

## **BAB 5**

### **Asuransi Kesehatan**

#### **Garis Besar Bab**

Medical Expense Insurance (Asuransi Biaya Medis)

- Major Medical Expense Insurance (Asuransi Biaya Medis Utama)

- Fitur Utama Asuransi Biaya Medis

- Perlindungan Tambahan Asuransi Biaya Medis

- Kapan Asuransi Biaya Medis Sesuai?

Critical Illness Insurance (Asuransi Penyakit Kritis)

- Peningkatan Manfaat Terhadap Perlindungan Penyakit Kritis

- Perlindungan Manfaat Tambahan Penyakit Kritis

- Fitur Asuransi Penyakit Kritis

- Kapan Polis Penyakit Kritis Sesuai?

Disability Income Insurance (Asuransi Perlindungan Penghasilan Terhadap Kecacatan)

- Manfaat Asuransi Perlindungan Penghasilan Terhadap Kecacatan

- Disability Recurrent* (Klaim Terkait)

- Fitur Polis Asuransi Perlindungan Penghasilan Terhadap Kecacatan

- Batasan Pasal Manfaat Penghasilan Terhadap Kecacatan

- Kapan Polis Asuransi Perlindungan Penghasilan Terhadap Kecacatan Sesuai?

Hospital Cash Income Insurance (Asuransi Tunai Rumah Sakit (Penghasilan))

- Fitur Asuransi Tunai Rumah Sakit

- Manfaat Lain Yang Disediakan Polis Tunai Asuransi Rumah Sakit

- Asuransi Tunai Rumah Sakit Sesuai?

Long Term Care Insurance (Asuransi Perawatan Jangka Panjang)

- Fitur Dari Asuransi Perawatan Jangka Panjang

- Kapan Asuransi Perawatan Jangka Panjang Sesuai?

Manage Health Care (Perawatan Kesehatan Terkelola)

- Asuransi Pengelola Perawatan Kesehatan

## 1. PENGENALAN

Empat jenis polis yang telah kita bahas sejauh ini menyediakan perlindungan manfaat meninggal, kecacatan bagi nasabah dan untuk tujuan berinvestasi. Namun, masih ada kebutuhan lain yang tidak bisa dipenuhi oleh polis-polis tersebut yaitu kebutuhan kesehatan. Kebutuhan ini hanya dapat dipenuhi oleh Polis Asuransi Kesehatan. Dalam bab ini, kita akan membahas berbagai jenis produk Asuransi Kesehatan dan bagaimana cara kerjanya, jenis perlindungan yang disediakan dan juga kapan asuransi ini sesuai untuk memenuhi kebutuhan nasabah.

## 2. ASURANSI BIAYA MEDIS

Asuransi Biaya Medis adalah tipe jenis polis asuransi dengan idemnity (kompensasi) yaitu memberikan penggantian kepada tertanggung biaya medis yang terjadi sesuai dengan ketentuan dan kondisi pada polis tersebut. Pada dasarnya ada dua jenis asuransi ini yaitu Asuransi Biaya Medis Dasar (umumnya dikenal sebagai Hospital and Surgical Cash Income - Asuransi Perawatan dan Pembedahan) dan juga Asuransi Biaya Medis Utama (juga dikenal sebagai Catastrophic Medical Insurance - Asuransi Medis Bencana)

Asuransi Biaya Medis Dasar memberikan perlindungan kepada tertanggung dalam hal biaya rawat inap dan juga biaya berobat jalan tertentu sesuai dengan batasan yang dinyatakan dalam polis. Biaya yang umum disediakan dalam polis ini termasuk:

### i. Biaya Rawat Inap

- biaya ruang dan makan
- biaya perawatan di intensif unit (ICU)
- biaya pengeluaran rumah sakit lainnya
- kunjungan dokter selama dirawat di rumah sakit
- biaya ahli bedah
- biaya ahli anastesi

### ii. Biaya Berobat Jalan

- biaya perawatan sebelum dirawat inap
- biaya perawatan setelah dirawat inap
- perawatan kecelakaan darurat

Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, kebanyakan polis Asuransi Biaya Medis Dasar menyediakan manfaat terpisah bagi berbagai biaya perlindungan. Dua cara yang paling umum adalah menerbitkan polis ini dengan mengenakan:

- batasan terpisah (dikenal sebagai **sub limit**) untuk masing-masing biaya yang diproteksi;
- batas maksimum berdasarkan per kejadian untuk manfaat rawat inap dan jumlah tetap untuk manfaat berobat jalan.

Penanggung akan mengganti biaya yang dikeluarkan tertanggung atau batas maksimum yang dinyatakan dalam Tabel Manfaat tergantung mana yang lebih rendah. Hal ini berarti nasabah mungkin tidak mendapat penggantian penuh untuk biaya kesehatan yang dikeluarkannya. Selain itu, beberapa penanggung juga akan mengenakan ketentuan pengurangan (*deductible*) dan asuransi pendamping (*co insurance*).

Biasanya, nasabah mempunyai pilihan sejumlah program (misalnya Program A, Program B, dst) untuk dipilih. Jika ia memilih program dengan manfaat yang tinggi, ia akan harus membayar premi yang tinggi juga.

## 2.1 Major Medical Expense Insurance (Asuransi Biaya Medis Utama)

Seperti Asuransi Biaya Medis Dasar, Asuransi ini juga memberikan penggantian pembayaran. Asuransi ini berbeda dengan Asuransi Biaya Medis Dasar dalam hal:

- selain manfaat proteksi rawat inap dan berobat jalan seperti pada Asuransi Biaya Medis Dasar, asuransi ini juga memberikan perlindungan untuk berobat jalan tertentu yang mahal seperti cuci ginjal dan pengobatan kanker;
- asuransi ini tidak mengenakan sub limit bagi setiap biaya yang diproteksi tetapi sebagai gantinya mengenakan ketentuan jumlah klaim yang bisa diajukan per polis per tahun dan suatu batas tertentu sepanjang jangka waktu polis berlaku (*lifetime*);
- asuransi ini memberikan batasan biaya yang tinggi
- asuransi ini biasanya mempunyai ketentuan pengurangan (*deductible*) yang tinggi dan tertanggung terkena ketentuan asuransi pendamping (*co insurance*).

