaran manfaat yang berbeda dengan memenuhi syarat yang berlaku.

b.2. Jenis Program Asuransi Jiwa Kumpulan

- # Asuransi Berjangka yang dapat diperpanjang tahunan (“Yearly Renewable Term”/“YRT”). Di Amerika Serikat 99% dari seluruh polis Asuransi Jiwa Kumpulan adalah “YRT”
- # Asuransi Kematian dan Cacat yang disebabkan Kecelakaan (“Group Accidental Death and Dismemberment”) juga banyak terjual, baik secara terpisah atau sebagai tambahan pada program asuransi jiwa kumpulan.

Asuransi Jiwa Kreditur Kumpulan (“Group Creditor Life Insurance”) adalah asuransi yang diterbitkan untuk pihak Kreditur, misalnya Bank, untuk mengasuransikan jiwa para Debiturnya saat ini maupun di masa mendatang.

Berbeda dengan polis asuransi kumpulan lainnya, polis Asuransi Jiwa Kreditur Kumpulan menetapkan si pemegang polis—dalam hal ini adalah Kreditur—sebagai ahli waris yang akan menerima pembayaran manfaat apabila Debitur meninggal.

Besarnya Uang Pertanggungan masing-masing Debitur selalu sama dengan saldo hutangnya kepada pemegang polis—Kreditur.

Beberapa negara bagian di Amerika Serikat menetapkan batas maksimum untuk, besarnya nilai asuransi, durasi hutang, dan rate premi yang harus dibayar Debitur, tanpa memperhatikan besarnya nilai hutang.

Premi program asuransi ini biasanya dibayar oleh Debitur, meskipun dimungkinkan untuk dibayar seluruhnya oleh Kreditur atau ditanggung bersama antara Kreditur dan Debitur.

Di Amerika Serikat, jika Debitur diwajibkan membayar sebagian dari premi, maka ia harus diberikan hak untuk menolak program asuransi yang ditawarkan. Sebagai pedoman, Kreditur dilarang mewajibkan Debitur untuk membeli program asuransi ini sebagai suatu prasyarat untuk memperoleh kredit.

c. Program Pensiun Kumpulan

Selain Asuransi Jiwa Kumpulan, jenis asuransi kumpulan lain yang banyak diminati adalah Program Pensiun Kumpulan yang melibatkan pemberi kerja sebagai “sponsor program” untuk menyiapkan dana pensiun bagi karyawannya sebagai “peserta program”.

Salah satu keuntungan program ini adalah manfaat pemotongan pajak bagi program pensiun yang memenuhi ketentuan hukum dan persyaratan yang berlaku (“qualified plan”), contoh di Amerika Serikat adalah 401 (k) plan. Sedangkan program yang tidak memperoleh manfaat pajak dan tidak perlu memenuhi ketentuan disebut “nonqualified retirement plan”.

Di Indonesia program pensiun yang paling umum dan wajib diikuti karyawan sebagai program jaminan sosial adalah yang diselenggarakan oleh PT Jamsostek, meskipun program pensiun swasta juga telah mulai marak di tanah air.

Di Amerika Serikat, “Employee Retirement Income Security Act “ (“ERISA”) adalah undang-undang yang mengatur ketentuan-ketentuan wajib bagi program pensiun, termasuk perihal “vesting” yaitu hak minimum peserta untuk menerima sebagian atau

seluruh manfaat dalam program pensiun swasta meskipun berhenti bekerja sebelum usia pensiun.

Seperti dalam program asuransi jiwa kumpulan, program pensiun kumpulan juga mengenal “Contributory plans” dimana peserta diwajibkan membayar kontribusi dalam program pensiun, dan juga “Noncontributory plans” yang tidak mewajibkan peserta berkontribusi.

c.1. Definisi dan Jenis Program Pensiun

Istilah “Program Pensiun” dapat diartikan bermacam-macam. Definisi yang umum dipakai adalah suatu perjanjian dari pemberi kerja kepada karyawan untuk menyediakan program pensiun, yaitu pembayaran manfaat bulanan seumur hidup karyawan setelah pensiun.

Program pensiun dapat dibagi menjadi 2 jenis :

1. Program Pensiun Manfaat Pasti (“Defined Benefit Pension Plan”), dimana Nilai Manfaat yang akan diterima oleh peserta sudah dipastikan.
2. Program Pensiun Iuran Pasti (“Defined Contribution Pension Plan”), dimana Nilai Iuran yang harus dikontribusikan/dibayar sudah dipastikan.

c.2. Program Pensiun Pemerintah

Pemerintah Amerika Serikat dan Kanada memiliki program yang menyediakan manfaat pembayaran pensiun bulanan kepada penduduknya yang memenuhi persyaratan, dikenal sebagai “Social Security” (USA) dan “Canada Pension Plan / CPP” (Kanada)

3. Asuransi Kesehatan

Selain program asuransi jiwa, perawatan jangka panjang, cacat, anuitas, dan pensiun yang telah dibahas, Asuransi Kesehatan juga merupakan program yang penting dalam keseluruhan program asuransi.

Program Asuransi Kesehatan di Amerika Serikat biasanya meliputi penggantian biaya pengobatan (“medical expense”) dan penggantian pendapatan cacat (“disability income”).

a. Asuransi Biaya Pengobatan & Pendapatan Cacat

a.1. Asuransi Biaya Pengobatan (“Medical Expense”)

Asuransi Biaya Pengobatan memberikan penggantian biaya pengobatan yang meliputi Biaya Pengobatan Dasar (“Basic Medical Expense”), yaitu :

- # Biaya Rumah Sakit (Rawat Inap atau Inpatient)
- # Biaya Dokter (Rawat Jalan atau Outpatient)
- # Biaya Pembedahan (Inpatient and/or Outpatient)

maupun perluasannya seperti biaya penunjang medis seperti pemeriksaan laboratorium, sinar X, pembelian obat resep, perawatan gigi, mata, dsb

Pada umumnya program asuransi pengobatan mewajibkan peserta untuk ikut menanggung/berpartisipasi dalam pembayaran biaya pengobatan, agar peserta terdorong untuk lebih menghemat biaya pengobatannya.

Terdapat 2 metode partisipasi biaya yang umum dipakai yaitu “Deductible” dan/atau “Coinsurance”.

- # “Deductible” adalah suatu jumlah tetap, misalkan Rp.500.000,-, yang harus dibayarkan lebih dahulu oleh peserta *sebelum* perusahaan asuransi membayar manfaat penggantian biaya pengobatan. Jumlah “deductible” dapat diberlakukan untuk setiap transaksi maupun tahunan (calendar-year deductible).
- # “Coinsurance” adalah jumlah %, misalkan 20%, yang harus dibayar oleh peserta dari seluruh biaya pengobatannya *setelah* pembayaran “deductible” dilakukan. Meskipun demikian banyak polis yang juga memiliki ketentuan “stop-loss” yang membatasi jumlah total pembayaran peserta, dimana perusahaan asuransi akan mengganti 100% biaya pengobatan apabila total pembayaran yang dilakukan peserta sudah mencapai suatu jumlah tertentu, misalkan Rp.5.000.000,-.

Pengecualian yang berlaku dalam asuransi pengobatan umumnya meliputi:

- # Pembedahan kosmetik, selain diperlukan sebagai pembedahan korektif akibat kecelakaan atau alasan medis.
- # Perawatan atas luka atau sakit yang terjadi saat perang atau dinas militer
- # Perawatan atas luka yang disengaja dilakukan kepada diri sendiri.
- # Perawatan gratis dari pemerintah atau organisasi lain.
- # Perawatan rutin gigi, mata, lensa korektif.

a.2. Asuransi Pendapatan Cacat (“Disability Income”)

Asuransi Pendapatan Cacat didefinisikan sebagai program asuransi kesehatan yang menyediakan penggantian pendapatan kepada tertanggung yang tidak mampu bekerja disebabkan oleh suatu penyakit atau kecelakaan.