Perhatikan bahwa beberapa penanggung juga menerbitkan manfaat tambahan bagi Asuransi Biaya Medis dan menamakannya Asuransi Biaya Medis Komprehensif.

### Fitur Utama Asuransi Biaya Medis

Meskipun polis Asuransi Biaya Medis menawarkan perlindungan dan batasan yang bervariasi, tetapi umumnya mempunyai kesamaan fitur sebagai berikut:

- membayar manfaat berdasarkan penggantian;
- dapat diterbitkan sebagai program stand-alone atau sebagai asuransi tambahan;

- menawarkan tertanggung pilihan program;
- memperbolehkan tanggungan dari tertanggung untuk diproteksi dalam polis yang sama;
- memberikan perlindungan selama 24 jam di seluruh dunia;
- mempunyai masa tunggu (biasanya 30 hari) mulai dari tanggal polis diterbitkan untuk rawat inap/cedera yang disebabkan oleh penyakit pada tahun pertama polis dan juga setelah polis diaktifkan kembali;
- tidak memperbolehkan memindahkan (to assign) polis;
- premi berdasarkan rentang usia (biasanya premi meningkat setiap tahun ke 6 misalnya premi untuk usia 40 sampai 45 adalah Rp. 1.800.000 dan 46 sampai 50 adalah Rp 2.400.000);
- mempunyai maksimum usia masuk (biasanya 15 hari setelah bayi lahir dan mungkin usia 60 tahun bagi dewasa) dan usia kadaluarsa (misalnya usia 69 tahun untuk dewasa dan 18 tahun untuk anak-anak yang diasuransikan dalam polis kecuali anak-anak tersebut sedang menjalani pendidikan jenjang perguruan tinggi di mana dalam hal ini dapat diasuransikan sampai usia 24 atau 25 tahun);
- polis biasanya dijamin bisa diperbarui (yaitu penanggung tidak dapat memberhentikan polis karena pengalaman klaim yang buruk selama tertanggung membayar premi polisnya);
- mempunyai ketentuan 14 hari free-look provision (masa mempertimbangkan polis);
- tidak mempunyai nilai tunai;
- bukan polis berpartisipasi yaitu tidak memberikan bonus;
- tidak mempunyai pilihan *non forfeiture*;
- tidak mempunyai fitur pinjaman polis;
- mengenakan batas maksimum biaya proteksi atau jumlah klaim yang dibayarkan (yaitu sub limit, batas tahunan dan batas jiwa);
- mempunyai fitur pengurangan (deductable) dan asuransi pendamping (coinsurance), ketentuan ini biasanya tidak berlaku bagi polis Asuransi Biaya Kesehatan Dasar
- mempunyai daftar pengecualian (misalnya *congenial anomalies*);

- terkait dengan koordinasi persyaratan manfaat ( are subject to the co-ordination of benefit clause).

Kebanyakan fitur dari polis Asuransi Biaya Media telah cukup jelas dan dapat dimengerti sehingga tidak memerlukan penjelasan lebih lanjut. Namun, poin tiga terakhir di atas memerlukan sedikit penjelasan dan akan dibahas di bagian berikut.

### 2.2.1 Pengurangan (*deductible*) dan Asuransi Pendamping (*co insurance*)

#### **Deductable (Pengurangan)**

Pengurangan biasanya jumlahnya tetap, misalnya Rp3000.000, di mana tertanggung harus membayar jumlah ini dari kantong pribadinya sebelum penanggung mulai melakukan pembayaran manfaat seperti yang tertera di polis. Umumnya pengurangan dilakukan per tahun yaitu berlaku lagi pada jika polis diperpanjang.

Perhatikan, semakin tinggi jumlah pengurangan, semakin murah premi asuransinya. Juga, kebanyakan penanggung tidak mengenakan pengurangan untuk berobat jalan.

Hal penting lain untuk diperhatikan adalah pengurangan biasanya diterapkan terpisah bagi masing-masing anggota keluarga tertanggung dalam polis. Misalnya, suami tidak bisa menggabungkan biaya kesehatannya dengan biaya kesehatan istrinya agar memenuhi biaya pengurangan dalam polis tersebut untuk tahun berjalan. Namun, ada penanggung yang menawarkan pengurangan untuk seluruh keluarga di mana penanggung memberikan keringanan jika ada pengurangan di kemudian hari bagi salah satu anggota keluarga jika jumlah tertentu anggota keluarga (umumnya dua atau tiga orang) yang merupakan syarat terpenuhi untuk bisa diberikan keringanan pengurangan pada polis sama di tahun yang sama juga.

#### **Co-insurance (Asuransi Pendamping)**

Asuransi pendamping adalah **persentase tertentu** (misalnya 20%) dari total proteksi biaya kesehatan di luar batas pengurangan. Persentase ini ditanggung oleh orang yang di asuransikan.

**Contoh 5.1** menunjukkan bagaimana prinsip pengurangan dan asuransi pendamping diterapkan dalam polis Asuransi Biaya Kesehatan.

**Contoh 5.1: Bagaimana Suatu Pengurangan dan Asuransi Pendamping Dalam Polis Asuransi Biaya Kesehatan Bekerja?**

Pak Tamrin mempunyai polis Asuransi Biaya Kesehatan yang memiliki deductible sebesar Rp2.000.000 per polis per tahun dan co-insurance 20%. Pada Agustus 2002, ia dirawat inap di rumah sakit untuk mengangkat batu ginjal. Biaya yang ia keluarkan dan juga batas polis Asuransi Biaya Kesehatannya adalah sebagai berikut:

Biaya Terproteksi	Batas Maksimum	Jumlah Aktual Biaya
Ruang & Makan	Rp1.000.000 per hari	Rp2.400.000 (Rp1.200.000 x 2 hari)
Pembedahan	Rp10.000.000	Rp6.000.000

Jumlah yang bisa diklaim = Rp2.000.000(yaitu Rp1.000.000 x 2 hari) + Rp6.000.000= Rp8.000.000

Dikurang: Deductable (Rp2.000.000)

Rp6.000.000

Dikurang: co-insurance

(Rp1.200.000)

Jumlah Penggantian dari penanggung

Rp4.800.000

Pada contoh ini, Pak Tan hanya perlu membayar Rp3.600.000 (Rp8.400.000 – Rp4.800.000) dari total Rp8.400.000 yang telah ia keluarkan..