Agar berhak menerima manfaat tersebut, tertanggung harus memenuhi definisi cacat total seperti yang dibahas dalam Bab 6.

Definisi cacat total yang sering dipakai adalah:

Tidak mampu bekerja kembali atau mengerjakan pekerjaan lain yang memberikan penghasilan.

Agar jangkauan proteksi lebih luas, perusahaan asuransi dapat juga menggunakan definisi:

Tidak mampu melakukan pekerjaannya kembali atau pekerjaan lainnya yang sesuai dengan pendidikan, pengalaman kerja, dan tidak sedang melakukan pekerjaan apapun yang memberikan penghasilan.

Setiap polis asuransi cacat mencantumkan Periode Manfaat, yaitu periode dimana pembayaran manfaat dilakukan, yang umumnya terbagi menjadi “jangka pendek” (group: kurang dari 1 tahun; perorangan: 1-5 tahun) dan “jangka panjang” (group: lebih dari 1 tahun, sampai usia pensiun atau 70; perorangan: 5 tahun atau lebih, sampai usia 65 atau bahkan seumur hidup)

Umumnya polis asuransi cacat juga mencantumkan Periode Eliminasi atau juga dikenal sebagai Masa Tunggu, yaitu masa yang harus dilalui sejak terjadinya cacat, biasanya antara 30 hari sampai 6 bulan, sebelum manfaat dibayarkan.

Jumlah Manfaat yang disediakan program ini tidak dimaksudkan untuk menggantikan pendapatan seseorang secara penuh seperti yang didapatnya sebelum terjadi kecacatan, sehingga jumlah manfaat selalu lebih rendah dari pendapatan pra-cacat. Jumlah manfaat dapat ditentukan dengan menggunakan rumusan berupa % dari pendapatan pra-cacat (“income benefit formula”) atau nilai tetap (“flat benefit amount”).

Pengecualian seperti yang tercantum di Bab 6, diberlakukan atas beberapa penyebab cacat dimana tertanggung tidak berhak menerima pembayaran manfaat cacat.

b. Asuransi Kesehatan Kumpulan

Dari berbagai jenis program asuransi kumpulan yang disediakan oleh para pemberi kerja kepada karyawannya, Asuransi Kesehatan Kumpulan merupakan program yang paling banyak dibeli. Di Amerika Serikat pada tahun 1992 tercatat 81% dari seluruh

biaya yang dikeluarkan pemberi kerja untuk program asuransi karyawan adalah Asuransi Kesehatan Kumpulan.

b.1. Ketentuan Polis Asuransi Kesehatan Kumpulan yang umum dipakai:

- # Kondisi yang ada sebelumnya (“Pre-existing Conditions”)

Manfaat tidak akan dibayarkan untuk kondisi yang sudah ada sebelumnya, sampai perlindungan berjalan selama jangka waktu tertentu. Kondisi yang ada sebelumnya biasanya didefinisikan apabila seseorang menerima perawatan medis dalam periode 3 bulan sebelum tanggal dimulainya program asuransi kesehatan kumpulan.
- # Konversi (“Conversion”)

Peserta yang berhenti dari program asuransi kesehatan kumpulan memiliki hak, sesuai ketentuan dan batasan yang berlaku, untuk membeli asuransi kesehatan perorangan tanpa menunjukan bukti kelayakan asuransi.
- # Koordinasi manfaat (“Coordination Of Benefit” / “COB”)

Dibuat untuk mencegah agar seseorang yang terdaftar sebagai peserta di lebih dari satu program asuransi kesehatan kumpulan, tidak mengambil keuntungan dengan menerima manfaat melebihi jumlah total biaya pengobatan yang terjadi. Biasanya penyedia program “sekunder” hanya membayar manfaat sebesar selisih dari biaya pengobatan dengan apa yang sudah dibayar oleh penyedia program utama atau “primer”.