**Co-ordination of Benefit Clause (Pasal Manfaat Kordinasi)**

Kebanyakan polis Asuransi diterbitkan dengan Pasal Manfaat Kordinasi. Tujuan pasal ini untuk memastikan bahwa tertanggung tidak akan mendapatkan lebih dari jumlah aktual yang dikeluarkannya. Pada saat terjadi klaim, penanggung pertama-tama akan menentukan apakah tertanggung berhak untuk mendapat penggantian dalam polisnya dan jika ya berapa besar jumlahnya. Mereka juga akan memeriksa untuk mengetahui apakah tertanggung telah diberi ganti oleh sumber lain misalnya polis Asuransi Biaya Medis dari perusahaan atau polis Kompensasi Pekerja, dsb. Jika sudah ada penggantian, maka penanggung akan menggunakan tagihan rumah sakit untuk mengurangi jumlah yang telah diklaim tertanggung dari sumber lain. Kemudian, penanggung akan membandingkan jumlah ini dengan jumlah penggantian dalam polis tertanggung dan membayar jumlah yang terendah. Dengan cara ini, tertanggung dicegah membuat keuntungan dari asuransinya.

### 2.3 Supplemental Medical Expense Coverage (Perlindungan Tambahan Biaya Medis)

Sering kali penanggung menawarkan serangkaian pilihan perlindungan tambahan yang bisa dilekatkan pada polis utama Asuransi Biaya Medis. Pilihan ini dimaksudkan untuk memperbesar perlindungan pada polis Asuransi Biaya Medis dan termasuk:

- jasa pelayanan darurat;
- proteksi gigi;
- manfaat kehamilan;
- transpalansi organ tubuh;
- asuransi penyakit tertentu (misalnya kanker);
- pembedahan dengan penanaman (*implant*) dan penggantian bagian tubuh menggunakan barang palsu (*prosthesis*);
- manfaat keguguran;
- rumah jompo pribadi;
- manfaat meninggal; dan
- Asuransi Biaya Medis Utama yang telah disebutkan di Bagian 2.1 bab ini.

### 2.4 Kapan Asuransi Biaya Medis Sesuai?

Polis ini sesuai untuk memberikan perlindungan kesehatan dan mengganti biaya pengobatan segera dan terus menerus yang berhubungan dengan cedera atau penyakit.

Polia Asuransi Biaya Medis Dasar akan menutup tagihan rumah sakit, biasanya dari dolar pertama dan seterusnya karena polis ini umumnya tidak ada pengurangan atau asuransi pendamping. Namun, karena batas polis ini biasanya kecil, perlindungan yang diberikan tidak cukup jika seseorang menderita penyakit berat atau penyakit menahun. Jadi, ada kebutuhan perlindungan Asuransi Biaya Medis Utama untuk menanggulangi keadaan tersebut.

## 3. CRITICAL ILLNESS INSURANCE (ASURANSI PENYAKIT KRITIS)

Asuransi Penyakit Kritis adalah produk asuransi yang dirancang untuk memberikan manfaat sekaligus kepada tertanggung jika ia didiagnosa menderita salah satu penyakit kritis atau menjalani prosedur pembedahan yang diproteksi dalam polisnya. Pada dasarnya ada dua jenis polis Asuransi Penyakit Kritis, yaitu

### 3.1 Peningkatan Perlindungan Manfaat Penyakit Kritis (*Acceleration Benefit Critical Illness Cover*)

Perlindungan ini biasanya dikemas dengan polis asuransi jiwa dasar dan dijual sebagai polis mandiri (*stand alone*). Perlindungan ini juga dapat dilekatkan sebagai asuransi tambahan dari polis asuransi jiwa dasar. Seperti namanya, jenis perlindungan penyakit kritis ini menyediakan sebagian pembayaran (misalnya 50%) atau jumlah penuh uang pertanggungan (yaitu 100%) dari polis dasar di

mana manfaat ini dikemas. Misalnya, jika seseorang membeli polis asuransi seumur hidup jenis Penyakit Kritis sebesar Rp400.000.000 dengan acceleration (peningkatan) 50%, maka jika ia didiagnosa menderita salah satu penyakit kritis yang terproteksi dalam polisnya, penanggung akan membayarnya Rp200.000.000 (yaitu 50% x Rp400.000.000) ditambah bonus (jika ada). Sisa uang pertanggungan plus bonus (jika ada) akan dibayarkan jika tertanggung meninggal atau menderita Cacat Total & Tetap (TPD). Sebaliknya, jika tertanggung meninggal atau menderita TPD tanpa mengalami penyakit kritis, jumlah Rp400.000.000 plus bonus (jika ada) akan dibayarkan kepadanya.

Dengan kata lain, pemegang polis **hanya** dapat melakukan klaim penyakit kritis **satu kali** saja. Jika ia menderita penyakit kritis lagi, polis tidak akan membayar sisa uang pertanggungan. Jumlah manfaat yang akan diperolehnya dari polis ini selalu setara dengan uang pertanggungan ditambah bonus (jika ada). Perhatikan, uang pertanggungan berkurang, premi yang akan datang juga akan berkurang dengan proporsi sama.

Jika seseorang memilih manfaat peningkatan 100% pada contoh tersebut di atas, uang pertanggungan dasar seutuhnya plus bonus (jika ada) akan dibayarkan terlepas dari apakah ia menderita penyakit kritis, meninggal atau menderita cacat total & tetap.

Perlindungan biasanya sampai usia 100 tahun tergantung pada jenis polis asuransi jiwa di mana manfaat ini dikemas. Hal ini berarti jika manfaat melekat pada Dwiguna atau polis Investment Linked, maka manfaat akan mengikuti jangka waktu polis dasar. Sebaliknya, jika melekat pada polis seumur hidup maka perlindungan biasanya sampai usia 100 selama tertanggung menjaga polisnya tetap aktif.

### 3.2 Perlindungan Tambahan Manfaat Penyakit Kritis

Perlindungan ini hanya tersedia sebagai asuransi tambahan (*rider*) dan membayarkan sejumlah dana **sebagai tambahan** atas uang pertanggungan polis dasar di mana asuransi ini melekat. Misalnya, jika seseorang membeli Rp. 500 Juta polis Asuransi Seumur Hidup dengan asuransi tambahan Perlindungan Tambahan Manfaat Penyakit Kritis sebesar Rp 1 Milyard, penanggung akan membayarkan Rp. 1 Milyard jika ia menderita salah satu penyakit kritis yang diproteksi dalam polisnya. Uang pertanggungan Asuransi Seumur Hidup sebesar Rp. 500 Juta hanya akan dibayarkan jika tertanggung meninggal atau menderita cacat total & tetap.

Dengan kata lain, pembayaran manfaat Penyakit Kritis tidak mempengaruhi uang pertanggungan dasar. Hal ini berarti jika tertanggung menderita penyakit kritis kemudian meninggal, total jumlah yang akan dibayarkan penanggung adalah Rp 1,5 Milyard. Namun, jika ia sama sekali tidak terkena penyakit kritis, maka jumlah yang akan dibayarkan penanggung hanya Rp 500 Juta.

Perhatikan, jangka waktu jenis asuransi tambahan Penyakit Kritis dapat dipersingkat tetapi tidak bisa diperpanjang melebihi jangka waktu polis dasar. Biasanya, asuransi tambahan ini kadaluarsa jika tertanggung mencapai usia tertentu (umumnya 65 tahun).



Uang pertanggungan, sebaliknya, dapat lebih besar dari uang pertanggungan polis dasar, misalnya lima kali lebih besar dari uang pertanggungan dasar.

Biasanya jenis perlindungan Penyakit Kritis memiliki masa tunggu (umumnya 30 hari) sejak tanggal tertanggung didiagnosa menderita penyakit kritis. Tidak ada pembayaran jika tertanggung meninggal selama masa tunggu ini.

### 3.3 Fitur Asuransi Penyakit Kritis

Ke dua jenis Asuransi Penyakit Kritis memiliki karakteristik umum berikut:

- membayarkan sekaligus suatu jumlah jika tertanggung di diagnosa penyakit kritis;
- memperbolehkan klaim hanya untuk satu penyakit kritis saja;
- mempunyai masa tunggu tertentu;
- beberapa penanggung mungkin mengenakan batasan pada jumlah total, yang bisa dibeli tertanggung, hal ini untuk meminimalkan risiko morale hazards;
- premi bisa dijamin selama jangka waktu polis atau terkena perubahan yang dilakukan penanggung;
- tidak ada batasan bagaimana manfaat Penyakit Kritis yang dibayarkan digunakan;
- kebanyakan dikemas atau dilekatkan pada polis asuransi jiwa atau Unit Linked;
- Asuransi tambahan Penyakit Kritis tidak memiliki nilai tunai;
- Asuransi tambahan Penyakit Kritis secara otomatis akan berhenti begitu polis dasar ditebus atau dikonversi menjadi polis lunas (*paid up*) atau berjangka diperpanjang (*extended term*);
- Kemasan polis Penyakit Kritis yang mengakumulasi nilai tunai (yaitu asuransi seumur hidup jenis polis Penyakit Kritis) juga memberikan pilihan *non-forfeiture*. Namun, perlindungan Penyakit Kritis akan berhenti begitu tertanggung melaksanakan salah satu pilihan *non forfeiture* (tidak termasuk pilihan pelunasan);
- memberikan perlindungan di seluruh dunia selama 24 jam kecuali dinyatakan lain di dalam polis;

- usia masuk maksimum (biasanya 55 tahun) dan usia masuk minimum (biasanya 1 tahun tergantung pada batasan *lien*<sup>1</sup>);
- batasan uang pertanggungan minimum dan maksimum;
- perlindungan biasanya akan kadaluarsa pada usia maksimum 65 tahun;
- mempunyai daftar pengecualian (penyakit yang telah diderita).

### 3.4 Kapan Polis Penyakit Kritis Sesuai?

Polis Penyakit Kritis sesuai untuk penyakit (misalnya kanker) yang menyebabkan tagihan rumah sakit yang tinggi. Peningkatan Manfaat polis Penyakit Kritis dapat digunakan untuk menyediakan biaya akhir atau untuk menyediakan penghasilan bagi tanggungan dan juga memberikan proteksi terhadap penyakit kritis. Seseorang yang berharap menyisihkan biaya akhir akan memilih menyisihkan 75% dari nilai polis Peningkatan Manfaat. Sebaliknya, jika seseorang berharap menyediakan penghasilan bagi tanggungannya kelak, ia mungkin memilih menyisihkan 50% nilai polis Peningkatan Manfaat. Polis ini juga sesuai untuk orang yang mempunyai anggaran terbatas tetapi memerlukan perlindungan kematian, cacat total dan tetap dan juga penyakit utama. Sangatlah penting bagi Anda untuk menyarankan nasabah Anda untuk melekatkan atau mengkemas perlindungan ini pada polis Seumur Hidup sehingga tertanggung akan menikmati perlindungan sampai usia 100 tahun.

Manfaat Tambahan jenis polis Penyakit Kritis, sebaliknya, sesuai untuk orang yang sudah memiliki asuransi jiwa yang cukup. Namun, jenis perlindungan penyakit kritis ini bukan perlindungan yang ideal karena akan kadaluarsa pada, biasanya, usia 65 tahun. Karena harapan hidup laki-laki saat ini adalah 78 tahun sedangkan harapan hidup wanita adalah 80 tahun, perlindungan ini tidak sesuai direkomendasikan pada nasabah yang tidak memiliki Peningkatan Manfaat perlindungan Penyakit Kritis (perlindungan yang dilekatkan atau dikemas dengan polis Seumur Hidup) karena nanti nasabah Anda tidak akan memiliki perlindungan di hari tuanya ketika ia sangat membutuhkan perlindungannya.