Beberapa polis bahkan menerapkan ketentuan yang lebih ketat yang disebut “Nonduplication of benefits” dimana perusahaan asuransi penyedia program “sekunder” akan menghitung jumlah manfaat yang harus dibayar dengan menggunakan asumsi yang dipakai apabila perusahaan tersebut dianggap sebagai program primer, kemudian akan dibandingkan dengan apa yang sudah dibayarkan oleh perusahaan asuransi lain yang memang berfungsi sebagai penyedia “primer” dan membayar selisihnya, jika ada.
- # Pemeriksaan fisik

Umumnya dalam polis asuransi pendapatan cacat diberikan hak kepada perusahaan asuransi untuk meminta tertanggung yang mengajukan klaim, untuk diperiksa oleh dokter yang dipilih oleh dan atas biaya perusahaan asuransi tersebut.

b.2. Underwriting Asuransi Kesehatan Kumpulan

Klasifikasi risiko suatu group; yaitu standar, substandar, atau ditolak; didasarkan atas ekspektasi tingkat morbiditasnya (“morbidity rate”).

Tingkat morbiditas adalah kejadian sakit atau kecelakaan yang diperkirakan terjadi diantara sekelompok orang.

Faktor-faktor yang biasanya dapat mempengaruhi perkiraan tingkat morbiditas suatu group antara lain :

- # Sifat dari industri dimana peserta bekerja.
- # Distribusi usia dalam group; makin tua makin tinggi tingkat morbiditas.
- # Distribusi wanita dan pria dalam group; umumnya di usia yang sama, tingkat morbiditas wanita lebih tinggi dari pria.

b.3. Mekanisme Pembiayaan

Terdapat berbagai cara untuk membiayai program asuransi kumpulan yang dapat digolongkan pada atau diantara 2 ekstrim metode pembiayaan :

- # Program Asuransi Penuh (“Fully insured plans”): dimana pihak pemberi kerja sebagai pemegang polis membayar premi kepada perusahaan asuransi, dan perusahaan asuransi secara penuh menanggung seluruh kewajiban pembayaran klaim.
- # Program Asuransi Sendiri (“Self-insured plans”): dimana pemberi kerja sebagai pemegang polis menanggung sendiri seluruh pembayaran klaim dan biaya terkait lainnya.

c. Asuransi Kesehatan Perorangan

Orang-orang yang tidak mau, tidak dapat atau tidak memenuhi syarat untuk mengikuti program Asuransi Kesehatan Kumpulan mempunyai pilihan untuk membeli Asuransi Kesehatan Perorangan.

c.1. Ketentuan polis Asuransi Kesehatan Perorangan yang umum dipakai:

- # Perpanjangan
Dijelaskan kondisi atau keadaan dimana perusahaan asuransi memiliki hak untuk menolak memperpanjang atau membatalkan perlindungan, dan untuk menaikkan premi.
- # Masa leluasa
Pemilik polis diperbolehkan membayar premi lanjutan dalam masa leluasa setelah tanggal jatuh tempo pembayaran premi tersebut, biasanya 10 hari untuk pembayaran premi bulanan, dan 31 hari untuk pembayaran selain bulanan. Perlindungan tetap berlaku selama masa leluasa.
- # Pemulihan

Perusahaan asuransi dapat mengaktifkan kembali polis yang sudah dibatalkan karena tunggakan pembayaran premi, apabila memenuhi persyaratan yang ditentukan.

Incontestability

Batasan waktu bagi perusahaan asuransi untuk menggugat kontrak asuransi, biasanya 2 atau 3 tahun, kecuali apabila ditemukan kecurangan (“fraudulent”).

Kondisi yang ada sebelumnya (“Pre-existing Conditions”)

Manfaat tidak akan dibayarkan untuk kondisi yang sudah ada sebelumnya, sampai perlindungan berjalan selama jangka waktu tertentu. Kondisi yang ada sebelumnya dalam asuransi kesehatan perorangan biasanya didefinisikan sebagai luka yang terjadi atau sakit yang tampak atau termanifestasi sebelum polis diterbitkan *dan* tidak diberitahukan dalam aplikasi permohonan asuransikesehatan perorangan.