<sup>1</sup> *Lien* adalah fitur yang membatasi pembayaran uang pertanggungan pada saat terjadi sesuatu pada tertanggung. Kebanyakan penanggung mengenakan *lien* pada polis anak-anak selama sejumlah tahun tertentu, yaitu 3 tahun. Dalam hal ini, jika tertanggung anak-anak meninggal dalam tahun pertama setelah polis berlaku, penanggung hanya akan membayarkan 25% uang pertanggungan. Persentase ini meningkat di tahun ke 2 dan ke 3 menjadi 50% dan 75%. Mulai tahun ke 4 dan seterusnya, uang pertanggungan penuh akan dibayarkan kapanpun terjadi sesuatu pada tertanggung.

#### 4. **DISABILITY INCOME INSURANCE (ASURANSI PERLINDUNGAN PENGHASILAN TERHADAP KECACATAN)**

Asuransi ini memberikan proteksi jika tertanggung tidak bisa bekerja karena kecelakaan atau sakit. Polis ini memberi perlindungan kepada tertanggung sampai sejumlah persentase tertentu dari pendapatan bulannya (biasanya 75%) dan manfaat dibayarkan bulanan secara berkala. Karena polis ini hanya dibayarkan ketika terjadi kecacatan, istilah “cacat” biasanya dengan jelas didefinisikan dalam polis dan bisa terjadi dalam salah satu bentuk berikut:

- ketidakmampuan tertanggung melakukan pekerjaannya sendiri;
- ketidakmampuan tertanggung melakukan pekerjaan lain atau pekerjaan sama yang sesuai dengan pendidikan, pelatihan atau pengalamannya;
- ketidakmampuan tertanggung melakukan pekerjaan apapun.

Definisi pertama adalah yang paling mudah dari tiga definisi tersebut di atas. Dalam definisi ini, tertanggung masih bisa melakukan klaim pada polisnya meskipun ia bisa bekerja dalam kapasitas kecacatannya.

Perhatikan, definisi di atas hanyalah contoh bagaimana istilah “cacat” didefinisikan. Kata-kata yang digunakan bisa berbeda-beda antara perusahaan dan ada banyak variasi yang tidak mudah untuk diklasifikasikan.

##### 4.1 **Manfaat Yang Ditawarkan Oleh Asuransi Perlindungan Penghasilan Terhadap Kecacatan**

Berikut ini adalah manfaat yang umum ditawarkan oleh asuransi ini:

- manfaat cacat total;
- manfaat cacat sebagian;
- manfaat biaya rehabilitasi;
- peningkatan manfaat;
- manfaat pembebasan premi;
- manfaat meninggal.

##### 4.1.1 **Manfaat Cacat Total**

Manfaat ini dibayarkan ketika tertanggung memenuhi definisi cacat yang tertera di polis dan memuaskan persyaratan lain dalam polis tersebut. Jumlah yang dibayarkan adalah persentase tertentu manfaat bulanan di mana tertanggung diproteksi. Misalnya, jika seseorang membeli polis dengan perlindungan 75% pendapatan bulannya (misalnya Rp 5 Juta), pada saat terjadi kecacatan, ia akan menerima Rp 3.750 ribu ( $75\% \times \text{Rp } 5 \text{ Juta}$ ) setiap bulan selama ia tetap cacat atau selama masa berlaku polis selesai.

#### 4.1.2 Manfaat Cacat Sebagian

Kebanyakan jenis polis ini membayarkan manfaat berkurang jika terjadi cacat sebagian. Seseorang akan memenuhi syarat manfaat cacat sebagian jika ia bisa kembali bekerja dan menghasilkan pendapatan paling sedikit 25% di bawah pendapatannya sebelum menjadi cacat sebagian. Pengurangan manfaat dihitung berdasarkan rumus berikut:

$$\frac{\text{Pendapatan Sebelum Cacat} - \text{Pendapatan Saat ini}}{\text{Pendapatan Sebelum Cacat}} \times \text{Total Manfaat Cacat}$$

#### 4.1.3 Manfaat Biaya Rehabilitasi

Beberapa penanggung menyediakan manfaat ini untuk memotivasi tertanggung yang cacat untuk berpartisipasi dalam program rehabilitasi. Penanggung akan mengganti biaya rehabilitasi yang dikeluarkan tertanggung. Namun, manfaat ini ada batasnya berdasarkan per kecacatan dan bisa termasuk hal sebagai berikut:

- kursus pelatihan;
- bantuan medis (misalnya kursi roda); dan
- modifikasi tempat bekerja.

Namun, tertanggung pertama-tama harus mendapatkan persetujuan penanggung secara tertulis sebelum melakukan program rehabilitasi di atas. Manfaat rehabilitasi bisa dibayarkan sebagai tambahan manfaat cacat bulanan misalnya sampai tiga kali jumlah manfaat bulanan.

#### 4.1.4 Escalation Benefit

Ini adalah manfaat yang ditawarkan oleh beberapa penanggung yang berguna sebagai perlindungan terhadap inflasi. Dengan terkena ketentuan premi tambahan, perusahaan memperbolehkan tertanggung memilih 3% atau 5% *escalation benefit* per tahun. Jika tertanggung menderita cacat, ia akan menerima kenaikan manfaat pada setiap bulan ke 13 berdasarkan pada persentase yang ia pilih.

#### 4.1.5 Manfaat Pembebasan Premi

Pembayaran premi polis akan dibebaskan selama manfaat cacat dibayarkan (berlaku bagi cacat total dan sebagian). Namun, jika nasabah membayar premi tahunan, pembebasan premi ini mulai berlaku pada pembayaran premi jatuh tempo berikutnya meskipun pembayaran manfaat cacat sudah berlangsung. Dengan kata lain premi yang telah dibayarkan tidak akan dikembalikan.

#### 4.1.6 Manfaat Meninggal

Kebanyakan penanggung menyediakan sejumlah pembayaran sekaligus satu kali, misalnya Rp. 50 Juta (bervariasi di antara penanggung) kepada tanggungan tertanggung jika tertanggung meninggal selama masa asuransi.

#### 4.2 *Recurrent Disability* (Klaim Terkait)

Jika tertanggung yang menerima manfaat cacat kembali bekerja tetapi kemudian kondisinya kembali memburuk dalam jangka waktu tertentu (biasanya 180 hari) untuk kasus yang sama, kebanyakan penanggung akan membebaskan (to waive) jangka waktu tersebut dan pembayaran manfaat akan segera di mulai kembali.

Dalam kasus tersebut di atas, klaim akan diperlakukan sebagai konfirmasi kelanjutan atas klaim terdahulu untuk menentukan periode pembayaran manfaat.

#### 4.3 Fitur Polis Asuransi Perlindungan Penghasilan Terhadap Kecacatan

Fitur yang umum adalah sebagai berikut:

- polis bisa diterbitkan sebagai polis mandiri (*stand alone*) (di mana tidak ada asuransi tambahan yang dilekatkan pada polis ini) atau sebagai asuransi tambahan atas program asuransi jiwa dasar.
- memberikan penghasilan rutin bulanan selama jangka waktu cacat seluruhnya atau sebagian;
- premi dibebaskan selama jangka waktu manfaat;
- manfaat bisa tetap atau meningkat dengan tingkat bunga yang ditentukan;
- pilihan penundaan masa berlaku;
- pilihan jangka waktu manfaat;
- pilihan *escalation benefit* (jika ada);
- premi tetap yang bisa dibayarkan bulanan, kuartalan, semi tahunan atau tahunan tergantung praktek yang diterapkan penanggung;
- pembayaran manfaat cacat sebagian jika orang bersangkutan kembali berkerja dan mempunyai penghasilan lebih rendah;
- ketentuan manfaat biaya rehabilitasi (tidak disediakan oleh penanggung);

- ketentuan manfaat meninggal jika ia meninggal pada masa asuransi berlaku;
- tidak ada peraturan penggunaan manfaat tunai pembayaran klaim selama masa asuransi.
- pemutusan pembayaran manfaat jika tertanggung tinggal di luar Singapura selama jangka waktu tertentu;
- pemberhentian perlindungan jika tertanggung tinggal di luar Singapura lebih dari jangka waktu yang telah ditentukan selama polis berlaku tanpa pemberitahuan tertulis kepada penanggung;
- pemberhentian perlindungan jika tertanggung melakukan pekerjaan penuh waktu terus menerus selama sejumlah hari yang ditentukan dalam polis pada saat ia sedang dalam keadaan tidak cacat;
- polis biasanya menjamin boleh diperbarui dan tidak bisa dibatalkan (penanggung mempunyai hak untuk menyesuaikan tingkat premi jika tertanggung merubah pekerjaannya menjadi pekerjaan yang lebih berisiko);
- tidak ada nilai tebus yaitu tertanggung tidak dapat mengembalikan polis kepada penanggung untuk dibatalkan dengan penggantian tunai;
- tidak boleh ada penjaminan polis;
- manfaat yang diterima, tidak seperti penghasilan, tidak kena pajak;
- mempunyai daftar pengecualian (misalnya cedera dengan disengaja);
- polis gugur jika premi tidak dibayarkan dalam waktu 30-31 masa tenggang waktu.

#### 4.4 Pasal Pembatasan Polis Manfaat Cacat

Selain ada batasan jumlah manfaat bagi tertanggung untuk memastikan bahwa tertanggung tidak mengambil keuntungan dengan mengajukan klaim, kebanyakan penanggung juga memasukkan pasal pembatasan pada polis mereka. Tujuan pasal pembatasan adalah membatasi pembayaran manfaat bulanan sehingga total manfaat (termasuk manfaat dari polis Perlindungan Penghasilan Karena Cacat lainnya yang mungkin dimiliki tertanggung dengan perusahaan lain) tidak akan melebihi manfaat bulanan yang dipertanggungkan.

Jika terjadi klaim, pembayaran manfaat cacat akan dikurangi oleh sumber-sumber penghasilan berikut:

- pembayaran dari asuransi lain terhadap cacat (kecuali Manfaat Cacat Tetap dan Total dalam polis asuransi jiwa) termasuk asuransi kompensasi pekerja; dan
- gaji, komisi atau penghasilan lain yang masih didapat bertanggung dari pekerjaan atau bisnis di mana ia terlibat dalam pekerjaan atau bisnis ini belum lama sebelum ia menderita cacat.

Dengan kata lain, jumlah manfaat penghasilan karena cacat yang dibayarkan bersamaan dengan sumber-sumber penghasilan tersebut di atas **tidak boleh melebihi jumlah manfaat bulanan yang dipertanggungkan dalam polis**.

#### 4.5 Kapan Polis Asuransi Perlindungan Penghasilan Terhadap Cacat Sesuai?

Asuransi ini khususnya sesuai untuk menyediakan sejumlah penghasilan guna membiayai kebutuhan hidup bertanggung dan keluarganya jika terjadi kecacatan. Polis ini lebih sesuai untuk proteksi tersebut di atas dibandingkan dengan manfaat TPD dalam polis asuransi jiwa karena definisi kecacatan dalam polis ini tidak seketat dalam polis dengan manfaat TPD. disamping itu, polis ini juga membayarkan manfaat jika bertanggung cacat sebagian.

Jadi, jika bertanggung mampu membayar preminya, Anda sebaiknya menyarakannya untuk membeli polis ini meskipun ia telah mempunyai perlindungan TPD dalam polis asuransi jiwanya.

### 5. ASURANSI TUNAI RUMAH SAKIT (*Hospital Cash Insurance*)

Polis ini membayarkan manfaat tunai kepada bertanggung jika ia dirawat inap di rumah sakit karena kecelakaan atau sakit. Manfaat harian tetap (misalnya Rp 500 ribu) dipilih oleh bertanggung pada saat polis mulai berlaku. Jumlah tersebut tidak ada hubungan dengan jumlah aktual biaya medis yang terjadi. Pembayaran manfaat ini biasanya dibatasi sampai jumlah hitungan hari tertentu ( misalnya 365 hari) per rawat inap. Beberapa penanggung memberlakukan batas yang bisa diklaim dalam jumlah hari (misalnya 1000).