Klaim

Tertanggung wajib melaporkan klaim dalam 30 hari dan melengkapi dokumen pendukung dalam 90 hari sejak terjadinya klaim tersebut. Perusahaan asuransi wajib membayar manfaat klaim dalam 60 hari untuk klaim biaya pengobatan dan 30 hari untuk klaim cacat terhitung sejak tanggal diterimanya dokumen pendukung lengkap.

Pemeriksaan fisik

Seperti yang umumnya terdapat dalam polis cacat, setelah tertanggung mengajukan klaim, perusahaan asuransi memiliki hak untuk meminta tertanggung menjalani pemeriksaan yang dilakukan oleh dokter yang ditunjuk dan atas biaya perusahaan asuransi.

Tuntutan hukum

Batasan waktu bagi tertanggung untuk menuntut perusahaan asuransi atas keputusan klaim yang tidak disetujuinya. Biasanya antara 1- 3 tahun setelah tertanggung memberikan dokumen lengkap pendukung klaim.

Pindah pekerjaan

Mengijinkan perusahaan asuransi untuk merubah rate premi atau jumlah manfaat apabila tertanggung pindah ke pekerjaan yang berbeda tingkat risikonya.

Jika tingkat risiko pekerjaan baru lebih tinggi, biasanya perusahaan asuransi akan menurunkan manfaat maksimum dalam polis. Bila tingkat risiko lebih rendah, perusahaan asuransi biasanya akan menurunkan tingkat premi.

Overinsured

Mencegah tertanggung mengambil keuntungan dari sakit atau luka/cacat dengan menerima pembayaran manfaat melebihi biaya pengobatan yang

terjadi, atau penggantian pendapatan selama cacat lebih besar dari pendapatan yang diterimanya saat masih bekerja.

c.2. Underwriting Asuransi Kesehatan Perorangan

Seperti proses underwriting pada umumnya, berdasarkan tingkat morbiditasnya tertanggung dapat dikategorikan dalam 3 klasifikasi risiko yaitu standar, substandar, atau ditolak.

Beberapa faktor utama yang mempengaruhi tingkat risiko morbiditas :

- # Usia; makin tua usia, makin tinggi tingkat morbiditasnya.
- # Kesehatan; kondisi kesehatan saat ini dan di masa lampau sangat mempengaruhi kondisi kesehatan di masa mendatang.
- # Jenis Kelamin; pada usis yang sama, wanita biasanya memiliki tongkat morbiditas yang lebih tinggi.
- # Jenis Pekerjaan: tingkat risiko pekerjaan seperti diuraikan di Bab 6 mempengaruhi tingkat morbiditas.
- # Hobby: jenis olah raga atau hobby tertentu memiliki risiko tinggi.
- # Sejarah Karir: sejarah karir yang tidak berkesinambungan atau banyak pekerjaan bersifat sementara dapat mempengaruhi tingkat morbiditas.
- # Kebiasaan dan Gaya Hidup : keterlibatan dalam tindak kriminal, alkohol, narkoba akan meningkatkan tingkat morbiditas.

Untuk mengantisipasi peningkatan premi asuransi kesehatan yang terus melaju seiring dengan pesatnya peningkatan biaya perawatan, perusahaan asuransi di Amerika Serikat memperkenalkan sistem pelayanan kesehatan terpadu (“managed care system”) sebagai metode yang mengintegrasikan pembiayaan dan pelayanan kesehatan dalam satu sistem agar dapat mengelola biaya, kemudahan akses, dan kualitas pelayanan.

Pada prinsipnya sistem Managed Care membuat kontrak dengan jejaring penyedia layanan kesehatan, dimana peserta diarahkan untuk mendatangi hanya penyedia yang tergabung dalam jejaring tersebut untuk mendapatkan layanan kesehatan secara terpadu.