Manfaat ini dapat digunakan untuk menutupi biaya rawat inap di rumah sakit karena:

- cedera saja; atau
- cedera dan sakit

#### 5.1 Fitur Asuransi Tunai Rumah Sakit

Berikut ini adalah fitur yang umum dari polis Asuransi Tunai Rumah Sakit:

- ada manfaat rawat inap per hari;

- ada jumlah pembayaran maksimum per jiwa biasanya dinyatakan sebagai jumlah maksimum hari;
- manfaat berupa jumlah tetap selama polis berlangsung yang ditentukan pada saat polis mulai berlaku;
- ada masa tunggu jika penyebab rawat inap adalah cedera. Masa tunggu biasanya diberlakukan dari tanggal polis diterbitkan atau tanggal polis dihidupkan kembali jika penyebab rawat inap adalah karena sakit;
- pembayaran manfaat tidak terpengaruh dengan pembayaran dari polis asuransi kesehatan lainnya yaitu dibayarkan di luar manfaat yang diterima dari asuransi kesehatan yang lainnya;
- perlindungan berakhir pada usia tertentu biasanya 65 atau 70;
- premi bisa tetap atau meningkat begitu seseorang mencapai rentang usia baru;
- kebanyakan menjamin asuransi bisa diperbarui secara tahunan;
- kebanyakan memberikan perlindungan di seluruh dunia meskipun beberapa batasan proteksi hanya untuk lokasi geografi tertentu;
- biasanya tidak ada nilai tunai;
- tidak ada pengembalian premi yang telah dibayarkan pada saat perlindungan berakhir;
- mempunyai daftar pengecualian (misalnya kondisi yang telah ada sebelumnya);
- polis tidak bisa dijaminkan.

## 5.2 Manfaat-manfaat Lain Yang Disediakan Polis Asuransi Tunai Rumah Sakit

Biasanya penanggung akan menambahkan sejumlah manfaat untuk menjadikan perlindungan polis ini menarik. Contoh manfaat-manfaat tambahan adalah:

- pembayaran ganda jika tertanggung di rawat di ruang ICU;
- pembayaran tiga kali lebih besar jika tertanggung dirawat di luar negeri karena kecelakaan;
- manfaat penyembuhan;
- pemulihan penghasilan; dan
- manfaat meninggal gratis.



### 5.3 Kapan Asuransi Tunai Rumah Sakit Sesuai?

Polis ini seringkali direkomendasikan untuk menutupi pengurangan dan mitra asuransi dalam polis Asuransi Biaya Medis. Polis ini tidak sesuai untuk memproteksi biaya medis yang terus meningkat karena adanya batasan dalam polis.

## 6. LONG TERM CARE (ASURANSI PERAWATAN KESEHATAN JANGKA PANJANG)

Asuransi ini adalah produk asuransi yang dirancang untuk memenuhi sebagian atau seluruh biaya perawatan seseorang karena kecelakaan, sakit atau kombinasi keduanya, yang secara fisik menjadi lumpuh sampai tahap di mana ia tidak bisa mandiri. Ia juga harus tergantung pada orang lain untuk membantunya melakukan kegiatan dasar sehari-hari dalam hidup seperti makan, berpakaian, mandi, buang air, dan bergerak serta berpindah tempat. Biasanya polis akan membayarkan manfaat jika tertanggung tidak bisa melakukan kegiatan sehari-hari tersebut di atas misalnya tiga dari enam kegiatan tersebut.

### 6.1 Fitur Asuransi Perawatan Jangka Panjang

Umumnya, polis Asuransi Perawatan Jangka Panjang memiliki fitur berikut ini:

- pembayaran manfaat berdasarkan harian atau bulanan. Biasanya manfaat tertentu bulanan (dipilih oleh tertanggung pada saat polis berlaku) dibayarkan;
- bisa diterbitkan sebagai polis mandiri atau sebagai asuransi tambahan yang dilekatkan ke polis dasar asuransi jiwa;
- memiliki persyaratan usia masuk minimum (misalnya 40 tahun) dan maksimum (misalnya 75 tahun);
- biasanya diterbitkan dengan jaminan bisa diperbarui;
- merupakan polis tidak berpartisipasi;
- tidak mempunyai nilai tunai, tebus dan pelunasan (*paid up*);
- tidak menyediakan pilihan *non-forfeiture*;
- premi berdasarkan usia masuk dan tetap selama masa berlaku polis. Premi biasanya tidak dijamin yaitu penanggung bisa menyesuaikan premi berdasarkan pengalaman klaim. Premi dibebaskan selama jangka waktu pembayaran manfaat;
- tidak boleh dijaminkan;
- mempunyai daftar pengecualian (yaitu kondisi penyakit yang telah ada sebelumnya);

- perlindungan berakhir atau dihentikan jika premi tidak dibayar setelah masa tenggang waktu berakhir, jika tertanggung meninggal

### 6.1 Kapan Asuransi Perawatan Jangka Panjang Sesuai?

Asuransi ini sesuai bagi orang yang berusia 30 tahun ke atas. Perlindungan ini khususnya penting seiring dengan meningkatnya harapan hidup kita. Hal inilah yang merupakan salah satu alasan bagi pemerintah Singapura meluncurkan skema *ElderShield* yang merupakan polis Asuransi Perawatan Jangka panjang.

## 7. MANAGE HEALTH CARE (PERAWATAN KESEHATAN TERKELOLA)

Perawatan Kesehatan Terkelola adalah suatu evolusi dari asuransi Biaya Medis tradisional karena meningkatnya biaya perawatan kesehatan. Asuransi ini adalah program yang mengintegrasikan pendanaan dan pelayanan perawatan kesehatan dalam suatu sistem yang mengelola akses, biaya dan kualitas perawatan.

Perawatan Kesehatan Terkelola mengontrol akses ke pemberi perawatan kesehatan dengan mereferensikan para anggota untuk menyeleksi dengan hati-hati jaringan pemberi perawatan kesehatan. Kebanyakan program mensyaratkan para anggota untuk menyeleksi dokter yang diinginkan dari jaringan tersebut. Mereka juga mensyaratkan para anggota untuk mendapatkan referensi dari dokter tersebut sebelum mereka diperbolehkan untuk menemui dokter ahli. Namun, masih ada program yang tetap meminta anggota membayar (biasanya tarif yang sudah dikurangi) jika anggota menggunakan pemberi layanan kesehatan di luar jaringannya.

Perawatan Kesehatan Terkelola mengontrol biaya perawatan kesehatan dengan menggunakan berbagai metode, yang paling umum adalah melakukan negosiasi biaya dengan pemberi layanan. Dengan membatasi jumlah dokter atau rumah sakit dalam jaringan pemberi layanan, Organisasi Pengelola Perawatan dapat melakukan negosiasi biaya dokter dan rumah sakit, sehingga mengurangi biaya dalam memberikan pelayanan medis kepada para anggotanya.

Organisasi Pengelola Perawatan hanya memiliki kontrak dengan pemberi perawatan kesehatan yang memiliki keahlian, pelatihan dan izin untuk memberikan pelayanan yang diperlukan oleh anggota mereka. Dengan cara ini, organisasi bisa mengontrol kualitas perawatan yang diberikan kepada para anggotanya.

### 7.1 Organisasi Pengelola Perawatan Kesehatan

Beberapa organisasi perawatan kesehatan yang umum (di Singapura) adalah:

- Health Maintenance Organisation (HMO);
- Preferred Provider Organisation (PPO); dan
- Point-Of-Service Plans (POS).

## 7.2 Asuransi Perawatan Kesehatan Terkelola (*Managed Healthcare Insurance*)

Setelah mengetahui bagaimana Perawatan Kesehatan Terkelola mengontrol biaya perawatan medis, sekarang kita akan melihat bagaimana polis Asuransi Perawatan Kesehatan Terkelola yang ditawarkan oleh perusahaan asuransi bekerja.

### 7.2.1 Manfaat Yang Ditawarkan

Dengan premi tetap tahunan, penanggung yang menawarkan program Asuransi Perawatan Kesehatan Terkelola menyediakan nasabah mereka dengan beberapa atau semua perlindungan berikut:

**Perawatan Dasar** – menyediakan jaringan dokter umum yang luas di berbagai klinik di seluruh Singapura. Jasa yang diberikan termasuk konsultasi, pengobatan, prosedur dan tes untuk menilai kesehatan yang diperlukan.

**Perawatan Spesialis** – menyediakan jaringan dokter spesialis yang luas dari berbagai bidang ilmu kedokteran. Jasa yang diberikan termasuk konsultasi, pengobatan, tes dan pembedahan dengan referensi dari dokter dalam kategori perawatan dasar.

**Perawatan Rumah Sakit** – menyediakan kamar inap di rumah sakit umum atau swasta. Penggantian biaya rumah sakit dan bedah akan sesuai dengan batas program tertanggung.

**Perawatan Darurat** – menyediakan perlindungan 24 jam untuk kecelakaan dan darurat.

**Perawatan Pencegahan** – menyediakan program pencegahan seperti acara *talk show*, seminar dan *workshop* misalnya konsultasi nutrisi yang dirancang untuk menjaga anggota terbebas dari penyakit.

Manfaat yang ditawarkan asuransi ini bisa berbeda-beda. Ada yang hanya menyediakan perawatan berobat jalan sedangkan program lainnya menyediakan manfaat yang lebih luas dan lengkap. Manfaat ini dapat juga diberikan kepada tanggungan tertanggung.

Seperti Asuransi Biaya Medis, ada batas usia masuk minimum dan maksimum bagi Asuransi Perawatan Kesehatan tetapi batasan ini berbeda-beda antara perusahaan asuransi.

### 7.2.2 Elemen Asuransi Pendamping dan Pengurangan

Seperti jenis Asuransi Kesehatan tradisional, elemen asuransi pendamping dan pengurangan bisa terdapat juga di Asuransi Perawatan Kesehatan Terkelola.

### 7.2.3 Pengecualian

Polis berisi daftar pengecualian termasuk kondisi yang telah ada sebelumnya dan *congenial anomalies*.

### 7.2.4 Kapan Asuransi Perawatan Terkelola Sesuai?

Asuransi ini sesuai untuk orang yang berharap memiliki perlindungan bahkan hanya untuk berobat ke dokter umum. Polis ini juga sesuai untuk memberikan perlindungan terhadap biaya medis yang terus meningkat. Namun demikian, batasan manfaat dalam polis yang tidak terlalu lengkap, membuat seseorang masih memerlukan Asuransi Biaya Medis Utama bahkan meskipun ia telah memiliki polis Asuransi Perawatan Kesehatan Terkelola.

## LAMPIRAN 5B

### PENYAKIT YANG UMUM DILINDUNGI DALAM POLIS PENYAKIT KRITIS

- Kanker Stadium Lanjut
- Serangan Jantung
- Stroke
- Pembedahan By Pass Arteri Koronari
- Gagal Ginjal
- *Aplastic Anemia*
- Kebutaan (kehilangan Penglihatan)
- Penyakit Paru Tahap Akhir
- Gagal Hati Tahap Akhir
- Koma
- Ketulian (Kehilangan Pendengaran)
- Pembedahan Katup Jantung
- Kehilangan Kemampuan Bicara
- Terbakar Tingkat Lanjut
- Transplantasi Organ Tubuh Utama/Sumsum Tulang Belakang
- *Multiple Sclerosis*
- *Muscular Dystrophy*
- Lumpuh (Kehilangan kegunaan fungsi tungkai)
- Penyakit *Parkinson*
- Pembedahan Aorta
- Penyakit *Alzheimer/Severe Dementia*
- *Fulminant Hepatitis*
- Penyakit *Motor Neurone*
- *Primary Pulmonary Hypertension*
- *Terminal Illness*
- HIV Karena Transfusi Darah dan *Occupational Acquired HIV*
- Tumor Jinak Otak
- *Encephalis*
- *Poliomyelitis*
- *Bacterial Meningitis*
- *Major Head Trauma*
- *Apalic Syndrome*
- Penyakit Arteri Koronari Serius Lainnya
- *Angioplasty* dan Tindakan Invasif Lain Untuk Arteri Koronari
- *Progressive Scleroderma*
- *Systematic Lupus Erthematosus* dengan *Lupus Nephritis*
- *Loss of Independent Existence*